

# 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.

## Auteurs

Jan-Kees Helderman  
Johan de Kruijf  
Jesper Verheij  
Sandra van Thiel

**Institute for Management Research**  
Radboud University



# Inhoudsopgave

Ten geleide	5
<b>1. Inleiding</b>	<b>6</b>
Centrale onderzoeksvraag	7
Leeswijzer en dankwoord	9
<b>2. Van Ziekenfondsraad tot College</b>	<b>10</b>
2.1 Een stout besluit	11
2.2 Corporatisme avant la lettre!	13
2.2.1 Intermezzo: de corporatistische ruil	14
2.2.2 Het categorale belang van de Ziekenfondsraad	16
2.3 Van steeds meer zorg verzekerd	19
2.3.1 Naar centrale aanbodregulering	21
2.3.2 Zoeken naar een nieuwe bestaansgrond (I)	23
2.4 Naar een nieuw verzekeringsstelsel	26
2.5 Ontvlechten: van Ziekenfondsraad tot CVZ	30
2.6 Resumé	34
<b>3. Besturingstransitie: van College tot Zorginstituut</b>	<b>36</b>
3.1 De komst van het nieuwe zorgstelsel	37
3.1.1 De modernisering van de AWBZ	37
3.1.2 Eindspel: het stelsel voltooid?	39
3.2 Het stelsel nog altijd in de steigers	43
3.2.1 De hervorkaveling van zorg	44
3.2.2 Voortschrijdende doch haperende marktwerking	46
3.2.3 Zorg die werkt, de polder die loont	48
3.3 Intermezzo: sturing en borging van publieke belangen	50
3.3.1 Institutionele complementariteit	54
3.3.2 Institutionele borging via ZBOs	55
3.4 Het CVZ: passende sturing - gepast gebruik	57
3.4.1 Een nieuwe positionering van het CVZ	58
3.4.2 Zoeken naar een nieuwe bestaansgrond (II)	61
3.4.3 Naar stringent pakketbeheer	62
3.4.4 Richtlijnen en gepast gebruik	67
3.4.5 Zorginstituut Nederland	72
3.5 Resumé	74

<b>4. Richtlijnen voor draagvlak en legitimiteit</b>	<b>76</b>
4.1 Legitimiteit van publieke organisaties	77
4.1.1 Bronnen van legitimiteit	78
4.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen in legitimiteit	80
4.2 Het CVZ in de media	84
4.3 Instrumenten voor legitimiteit en verantwoording	88
4.3.1 Meervoudige publieke verantwoording	89
4.3.2 Werken aan legitimiteit en draagvlak	90
4.4 Resumé	94
<b>5. Conclusies en slotbeschouwing</b>	<b>96</b>
5.1 Reflectie op het onderzoek	97
5.2 Passende sturing op gepast gebruik	98
5.3 Richtlijnen voor draagvlak en legitimiteit	100
5.4 De dijkgraaf van de zorgpolder	101
Bibliografie	103
Bijlage 1: Geïnterviewde personen	111
Bijlage 2: Samenstelling College voor Zorgverzekeringen	112
Over de auteurs	114
Colofon	116



# Ten geleide

Op 4 januari 1949 werd de Ziekenfondsraad geïnstalleerd. Nu, ruim 65 jaar later, wordt zijn rechtsopvolger, het College voor Zorgverzekeringen, omgedoopt in Zorginstituut Nederland.

De Raad van Bestuur van het CVZ was nieuwsgierig of deze decennialange ontwikkeling een bestuurlijke logica kent. Daartoe leek ons een onderzoek naar de vraag hoe de Ziekenfondsraad en zijn rechtsopvolgers in de loop van de tijd hebben ingespeeld op de maatschappelijke en politiek-bestuurlijke ontwikkelingen.

Zijn er aanknopingspunten in de geschiedenis te vinden waarom dit orgaan zich steeds opnieuw heeft uitgevonden om antwoorden te kunnen blijven geven op de steeds veranderende bestuurlijke politieke vragen met betrekking tot het zorgstelsel. En hoe hangt dat samen met de veranderende opvattingen over de bestuurlijke inrichting van het zorgsysteem.

Ik meen dat het onderzoek aan toont dat er sprake geweest is van een geslaagde permanente aanpassing aan de veranderde vragen, omstandigheden en bestuurlijke inrichting. Maar ook dat er sprake is van een continuüm, een doorgaande lijn. De vondst tijdens het onderzoek om deze doorgaande lijn te vatten in de term Dijkgraaf van de Zorgpolder vind ik heel geslaagd. Het geeft heel mooi weer hoe een organisatie vanuit een diepgewortelde historische, culturele en bestuurlijke traditie in staat is zich telkens weer aan te passen aan veranderende vragen en omstandigheden.

Ik wens u veel leesplezier.

Arnold Moerkamp  
Voorzitter Zorginstituut Nederland

# Inleiding

Op 1 april 2014 werd het College voor Zorgverzekering (CVZ) officieel omgedoopt in Zorginstituut Nederland. Zoals het CVZ op 1 januari 1999 het stokje overnam van de Ziekenfondsraad, die toen overigens vijftig jaar bestond. Met andere woorden, wanneer we de jaren van de Ziekenfondsraad en het CVZ er bij op mogen tellen bestaat het Zorginstituut Nederland vijftien jaar. In die vijftien jaar heeft 'het' instituut zich ontwikkeld van een klassiek corporatistisch besturingsarrangement (de Ziekenfondsraad) tot een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). De transitie van Ziekenfondsraad naar Zorginstituut Nederland via de route van het CVZ is exemplarisch voor de ontwikkeling van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel; de veranderende beleidsprioriteiten die worden gesteld en de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities waarbinnen die prioriteiten moesten en moeten worden geaccommodeerd. In dit boek onderzoeken wij de totstandkoming van Zorginstituut Nederland tegen de achtergrond van een veranderende beleidsagenda en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Zorginstituut Nederland krijgt een groot aantal taken toebedeeld: het bevorderen en bewaken van zowel de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg (fondsbeheer en pakketbeheer); het ontwikkelen van een nationaal kwaliteitskader voor de Nederlandse gezondheidszorg; en het stimuleren van innovatie in beroepen en opleiding in de zorg. Aan de keuze om deze verschillende taken in samenhang onder te brengen bij één ZBO ligt dikwijls een meer of minder expliciete beleidstheorie en besturingsconceptie ten grondslag over de samenhang tussen verschillende taken, besturingsarrangementen en

beleidsdoelstellingen. Tegelijkertijd zijn er vaak pragmatische en politiek-bestuurlijke redenen om taken toe te delen aan verschillende organisaties. In ieder geval heeft de gekozen arbeidsverdeling en ordening van het stelsel, consequenties voor de wijze waarop er in het stelsel wordt gestuurd. ZBOs als Zorginstituut Nederland, maar ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben in die besturing een bijzondere positie en functie.

De ontwikkeling van Zorginstituut Nederland volgt uit een aantal ontwikkelingen die reeds vanaf het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland zijn ingezet. Doelmatigheid, kwaliteit en transparantie worden in toenemende mate op elkaar betrokken. Die verantwoordelijkheid voor fondsbeheer en risicoverevening, het collectief verzekeringspakket (pakketbeheer) en de kwaliteitsstandaarden in de gezondheidszorg, komt tot uitdrukking in de term “gepast gebruik”. Die ontwikkelingen staan niet op zichzelf maar passen in een internationale trend om meer te sturen op doelmatigheid van zorg ter beheersing van de macro zorguitgaven met als uiteindelijke doel om gezondheidszorg duurzaam te behouden binnen het sociale domein. Maar waar in andere landen vaak nieuwe organisaties zijn opgericht om het toenemend aantal taken en publieke belangen in de besturing van de gezondheidszorg te borgen, is in Nederland gekozen voor het hervormen van bestaande instituten. Dit geldt bij uitstek voor Zorginstituut Nederland, dat zijn wortels heeft in de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen. Hoewel Zorginstituut Nederland daardoor kan voortbouwen op reeds bestaande gezagsverhoudingen en draagvlak, zal het zich ook opnieuw op zijn positie en politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verankering moeten beraden.

Legitimiteit van publieke organisaties is niet vanzelfsprekend. De afgelopen jaren is er reeds veel veranderd in de Nederlandse gezondheidszorg; formele corporatistische verhoudingen zijn doorbroken en vervangen door nieuwe samenwerkingsrelaties en besturingsarrangementen. Tegelijkertijd wordt er nog altijd volop ‘gepolderd’ in de Nederlandse gezondheidszorg. De invoering van de gereguleerde marktwerking heeft geleid tot een groeiende noodzaak om afspraken te maken met allerlei partijen: verzekeraars en zorgkantoren, zorgverleners, beroepsgroepen, de overheid (ministeries, lokale overheden, verschillende uitvoeringsorganisaties) en burgers verenigd in bijvoorbeeld patiëntenverenigingen. De invloed van de media op de meningsvorming en besluitvorming over de gezondheidszorg is sterk toegenomen, en is soms zelfs bepalend voor de politieke agenda. Ook dit is van invloed op de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke positie en verankering van Zorginstituut Nederland in de gezondheidszorg.

### Centrale onderzoeksvraag

In dit boek onderzoeken we hoe veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities van de Nederlandse gezondheidszorg, en de zich ontwikkelende beleidsagenda in de gezondheidszorg, van invloed zijn geweest op de totstandkoming van Zorginstituut Nederland. Omdat Zorginstituut Nederland pas sinds 1 april 2014 bestaat richten we ons daarbij noodzakelijkerwijs vooral op het CVZ en zijn voorganger, de Ziekenfondsraad. Op basis van onze bevindingen stellen we vervolgens de vraag welke implicaties deze ontwikkelingen hebben voor de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke positie en

verankering van Zorginstituut Nederland. Voor dit onderzoek hebben we de volgende hoofdvraag geformuleerd:

*Onder welke politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities hebben de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen zich ontwikkeld en welke consequenties hebben deze ontwikkelingen voor Zorginstituut Nederland?*

Deze hoofdvraag valt uiteen in een aantal deelvragen:

- Welke politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities zijn van invloed geweest op de positie en het functioneren van de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen?
- Welke beleidsuitdagingen hebben geleid tot de oprichting van Zorginstituut Nederland en hoe verhouden de taken van Zorginstituut Nederland zich tot andere besturingsarrangementen in de Nederlandse gezondheidszorg?
- elke elementen zijn bepalend voor de legitimiteit van de overheid in het algemeen en zelfstandige bestuursorganen in het bijzonder?
- Welke mogelijkheden en beperkingen leveren actuele wettelijke kaders voor zelfstandige bestuursorganen op voor de inrichting en het politiek bestuurlijk en maatschappelijk functioneren van ZBO's?
- Welke implicaties hebben de actuele beleidsontwikkelingen en de politiek bestuurlijke en maatschappelijke condities in de Nederlandse gezondheidszorg, alsmede de wettelijke kaders voor zelfstandige bestuursorganen, voor het toekomstig functioneren van Zorginstituut Nederland?

Het onderzoek kende een korte doorlooptijd van slechts drie maanden. Daarom is voor dit onderzoek vooral gebruik gemaakt van bestaande bronnen (mediaberichten, internationale bronnen, websites, beleidsinformatie en wetgeving). Daarnaast is er een acht-tiental interviews gehouden met sleutelactoren binnen het CVZ en zijn politiek-bestuurlijke en maatschappelijke omgeving (zie bijlage 1). Voor de eerste en tweede deelvraag is een historisch institutionele analyse verricht. Voor het beantwoorden van de derde deelvraag hebben we een literatuurstudie gedaan van de factoren die bepalend zijn voor de legitimiteit van overheids- en andere (semi)-publieke organisaties. Daarnaast hebben we de media berichtgeving over het CVZ geanalyseerd. Voor deelvraag 4 is gebruik gemaakt van recente beleidsinformatie, zoals de Kaderwet ZBO's en het parlementaire onderzoek door de Eerste Kamer naar de effecten van de verzelfstandiging van overheidsorganisaties op de relatie tussen overheid en burgers. De beantwoording van vraag 1 tot en met 4 leidt tot de identificatie van een aantal implicaties en lessen voor Zorginstituut Nederland. Bijvoorbeeld met betrekking tot: (1) het aangaan en onderhouden van relaties met partnerorganisaties en maatschappelijke partijen in de gezondheidszorg voor de ontwikkeling en het delen van kennis; (2) de vormgeving en inrichting van bestuurlijke arrangementen om zo de samenhang tussen de verschillende taken te optimaliseren; (3) de wijze waarop Zorginstituut Nederland zijn publieke en maatschappelijke verantwoording zou kunnen inrichten; en tot slot (4) de vraag hoe Zorginstituut Nederland in de nabije toekomst op duurzame en robuuste wijze politiek-bestuurlijk en maatschappelijk kan worden verankerd.



### Leeswijzer en dankwoord

We beginnen ons onderzoek in hoofdstuk 2 met een historisch institutionele analyse van de Nederlandse gezondheidszorg met specifieke aandacht voor de ontwikkeling van de Ziekenfondsraad. Het hoofdstuk eindigt bij de opheffing van de Ziekenfondsraad op 1 januari 1999. In hoofdstuk 3 gaan we in op de actuele stelselontwikkelingen en de beleidsopgaven die daarbij moeten worden geacommodeerd. We laten zien hoe het CVZ zich in de afgelopen vijftien jaar in het veranderende stelsel heeft gepositioneerd. Daarbij is met name de beleidsagenda van gepast gebruik belangrijk geweest. In hoofdstuk 4 volgt een bestuurskundige analyse van het vraagstuk van legitimiteit en draagvlak van publieke organisaties. In dit hoofdstuk is ook een media-analyse opgenomen van de berichtgeving over het CVZ. Waar richten de media zich op en hoe wordt er dan over het CVZ bericht? Ook stellen we ons hier de vraag wat Zorginstituut Nederland zou kunnen doen om draagvlak te behouden en te verbeteren. In hoofdstuk 5 volgen onze conclusies. Tot slot, dit onderzoek moest in een korte tijd worden uitgevoerd. Wij danken onze opdrachtgever, de Raad van Bestuur van het CVZ voor het vertrouwen in ons. Speciale dank gaat uit naar Hans van den Hoek die vanuit het CVZ dit onderzoek heeft begeleid. Veel dank ook aan Tineke Sier van het CVZ voor de ondersteuning. En uiteraard een dank aan alle respondenten die ons in alle openheid te woord hebben gestaan. Een uniek moment was het rondetafel interview met vier oud bestuurders van de Ziekenfondsraad en het CVZ. In twee uur tijd kregen we een fascinerende kijk op het waarom en het hoe van de transformatie van de op corporatistische leest georganiseerde Ziekenfondsraad, via het CVZ naar Zorginstituut Nederland. Ook de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke gevoeligheden kwamen in dat gesprek uitgebreid aan bod. Voor ons als bestuurswetenschappers met een voorliefde en engagement voor complexe besturingskwesaties in een maatschappelijk belangrijke sector als de gezondheidszorg was dit een unieke ervaring.

# 2

## Van Ziekenfondsraad tot College

*“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

De naoorlogse geschiedenis van onze gezondheidszorg, is er één van voortdurende hervorming en institutionele aanpassing. 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). Maar wetgeving is vaak de sluitpost van een verandering die al veel langer sluimert en waar veel aan vooraf is gegaan. In dit hoofdstuk en in het volgende hoofdstuk onderzoeken we hoe de ontwikkeling van de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen institutioneel kan worden geduid en verklaard.<sup>1</sup> In dit hoofdstuk richten we

---

<sup>1</sup> Voor dit hoofdstuk is dankbaar gebruik gemaakt van de studie van Maarten van Bottenburg, Geert de Vries en Annet Mooij (1999) *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad, 1949-1999*. Zutphen: Walburg Pers. Dit boek verscheen bij de viering van het vijftig jarig bestaan van de Ziekenfondsraad. Het jaar ook waarin de Ziekenfondsraad officieel werd opgeheven en vervangen door het College voor Zorgverzekeringen. De institutionele analyse van de stelselhervormingen is grotendeels gebaseerd op de dissertatie van Jan-Kees Helderma (2007) *Bringing the Market Back In? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Healthcare*. [dissertatie] Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

ons op de vraag hoe de veranderende beleidsagenda en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen in de naoorlogse Nederlandse gezondheidszorg van invloed zijn geweest op de positie en het functioneren van de Ziekenfondsraad. In hoofdstuk 3 stellen we die vraag voor het CVZ.

## 2.1 Een stout besluit

Van alle sociale verzekeringen in de vroegmoderne verzorgingsstaat, kan de invoering van een nationale zorgverzekering tot één van de meest controversiële hervormingen worden gerekend (Immergut, 1992, p.1). De nationale zorgverzekering, zo stelde Ellen Immergut, was een ‘principe’ kwestie welke op grote schaal tot mobilisatie en articulatie van belangen en politieke strijd leidde, waar ook ter wereld die kwestie speelde. 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, na de Tweede Wereldoorlog, bleken er twee institutionele oplossingen dominant voor het dilemma van een nationale verzekering tegen risico's op het terrein van ziekte: een uit belastingen betaald nationaal gezondheidszorgsysteem (het Britse Beveridge stelsel) en een uit premies betaald Bismarckian zorgverzekeringsselsel (Saltman et al., 2004). De beide stelsels kennen een grote mate van ‘padafhankelijkheid’. Dat wil zeggen, eenmaal voor een bepaald stelsel gekozen wordt het steeds kostbaarder om daar op een later moment nog radicaal van af te wijken.<sup>2</sup> Met uitzondering van Italië, dat in 1978 zijn verzekeringsstelsel verving door een nationaal gezondheidszorgsysteem (Servizio Sanitario Nazionale), is geen enkel land van zijn destijds gekozen bekostigings- en financieringsstelsel afgeweken (Helderman, 2007). Wel zijn beide stelsels binnen de eigen parameters voortdurend uitgebreid in omvang en dekkinggraad en zijn met name de verzekeringsstelsels uitgebreid met andere bekostigingsinstituten om zo ook chronische ziekte en langdurige zorg te kunnen verzekeren.

Niet geheel vrijwillig is in Nederland gekozen voor een Bismarckian verzekeringsstelsel. Het Ziekenfondsbesluit werd in 1941 door de Duitse bezettingsmacht afgedwongen. Maar zeer waarschijnlijk zou Nederland na de Tweede Wereldoorlog ook zelf voor een ziekenfondsstelsel zou hebben gekozen.<sup>3</sup> Aan de invoering van het landelijke Ziekenfondsbesluit

---

2 Er zijn een viertal mechanismen die padafhankelijkheid veroorzaken: (1) stelsels bestaan uit regels (instituten) en die regels zijn het resultaat van onderhandeling en strijd; (2) in de loop van de tijd ‘leren’ actoren met deze regels om te gaan; (3) daardoor ontstaan positieve coördinatie effecten; en (4) gaan actoren verwachtingen ontlenen aan deze regels. Met andere woorden, padafhankelijkheid wordt veroorzaakt doordat instituten vermeerderende opbrengsten genereren.

3 De Nederlandse ziekenfondsen hebben hun oorsprong in de negentiende eeuw. Omdat zij hun oorsprong hadden in particulier initiatief kenmerkten zij zich bij uitstek door een grote mate van diversiteit. Eind negentiende eeuw waren er naar schatting 616 ziekenfondsen in Nederland, waaronder 230 zogenaamde doktersfondsen (opgericht door artsen), 87 onderling beheerde fondsen (beheerd door de leden zelf), 67 fabrieksfondsen (geleid door bedrijfsdirecties) en 74 zogenaamde directiefondsen (op initiatief van particuliere verzekeringsmaatschappijen). In 1879 was bijna 16% van de Nederlandse bevolking aangesloten bij een ziekenfonds, al was de verzekeringsgraad in de grote steden veel hoger dan op het platteland (Van Bottenburg et al., 1999).

in 1941 ging wel een opmerkelijk lange strijd vooraf welke zich vooral toespitte op de ‘vrije’ artsenuitvoering in een eventueel verplichte ziektefondsregeling en hoe het Nederlandse ziekenfondsbestel centraal geordend en bestuurd zou moeten worden (Van Bottenburg et al., 1999). Zowel de professionalisering van de medische beroepsgroep als de toenemende zelforganisatie van arbeiders in vakverenigingen, zijn van invloed geweest op de lange strijd die is gevoerd rondom de invoering van een landelijk ziekenfondsbesluit. Tot aan de Tweede Wereldoorlog zou deze patstelling blijven bestaan. De gevolgen op het niveau van de uitvoering waren dramatisch. Onderhandelingen tussen de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) en afzonderlijke fondsen over het verstrekkingenpakket leidde keer op keer tot spanningen. Boycot-acties tegen ziekenfondsen die zelf artsen in dienst namen of die eigen apotheken stichtten waren meer regel dan uitzondering, evenals conflicten over de bestuurssamenstelling van de 600 ziekenfondsen. Een in 1935 door de vakcentrales en de NMG opgerichte Centrale Commissie voor het Ziekenfondswezen, waartoe in 1936 ook de Landelijke Federatie toetrad, werd reeds in 1939 opgeheven. Binnen de NMG leidde de kwestie tot hooglopende conflicten tussen huisartsen en medisch specialisten.

Tot aan de Tweede Wereldoorlog bevonden de bij de ziektekostenverzekering betrokken partijen zich niet alleen in onderlinge strijd met elkaar, maar waren ze vaak ook intern heftig verdeeld. In een land waarin het primaat van het particulier initiatief bovengeschied was aan het primaat van de politiek, en waarin bovendien sprake was van relatief gelijke machtsblokken, leidde dat tot een onwrikbare patstelling, de vele commissies en pogingen tot compromissen ten spijt. Maar in 1940 brak de Tweede Wereldoorlog uit en in 1941 forceerde de Duitse bezetter het Ziekenfondsbesluit. Met het Ziekenfondsbesluit uit 1941 was er sprake van een collectieve, uniforme en landelijk werkende regeling op het terrein van de ziektekostenverzekering. Het besluit behelsde ondermeer de vorming van een gemeenschappelijk fonds waarin de premies van alle verplichte verzekerden werden gestort en van waaruit de ziektenkostenverzekering werd gefinancierd, onafhankelijk van persoonlijke risico's. Plaatselijke of regionale verschillen in premieheffing en verstrekkingen werden opgeheven en de regeling werd dwingend opgelegd aan alle betrokkenen. Daarnaast kwam er staatstoezicht op het beleid en het financiële beheer van de ziekenfondsen en werden er toelatingseisen gesteld aan de fondsen. Niettegenstaande de wens van velen om het Ziekenfondsbesluit uiteindelijk toch toe te schrijven aan de Nederlandse politieke bestuurlijke elite was het Ziekenfondsbesluit wel degelijk naar Duits model ontworpen en geënt op het Duitse Krankenkassen systeem dat toen al 57 jaar bestond (Van Bottenburg et al., 1999, p.53).

Eén van de meest verstrekkende veranderingen was het feit dat de ziekenfondsverzekering als een werknemersverzekering werd geregeld, met een verzekeringsplicht voor alle loonarbeiders en hun gezinsleden en zelfstandigen onder een bepaalde inkomensgrens, en premieplicht bij de werkgevers (om zo de concurrentieverhoudingen tussen Duitse en Nederlandse werkgevers te herstellen). Met het instellen van een premieplicht voor werkgevers trad een nieuwe belangengroep toe tot de arena van de ziekenfondsstrijd: de werkgevers. Werkgevers droegen de ziekenfondspremies af aan het uitvoerings-

orgaan van de Ziektewet dat op zijn beurt de premies doorsluisde naar het zogenaamde Vereveningsfonds (de Algemene Kas). Vanaf 1949 zou de Ziekenfondsraad hierover het beheer gaan vormen. De zo vurig gewenste ordening en unificatie van het pluriforme ziekenfondsbestel was daarmee een feit. Het toezicht op de ziekenfondsen werd naar Duits voorbeeld in handen gelegd van de secretaris-generaal van het ministerie van Sociale Zaken die deze taak delegerde aan de Commissaris. De Commissaris werd bijgestaan door een adviescollege (Raad van Bijstand).

Bureaucratisering, schaalvergroting en professionalisering van het ziekenfondswezen waren een logisch gevolg van deze ontwikkelingen. De snelle vermogensgroei in het Vereveningsfonds en de noodzaak om tot een nieuw verdelingsmodel te komen, leidde tot de ontwikkeling van de accountantsdienst, welke eerst nog bij het Staatstoezicht was ondergebracht, maar later bij de Ziekenfondsraad. Naast de rechtmatigheid van bestedingen, werd ook de doelmatigheid van bestedingen onderwerp van toetsing. Erkenning en toelating van fondsen werd in het Ziekenfondsbesluit afhankelijk gesteld van de financiële positie van het fonds en het aantal verzekerden. In 1941 vroegen 291 van de bestaande 650 ziekenfondsen om toelating, daarvan werden er 204 toegelaten. Om concurrentie tussen fondsen tegen te gaan mochten zij geen activiteiten ontplooiën in gemeenten waar ze voor 1941 niet actief waren.

Met het Ziekenfondsbesluit waren de ziekenfondsen publiekrechtelijke instellingen geworden; zij waren vanaf dat moment met publieke status toebedeelde private partijen. Vanaf dat moment zou de strijd om het ziektenkostenverzekeringsstelsel zich niet meer afspelen in de schaduw van anarchie, maar in de schaduw van hiërarchie: corporatisme avant la lettre!

## 2.2 Corporatisme avant la lettre!

Na de Tweede Wereldoorlog bleef het Ziekenfondsbesluit gehandhaafd. De belangrijkste wijziging die werd aangebracht was dat de Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen (het meest Duitse onderdeel van het Ziekenfondsbesluit), werd vervangen door een overlegorgaan. Op 24 mei 1946 werd door de minister van Sociale Zaken, Drees, de Commissie van Advies voor het Ziekenfondswezen (CAZ) ingesteld waarna op 4 oktober 1946 het wetsontwerp voor de instelling van een ziekenfondsraad werd ingediend door de Regering, gevolgd door het Besluit op de Ziekenfondsraad op 31 januari 1948. Op 1 januari 1949 trad de Wet op de Ziekenfondsraad in werking. Vertegenwoordigers uit alle belangengroepen waren betrokken bij de Ziekenfondsraad. Er waren zeven zetels voor ambtenaren, negen zetels voor de ziekenfondsen, de medische beroepsgroepen waren met twaalf zetels vertegenwoordigd en de werkgevers en werknemers hadden er samen zeven. Volgens goed Nederlands gebruik behield de minister zich het recht voor om bij algemene maatregel van bestuur (amvb) bevoegdheden in te trekken. Besluiten en regelingen door de Raad dienden ter goedkeuring aan de Minister te worden voorgelegd en konden door de Kroon worden geschorst of vernietigd. De Ziekenfondsraad diende bovendien voor zijn beleid en beheer verantwoording af te leggen aan de Minister (Van Bottenburg et al., 1999, p.68). Daarmee kreeg de Ziekenfondsraad als corporatistisch

overleg en uitvoeringsorgaan op het kruispunt van gezondheidszorg en sociale verzekeringen een typisch Nederlands karakter. Kenmerkend voor de Nederlandse corporatistische verhoudingen, zeker in vergelijking met Duitsland, is dat er een zekere mate van bestuurlijk pragmatisme en doorzettingsmacht was ingebouwd.

### 2.2.1 Intermezzo: de corporatistische ruil

In het corporatistische 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. Een corporatistische ruilrelatie staat of valt met de relatieve voorspelbaarheid van het strategisch gedrag van de in de ruil betrokken actoren en het wederzijds vertrouwen dat zij zich rekenschap geven van elkanders deelbelangen (Visser en Hemerijck, 1997; Crouch, 1993). Om aan een corporatistische ruil mee te kunnen doen, dienen de in de publieke ruimte betrokken belangenorganisaties elkaars bestaansrecht te erkennen en in staat en bereid te zijn tot het bereiken van een relatief stabiel stelsel van afspraken met elkaar. De mate waarin zij daartoe in staat zijn hangt af van het mandaat dat belangenvertegenwoordigende organisaties van hun leden krijgen en de mate waarin die leden geneigd zijn zich als ‘public-regarding’ organisaties te gedragen (Streeck en Schmitter, 1985, p.129). Alhoewel de corporatistische ruil buiten de parlementaire arena van de representatieve democratie plaats vindt, blijft het primaat van de politiek onverminderd gelden, waarmee in beginsel ook de verantwoordelijkheid van de overheid voor de uitkomst van de ruil is gewaarborgd. In een corporatistische onderhandelings situatie gaat het om de afstemming tussen categorale deelbelangen en het algemeen belang. Categorale belangen overstijgen de particuliere belangen van groepen actoren betrokken bij een regeling en zijn daarom ook geen optelsom van die deelbelangen. Het categorale belang van een duurzame en robuuste zorgverzekering gaat over generaties heen en incorporeert als het goed is ook de belangen van toekomstige generaties. Dat de daarmee gepaard gaande onderhandelingen niet eenvoudig zijn, blijkt wel uit de lange tijd die het soms kan kosten om tot overeenstemming te komen en ook uit het vaak compromisachtige karakter daarvan.

Corporatistische verhoudingen vragen bij uitstek om een sterke overheid, maar dat moet niet verward worden moeten een voortdurend interveniërende overheid. Een ‘sterke’ overheid is een overheid die publieke belangen en sociale uitkomsten waarborgt en deze ook tot de verantwoordelijkheid van andere actoren heeft gemaakt (Crouch, 1993; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], 2000). We komen hier in hoofdstuk 3 op terug wanneer we het belang van institutionele borgingsmechanismen bespreken. De mate waarin de overheid kan interveniëren vraagt veel politiek-bestuurlijk tact en vernuft; teveel interventie zou immers de verhoudingen tussen de overheid en maatschappelijke belangengroepen frustreren, te weinig interventiedruk leidt daarentegen tot vrijblijvendheid. Er is binnen de corporatistische ruil daarom sprake van gedelegeerde zelfsturing onder de schaduw van statelijke hiërarchie (Scharpf, 1997). Corporatistische besturingsarrangementen laten zich langs twee dimensies onderzoeken. Ten eerste de mate van ‘institutionele integratie’ tussen de overheid en maatschappelijke groeperingen. Dat is

de mate waarin de overheid en maatschappelijke groeperingen de verantwoordelijkheid voor beleid (en uitvoering) met elkaar delen. Anders gezegd, de mate waarin zij zich van elkaar afhankelijk hebben gemaakt voor het bereiken van zowel gemeenschappelijke als eigen doelen. Ten tweede, de mate waarin er steun is vanuit maatschappelijke groeperingen voor deze algemene doelen. Tegen elkaar afgezet ontstaat dan vervolgens een matrix waarin we vier stadia van corporatistisch beleid kunnen onderscheiden.

Figuur 1 | Vier stadia van corporatistisch beleid (Hemerijck, 1992)

		MATE VAN MAATSCHAPPELIJKE STEUN	
		LAAG	HOOG
MATE INSTITUTIONELE INTEGRATIE	HOOG	Immobiel corporatisme	Responsief corporatisme
	LAAG	Corporatistische ontvlechting	Innovatief corporatisme

Wanneer de overheid en maatschappelijke partijen de wederzijdse afhankelijkheid erkennen in het bereiken van zowel hun gemeenschappelijke als hun eigen doelen, en daar waar standpunten en belangen overbrugbaar zijn, ontstaat een situatie van *innovatief corporatisme*. De mate van vervlechting (institutionele integratie) tussen betrokken actoren en hun verantwoordelijkheden neemt daartoe toe. Onder grote maatschappelijke steun voor het overeen gekomen beleid wordt dit door alle partijen hoofdzakelijk positief gewaardeerd. Uiteraard staan er ook tegengestelde belangen op het spel, maar via overleg en onderhandeling zullen partijen in staat zijn om over de schaduw van dat eigen belang heen te springen. Het spreekt voor zich dat een dergelijke situatie van *responsief corporatisme* makkelijker te bereiken is in een tijd van overvloed, waarin verlies kan worden gecompenseerd, dan in een tijd van schaarste. Naarmate belangentegenstellingen en conflicten toenemen, bijvoorbeeld in situaties van schaarste en crisis, brokkelt maatschappelijke steun voor de corporatistische ruil af. Maar vanwege de grote onderlinge vervlechting en de aangegane afhankelijkheden (een grote mate van institutionele integratie) leidt dit niet direct tot het uit elkaar gaan, maar eerder tot een patstelling, of in bestuurskundige termen, tot een besluitvormingsimpasse. Er is dan sprake van *immobiel corporatisme*; een loopgravenoorlog die relatief lang kan duren omdat geen van de partijen snel geneigd zal zijn om de handdoek in de ring te gooien, hetgeen de legitimiteit van het corporatistische arrangement alleen maar verder aantast.

Wanneer de besluitvormingsimpasse te lang duurt, of het hoogst haalbare compromis onbevredigend is, kan de overheid proberen een doorbraak bewerkstelligen. Zij kan partijen onderling tegen elkaar uitspelen of uit elkaar halen, door de institutionele integratie te doorbreken en verantwoordelijkheden voor beleid elders te beleggen of zelf ter hand te nemen. Er is dan sprake van *corporatistische ontvlechting*. Maar omdat de functionele afhankelijkheden voor de uitvoering van beleid nog steeds bestaan, is de kans groot dat er vervolgens naar nieuwe vormen van vervlechting en integratie wordt gezocht en naar nieuw maatschappelijk draagvlak voor beleid. Of die nieuwe vormen van integratie en vervlechting wederom via een formeel geïnstitutionaliseerd participatiemodel worden geregeld is een empirische vraag. Feit is dat het ‘poldermodel’ in Nederland al vele malen is afgeschreven en even zo vaak weer is uitgevonden, zij het met soms nieuwe spelers, in andere verschijningsvormen en met andere macht- en gezagsverhoudingen. We zullen in hoofdstuk 3 zien dat dit in Nederland bij uitstek het geval is.

### 2.2.2 Het categorale belang van de Ziekenfondsraad

De Ziekenfondsraad was een klassieke exponent van het Nederlands corporatistisch besturingsarrangement 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.<sup>4</sup> In de woorden van oud voorzitter Louw de Graaf: *“De cultuur van de Ziekenfondsraad met zijn participatiemodel paste bij het corporatisme. Eigenlijk gaat het om de vraag of democratie zich alleen bij de overheid afspeelt of ook binnen bestuursorganen?”* (interview L. de Graaf). Er was sprake van een complementair stelsel van stelsels. Het ene orgaan 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 zorgverzekeringkwesities 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 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 kwesities in de gezondheidszorg. Evenals de Ziekenfondsraad was de CRV (en zijn opvolger de NRV) een corporatistisch advies en overlegorgaan (Vos en Kasdorp, 2006).

---

4 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 marktwerking of over gereguleerde concurrentie, doet de precieze betekenis er wel weer toe (Helderman, 2007).





De Gezondheidsraad heeft van oudsher (en nog altijd) een meer wetenschappelijke identiteit gehad (Bal et al., 2002).

Tussen de verschillende advies- en belangenbehartigingsorganen in de gezondheidszorg en het sociaaleconomisch beleid was geregeld sprake van ‘adviesconcurrentie’, deels vanwege overlappende domeinen en vervlochten beleidsdoelen, maar vooral ook vanwege de verschillende tegengestelde categorale belangen. Het categorale belang van een duurzaam en robuust ziekenfondsstelsel botste veelvuldig met sociaaleconomische doelen. Dit uitte zich in eerste instantie met name in discussies over de hoogte van de ziekenfondspremies. Waar de Ziekenfondsraad pleitte voor voldoende gelden in het door hem beheerde Vereveningsfonds, pleitte met name de SER (waar de werkgevers in de meerderheid waren) vanuit het belang van een geleide loon- en prijsbeleid steeds voor lagere zorgpremies en lagere honoraria in de zorg. In een later stadium uitte de SER veelvuldig zijn zorgen over groei van ziekenhuizen en medisch specialistische zorg.

De Ziekenfondsraad kreeg de verantwoordelijkheid voor het categorale belang van een duurzame en robuuste zorgverzekering en ziekenfondsen werden geacht in datzelfde categorale belang te werken. 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. Dat neemt niet weg dat de Ziekenfondsraad wel degelijk ook te maken had met particuliere belangengroepen. 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, p.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 uitte 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 daarnaast echter ook een zogenaamd uitvoeringsorgaan. Zijn taak was om in het [categorale] belang van de volksgezondheid een goede geneeskun-

dige 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 (Van Bottenburg et al., 1999, p.74). Zijn politiek-bestuurlijke en maatschappelijke positie hing daarom niet alleen af van de mate waarin hij in staat was om belangentegenstellingen te overbruggen of te pacificeren, maar vooral in de mate waarin hij zijn taken op het terrein van de uitvoering effectief (en doelmatig) wist uit te voeren. Waar het eerste samenhang met de inputlegitimititeit van de raad (hoe komen de daarin vertegenwoordigde groeperingen tot overeenstemming en besluitvorming), hing het laatste samen met de outputlegitimititeit van de raad; dat wil zeggen, de mate waarin de Ziekenfondsraad een bijdrage leverde aan een voor iedere rechthebbende beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorgverzekering.<sup>5</sup> De kritiek op de Ziekenfondsraad, die in de loop van zijn bestaan zeker zou toenemen, spitste zich vooral toe op zijn intermediaire rol in de belangenarticulatie en veel minder op zijn instrumentele en operationele betekenis voor het beheren en uitvoeren van de sociale ziektekostenverzekering. Niet zelden was de Ziekenfondsraad bovendien in staat om via technische adviezen een oplossing aan te dragen voor politieke problemen, bijvoorbeeld waar het de verdeling van rijksbijdragen in de financiering van de vrijwillige verzekering betrof.

### 2.3 Van steeds meer zorg verzekerd

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. Toch bleek de tussenliggende periode niet onbelangrijk te zijn. In hun studie *Zorg tussen staat en markt*, die uitkwam ter gelegenheid van de viering van het vijftigjarig bestaan van de Ziekenfondsraad (tevens zijn laatste jaar) merken Van Bottenburg, De Vries en Mooij op dat zich juist rond 1960 een zekere convergentie begon af te tekenen in de opvattingen van verschillende groeperingen over de ziektekostenverzekering. Die convergentie ging in de richting van: 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 weinig terug te vinden, maar de parallel met de recente hervorming van de zorgverzekering is interessant omdat de door Bottenburg c.s. beschreven convergentie zich in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw voortzette. Ideeën (en daaraan gekoppelde preferenties en belangen) hebben soms een lange incubatietijd nodig, zeker in de gezondheidszorg.

De nieuwe Ziekenfondsraad werd op 29 april 1965 geïnstalleerd. In de nieuwe Raad was het aandeel van de sociale partners toegenomen, ten koste van de medische beroepsgroepen en de ziekenfondsen. De ambtelijke vertegenwoordigers waren vervangen door zogenaamde kroonleden. Daarmee kwam de raad meer op afstand van het ministerie

---

5 Door de algemene welvaerstijging werd de discussie over premiestijging na 1960 minder relevant en liepen de adviezen van de ZFR en de SER minder uiteen.

te staan en werd het een maatschappelijke instelling met een publiekrechtelijk mandaat en een eigen ambtelijk secretariaat. Ook werd het aantal commissies teruggebracht van veertien naar tien. De Ziekenfondsraad kreeg een Presidium, bestaande uit een voorzitter en plaatsvervangers, afkomstig uit de verschillende geledingen. Zijn taken bleven bestaan uit toezicht, beheer en advies.

Voor wat betreft het Ziekenfondsbesluit liep Nederland 57 jaar achter op Duitsland. Maar voor wat betreft de verzekering van onverzekerbare geneeskundige risico's en langdurige zorg zou Nederland 27 jaar voorlopen op Duitsland. Pas in 1995 is in Duitsland de zogenaamde *Pflegeversicherung* in werking getreden, voor die tijd waren langdurig zieken voor de kosten van verpleging en verzorging aangewezen op de bijstand (Helderman en Stiller, 2014). In Nederland trad de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten al op 1 januari 1968 in werking. Aan de AWBZ lagen functionele argumenten ten grondslag. Dat wat niet verzekerd kon worden binnen de actuariële ziektekostenverzekering, zou verzekerd worden via de AWBZ. Het betrof met name intramurale 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. Door de invoering van de AWBZ nam het aantal intramurale voorzieningen explosief toe. Het aantal plaatsen in verpleeghuizen steeg van 1700 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.

De nieuwe uitvoeringstaken voor de ziekenfondsen zorgden voor een concentratie en schaalvergroting van het aantal ziekenfondsen. De Ziekenfondsraad werd belast met de toelating van AWBZ inrichtingen, het toezicht op de uitvoering van de AWBZ en het beheer van de AWBZ gelden. Daarnaast adviseerde zij de minister over de uitvoering, verstrekkingen en premieheffing. De ziekenfondsraad werd daartoe uitgebreid met vier extra zetels. Eén zetel was bestemd voor een vertegenwoordiger van de particuliere ziektekostenverzekeraars, verenigd in het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ). Een tweede zetel was voor de ambtenarenverzekering bestemd en de overige twee zetels werden ingenomen door vertegenwoordigers van nieuwe medische beroepsgroepen, betrokken bij AWBZ zorg.

Daarmee was het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen voorlopig voltooid. De AWBZ was een volksverzekering, bestemd voor de gehele bevolking en nadrukkelijk bedoeld als aanvulling op de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekering. Binnen de Ziekenfondswet speelde met name de samenstelling van het ziekenfondspakket. De samenstelling van het pakket was de verantwoordelijkheid van de Commissie Verstrekkingen die de Ziekenfondsraad adviseerde. In de meeste gevallen nam de Raad het advies van de Commissie over en na 1965 adviseerde de Commissie doorgaans positief over toevoegingen aan het pakket. Vooral de huisartsenzorg breidde stevig uit, daarnaast werd een groot scala aan nieuwe therapeutische en ondersteunende verstrekkingen toegevoegd, evenals nieuwe medisch specialistische behandelingen, tot

en met de medische en vervoerskosten van een open hart operatie in de Verenigde Staten, Engeland of Zwitserland. Door de uitbreiding van het aantal verstrekkingen stegen de kosten van de gezondheidszorg sterk. Daarnaast stegen ook de honoraria en tarieven in de gezondheidszorg en was er geen enkele greep op het aantal verrichtingen en verstrekkingen (het volume van de zorg). 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.

### 2.3.1 Naar centrale aanbodregulering

In het begin van de jaren zeventig kwam het vraagstuk van kostenbeheersing op de beleidsagenda en het zou er niet meer van verdwijnen. In eerste instantie was er nog sprake van ad hoc maatregelen maar het werd snel duidelijk dat meer structurele, ordenende en regulerende maatregelen niet uit konden blijven. In 1974 verscheen daartoe de Structuurnota Hendriks, staatssecretaris in het kabinet Den Uyl. Hendriks stelde voor de gezondheidszorg te ordenen langs twee principes: regionalisering en echelonering. Daartoe diende hij in 1976 een tweetal wetsontwerpen in: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De NRV werd belast met de zorg voor de regionale planning van voorzieningen terwijl het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) voortaan de verantwoordelijkheid kreeg voor de tariefvaststelling. Daarmee verloor de Ziekenfondsraad zijn bevoegdheid op het terrein van de tarieven. In 1979 traden beide wetten in werking en vanaf 1982 was het COTG operationeel. In de praktijk was de situatie overigens al lange tijd anders. Reeds vanaf 1962 werden de tarieven voor de intramurale zorg feitelijk vastgesteld door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven waarin ziekenhuizen en ziekenfondsen onderhandelden over de tarieven en deze vervolgens voorlegden aan de Ziekenfondsraad. Het COTG zou daarentegen alleen uit kroonleden bestaan, dat wil zeggen, deskundigen van de verschillende betrokken partijen, maar uitdrukkelijk benoemd op persoonlijke titel. Het COTG was in die zin dus een zekere 'verstatelijking' van het COZ (Schut, 1995; Van Bottenburg et al., 1999; Helderma et al., 2012).

Zo ontstond op papier een strak stelsel van centrale aanbodregulering in de Nederlandse gezondheidszorg. Planning, beddenreductie en tariefbeheersing hadden hun intrede gedaan. Maar de invloed van betrokken partijen op de tarieven in de gezondheidszorg was daarmee geenszins verdwenen. Alhoewel de minister formeel bevoegd was tot het geven van bindende instructies aan het COTG, bleek de juridische basis hiervan zwak zodat de praktijk eigenlijk bleef zoals die was (Schut, 1995, p.59). Geen van de betrokken partijen, verzekeraars, medische beroepsgroepen en zorgaanbieders, hadden een direct belang bij lagere tarieven, minder volume en kostenbeheersing. In die zin zou de ziekenhuisbudgettering die in 1983 werd ingevoerd een veel effectiever instrument blijken 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). Tegelijkertijd groeide de onvrede over dit stelsel van centrale aanbodregulering. Het bracht de overheid niet alleen veelvuldig in conflict met zorgaanbieders, medisch specialisten en zorgverzekeraars, maar de naar echelons gedifferentieerde budgetterings-

maatregelen hadden bovendien een averechts effect op de doelmatigheid in de zorgverlening (Helderman et al., 2005).

Er dreigde nog een tweede probleem in de Nederlandse gezondheidszorg dat alles te maken had 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 niet loon arbeiders (zelfstandigen) beneden een zeker inkomen en 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 de beide verzekeringen ongeveer dezelfde dekking en premies boden, was er sprake van een quasi universeel toegankelijke 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 komt 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 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 erodeerde het duale verzekeringsstelsel van binnenuit (Schut, 1995; Helderman, 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). In 1983 onderhandelden de KLOZ en de VNZ met elkaar over een vrijwillige risicodeling van de particuliere ziektekostenverzekeraars met de ziekenfondsen, financiële steun aan de ziekenfondsen en een meer gematigde premiedifferentiatie. Maar de KLOZ kreeg zijn onderling sterk verdeelde leden niet mee in een eenduidig standpunt. Het leidde tot een klassieke strijd tussen op winstmaximering gerichte particuliere verzekeraars en hun particularistische belangenvertegenwoordiger enerzijds en de vanuit het categorale belang van een goede betaalbare zorg handelende ziekenfondsen anderzijds.

De erosie van het ziektekostenverzekeringsstelsel was 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 ziekenfonds-

verzekering werd opgeheven. De groep ouderen en zelfstandigen met een laag inkomen werden ondergebracht bij de verplichte ziekenfondsregeling. Ouderen met een hoger inkomen zouden in de particuliere ziektekostenverzekering blijven. 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. Als gevolg van de maatregelen werd bijna 40 procent van de particuliere verzekerden binnen het verplichte risicofonds gebracht. In daarop volgende jaren werd de reikwijdte van het verplichte risicofonds verder uitgebreid. De WTZ en Wet MOOZ zouden bekend worden als de zogenaamde 'kleine' stelselwijziging in de gezondheidszorg. Achteraf kan worden geconcludeerd dat het een beslissende stap is geweest in de convergentie van particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen (Helderman en Stiller, 2014).

### 2.3.2 Zoeken naar een nieuwe bestaansgrond (I)

Centrale aanbodregulering staat per definitie op gespannen voet met corporatistische onderhandelingspraktijken. Als gevolg van de WVG en de WTG en de komst van het COTG verloor de Ziekenfondsraad langzaam zijn autonomie. Een ontwikkeling die nog eens werd versterkt door oprichting van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) in 1977 en het toenemend belang van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid voor strategische beleidsadviezen. De economische crisis en de toenemende noodzaak van ingrijpende bezuinigingen verscherpte de interne tegenstellingen. De Ziekenfondsraad werd steeds minder het forum dat voor een tot bezuinigingen gedwongen overheid tot bevredigende compromissen kon komen. De kritiek op de Ziekenfondsraad had vooral betrekking op de mate waarin hij in staat was om belangentegenstellingen te overbruggen (het voortoneel) en niet zozeer op de wijze waarop hij zijn uitvoeringstaken verrichtte (backstage). Maar de spotlichten staan nu eenmaal altijd op het voortoneel gericht. In 1981 verscheen een geheel aan de Ziekenfondsraad gewijde publicatie van Vrij Nederland waarin de Raad werd afgeschilderd als een machteloos college waarin de leden zich meer om de belangen van hun achterban bekommerden dan om het categorale belang van de ziekenfondsverzekering en de ziekenfondsverzekerden (Van Bottenburg et al., 1999, p.136).

In reactie op de toenemende kritiek op zijn functioneren bracht de Ziekenfondsraad op 22 maart 1984 een unaniem advies uit: *Taak, samenstelling en werkwijze van de Ziekenfondsraad* (Ziekenfondsraad, 1984). Volgens de raad betrof zijn beleidsadviserende taak slechts 15 à 20 procent van zijn totale werkzaamheden. De raad erkende volmondig dat zijn intermediaire functie in beleidsadvisering in belang was afgenomen doordat steeds meer belangengroeperingen zich rechtstreeks tot de minister wendden. Bovendien, zo stelde de raad, is de geconstateerde verdeeldheid tussen groeperingen binnen de Ziekenfondsraad nu eenmaal een politiek en maatschappelijk gegeven in een tijd waarin er grote financiële ombuigingen en bezuinigingen nodig waren. In het advies maakte de raad onderscheid naar zijn adviserende en bestuurlijke taken waarbij de bestuurlijke taken weer werden opgesplitst in beheerstaken en toezichthoudende taken. Voor het eerst





werd systematisch uiteengezet en uitgelegd hoe complex de administratieve en beheerstechnische aspecten van een dergelijke sociale ziektekostenverzekering zijn. “De gezondheidszorg was zo complex geworden dat ze eigenlijk alleen maar goed werd begrepen door medewerkers van de Ziekenfondsraad, het COTG en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Vanuit die drie instanties werd de gezondheidszorg feitelijk bestuurd.” (interview P. Vos).

Voor wat betreft zijn bestuurlijke taken manifesteerde de raad zich nadrukkelijk als een ‘zelfstandig bestuursorgaan’ (ZBO) in de zin dat hij voor de uitvoering van al zijn taken is uitgerust met rechtstreek aan de wet ontleende regelings- en beschikkingsbevoegdheden (Van Bottenburg et al., 1999, p.161; Boxum et al., 1989, p.147). Die positiebepaling zou cruciaal blijken te zijn en 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 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 zijn adviezen moest daarom vooral worden gezocht in de grote mate van kennis en expertise die er binnen de raad, en met name binnen het bureau, bestond over de sociale ziektekostenverzekering en hoe daar zo doelmatig mogelijk mee kon worden omgegaan. Op dat gebied kon de Ziekenfondsraad inmiddels ook voldoende successen claimen. 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 assessment*, waarmee besluitvorming over het al dan niet opnemen van nieuwe therapieën en diagnostische technieken in het verzekerde pakket konden worden gerationaliseerd. In de jaren negentig zou de Ziekenfondsraad hierop doorgaan.

Het advies van de Ziekenfondsraad werd goed ontvangen, zowel in de Tweede Kamer als door de Minister en Staatssecretaris van WVC (Van Bottenburg et al., 1999). Daarmee was de discussie over externe adviesorganen als de Ziekenfondsraad niet verstomd. Integendeel, het aantal commissies dat adviezen uitbracht over een nieuwe hoofdstructuur voor de rijksoverheid en daarmee gepaard gaande sanering van externe adviesorganen zou in snel tempo toenemen (Van Twist et al., 2009). Maar in de politiek-bestuurlijke drukte rondom de vernieuwing van de Rijksdienst had de Ziekenfondsraad met succes voor zichzelf een alternatieve bestaansgrond gevonden die hem min of meer immuun maakte voor de steeds weer oplaaiende kritiek op zijn belangenintermediërende en strategisch adviserende beleidsrol. Dat heeft de Ziekenfondsraad uiteindelijk niet behoed voor opheffing, maar het zorgde in 1999 wel voor voldoende draagvlak voor een succesvolle

doorstart als College voor Zorgverzekeringen en ook rondom de stelselherziening in 2006 zou zijn technische expertise van doorslaggevend belang blijken te zijn voor zijn voortbestaan. Door het expliciteren van de eigen kerntaken, leverden de Ziekenfondsraad en het CVZ op gezette tijden ook een belangrijke bijdrage aan het expliciteren van de ordenings- en sturingsopgave in de gezondheidszorg.

## 2.4 Naar een nieuw verzekeringsstelsel

Zowel ten aanzien van de inrichting en besturing van het gezondheidszorgsysteem als ten aanzien van de inrichting en structuur van de rijksoverheid (en de verkokering langs de grenzen van beleidsterreinen) ontstond er in de jaren tachtig een nieuw bestuurskundig denken (Van Twist et al., 2009). In eerste instantie kenmerkte dit zich tot vooral systeem-analytische exercities over nieuwe ordenings- en sturingsmodellen voor de rijksoverheid en voor het gezondheidszorgstelsel. Maar in de jaren negentig werden deze intellectuele exercities meer en meer politiek-bestuurlijke realiteit.

In de jaren tachtig groeide het besef dat het spanningsveld tussen blijvend schaarse middelen en de alsmaar toenemende vraag naar zorg om een geheel nieuw besturingsmodel in de gezondheidszorg zou vragen. Buiten de gezondheidszorg speelden de verschillende adviezen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) een rol in het denken over een nieuwe besturingsfilosofie en bijpassende ordeningsmodellen in de gezondheidszorg. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) bekostigde in 1986 een bijzondere leerstoel 'sociale ziektekostenverzekering' aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met als doel om te onderzoeken op welke wijze binnen een (nationaal) stelsel van sociale ziektekostenverzekering, de verzekeraars een bijdrage konden leveren aan een zo groot mogelijke doelmatigheid in de gezondheidszorg. In de eveneens in 1986 verschenen discussienota *Het ziekenfonds op eigen benen van de VNZ* werd concurrentie als doelmatigheidsbevorderend coördinatiemechanisme bepleit. Waarbij overigens tegelijkertijd werd gepleit voor een nationale volksverzekering (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen [VNZ], 1986).

Het advies van de in 1986 geïnstalleerde Commissie-Dekker zou een cruciale rol gaan spelen in de hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. De installatie van de Commissie-Dekker was een direct gevolg van het regeerakkoord van CDA en VVD in het tweede kabinet Lubbers. Als voorbeeld voor de Commissie-Dekker gold het werk van de Commissie-Wagner die in het begin van de jaren tachtig op het gebied van industriebeleid een invloedrijk advies had uitbracht (Visser en Hemerijck, 1997). De verschillende belangengroepen van ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders en medisch specialisten stonden min of meer buiten spel. Op 25 augustus 1986 werd de Commissie-Dekker door staatssecretaris Dees van WVC geïnstalleerd. De commissie was nadrukkelijk gevraagd om ook het model van 'managed competition' van de Amerikaanse gezondheidseconomie Alan Enthoven in zijn advies te betrekken (Helderman et al., 2005). In maart 1987 bracht de commissie advies uit in het rapport onder de veelzeggende titel *Bereidheid tot Verandering*. Het advies was in grote eensgezindheid en in een recordtempo van zeven maanden tot stand gebracht.

De voorstellen van de Commissie-Dekker waren verstrekkend. Een verplichte basisverzekering zou gelijke toegang tot noodzakelijke zorg garanderen terwijl een systeem van gereguleerde concurrentie voor de noodzakelijke prikkels moest zorgen voor verzekeraars en aanbieders om de zorg zo efficiënt mogelijk te in te kopen dan wel te leveren. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars zou moeten worden opgeheven. 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. De plannen beheldden daarnaast een vereenvoudiging van de prijsregulering en de capaciteitsplanning van ziekenhuizen. De goedkeuring van tarieven door het COTG zou komen te vervallen en de Ziekenfondsraad en het COTG zouden moeten samengaan in een nieuwe Raad voor de Zorgverzekering die vervolgens alleen nog maar uit kroonleden zou bestaan. De SER werd in de voorstellen van de Commissie-Dekker belast met het adviseren over de hoogte van de premies.

Het rapport werd gemengd ontvangen. Er was veel waardering voor de consistentie van de voorstellen van de commissie, maar daarnaast was er ook kritiek. De werknemersorganisaties hadden vooral kritiek op de nominale premie. De werkgevers hadden daarentegen grote moeite met de basisverzekering en uitten hun twijfels over de mate waarin gereguleerde concurrentie tot afdoende kostenbeheersing zou leiden. De meest fundamentele kritiek kwam van het COTG. De commissie Dekker had volgens het COTG te weinig oog voor het feit dat de karakteristieken van de gezondheidszorg eenvoudigweg geen marktwerking toelieten.<sup>6</sup> Bovendien werd in de voorstellen onvoldoende rekening gehouden met de dominante positie van zorgaanbieders waardoor er van gereguleerde concurrentie weinig terecht zou komen. Een meerderheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars was bereid akkoord te gaan met de basisverzekering en aanvullende verzekeringen als ook met gereguleerde concurrentie. De VNZ stelde daarentegen voor om het idee van een aanvullende verzekering te laten varen en alles op te nemen in een eventueel opgeschoond basispakket onder het monopolie van de ziekenfondsen. Met betrekking tot de voorstellen voor gereguleerde concurrentie pleitte de VNZ, samen met de Ziekenfondsraad, voor een regionaal werkingsgebied. Binnen het ministerie waren de meningen verdeeld. Het idee van een basisverzekering kon op meer steun rekenen dan de voorstellen voor gereguleerde concurrentie, maar tegelijkertijd was er het besef dat een pleidooi voor een nationale basisverzekering zonder gereguleerde concurrentie, politiek geen enkel draagvlak zou hebben (Helderman, 2007).

---

6 Merk op dat het COTG een van de voorgangers is van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Feit was dat de voorstellen van de Commissie-Dekker voor alle 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. Alle nota's bouwden feitelijk voort op het advies van de Commissie-Dekker, maar verschilden van elkaar in de voorgestelde omvang van het basispakket, de vraag of de verzekering een publiekrechtelijk of privaatrechtelijke grondslag moest hebben en de verhouding tussen een inkomensafhankelijke en/of nominale premie.

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 het plan-Simons bekend werden. Simons wenste de basisverzekering via een uitbreiding van de AWBZ te bewerkstelligen. Omdat er aan geen enkele voorwaarde voor gereguleerde concurrentie was voldaan kwam het accent al snel te liggen op de brede volksverzekering (Van der Grinten, 2006). Daarnaast waren werkgevers, maar ook het Ministerie van Financiën, bevreesd dat marktwerking in de gezondheidszorg gepaard zou gaan met stijgende publieke uitgaven. Binnen de coalitie kwam Simons onder vuur te liggen van de rechtervleugel van coalitiegenoot CDA. In 1993 zegde het CDA zijn steun aan de plannen van Simons op en in 1994 bood de staatssecretaris zijn ontslag aan, vlak voor de val van het derde kabinet Lubbers (Van der Grinten, 2006).

Het plan-Simons mocht dan politiek gesneuveld zijn, dat nam niet weg dat er zich in de geest van de voorstellen van de Commissie-Dekker een aantal aanpassingen voltrokken die het beoogde nieuwe stelsel stap voor stap dichterbij brachten. Reeds in 1991 werd de wet 'Nadere wijzigingen van de AWBZ en Ziekenfondswet' vastgesteld. Voor de AWBZ voerde staatssecretaris Simons een nominale premie in waardoor verzekeraars voortaan gebudgetteerd werden. Ook werd de contracteerplicht voor vrije beroepsbeoefenaren, hulpmiddelen en revalidatie afgeschaft (Companje, 2008, p.595). Door de hervorming van de Ziekenfondswet werd het ziekenfondsen voortaan toegestaan om selectieve contracten met zorgaanbieders te sluiten en kregen ziekenfondsverzekerden bovendien de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen. De verandering in het vergoedingensysteem ging samen met de introductie van keuzevrijheid voor ziekenfondsverzekerden. In 1992 werden de regionale gebiedsmonopolies van ziekenfondsen opgeheven en werd het ziekenfondsen toegestaan om landelijk te werken. De aanpassing van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in 1992 bood ziektekostenverzekeraars de mogelijkheid om lagere vergoedingen te onderhandelen met zorgaanbieders. In 1993 werd het retrospectieve vergoedingensysteem voor ziekenfondsen vervangen door een stelsel van normuitkeringen. Maar omdat de risicoverevening nog onvoldoende ontwikkeld was, kwam er van werkelijke risicotoedeling aan ziekenfondsen nog weinig terecht. De Ziekenfondsraad concludeerde in 1995 dan ook dat er van gereguleerde concurrentie geen sprake was in de

Nederlandse gezondheidszorg (Ziekenfondsraad, 1995a). De ziekenfondsen kregen nog altijd 97 procent van de gemaakte kosten automatisch vergoed. Het belangrijkste effect was daarom vooral een groot aantal fusies tussen ziektekostenverzekeraars onderling en tussen ziekenhuizen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ], 2003).

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.<sup>7</sup> 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 geregleerde 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 ziekenfondsverzekeren 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. Maar het beleid stond vooral in het teken van kostenbeheersing. Zo 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 de interventies wederom 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 de stringente kostenbeheersing was dat de roep om meer ingrijpende en structurele maatregelen groter werd.

---

<sup>7</sup> Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur kreeg met het aantreden van het eerste paarse kabinet in 1994 een nieuwe naam: Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Pas aan het einde van zijn tweede termijn durfde het tweede kabinet Kok de stelselherziening van de gezondheidszorg 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 ziektekostenverzekeringsstelsel 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. Het tweede spoor behelsde een aanpassing van het verzekeringsstelsel door de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg die vervolgens in een latere fase moest integreren met de AWBZ.

## 2.5 Ontvlechten: van Ziekenfondsraad tot CVZ

De stelselwijziging liet in de jaren negentig dus nog even op zich wachten. In hoofdstuk 3 pakken we de draad van de stelselhervorming daarom weer op. Volgens Van der Grinten moeten de oorzaken voor het uitstel van de stelselherziening vooral worden gezocht in de toen geldende bestuurlijke verhoudingen. Het ontbrak staatssecretaris Simons aan hiërarchische doorzettingsmacht om zijn hervormingsplannen door te voeren (Van der Grinten, 2006, p.16). Daar kwam bij dat het maatschappelijk draagvlak voor een grote stelselwijziging nagenoeg ontbrak. Bovendien was aan een aantal belangrijke technische en institutionele randvoorwaarden om het nieuwe stelsel te kunnen laten functioneren nog nauwelijks voldaan (Helderman et al., 2005). Een goed werkend en verfijnd risicovereveningssysteem was nog lang niet voor handen en de convergentie tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars stond feitelijk nog in de kinderschoenen.

Ook de Commissie-Willems wees in zijn *Parlementaire onderzoek besluitvorming volksgezondheid* op de bestuurlijke verhoudingen en de grote invloed van maatschappelijke actoren in de gezondheidszorg. Bovendien, zo stelde de commissie, werd de discussie over de stelselherziening in de gezondheidszorg sterk beïnvloed door parallel lopende debatten, binnen en buiten het parlement. Zo speelde er tegelijkertijd de discussie over de Tussenbalans (bezuinigingen), de Oort-operatie (belastingen), het financieringstekort en de collectieve lastendruk, maar ook de discussie over kerntaken van de overheid en de positie van adviesorganen (Commissie-Willems, 1994, p.51). De parlementaire enquête commissie *uitvoeringsorganen sociale verzekeringen*, de commissie-Buurmeijer, kwam tot soortgelijke conclusies in zijn in 1993 verschenen rapport over de hervorming van het sociale verzekeringsstelsel. Ook daar voltrok zich op dat moment een ingrijpende stelselherziening en ook die stelselherziening liep vertraging op. Maar het verschil tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg was groot. Zo was de commissie-Buurmeijer uitgesproken kritisch over de Sociale Verzekeringsraad (SVR) en het toezicht van deze raad op de uitvoeringsorganisaties binnen het sociale verzekeringsstelsel. De SVR had in de ogen van de Commissie-Buurmeijer zelfs volledig gefaald in zijn toezichtstaken en de oorzaak daarvan moest vooral worden gezocht in de verlamdende werking die uitging van de tripartiete samenstelling van de SVR.

Die blaam trof de Ziekenfondsraad zeker niet. Integendeel, 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 juist uitermate positief over de Ziekenfondsraad, daar waar hij over andere adviesorganen in de zorg en over de verflechting 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). In een in 1993 verschenen rapport van de Algemene Rekenkamer werd eveneens uitermate positief geoordeeld over de Ziekenfondsraad en vooral op de wijze waarop hij invulling gaf aan zijn toezichthoudende taak in het stelsel van de wettelijke ziektekostenverzekeringen (Tweede Kamer, 1992-1993). Zo constateerde de Algemene Rekenkamer instemmend dat de Ziekenfondsraad zich in toenemende mate een oordeel vormde over de aanvaardbaarheid van uitgaven in de gezondheidszorg. Omdat de Ziekenfondsraad bovendien het gehele ziektekostenverzekeringstelsel als object van toezicht was gaan beschouwen, was zijn positie als toezichthouder in belangrijke mate versterkt. De Algemene Rekenkamer adviseerde de staatssecretaris zelfs om het sturend vermogen van de Ziekenfondsraad als toezichthouder in het sociale ziektekostenverzekeringstelsel te versterken, mede in het licht van de stelselherziening.

De Ziekenfondsraad reageerde uiteraard met voldoening op de conclusies van de Algemene Rekenkamer. En passant stelde hij dat zijn positie als toezichthouder op het wettelijk ziektekostenverzekeringstelsel als geheel van groot belang was voor zijn adviserende taken. Een belangrijk verschil met het aanpalende terrein van de sociale zekerheid was dat het in de gezondheidszorg om een sociale ziektekostenverzekering ging. Of zoals de oud-bestuurders het stelden in het rondetafel interview dat wij met hen hadden in het kader van dit onderzoek: *“wij waren niet zomaar een sociale verzekering, maar een sociale zorgverzekering, wij dienden er voor te zorgen dat noodzakelijke zorg voor iedere burger in gelijke mate beschikbaar en toegankelijk zou zijn, dat was een vele malen complexere opgave dan het beheren van een sociale uitkeringsfonds.”* Naast kennis over fondsbeheer en toezicht op de sociale ziektekostenverzekering en het aanpalende domein van de particuliere ziektekostenverzekering, was immers ook kennis nodig over het te verzekeren pakket en de daarbij behorende medisch-technologische aspecten van zorg, bijvoorbeeld over de effectiviteit van therapieën en interventies, en health technology assesment. De Ziekenfondsraad had op dit terrein inmiddels veel deskundigheid en gezag opgebouwd. Kwaliteit van zorg in relatie tot doelmatigheid was door de Ziekenfondsraad in de jaren tachtig reeds zelf geagendeerd en zou een steeds prominentere plaats krijgen in het werk van de Ziekenfondsraad. Zo verscheen in 1991 het advies *Grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket*. In 1993 verschenen de adviezen *Gepast gebruik en Kosten-effectiviteitsanalyse* bestaande uit verstrekkingen. In 1995 verscheen de *Nota werkzaamheden Ziekenfondsraad op het gebied van doelmatigheidsbevordering*, die in 1996 werd gevolgd door het advies *Doelmatigheid in de zorg*.

Alle lof ten spijt, het had weinig zin om te ontkennen dat de Ziekenfondsraad tot in zijn genen een exponent was van het inmiddels verguisde corporatistische overleg- en participatiemodel. Van alle adviesorganen bestond de Ziekenfondsraad uit de meeste groeperingen en van alle sectoren kende de gezondheidszorg bovendien 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 model. De kloof tussen burger en politiek werd in belangrijke mate gezocht in de ondoorzichtige en stroperige besluitvorming. Het primaat van de parlementaire democratie en de politiek 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).

In 1991 was de Bijzondere commissie Vraagpunten Adviesorganen ingesteld om de regering te adviseren over een herkaveling 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. Het *Raad op Maat* advies ging aan veel belangwekkende bestuursrechtelijke details voorbij. 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 formeel ophouden te bestaan.

In zijn reactie op het voorontwerp van de Herzieningswet adviescollege gaf de Ziekenfondsraad aan de minister van VWS mee dat het op zich wel kon instemmen met de gedachte om de algemene adviestaak weg te halen bij de raad. Wel wees de raad er op dat zijn adviserende taken op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering niet los konden worden gezien van zijn bestuurlijke taken. De raad wees er bovendien fijntjes op dat hij nog altijd voortdurend door het ministerie van VWS om beleidsimplementerend advies werd gevraagd. Hoewel de Ziekenfondsraad zelf niet bij machte was om een unaniem advies over zijn eigen lot te realiseren, pleitten verrassend genoeg de werkgevers en werknemers via de Stichting van de Arbeid wel voor het voortbestaan van het formele





participatie model. Ook het Presidium van de Ziekenfondsraad had moeite met afscheid nemen van het formele participatiemodel en zelfs minister Borst-Eilers was geneigd om het participatiemodel te handhaven. Zij realiseerde zich dat haar ministeriële doorzettingsmacht afhankelijk was van de medewerking van partijen in de gezondheidszorg en vreesde het vacuüm dat zou ontstaan met het opheffen van de Ziekenfondsraad. *“Wat lange tijd een intellectuele discussie was geweest, werd door Raad op Maat plotseling heel concreet. Het Presidium had grote bezwaren, maar het werd al snel duidelijk dat het participatiemodel van de Ziekenfondsraad zou ophouden te bestaan. Ik had als secretaris natuurlijk ook de verantwoordelijkheid voor de werkgelegenheid van mijn medewerkers. Toen hebben we met het Presidium bedacht dat we het initiatief in eigen hand moesten houden zodat we zelf de doorstart mochten maken, dat is gelukt.”* (interview J.L.P.G. van Thiel).

Maar een meerderheid van de Tweede Kamer zette door en in maart 1996 werd besloten dat de Ziekenfondsraad zou moeten worden omgevormd tot een college van negen onafhankelijke kroonleden: het College voor Zorgverzekeringen. De definitieve goedkeuring in de Tweede Kamer liep enige vertraging op maar op 17 november 1998 stemde de Tweede Kamer in met het opheffen van de Ziekenfondsraad, precies op zijn vijftigste verjaardag. Zo kwam er een formeel einde aan een lange corporatistische traditie. De uitvoeringstaken van de voormalige Ziekenfondsraad bleven in Amstelveen, dat nu het kantoor was geworden van het nieuwe CVZ. Ook de toezichtfunctie van de oude Ziekenfondsraad, die was ondergebracht bij de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisaties (CTU), werd in eerste instantie nog ongemoeid gelaten. Maar op 1 maart 2001 werd het toezicht verzelfstandigd in het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen, ook een ZBO.

## 2.6 Resumé

Tot aan het midden van de jaren zestig lag het accent op het realiseren van gelijke toegang tot zorg op basis van gelijke behoeften. Daarbij paste in de Nederlandse verhoudingen bij uitstek een corporatistisch arrangement als de Ziekenfondsraad. Vanaf het midden van de jaren zestig kwam daarnaast het accent te liggen op volume- en capaciteitsplanning. De Structuurnota van staatssecretaris Hendriks zorgde voor een bijpassende ordeningsstructuur en wetgeving. In eerste instantie werden volume- en capaciteitsplanning vooral ingezet om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg te garanderen. Vanaf het eind van de jaren zeventig zou centrale aanbodregulering echter steeds meer in het teken komen te staan van macro kostenbeheersing. Vanaf het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw kwam het accent geleidelijk aan te liggen op marktwerking ter bevordering van doelmatigheid, alhoewel centrale aanbodregulering en budgettering zeker niet los werden gelaten.

Iedere periode kende zo zijn eigen politieke vraagstukken, beleidsprioriteiten en daarbij passende besturingsarrangementen en dominante besturingsparadigma's. Er was echter niet zozeer sprake van opeenvolgende beleidsprioriteiten, maar veeleer van opeenvolgende beleidsprioriteiten. Zo werd de beleidsagenda van de gezondheidszorg alsmaar voller en het gezondheidszorgstelsel steeds complexer. Centrale aanbodregulering en geregleerde marktwerking verhieldden zich slecht tot elkaar en tot corporatistische

beleidsvervlechting. De verhoudingen tussen burgers, belangengroepen en de overheid waren fundamenteel veranderd. De zuilen vormden niet langer meer een grondslag voor het orkestreren van maatschappelijke en politiek-bestuurlijke verhoudingen. Maar wat dan wel?

# 3

## Besturingstransitie: van College tot Zorginstituut

*“[...] markets do not create institutions. Incentives do not create institutions. Building institutions requires power, skill, personnel luck, and time. It is silly to expect ‘market forces’ to create integrated, high quality multispecialty medical organizations. If anything, that kind of institution building may be easier in a system that is under less pressure for immediate results and has more hierarchical power.”*

WHITE, 2009, P.51

De geschiedenis van de Ziekenfondsraad en van de Nederlandse gezondheidszorg is in hoofdstuk 2 onderzocht langs de lijn van opeenvolgende beleidsuitdagingen en daarbij passende besturingsarrangementen. Tot aan het midden van de jaren zestig lag het accent op het realiseren van gelijke toegang op basis van gelijke behoeften. Vanaf het midden van de jaren zestig kwam het accent te liggen op volume en capaciteitsplanning. In eerste instantie stonden volume- en capaciteitsplanning vooral in het teken van het beschikbaar maken van gezondheidszorg. Vanaf het eind van de jaren zeventig, op het hoogtepunt van de economische crisis, werd centrale aanbodregulering in combinatie met budgetmaatregelen vooral ingezet ter beheersing van de publieke uitgaven aan de gezondheidszorg. De keerzijde van stringente aanbodsregulering was dat het systeem weinig tot geen prikkels voor doelmatige zorg bevatte. Vanaf het midden van de jaren tachtig kwam daarom het accent op doelmatigheid te liggen. In verschillende landen, waaronder Nederland, wordt sindsdien geëxperimenteerd met gereguleerde marktwerking om zo de doelmatigheid van de zorg te vergroten (Cutler, 2002; Bevan et al., 2010).

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe deze besturingstransitie zich in Nederland in het nieuwe millennium heeft voltrokken en hoe deze ontwikkelingen hebben geleid tot Zorginstituut Nederland. We pakken daartoe eerst de draad weer op van hoofdstuk 2 en beschrijven het vervolg van de stelselherziening. Dan volgt net als in hoofdstuk 2 een theoretisch intermezzo waarin we uiteenzetten welke besturingsarrangementen in de gezondheidszorg kunnen worden onderscheiden en hoe deze zich tot elkaar (zouden kunnen) verhouden. We gaan daarin ook in op de rol van ZBO's. In het empirische vervolg kiezen we wederom een meer beleidsinhoudelijke invalshoek en vragen we ons af hoe de drie hierboven genoemde beleidsprioriteiten zich in het afgelopen decennium tot elkaar hebben verhouden. Dat brengt ons via een uiteenzetting over 'gepast gebruik' uiteindelijk bij Zorginstituut Nederland.

### 3.1 De komst van het nieuwe zorgstelsel

Met de nota *Vraag aan bod, hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel* die door minister Borst-Eilers en staatssecretaris Vliegthart op 16 juli 2001 werd gepubliceerd stond de stelselherziening weer prominent op de politieke agenda van het tweede paarse kabinet. De nota bouwde voort op de voorstellen van de Commissie-Dekker en op twee recente adviezen van de SER en de RVZ. Voor het tweede compartiment werd voorgesteld om de duale verzekeringsstructuur te vervangen door één algemene verzekering. De nieuwe verzekering zou een publiekrechtelijke grondslag krijgen maar door privaatrechtelijke zorgverzekeraars moeten worden uitgevoerd. Zorgverzekeraars die deze wettelijke verzekering uitvoeren kregen daartoe een acceptatieplicht. Een sluitend systeem van risicoverevening 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. Meer vraaggerichtheid (vraagsturing) in een duidelijke verzekeringsstructuur zou hier verbetering in moeten brengen. Het kabinet voorzag dat op termijn de nieuwe algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ zouden kunnen integreren. Om die integratie te bespoedigen werd voorgesteld om de zorgverzekeraar ook een sturende rol te geven in het eerste compartiment. 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).

#### 3.1.1 De modernisering van de AWBZ

In de nota *Zicht op Zorg* had staatssecretaris Vliegthart 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. Bovendien voorzag het kabinet een naderende

krapte op de arbeidsmarkt (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 enkele 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 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.

De vonnissen waren voor de staatssecretaris een extra argument voor haar hervormingsplannen. 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.

De acute problemen in de AWBZ leidden overigens tot een opmerkelijke revitalisering van het 'poldermodel'. In hoofdstuk 2 merkten we al op dat het 'poldermodel' in Nederland al vele malen is afgeschreven, maar even zo vaak weer is uitgevonden. Zij het met nieuwe spelers, in andere verschijningsvormen, meer of minder geformaliseerd en met andere macht- en gezagsverhoudingen. 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).<sup>8</sup> Het Treekoverleg was een initiatief van de brancheorganisaties in de gezondheidszorg dat zich in korte tijd kon manifesteren tot een krachtige belangenlobby richting zowel het ministerie als het parlement (Van der Grinten, 2001). De bewindslieden van VWS reageerden desalniettemin verheugd op het initiatief. Het Treekoverleg vulde immers het vacuüm dat was ontstaan door de ontmanteling van de Ziekenfondsraad. Uiteraard had het overleg wel een andere rol dan de voormalige Ziekenfondsraad en andere vertegenwoordigers. De representanten van verzuilde maatschappelijke groeperingen hadden plaats gemaakt voor moderne zorgmanagers en topbestuurders. Maar er konden zaken worden gedaan. Een van de eerste resultaten van het Treekoverleg waren

---

8 Aan het Treekoverleg namen deel de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Arcare, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ-N), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), het Paramedisch Verband, Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (Dols en Kerkhoff, 2008, p.836).

de zogenaamde Treeknormen voor aanvaardbare wachttijden in de zorg. In de praktijk zouden de Treeknormen het referentiekader vormen voor de politiek en maatschappelijke aanvaardbaar geachte wachttijden.

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 moest niet meer 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 terughoudend. Het ging immers om de principiële vraag of het door de Raden voorgestelde decentrale dienstverleningsmodel een even goede waarborg zou bieden voor noodzakelijke zorg als het verzekeringsmodel van de AWBZ.

### 3.1.2 Eindspel: het stelsel voltooid?

Het tweede kabinet Kok viel in 2001 op de Screbenica-tragedie. De hervorming van het zorgstelsel werd door het kabinet bewust doorgeschoven naar het volgende kabinet. 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. Gezondheidszorg werd onderwerp van een heftige verkiezingsstrijd die zich voornamelijk toespitste 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 gezondheids-

zorg. 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 verzekering.

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 was het financiële risico van de ziekenfondsen opgevoerd van nog 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. Macro-kostenbeheersing stond prominent op de politieke agenda (Van der Grinten, 2006). Een nieuwe visienota was bovendien niet nodig, daartoe bood de nota *Vraag aan bod* voldoende kaders. Minister Hoogervorst kon bovendien prima uit de voeten met de aanpassingen die Bomhoff reeds had gedaan. Maar bovenal, hij bevond zich in een geheel ander politiek-bestuurlijk krachtenveld dan zijn voorgangers. Hij was niet afhankelijk van advisering en overleg via formele overleg en advieskanalen. Dat stelsel was immers vrijwel geheel ontmanteld. Het bracht hem in een comfortabele bestuurszetel waarbij hij vol kon inzetten op het voorbereiden van wetgeving om zo het nieuwe stelsel te realiseren. 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, sinds 1995 waren zij georganiseerd binnen één brancheorganisatie (Zorgverzekeraars Nederland). Binnen tien jaar tijd hadden zij zich bovendien gevormd tot grote verzekeringsconglomeraten. Ook tussen de zorgaanbieders vonden vele fusies en schaalvergroting plaats.<sup>9</sup> Met name de zorgverzekeraars, maar ook

---

9 Zo was het aantal ziekenhuizen in Nederland 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).



de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, hadden belang gekregen bij een stelsel van gereguleerde marktwerking (Helderman, 2007). Tot slot, 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 waarmee hij 'zaken' kon doen. Dat hij zich niets gelegen hoefde te laten liggen aan formele adviesconsultaties kwam hem overigens niet slecht uit, hij had er persoonlijk niets mee (interview H. Hillen, D. Hermans en G. Klein Ikkink). Zelfs het kroonledenmodel van het CVZ deed hem nog teveel aan het verguisde corporatisme denken.

Binnen het ministerie van VWS was de regie strak in handen van de minister en de toenmalige directeur generaal Martin van Rijn, de huidige staatssecretaris van VWS. Wat volgde was een ambitieus wetgevingsprogramma en evenzo ingenieuze sectormassage en publiciteitscampagne. Door in de sector medestanders te mobiliseren wist minister Hoogervorst in korte tijd veel steun te verwerven voor de stelselherziening. Met name de zorgverzekeraars waren enthousiast over de op handen zijnde stelselherziening, zeker nu duidelijk was dat deze een privaatrechtelijke grondslag zou krijgen. De meer argwanende zorgaanbieders wist de minister via het programma 'Sneller Beter' te overtuigen van de onvermijdelijkheid van de hervormingen en de kansen die dat hen zou bieden. Het ministerie organiseerde een aantal bijeenkomsten waarin aan ziekenhuisbestuurders de crux van het beoogde stelsel werd uitgelegd. Na afloop van de bijeenkomst kregen de ziekenhuisbestuurders vervolgens allemaal een gesloten envelop mee naar huis met daarin de prestaties van hun eigen organisatie afgezet tegenover de 'best practices' van Sneller Beter.

De nieuwe Zorgverzekeringwet 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 geschoeid zorgverzekeringstelsel. 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. 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. 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, 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 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 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. De nieuwe zorgautoriteit ging de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) heten. De zogenaamde burgerregelingen – wanbetalers en in het buitenland woonachtige Nederlanders – werden bij het CVZ belegd. Dat was vooral een pragmatische en in alle haast genomen beslissing (interview D. Hermans). In de voorbereiding van de Zvw was er relatief weinig aandacht besteed aan de burgerregelingen. Uiteindelijk is op het laatste moment besloten dat het CVZ deze dan maar moest uitvoeren. We zullen straks zien dat dit niet een gelukkige keuze is geweest. 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 stille revolutie in de zorg was in hoofdlijnen voltooid. Maar het was nog te vroeg om de steigers rond de stelselherziening af te breken.

### 3.2 Het stelsel nog altijd in de steigers

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. Tijdens de tweede helft van de termijn van Klink verschoof het accent naar sturen op kwaliteit en gezondheidswinst. Het kabinet 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, en was het afhankelijk van andere fracties (met name de SGP). De nieuwe minister van VWS was drs. E.I. Schippers (VVD). Zij was reeds jarenlang woordvoerder gezondheidszorg geweest voor de VVD en in het verre verleden bovendien Ziekenfondsraadlid namens de werk-

gevers. 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. Na verkiezingen op 12 september 2012 trad 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 zowel PvdA als VVD voldoende van hun gading terugvonden in het akkoord. Dat leverde overigens ook een kortstondige terugkeer van het idee van een inkomensafhankelijke premie in de zorg op. 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.

De kabinetten Balkenende IV, Rutte I en het huidige kabinet Rutte II hebben de hervormingsagenda van de voorgaande kabinetten voortgezet en uitgebreid met uitkomstfinanciering en prestatiebekostiging (zorg die loont) en de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitsinstituut dat uiteindelijk werd ondergebracht bij het CVZ. Zo werden kwaliteitsbeleid en marktwerking steeds meer op elkaar betrokken in de Nederlandse gezondheidszorg. Hieronder behandelen we eerst de belangrijkste elementen van het vervolg van de stelselhervorming, zonder dat we daar volledig in kunnen zijn overigens. Na een theoretisch intermezzo in paragraaf 3,4 gaan we in paragraaf 3,5 in op de ontwikkelingen die geleid hebben tot Zorginstituut Nederland.

### 3.2.1 De herverkaveling van zorg

De modernisering van de AWBZ was 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.

Met de komst van de Wmo was het drieluik 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 herverkaveling 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 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). Zover was en is het nog niet, inmiddels wordt gesproken over een kern-AWBZ,

maar de door de RVZ voorgestelde hervorkaveling is in volle gang. In 2009 werd de ondersteunende begeleiding van de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Daarmee was en is de hervorkavelingsoperatie 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.

### 3.2.2 Voortschrijdende doch haperende marktwerking

Voor de curatieve gezondheidszorg lag het accent in de eerste jaren na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg op het verder uitwerken van marktwerking. Zeker in de eerste jaren kwam van selectieve inkoop nog weinig terecht. Zorgverzekeraars waren in de eerste jaren na de stelselherziening vooral bezig met het vergroten van hun marktaandeel in de verzekeringsmarkt. Het ontbrak hen 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 overgaan. Bovendien functioneerde de DBC-systematiek verre van optimaal. 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 3.000. De operatie kreeg bekendheid onder de naam 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT).

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.<sup>10</sup> Aanvankelijk was het de bedoeling dat de helft van alle ziekenhuisverrichtingen in 2009 onder maatstafconcurrentie zouden vallen, terwijl 20 procent van alle verrichtingen reeds

---

<sup>10</sup> 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).

vrij onderhandelbaar zouden kunnen zijn. Voor de overige 30 procent (het zogenaamde A-segment) zou het traditionele functiegerichte bekostigingregime gehandhaafd blijven. Maar 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 helemaal losgelaten. In de curatieve sector werd het vrij onderhandelbare B-segment uitgebreid van 20 procent in 2008 naar 34 procent in 2009 en in 2013 behoorde reeds 70 procent van alle ziekenhuisverrichtingen tot het onderhandelbare B-segment.

Maar 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 nog niet de gewenste kostenbeheersing op macro-niveau op. Debet daaraan waren vooral de volumestijgingen in het B-segment als gevolg van aanbodgeïnduceerde vraag. Verder bleek dat zodra DBCs werden overgeheveld van het A-segment naar het B-segment, de doelmatigheidswinst op DBC-niveau afnam, omdat ziekenhuizen de focus dan verlegden van doelmatigheid naar volume groei (Ikkersheim, 2013). Daar kwam bij dat zorgverzekeraars nog altijd ex post via het risicovereveningssysteem werden gecompenseerd. Met andere woorden, zowel verzekeraars als zorgaanbieders hadden geen belang bij een beheerste kosten- en volumegroei. Op macro-niveau 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 stijging van 3,5 procent meer dan in 2010. De stijging werd voornamelijk veroorzaakt door de groei van het zorgvolume. Gecorrigeerd voor prijsveranderingen, kwam de stijging van de zorguitgaven uit op 3,7 procent in 2011. In de ziekenhuiszorg groeide het zorgvolume met bijna 5 procent in 2011, ongeveer evenveel als in 2010. Met name de voortdurende toename van klinische opnamen, dag- en deeltijdbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken speelde daarbij een rol. Ook in de geestelijke gezondheidszorg steeg het volume fors, in beide jaren met 4,6 procent. Daarmee had Nederland de twijfelachtige eer om in korte tijd van goede middenmotor op te klimmen naar de tweede plaats op de internationale ranglijst van uitgaven aan de gezondheidszorg (achter de Verenigde Staten).

Analyses toonden aan dat de werkelijke trendbreuk in de relatief goede kostenbeheersing ergens rond 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 wachttijsten weg te werken. Nadat de wachttijsten waren verdwenen, rond 2004, waren de uitgaven echter niet gestabiliseerd al werd dat in eerste instantie nog gemaskeerd door een aantal begrotings-technische veranderingen (Trienekens et al., 2012). De volumestijging kon bovendien niet verklaard worden door onderliggende demografisch-epidemiologische trends. Er waren steeds sterkere aanwijzingen dat de volumestijging vooral werd veroorzaakt door de lichtere zorg in ongeveer alle sectoren van de zorg. 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). Zo groeide het besef dat de stijging van de zorguitgaven in Nederland niet werden veroorzaakt door onbeïnvloedbare factoren als epidemiologische en demografische trends (vergrijzing) maar vooral door verkeerde incentives en instituties. Met name de groei van uitgaven aan lichtere zorg noopte tot ingrijpen, daarnaast bleek er ook op het terrein van doelmatigheid nog veel winst te behalen. De bekostiging van de zorg en de volume prikkels die in het systeem zaten werden in toenemende mate als oorzaak van de uitgavenstijgingen gezien.

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 hoofdpunten 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).

### 3.2.3 Zorg die werkt, de polder die loont

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 risicovereeningssysteem te vervangen door ex ante compensaties (Schippers, 2011a, p.6).

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. Het streven was om een wetsvoorstel begin 2012 bij de Kamer in te dienen. In paragraaf 3.5 gaan we hier verder op in. 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 bij de sector.

Zo combineerde minister Schippers een uitbreiding van de markwerking met een hiërarchisch macrobeheersingsinstrument. 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. Maar de ervaringen met kostenbeheersing door de overheid (of via marktpartijen) waren niet hoopgevend. Bovendien waren er ook meer duurzame hervormingen nodig in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. De hervormingsopgave was complex en het kabinet kon alle medewerking van de sector gebruiken. Om daarover afspraken te maken greep ze terug op een ander beproefd model van beleidsvorming 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). Blijkens een voordracht van Directeur Generaal Curatieve Zorg Leon van Halder tijdens het Nationaal Congres Gezondheidszorg (22 september 2011) kwamen beide akkoorden na relatief moeizame onderhandelingen tot stand. 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. Mochten de uitgaven toch harder stijgen dan de afgesproken 2,5 procent dan zou de minister het macro-beheersingsinstrument kunnen inzetten.

Daar bleef het niet bij. 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 weer terug en ondertekende 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. Ook de huisartsenzorg mocht niet verder groeien dan 2,5 procent per jaar maar ter compensatie van de extra taken werd daar door de minister een half procent bij opgedaan. In het GGZ-akkoord werd onder andere afgesproken dat er fors zou worden ingezet op het afbouwen van de beddenscapaciteit 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 vervolgens nog eens een vernieuwd 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-budget-beheersing met marktwerking (prestatiebekostiging) en ‘polderen’.

### 3.3 Intermezzo: sturing en borging van publieke belangen

Als er iets valt op te maken uit de voorgaande beschouwingen over de besturing van de gezondheidszorg, dan is het dat de gezondheidszorg een sector is die wordt gekenmerkt door een grote hoeveelheid aan verschillende – dikwijls tegenstrijdige – besturingsarrangementen (Van der Grinten, 2001). Denk aan: de medische professie, die een sleutelpositie heeft vanwege het vaak technisch complexe karakter van medische zorg; de markt, die maar moeizaam werkt door imperfecte en asymmetrisch verdeelde informatie, maar die onder bepaalde condities wel kan bijdragen aan meer doelmatigheid; en de overheid met al zijn interventies, die een grondwettelijk verankerde verantwoordelijkheid heeft voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van gezondheidszorg en ook voor de volksgezondheid, maar dit niet op eigen kracht kan realiseren. Dat roept de vraag op hoe deze verschillende besturingsarrangementen zich tot elkaar verhouden en hoe we de positie van ZBOs in deze complexe institutionele configuratie moeten begrijpen?

In deze paragraaf gaan we daar dieper op in. Daartoe maken we onderscheid naar vier besturingsarrangementen (etatisme, markt, professie en maatschappelijk middenveld) die langs twee dimensies kunnen worden onderscheiden (Helderman, 2007; Bal, 2008). Figuur 2 geeft dit weer. De eerste dimensie betreft de mate waarin een overheid sturend in een institutioneel domein kan optreden; de sturings- en borgingsarrangementen en instrumenten die binnen een specifiek institutioneel domein passen. 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, bijpassende politiek-bestuurlijke verhoudingen en de toebedeelde doorzettingsmacht van de overheid (White, 2003). Omdat het in de gezondheidszorg gaat om een solidariteit



op hoog niveau, die niet door burgers op eigen kracht in de markt of binnen een gemeenschap van lotgenoten kan worden gerealiseerd, is het niet verwonderlijk dat de overheid zo dominant is in moderne gezondheidszorgstelsels (De Swaan, 1989). Borging via wet- en regelgeving berust op het principe van ‘binding vooraf’. Maar 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. Dat geldt zeker binnen de Nederlandse politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen. En ook al hebben we in de voorafgaande analyse van het gezondheidsbeleid vele voorbeelden van verstatelijking aangetroffen, de onderlinge afhankelijkheden tussen de overheid en maatschappelijke actoren blijven bestaan.

Figuur 2 | Vier ideaaltypische besturingsarrangementen (Helederman, 2007)



De tweede dimensie betreft de mate waarin 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 voorzieningsystemen 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. Bij dit krachtenveld van gearticuleerde belangen gaat het uiteindelijk om de vraag in hoeverre de categorale deelbelangen van private actoren in overeenstemming kunnen worden gebracht met het publieke belang. 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: zelfsturing.

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 een zekere mate van sociale binding 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 het professionele domein is niet immuun voor verandering van buitenaf.<sup>11</sup> Professionals dienen zich in toenemende mate publiek te verantwoorden voor 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. Maar de collectieve handelingscapaciteiten van private marktpartijen zijn per definitie klein omdat markten nu eenmaal gebaseerd zijn op 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 complete contracten zijn essentiële voorwaarden voor het functioneren van iedere markt, evenals als de beschikbaarheid van voldoende en voor iedereen beschikbare informatie. Maar 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 onderhandelingen een verantwoorde afweging maken tussen prijs en kwaliteit en hierover transparant zijn?<sup>12</sup> Transparantie is vaak een probleem omdat marktpartijen uit concurrentieoverwegingen gebaat zijn bij geheimhouding.

De term ‘gereguleerde concurrentie’ verraadt overigens al dat we het over markt hebben waar de overheid een belangrijke verantwoordelijkheid in heeft. Daarom worden deze

---

11 Om die reden heeft de KNMG zich altijd sterk gemaakt voor een onderscheid tussen professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden. Professionele standaarden zijn in zijn optiek primair de verantwoordelijkheid van professionals zelf.

12 Zie bijvoorbeeld het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper Ziekenhuis te Emmen. De onderzoeksraad concludeerde dat zorgverzekeraar Achmea en het Scheper Ziekenhuis in hun onderhandelingen teveel concessies op kwaliteit en patiëntveiligheid hadden gedaan. De raad beval de zorgverzekeraars aan om bij zorgvernieuwing voor een passende - redelijke - prijsstelling te zorgen en om concrete kwaliteitsafspraken met de zorgaanbieder te maken (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2011).

markten ook wel ‘quasi-markten’ genoemd: een systeem van publieke dienstverlening waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de publieke financiering door de overheid en private levering van diensten via onderling concurrerende private aanbieders van maatschappelijke diensten (Le Grand, 1991; Le Grand en Bartlett, 1993; Walsh, 1995; Le Grand, 1999; Helderma, 2007).

Dan is er tot slot nog het domein dat wij in hoofdstuk 2 als corporatistisch hebben aangeduid. Die term moeten we misschien inderdaad maar reserveren voor het formele participatiemodel zoals dat in de naoorlogse verzorgingsstaat bestond en waarvan ook de Ziekenfondsraad bij uitstek een exponent was. Maar we stelden ook dat het ‘poldermodel’ steeds weer terugkeert, in andere gedaanten, met andere spelers en minder geformaliseerd. Denk aan het Treekoverleg of aan de bestuurlijke hoofdlijnakoorden die recentelijk zijn afgesloten. We kunnen dit domein daarom niet zo maar afserven en het zou ook zeer onverstandig zijn om dat te doen. Het gaat nog altijd om het betrekken van maatschappelijke actoren (het maatschappelijk middenveld) bij het overheidsbeleid via overleg en onderhandeling, gericht op het bereiken van consensus (onderhandelde overeenstemming). Waar professionele zelfsturing zijn grondslag heeft in de professionele autonomie van arts en in de gedeelde normen en waarden van de professionele gemeenschap, heeft gedelegeerde zelfsturing zijn grondslag in de politiek democratische, rechtsstatelijke en maatschappelijke verhoudingen. Het borgingsmechanisme dat bij dit domein past is institutionele borging. Sturing en borging via het middenveld zijn weliswaar indirecte vormen, maar via het middenveld kunnen zowel marktpartijen als professionals worden bereikt en met elkaar in contact worden gebracht. De mate waarin dat kan is wel afhankelijk van de bereidheid van deze partijen om zich op het middenveld te organiseren.

### 3.3.1 Institutionele complementariteit

Bestuurskundigen spreken graag over besturingslogica’s, maar wanneer er verschillende besturingslogica’s tegelijkertijd in de omloop zijn, doemt de vraag op in hoeverre er sprake is van een overkoepelende systeemlogica (Streeck, 2005). Die overkoepelende logica is er vaak niet, het is waarschijnlijk zinvoller om de institutionele configuratie die ontstaat uit de verschillende besturingsarrangementen te duiden in termen van institutionele complementariteit. Daarmee wordt bedoeld dat de effectiviteit en legitimiteit van het ene besturingsarrangement afhankelijk is de aanwezigheid van andere besturingsarrangementen (Amable, 2003; Helderma, 2007). We moeten in dit licht bijvoorbeeld de noodzaak van een macro-beheersingsinstrument in de gezondheidszorg bezien. Zonder een dergelijk instrument zouden onderhandelingen over een beheerste kostengroei in de gezondheidszorg waarschijnlijk te vrijblijvend zijn. Het instrument moet met mate worden gebruikt omdat het anders het onderling vertrouwen van partijen en de bereidheid tot onderhandelingen ondermijnt, maar de optie van eventuele hiërarchische interventie is een noodzakelijke voorwaarde voor welslagen van onderhandelingen. De bestuurlijke akkoorden sluiten evenmin marktwerking en professionele zelfsturing uit. Wanneer overleg en bindende afspraken tussen betrokken partijen mogelijk zijn, ontstaat er een veel groter palet aan coördinatie- en interventiestrategieën. Zoals er sprake is van een

arbeidsmarkt en een stelsel van collectieve arbeidsovereenkomsten, zo kan er ook sprake zijn van een zorg- en verzekeringsmarkt, professionele richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en collectief tot stand gekomen hoofdlijnenakkoord. Het zijn onder voorwaarden complementaire besturingsarrangementen (Van der Grinten, 2006; Helderma, 2007).

De uitvoering van publieke taken raakt aan publieke belangen. Wanneer de uitvoering van publieke taken op afstand van de overheid gebeurt, gaat borging van publieke belangen niet altijd vanzelf; dat moet worden georganiseerd (WRR, 2012a). In Nederland groeide dit besef pas begin jaren 2000, na twee decennia van extreme groei in het aantal ZBOs (POC, 2012; WRR, 2012b). In het WRR-rapport *Het borgen van publiek belang* worden drie manieren onderscheiden om publieke belangen te borgen: hiërarchie (door wetgeving en toezicht), markt (door competitie en contract), en institutionele borging.<sup>13</sup> Institutionele borging is een indirecte manier van het borgen van publieke belangen, de essentie ervan is dat via onderhandeling en overleg, de eigen waarden en normen van betrokken actoren in overeenstemming worden gebracht met de aard van het publieke belang dat in het geding is (WRR, 2000: 65). Wanneer bijvoorbeeld ‘gepast gebruik’ de aard van het publieke belang betreft, dan gaat het om de vraag of ‘gepast gebruik’ voldoende geïnternaliseerd is in de normen en waarden van private zorgpartijen (verzekeraars, artsen, zorgaanbieders, patiënten).

Elk van de hierboven beschreven besturings- en borgingsarrangementen heeft een eigen bijdrage te vervullen in de besturing van de gezondheidszorg, maar kent daarmee ook zijn beperkingen. Het is daarom niet verstandig alle kaarten op één arrangement te zetten (WRR, 2000, p.66). In de praktijk zien we daarom vaak combinaties van besturings- en borgingsarrangementen. Wanneer aan één arrangement een steeds groter probleemoplossend vermogen wordt toegedicht, treedt er besturingsinflatie op. We raken dan het zicht kwijt op het belang van complementaire besturingsarrangementen. Besturingsinflatie leidt tot een ondermijning van het probleemoplossende en coördinerende vermogen van een besturingsarrangement. Een erkenning van het bestaan van institutionele complementariteit tussen verschillende besturingsarrangementen draagt niet alleen bij aan meer nauwkeuriger analyse van de mogelijkheden en beperkingen van verschillende besturingarrangementen in de gezondheidszorg, het behoedt ons ook voor misleidende discussies over ‘markt’ versus ‘overheid’ versus ‘professionele autonomie en zelfsturing’. In het vervolg van dit hoofdstuk laten we zien dat een ZBO als het CVZ, en straks ook Zorginstituut Nederland, daar een cruciale verbindende schakel in kan zijn.

### 3.3.2 Institutionele borging via ZBOs

De opkomst van het marktdenken in de jaren tachtig en negentig ging gepaard met de oprichting van een groot aantal zelfstandige bestuursorganen (ZBOs). Dat is overigens niet een unieke Nederlandse trend. Ook in andere landen is er sprake van de opkomst van nieuwe autoriteiten en/of agentschappen. Wat uniek is in Nederland is dat de oprichting

---

<sup>13</sup> Inmiddels onderscheiden we nog een vierde borgingsinstrument: aandeelhouderschap via staatsdeelnemingen in verzelfstandigde bedrijven (zoals de NS) (POC, 2012).

van ZBOs samenhang met de sanering van de op corporatistische leest geschoeide advies en overlegorganen. De opkomst van ZBOs kan in die zin ook worden begrepen als een transitie van een corporatistische staat naar een regulerende staat (Okma en De Roo, 2009; Helderma et al., 2012). Waar in andere landen 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 (verstatelijking, Van Thiel, 2011).

In het algemeen geldt voor ZBOs dat zij verschillende institutionele domeinen en daarbij passende besturingsarrangementen met elkaar verbinden. In figuur 2 hebben we ZBOs daarom in het midden van de matrix geplaatst; op het grensvlak tussen de overheid, de markt, de professie en het middenveld. Waar een ZBO zich precies bevindt hangt af van zijn taak. De NZa kan als marktmeester vooral tussen de overheid en de markt worden gepositioneerd. Het CVZ en Zorginstituut Nederland bevinden zich meer op het grensvlak tussen de overheid, het middenveld en de professie. 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 besturingsarrangementen. Tussen verschillende ZBOs in één sector is sprake van een arbeidsverdeling, al is die arbeidsverdeling soms enigszins arbitrair en zal er ook tussen verschillende ZBOs moeten worden samengewerkt.

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. Die doelmatigheidsverwachting is gestoeld op het feit dat ZBOs niet onder de strikte regels ten aanzien van personeels – en financieel beleid vallen, zoals ministeries dat wel doen. Ten tweede wordt met de inzet van ZBOs een verbetering van de kwaliteit van de uitvoering verwacht. De specifieke kennis die voor hun taken vereist is, is niet altijd aanwezig binnen de overheid, of hun taken worden niet gezien als kerntaken van de overheid. Door de splitsing tussen beleidmakers (op het ministerie) en –uitvoerders (in het ZBO) kunnen zij zich elk richten op hun eigen kerntaak en competentie. Die specialisatie komt ten goede aan de kwaliteit. Ten derde wordt verondersteld dat ZBOs de beleidsuitvoering dichter bij de burger en maatschappelijk betrokken organisaties brengen (artsen, zorgaanbieders, verzekeraars), waardoor ze beter kunnen voldoen aan de wensen en kenmerken van verschillende doelgroepen. Door maatwerk te leveren neemt enerzijds de kwaliteit toe en wordt anderzijds onnodige verspilling voorkomen. 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. Ook hiervan wordt verwacht dat het tot een betere aansluiting tussen vraag en aanbod zou leiden, en tot meer draagvlak voor het ZBO in de betreffende beleidssector. Door de behartiging van bepaalde taken en daarmee verbonden publieke belangen op een zekere afstand van het departement te zetten, ontstaan er nieuwe mogelijkheden voor institutionele borging door in gezamenlijkheid met



maatschappelijke actoren een stelsel van normen en waarden te ontwikkelen. Dat is in de bureaucratische en bureaupolitieke setting van het ministerie vaak niet mogelijk. Tenslotte, de politieke agenda en de daarbij behorende beleidsagenda van een ministerie kennen zo hun beperkingen. Allereerst omdat er per episode vaak maar plaats is voor een beperkt aantal kwesties (Kingdon, 1984). Aandacht voor het één gaat altijd ten koste van het ander. Denk aan onze schets van opeenvolgende beleidsprioriteiten in de gezondheidszorg. Wanneer geen van die beleidsprioriteiten en daarachter schuilende publieke belangen voor langere tijd kunnen worden veronachtzaamd, functioneren ZBOs als publieke belangenbehartiger. ZBOs kunnen zich ook gemakkelijker dan ministeries committeren aan één specifiek publiek belang. Zo vormen ze als het ware een buffer tegen de waan van alledag en bewijzen ze de minister en het departement goede diensten omdat die daarmee de handen vrij hebben voor politieke onderhandelingen binnen de coalitie, met het parlement, en voor intra- en interdepartementale onderhandelingen.

Voor het CVZ waren in eerste instantie met name deskundigheidsmotieven van belang. Het CVZ erfde in velerlei opzichten de deskundigheid en het gezag van de Ziekenfondsraad. 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 zorgde er ook wel voor dat het CVZ in de eerste jaren van zijn bestaan nog veel weg had van de oude Ziekenfondsraad. Het hierboven genoemde participatiemotief ligt in het geval van het CVZ 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. Maar we zullen in de volgende paragraaf zien dat dit participatiemotief en de bijdrage die het CVZ levert aan de institutionele borging van het publieke belang van gepast gebruik van zorg steeds belangrijker gaan worden.

### 3.4 Het CVZ: passende sturing - gepast gebruik

Met het opheffen van de Ziekenfondsraad, op 4 januari 1999, was een icoon van de Nederlandse verzorgingsstaat van het politiek-bestuurlijke en maatschappelijke toneel verdwenen. Het bureau van de Ziekenfondsraad in Amstelveen nam afscheid van de 44 vertegenwoordigende leden van werkgevers (waaronder de huidige minister van VWS), werknemers, ziekenfondsen, aanbieders, 'medewerkers', patiëntenorganisaties, door de minister aangewezen leden en de ministerieel vertegenwoordiger en waarnemer namens het COTG. Daarvoor in de plaats kwam het College voor Zorgverzekeringen, bestaande uit zeven kroonleden. Formeel was er ruimte voor negen leden, maar twee zetels zijn nooit opgevuld. De voormalig voorzitter van de Ziekenfondsraad (L. de Graaf) werd de eerste voorzitter van het CVZ. De voormalig secretaris van de Ziekenfondsraad (mr. J.L.P.G. van Thiel) werd de eerste directeur van het CVZ (zie bijlage 2). In de eerste jaren van het nieuwe college bleef er nog veel bij het oude. Het CVZ moest zoeken naar een nieuwe positie en daarbij passende bestuursstijl. De eerste voorzitter, L. de Graaf, legde veel nadruk op consensus binnen het college, zoals hij had ook binnen de Ziekenfondsraad gewend was te doen. Ook de staf van het CVZ moest wennen aan de nieuwe politiek-bestuurlijke constructie. De nieuwe verhouding tot de sector (verzekeraars, zorg-

aanbieders, beroepsgroepen, patiënten) en het aangaan van relaties daarmee moest zich nog ontwikkelen. Hoewel het CVZ vanuit de sector vaak om advies gevraagd, met name over het pakket, was de afstand tussen beiden groot (interview R. van der Veen).

De nieuwe voorzitter van het CVZ, drs. Hans Hillen, koos meer nadrukkelijk positie en zocht het debat op. Kort na zijn aantreden op 1 juli 2003 gooide hij de knuppel in het hoenderhok door de vergoeding van de rollator, aangepaste bedden en incontinentieluiers vanuit de AWBZ ter discussie te stellen tijdens een optreden in het TV programma Buitenhof: *“Waarom zou de rollator wel vergoed worden en de driewieler niet”*, zo stelde hij provocerend, het ging immers in alle gevallen om te verwachte medische kosten waarvoor burgers ook zouden kunnen sparen. Het kwam Hillen op stevige kritiek te staan in de media. Hij werd er ondermeer van beschuldigd als nieuwe voorzitter van het CVZ aan de politieke leiband van de minister te lopen. Dat bleek overigens wel mee te vallen want minister Hoogervorst kondigde al vrij snel aan het advies van het CVZ naast zich neer te leggen.

### 3.4.1 Een nieuwe positionering van het CVZ

De belangrijkste verandering met betrekking tot het takenpakket van het nieuwe CVZ was dat het toezicht op de uitvoerders van de Ziekenfondswet en de AWBZ verdween. In eerste instantie was besloten om de toezichtfunctie van de oude Ziekenfondsraad, die was ondergebracht bij de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisaties (CTU) voorlopig ongemoeid te laten. Het ontvlechten daarvan werd als te complex ervaren (Dols en Kerkhoff, 2008: 835). Maar naar aanleiding van de parlementaire discussie over de nota *Toezicht op verzekeringen in de gezondheidszorg* (april 1997) besloot minister Borst-Eilers dat het vanuit het oogpunt van de modernisering van het toezicht goed zou zijn om het toezicht op de uitvoerders van de ziektekostenverzekeringen te verzelfstandigen. Haar argumenten waren mede ingegeven door een tweetal kritische rapporten van de Algemene Rekenkamer over de invulling van het toezicht door zelfstandige bestuursorganen. Ook wees de Rekenkamer op de toenemende concernvorming tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Daardoor bestond het risico dat publieke middelen werden aangewend voor private activiteiten of dat private belangen teveel zouden meewegen bij beslissingen over publieke middelen. Aanvankelijk had minister Borst-Eilers twijfels over de wenselijkheid en noodzakelijkheid om het toezicht elders onder te brengen. In haar visie hing het toezicht nauw samen met de sturingstaak van het CVZ en bovendien functioneerde de constructie in haar ogen prima. Maar vanuit de zuivere leer van het toezicht, en op nadrukkelijke wens van de Kamer, besloot zij uiteindelijk toch tot het instellen van een onafhankelijke en daadkrachtige toezichthouder: het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (Ministerie van VWS, 2000). Het wetsvoorstel werd op 16 november 2000 aangenomen door de Tweede Kamer en op 11 december 2000 als hamerstuk door de Eerste Kamer, waarna het CTZ op 1 maart 2001 van start ging.

Het nieuwe stelsel zou ingrijpende consequenties voor het takenpakket van het CVZ hebben. 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). In de brief benadrukte hij nog eens dat de herstructurering van de uitvoerings- en toezichtorganisatie van de gezondheidszorg primair was 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 de verandering in overheidstaken nauw raakte aan de algemene visie van het kabinet op bestuurlijke vernieuwing. De wens tot bestuurlijke vernieuwing maakte ook dat de in de gezondheidszorg aanwezige zelfstandige bestuursorganen kritisch tegen het licht zouden worden gehouden, met name ten aanzien van de vraag of de resterende overheidstaken nog wel bestuurlijk op afstand van de minister van VWS moesten worden geplaatst. De minister kondigde aan dat het kabinet dit zou meenemen in zijn standpunt ten aanzien van het interdepartementaal beleidsonderzoek naar verzelfstandigde organisaties op rijksniveau (IBO VOR) maar dat het nieuwe zorgstelsel daar niet op kon wachten. 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. Het bestuursreglement, het jaarplan (begroting en werkprogramma) en de jaarrekening zijn aan goedkeuring door de minister van VWS onderworpen. De minister van VWS kon voorts aanwijzingen geven over de werkwijze en taakuitoefening, besluiten vernietigen en ingrijpen bij taakverwaarlozing. De ministeriële verantwoordelijkheid richtte zich nadrukkelijk op het algemeen functioneren, niet op besluitvorming in individuele gevallen.

Omdat de NZa een markttoezichthouder zou worden wogen de gevaren van belangenverstremgeling en oneigenlijke politieke bemoeienis 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. Ten aanzien van de bestuursstructuur stelde de minister dat het CVZ net als de NZa naar een raad van bestuursmodel 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 hoofdtaken, 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. De belangrijkste taak van het CVZ was echter pakketbeheer. 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



behiel het CVZ zijn adviestaak in geschillen tussen verzekerden en zorgverzekeraars over verzekerde prestaties.

De genoemde hoofdtaken golden zowel voor de Zorgverzekeringswet als voor de AWBZ, maar de invulling ervan was wezenlijk anders. Richting de uitvoerders van de AWBZ behield het CVZ zijn sturende taak. Het CVZ stelde beleidsregels en circulaire voor de uitvoerders vast, bijvoorbeeld over de oplegging en inning van eigen bijdragen of de wijze van bevoorschotting van zorginstellingen. Daarnaast was het CVZ verantwoordelijk voor het vaststellen van de kwaliteitskaders voor zorginkoop. Door het privaatrechtelijke karakter van de Zorgverzekeringswet zouden de sturende bevoegdheden ten aanzien van de zorgverzekeraars verdwijnen. Daarmee verdwenen ook de premie adviezen van het CVZ. Naast deze hoofdtaken behield het CVZ een aantal specifieke uitvoeringstaken, waaronder de uitvoering van de regeling voor in het buitenland wonende niet-verzekerden en de functie van verbindingsorgaan in verdragsrelaties.

### 3.4.2 Zoeken naar een nieuwe bestaansgrond (II)

De periode rondom de stelselherziening was zeker niet de gemakkelijkste tijd voor het CVZ. 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. In de in 2009 door Boer & Croon uitgevoerde evaluatie van het CVZ werd de risicoverevening om die reden nog altijd als kwetsbaar omschreven. Slechts een handjevol medewerkers had daadwerkelijk verstand van de complexiteit van risicoverevening. Ook onder de kroonleden bestonden er zorgen over de beperkte kennis die zij zelf hadden over de risicoverevening (interview R. van der Veen).

Al eerder werd opgemerkt dat minister Hoogervorst weinig ophad met het CVZ. Het collegemodel leek wat hem betreft nog steeds te veel op de oude corporatistische Ziekenfondsraad. Daarom koos minister Hoogervorst uiteindelijk ook voor een raad van bestuursmodel voor het CVZ, analoog aan het bestuursmodel van de NZa. In het evaluatie rapport van Boer & Croon wordt voorzichtig gesteld dat het CVZ onvoldoende risico- en verwachtingsmanagement voerde richting VWS en dat de samenwerkingsrelatie met VWS 'uitdagingen' kende. Maar de verhoudingen tussen het ministerie en het CVZ waren eigenlijk ernstig bekoeld. Minister Hoogervorst zag het CVZ als een formalistische bureaucratische organisatie en had het CVZ liever niet aan tafel (interview H. Hillen en D. Hermans). Omgekeerd was het medewerkers van het CVZ zo ongeveer verboden om op eigen initiatief contact te zoeken met het ambtenaren van VWS (interview G. Klein Ikkink). Het CVZ ervoer te weinig begrip bij VWS voor de complexiteit van zijn uitvoeringstaken, omgekeerd voelde VWS zich te weinig gesteund door het CVZ voor de politieke context waarbinnen het departement moest functioneren. Met name bij de verschillende pakketadviezen van het CVZ lag dat voor VWS gevoelig (Boer & Croon, 2009: 53). De politiek-bestuurlijke afstemming ging niet vanzelf. Het CVZ had door zijn takenpakket

met vier verschillende directies en twee verschillende DG's te maken (Langdurige Zorg en Curatieve Zorg). 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. In zijn visitatierapport van het CVZ merkte de Handvestgroep Publiek Verantwoordden 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. Het College vindt dat dit een ongezonde doelstelling is voor een departement voor de wijze waarop het met een ZBO om wil gaan[...] 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 Verantwoordden, 2007, p.14).

Daar kwam bij dat het CVZ in de eerste jaren grote problemen ondervond met de *uitvoering regelingen bijzondere groepen* (onverzekerden, in het buitenland wonenden, gemoedsbezwaarden, missionarissen, de wanbetalers en illegalen). Met name de buitenlandtaak (het vaststellen en innen van de premie) leidde tot veel ophef in de Tweede Kamer en de media. Nederlanders die in het buitenland wonen hadden grote problemen om hun teveel betaalde bijdrage voor de zorg terug te krijgen door computerproblemen bij het CVZ. De Nationale ombudsman deed een oproep aan de verantwoordelijke politici om meer aandacht te geven aan de dienstverlening van het CVZ aan mensen die in het buitenland wonen (De Nationale Ombudsman, 2006). Het CVZ ervoer de uitvoering van de burgerregelingen als een wezensvreemde taak: *“We kregen plotseling de burger als klant. Dat waren we niet gewend en het verliep dan ook niet onprobleematisch. Het is een heel andere wereld dan business-to-business.”* (interview M. Grobbink). Politiek gezien lag de kwestie met de in het buitenland wonende verzekerden uitermate gevoelig, ook de minister ervoer dat in de Kamer.

### 3.4.3 Naar stringent pakketbeheer

Als gezegd, de belangrijkste en meest beleidsrijke taak van het CVZ binnen het nieuwe zorgstelsel was die van pakketbeheerder. Zo was zijn rol ook door minister Hoogervorst geduid in de brief uit 2005 over de consequenties van de stelselherziening voor de taken van de verschillende ZBOs. In de eerder genoemde evaluatie van Boer & Croon staat: *“CVZ permitteert zichzelf tot op heden niet een brede strategische lange termijnvisie op de pakketsamenstelling te formuleren en wordt daar ook niet om gevraagd. Individuele pakketadviezen ontstijgen daarom niet het niveau van het ‘zorgvuldig toepassen van regels’.”* (Boer & Croon, 2009, p.4). Die conclusie lijkt achteraf niet juist. De verbinding met de beleidsagenda in de gezondheidszorg werd in de eerste jaren inderdaad nog niet gevonden, maar dat had niet zozeer met het pakketbeheer te maken als met de beperkte focus van de beleidsagenda, die vooral leek te zijn gericht op het verder uitbreiden van de marktwerking. Achter de schermen werkte het CVZ hard aan een nieuwe wijze van pakketbeheer. In het rapport *Het basispakket: inhoud*

en grenzen evalueerde het CVZ op verzoek van minister Borst-Eilers de opbrengsten van tien jaar pakketdiscussie (College voor Zorgverzekeringen [CVZ], 2001). De minister had om het rapport gevraagd ter voorbereiding van de stelselherziening. Zij was met name geïnteresseerd in de vraag hoe het begrip ‘noodzakelijke zorg’ zich in de afgelopen tien jaar had ontwikkeld. Daarnaast was de minister geïnteresseerd in de vraag hoe pakketbeperkingen gerealiseerd zouden kunnen worden.

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 verschaftte 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 Bestuur -besturingsmodel. Door het wegvallen van het college van kroonleden dreigde de maatschappelijke toets op het pakketbeheer te verdwijnen. Het koste 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 (de zogenaamde Klinkers), aangevuld met de drie leden van de raad van bestuur (de mede-klinkers). De ACP kreeg als doel mee om de maatschappelijke verankering van het pakketbeheer te verzorgen en te borgen. Op de website van het CVZ wordt de ACP als volgt toegelicht: *“Het doel van de ACP is om een breed draagvlak voor de advisering van het CVZ over het pakketbeheer te creëren en de voorbereiding van pakketadviezen door het CVZ op een zorgvuldige en transparante wijze laten verlopen. De leden van de commissie worden benoemd op basis van hun deskundigheid, waarbij maatschappelijke ervaring en kennis een*



*belangrijke rol spelen. Gezocht is naar een combinatie van deskundigheden op het gebied van sociale zekerheid, zorg en verzekeringen, medische ethiek, medische beslistkunde, health technology assessment, (openbaar) bestuur en patiëntenperspectief.”*

Zo heeft de wijze waarop het CVZ zijn pakketbeheer invult zich in de loop van de jaren ontwikkeld van relatief technisch proces tot een cyclus met drie deelprocessen (CVZ, 2012a). Het CVZ rekent het tot zijn taak om risicogericht te signaleren en pakketonderwerpen te agenderen en om daarnaast signalerende domein vragen te stellen, bijvoorbeeld over de vraag of bepaalde zorg nog wel tot het zorgdomein behoort? Moeilijke vragen worden niet meer uit de weg gegaan. Op het jaarlijkse CVZ debat agendeert het CVZ onderwerpen als kosteneffectiviteit in de zorg (CVZ debat 2013) of de kosten van levensverlengende zorg (CVZ debat 2012). In de beoordelingsfase geeft het CVZ antwoord op vragen over de inhoud en omvang van het bestaande pakket (duiden) of het toekomstige pakket (adviseren). Met zijn adviezen wil het CVZ het pakket passend houden. Tot slot, evalueert het CVZ in toenemende mate of zijn adviezen en acties het gewenste effect veroorzaken en of er nog steeds sprake is van een passend en toereikend pakket.

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 (zie ook paragraaf 4.2). De minister van VWS reageerde vanaf de Olympische Spelen in Londen 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.

De commotie rondom het advies van Pompe en Fabry was aanleiding voor het CVZ om het proces extern te laten evalueren. *“We hebben geleerd dat je niet waardevrij kunt beoordelen en dat je de maatschappelijke en ethische vragen al eerder moet stellen. [...] Er is geen goed antwoord! Al zijn je utilistische argumenten nog zo goed – waarbij je kijkt naar de waarde voor de grote groep – als*

*er één mens zodanig baat heeft bij zo'n middel dat hij kan blijven leven, dan is niet vergoeden ervan in dat geval voor die ene persoon meedogenloos.*" (Arnold Moerkamp in CVZ Magazine, juli 2012).<sup>14</sup>

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. *"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 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."* (CVZ, 2013b, p.7). Gepast gebruik van 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."*

---

<sup>14</sup> In het Verenigd Koninkrijk kiest NICE daartoe de weg van procedurele rechtvaardigheid (accountability for reasonableness). Allereerst moeten alle beslissingen die betrekking hebben op keuzen in de zorg publiek worden gemaakt, inclusief de overwegingen en afwegingen die tot die beslissingen hebben geleid. Ten tweede moeten de overwegingen en argumenten die aan keuzen in de zorg ten grondslag liggen relevant zijn in de zin dat ze overeenkomen met algemeen maatschappelijke aanvaarde normen van rechtvaardigheid. Dat wil zeggen dat een louter utilistisch perspectief niet afdoende is om keuzen in de zorg te rechtvaardigen. Ten derde moeten er institutionele mechanismen zijn waarlangs burgers die door adviezen of beslissingen worden geraakt, het publieke debat kunnen heropenen. Tot slot moeten de hierboven genoemde condities afdoende zijn geborgd en zonedig worden afgedwongen. Hoewel het principe van 'verantwoording over redelijkheid' door NICE inmiddels is omarmd, worstelt ook NICE met de vraag hoe dit kan worden georganiseerd (Schlander, 2008, p.535).

*Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn.” (CVZ, 2013b, p.8).<sup>15</sup>*

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. In het advies over de geneeskundige GGZ bood het CVZ zelfs aan om te helpen bij het opstellen van nieuwe richtlijnen en meetinstrumenten. Daarmee liep het CVZ vast vooruit op zijn nieuwe taak als Zorginstituut Nederland.

#### **3.4.4 Richtlijnen en gepast gebruik**

Richtlijnen en kwaliteitsbeleid waren lange tijd het exclusief eigendom van de professionals in het veld. Maar in de afgelopen tien jaar is ook daar verandering in gekomen. Die ontwikkelingen hebben uiteindelijk geleid tot de plannen voor de oprichting van een kwaliteitsinstituut, in paragraaf 3.3.3 hebben we hier al kort aan gerefereerd. Met het verschuiven van de doelen werden richtlijnen bovendien in toenemende mate 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 kwaliteitshandavings- en veiligheidsbeleid. Het Medisch Tuchtcollege baseert 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 zijn niet langer meer een verantwoordelijkheid van professionals en hun beroeps- en wetenschappelijke verenigingen alleen, maar werden sturingsinstrumenten ter 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

---

<sup>15</sup> Overigens speelde bij het concept advies over de geneeskundige GGZ ook mee dat er net op dat moment werd gewerkt aan een bestuurlijk akkoord over de GGZ (zie paragraaf 3.3.3). In de ACP commissie werd opgemerkt dat op deze wijze de bestuurlijke akkoorden het werk van de pakketbeheerder belemmerden. De voorzitter van de ACP stelde dat het CVZ geen partij is in de bestuurlijke akkoorden en daarom vrij was om analytische vragen te stellen. Wel was het noodzakelijk om dit beter af te stemmen met het ministerie (Verslag ACP 43, vergadering Adviescommissie Pakket, 6 december 2013).

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 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).

In internationaal verband werd vanaf 1998 samengewerkt in de Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Collaboration, dat in 2003 het zogenaamde AGREE-instrument publiceerde: een internationaal gevalideerd instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen ([www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)). In 2002 werd het internationale netwerk geformaliseerd in het zogenaamde Guidelines International Network ([www.g-i-n.net/gin](http://www.g-i-n.net/gin)). Het netwerk kent inmiddels meer dan 90 organisaties als leden uit 39 landen. Ook het CVZ is aangesloten bij dit netwerk. De ontwikkelingen in Nederland staan dan ook niet op zichzelf maar passen 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. Op basis van de in 2012 in werking getreden Health and Social Care Act is NICE een zogenaamde Non Departmental Public Body, te vergelijken met de Nederlandse ZBOs. NICE was aanvankelijk opgericht om variatie in de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in de NHS in Engeland en Wales te reduceren (de zogenaamde postcode-zorg). Zijn belangrijkste taak is het adviseren over de toelating van specifieke medische technologieën en over de klinische praktijk via de ontwikkeling van richtlijnen. NICE werkt daartoe samen met de Care Quality Commission, Public Health England, Monitor en NHS England. Tot 2012 gaf NICE advies aan de Primary Care Trusts (PCT's) die belast waren met de zorginkoop. Met het inwerking treden van

de Health and Social Care Act in 2012 zijn de PCTs vervangen door zogenaamde Clinical Commissioning Groups (CCGs). Alle betrokken partijen kunnen interventies ter beoordeling door NICE aandragen. Wanneer NICE eenmaal een interventie heeft beoordeeld is zijn advies bindend maar er is geen gesloten systeem binnen de NHS of een vastgesteld verzekerd pakket zoals wij dat in Nederland kennen en veel zorg wordt niet door NICE beoordeeld. Bovendien worden de NICE-richtlijnen lang niet altijd nageleefd (interview M. van der Veen). Opvallend aan NICE is verder dat kosteneffectiviteit expliciet als criterium wordt gehanteerd en dat iedere nieuwe technologie budgettair neutraal moet worden ingevoerd in de NHS. Als maximum bedrag per zogenaamd Quality Adjusted Life Year (QALY) hanteert NICE een drempelwaarde tussen £ 20.000 en £ 30.000. Elke QALY wordt bovendien gelijk gewaardeerd, onafhankelijk van de ziektelast, met uitzondering voor zorg in de laatste levensfase. In de zogenaamde 'appraisal' fase (de maatschappelijke waarderingsfase) die als sluitstuk van de advisering geldt, kunnen overigens op ad-hoc basis ook andere overwegingen worden meegenomen (CVZ, 2013a, p.41).

In de eerste gedachtevormingen over de noodzaak van een 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 verwezen naar het in 1999 in Engeland opgerichte National Institute for Clinical Excellence (NICE). In navolging van NICE bepleitten Brouwer, Rutten en Buijsen een Nationaal Instituut voor Effectiviteit en Doelmatigheid (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 december 2006 werd het Centrum Klantervaring 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). Om informatie over kwaliteit voor patiënten te ontsluiten werd de website Kiesbeter.nl gelanceerd ([www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). 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). In april 2010 publiceerde de Regieraad zijn visiedocument over richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg (Regieraad, 2010). Zo voltrok zich in de afgelopen twintig jaar een omslag in het denken over richtlijnen en kwaliteit. 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 dienden te worden getoetst. Richtlijnen werden in toenemende mate in verband gebracht met doelmatigheid vanuit een maatschappelijk perspectief en werden zodoende steeds vaker in verband gebracht met de kosteneffectiviteit van medisch handelen.

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 worden bekostiging, kwaliteit en pakketbeheer in toenemende op elkaar betrokken. 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.



### 3.4.5 Zorginstituut Nederland

Zo werden kwaliteit, doelmatigheid en bekostiging steeds meer op elkaar betrokken. Maar 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 publiek-rechtelijk 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 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.<sup>16</sup> De verantwoordelijkheid voor richtlijnen zou 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 op dat de wetenschappelijke verenigingen al volop actief waren in het ontwikkelen van richtlijnen. De kritiek was voorspelbaar, maar ook wat achterhaald gezien de ontwikkelingen in richtlijnen en kwaliteitsbeleid.

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.<sup>17</sup> Ook uitte het zijn bezorgdheid over de oneigenlijke relatie die er kon ontstaan tussen pakket-beheer en kwaliteitsbeleid. Tot slot wees de KNMG er op dat professionele standaarden,

<sup>16</sup> Persbericht van de Orde van Medisch Specialisten (8 juni 2010).

<sup>17</sup> Brief van de KNMG aan de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1 maart 2011)



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. Het nieuwe kwaliteitsinstituut zou als aparte sectie binnen de rechtspersoon van het CVZ komen. Daarnaast zou ook de Commissie Innovatie van opleidingen en taakherschikking een plek krijgen binnen wat vanaf dat moment Zorginstituut Nederland zou gaan heten. Eén van onze respondenten merkte over de keuze voor het CVZ op: *“Het gaat altijd om twee kanten van de medaille: kwaliteit en doelmatigheid. Het zijn twee zaken die aan elkaar verwant zijn. In die zin zit er wel een logica in het onderbrengen van kwaliteit bij het CVZ. Van de andere kant is het ook lastig omdat er een nieuwe taak in een bestaande organisatie wordt ondergebracht waarin al een bepaalde cultuur heerst.”* (interview A. Bögels).

In het wetsvoorstel werd voorgesteld om de taken op gebied van de kwaliteit van zorg te beleggen bij een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met eigen rechtspersoon, zijnde het CVZ. Omdat de taken van het CVZ al geregeld zijn in de Zvw en de Wmg zijn de nieuwe taken van Zorginstituut Nederland ook in de Zvw worden opgenomen.<sup>18</sup> 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

---

<sup>18</sup> Aanvankelijk zou Zorginstituut Nederland in een nieuwe Wet Cliëntenrechten zorg worden opgenomen. Maar tijdens de uitwerking van dat wetsvoorstel groeide de twijfel in de Tweede Kamer over de toegevoegde waarde van een integrale Wet Cliëntenrechten zorg. Bovendien had met name de Eerste Kamer behoefte om de samenhang tussen de verschillende tranches in het steeds verder uitbreidende wetsvoorstel te bewaken. Uiteindelijk heeft WVS afgezien van de wet en is er voor gekozen om Zorginstituut Nederland wettelijk te verankeren via wijzigingen in de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg.

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. Net als de Gezondheidsraad zou het Zorginstituut Nederland vooral veel expertise van buiten moeten halen in vaste of tijdelijke commissies. Om de verbinding met het veld te verankeren werd in het wetsvoorstel bepaald dat Zorginstituut Nederland een Adviescommissie kwaliteit zou krijgen, bestaande uit 15 deskundige leden. De leden van de commissie zijn door de raad van bestuur van het CVZ op persoonlijke titel benoemd (zie bijlage 2). De Adviescommissie is belast met het opstellen van een meerjarenagenda en werkprogramma. De meerjarenagenda dient echter op voordracht van veldpartijen tot stand te komen. 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. Wel heeft het Zorginstituut Nederland doorzettingsmacht gekregen. Wanneer veldpartijen in gebreke blijven kan de raad van bestuur van Zorginstituut Nederland de Adviescommissie kwaliteit verzoeken om zelf een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen. De nieuwe sectie kwaliteit binnen Zorginstituut Nederland werd gevormd uit medewerkers van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, het Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Centrum Klantervaringen Zorg. Vooruitlopend op de goedkeuring door de Tweede en Eerste Kamer waren zij in 2012 als kwartiermakers bij het CVZ van start gegaan met het ontwikkelen van het Toetsingskader en een aantal pilotprojecten. Iedere zes weken worden er sindsdien kwaliteitsfora georganiseerd waarin zowel projecten van het nieuwe kwaliteitsinstituut worden gepresenteerd als initiatieven uit het veld worden besproken.

Op 5 februari 2013 ging de Tweede 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.

### 3.5 Resumé

De ontwikkeling van Zorginstituut Nederland en de verantwoordelijkheid voor het landelijk kwaliteitsbeleid die Zorginstituut Nederland krijgt, volgt uit een ontwikkeling die reeds vanaf het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland is ingezet. Denk aan het Farmacotherapeutisch Kompas dat reeds in 1982 werd geïntroduceerd en het accent dat door het CVZ in het laatste decennium wordt gelegd op gepaste zorg en gepast gebruik. Dat de oprichting van Zorginstituut Nederland relatief laat is in vergelijking met

soortgelijke instituten in andere landen, heeft alles te maken met de stelselherziening die in Nederland heeft plaats gevonden.

In de jaren rondom de voorbereiding van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg en in de eerste jaren van het nieuwe stelsel lag het accent vooral op marktwerking. Het CVZ had moeite om zich zelf te positioneren in het nieuwe stelsel. Dat had vooral te maken met het eenzijdige accent op marktwerking dat in de eerste jaren na de invoering van de nieuwe zorgverzekering werd gelegd. Maar ondertussen voltrokken zich op het terrein van pakketbeheer belangrijke ontwikkelingen. Toen op het departement en bij de betrokken bewindslieden het besef doorbrak dat het werkelijke doel van marktwerking, namelijk het leveren van kwalitatief goede doelmatige zorg, niet van de grond zou komen zonder de gepaste gebruik agenda kreeg het CVZ een nieuwe kans. Gepaste zorg werd in toenemende mate ook gepaste gebruik. En voor die agenda bleek het CVZ het passende besturingsarrangement te zijn.

# 4

## Richtlijnen voor draagvlak en legitimiteit

*“The sharpest and most potentially destructive conflicts are generated when the principles, actors, media of exchange, resources, motives, decision rules, and lines of cleavages from the different orders compete with each other for the allegiance of specific groups, for the control of scarce resources, for the incorporation of new issues, for the definition of rules regulating exchanges between them, and so forth. Politics with, or within the respective orders is one thing; politics between them quite another.”*

STREECK EN SCHMITTER, 1985, P.123

In de voorgaande hoofdstukken hebben we laten zien hoe opeenvolgende en opeensta- pelende beleidsprioriteiten in de gezondheidszorg, in combinatie met veranderende poli- tiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities in Nederland, hebben geleid tot ingrijpen- de institutionele veranderingen in ons gezondheidszorgstelsel. Beide ontwikkelingen zijn op hun beurt weer van invloed geweest op de positie en taken van de Ziekenfondsraad en het CVZ. In hoofdstuk 3 hebben we laten zien hoe we vanuit deze institutionele analyse in retrospectief de totstandkoming van Zorginstituut Nederland kunnen begrijpen. Uiter- aard is dit met de wijsheid van achteraf, de geschiedenis had zich anders kunnen voltrek- ken en we moeten waken voor een historisch deterministisch perspectief en verklaring- model. Het is niet van vanzelfsprekend dat we op 1 januari 2006 een voor iedere burger beschikbare zorgverzekering hebben weten te realiseren, noch is het vanzelfsprekend dat de institutionele erfenis die in afgelopen 65 jaar is opgebouwd, behouden blijft voor toekomstige generaties. Ons gezondheidszorgstelsel vergt voortdurend onderhoud om

hem duurzaam te kunnen behouden. Dat geldt niet alleen voor de technische aspecten van het stelsel, maar ook voor de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verankering van het stelsel.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag hoe het met de legitimiteit van publieke organisaties, en meer in het bijzonder van ZBOs, is gesteld. We vragen ons af welke factoren en ontwikkelingen bepalend zijn voor de legitimiteit van publieke organisaties in het algemeen en ZBOs in het bijzonder. We hebben dit hoofdstuk bewust als titel *Richtlijnen voor draagvlak en legitimiteit* gegeven. Wat kunnen we volgens de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ van het openbaar bestuur zeggen over draagvlak en legitimiteit? Welke veranderingen hebben zich recentelijk voltrokken en welke instrumenten kunnen bijdragen aan het bevorderen van draagvlak en legitimiteit? We onderzoeken in dit hoofdstuk ook hoe en op welke dossiers het CVZ in de media is besproken en welke instrumenten het CVZ gebruikt om zijn draagvlak te vergroten. Vervolgens gaan we in het op vraagstuk van verantwoording en wat de implicaties hiervan zijn voor Zorginstituut Nederland.

#### 4.1 Legitimiteit van publieke organisaties

Legitimiteit of draagvlak van publieke organisaties wordt meestal omschreven als de mate van steun van burgers voor het bestaan en functioneren van die organisaties. Daarbij is belangrijk om aan te tekenen dat de burger niet altijd voordeel hoeft te ondervinden van het bestaan en functioneren van publieke organisaties, denk bijvoorbeeld aan boetes bij snelheidsovertredingen, maar waar het om draait is dat de burger de doelen van de taak of het beleid dat de organisatie uitvoert onderschrijft en de consequenties daarvan vrijwillig accepteert omdat de burger de legaliteit van het beleid erkent (Ministerie van Binnenlandse Zaken [BZK], 2010; Peters, 1992). Legitimiteit gaat dus enerzijds om de burger die legitimiteit geeft en de publieke organisatie anderzijds die door zijn handelen legitimiteit kan afdwingen (Peters, 1992).

De legitimiteit van publieke organisaties is in de afgelopen decennia beïnvloed door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen (ROB, 2010; RMO, 2010). Vier belangrijke ontwikkelingen zullen hier worden besproken: individualisering van de burger, vermarkting van de overheid, globalisering en mediatisering. Voor zelfstandige bestuursorganen, zoals Zorginstituut Nederland, spelen daarnaast een aantal specifieke ontwikkelingen een rol die van invloed zijn op hun legitimiteit.

In de wetenschappelijke literatuur worden veel verschillende soorten legitimiteit onderscheiden. Zo kunnen processen, personen en instituties legitimiteit, of gezag, hebben (Weber, 1958; Easton, 1965). Ook kan het gebonden zijn aan bepaalde specifieke handelingen, of kan legitimiteit bij voorbaat of pas op basis van resultaten (output) worden verkregen. Er zijn tal van indicatoren in omloop om legitimiteit te meten, zoals vertrouwen en tevredenheid van burgers (vgl. Hendriks, Van Ostaaijen, Van der Krieken en Keijzers, 2013). In dit hoofdstuk zullen we aantal van die indicatoren gebruiken om te beschrijven hoe de legitimiteit van publieke organisaties zich de afgelopen tijd heeft ontwikkeld in Nederland. Daarbij moet overigens worden opgemerkt dat lang niet alles dat gedaan

moet worden in het publiek bestel bij burgers bekend is. Dat geldt bijvoorbeeld bij uitstrek voor het fondsbeheer en de risicoverevening in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Zo lang het goed gaat, nemen we dat als vanzelfsprekend aan. Pas bij de afwezigheid van die taken, of bij ernstig disfunctioneren, valt het belang ervan op, zonder dat we dan weten hoe of wat het precies werkt. Er zijn maar weinig Nederlanders bekend met wat er nodig is om een voor iedereen op gelijke condities toegankelijke basisverzekering in de gezondheidszorg (verstrekkt door particuliere ziektekostenverzekeraars) mogelijk te maken.

#### 4.1.1 Bronnen van legitimiteit

Legitimiteit is moeilijk te meten (Bekkers, 2007). Er zijn verschillende indicatoren in omloop, zoals het vertrouwen van burgers in diverse publieke instituties (parlement, regering, gemeenten, politieke partijen) of hun tevredenheid over publieke dienstverlening. De relatie tussen vertrouwen en tevredenheid is echter niet vanzelfsprekend (Van de Walle en Six, 2013). Burgers blijken er vaak paradoxale opvattingen op na te houden als het aankomt op hun oordeel over de overheid. Zo zijn burgers meestal tevreden over individuele contacten met afzonderlijke publieke dienstverleners maar minder tevreden over de publieke sector als geheel (Van Thiel, Den Ridder en Dekker, 2013). Uit het parlementaire onderzoek door de Eerste Kamer naar de gevolgen van privatisering en verzelfstandiging op de relatie tussen burger en overheid bleek bijvoorbeeld dat burgers weinig geïnteresseerd zijn in hoe publieke dienstverlening is georganiseerd, zolang het maar goed werkt (Parlementaire Onderzoekscommissie [POC], 2012; Den Ridder en Dekker, 2012). Tegelijkertijd geven burgers aan dat ze zich niet betrokken voelen door de politiek bij beslissingen over de organisatie van publieke dienstverlening en zijn ze bezorgd over de gevolgen van beslissingen hierover, zowel voor henzelf als voor de samenleving als geheel. Dergelijke conclusies tasten de legitimiteit van beleid aan, alhoewel de mening van burgers wel sterk verschilt per beleidssector. Zo maken burgers zich ten aanzien van de gezondheidszorg vooral zorgen over de stijging van de kosten voor henzelf (SCP, 2013) terwijl ten aanzien van het openbaar vervoer burgers vooral ontevreden zijn over de kwaliteit van de dienstverlening (Den Ridder en Dekker, 2012). Ook tussen landen zijn grote verschillen tussen de opvattingen en zorgen van burgers. Uit Eurobarometer data van 2013, verzameld door de EU, blijkt dat Nederlandse burgers in vergelijking tot burgers uit de meeste andere EU-landen zich veel grotere zorgen maken over de oplopende kosten van de zorg.

In de 'Legitimiteitsmonitor over democratisch bestuur in Nederland in 2013' worden diverse statistische gegevens gebruikt om legitimiteit te meten, in diverse onderdelen van het publieke domein, zoals ambtenaren, leger, rechtsstaat, politie (Hendriks et al., 2013). Er worden drie hoofdaspecten van legitimiteit onderscheiden: aanvaarding, vertrouwen en tevredenheid (zie tabel 1). Bij elk aspect worden concrete manieren genoemd waarop burgers blij kunnen geven van hun steun, en derhalve van de legitimiteit van democratische instituties. Zo kan bijvoorbeeld een gebrek aan aanvaarding blijken uit kritiek waarbij de burger zijn ongenoegen ventileert (voice) maar niet per se besluit zich te onttrekken aan bepaald gezag (exit). Dat laatste is voor burgers overigens lang niet altijd een optie;

we kunnen bijvoorbeeld wel van zorgverzekeraar wisselen (exit) maar in andere gevallen is er vaak maar één organisatie, zoals bijvoorbeeld in het geval van de Belastingdienst. Verhuizen naar een andere gemeente of regio is ook meestal geen reële optie.

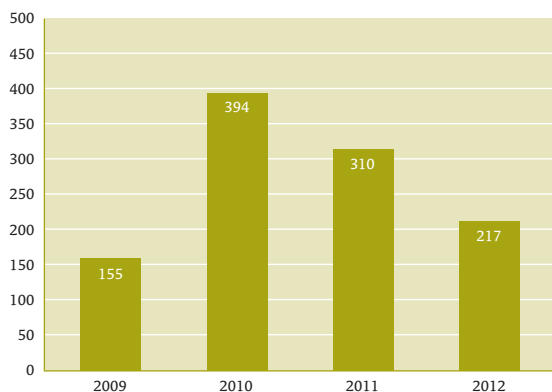
Tabel 1 | Aspecten van legitimiteit (Hendriks et al., 2013, p.6)

aspect	positief	negatief
<b>Aanvaarding</b>	Acceptatie Steun /adhesie Instemming / goedkeuring Omarming	Kritiek op Verwerping Oppositie tegen Verzet tegen
<b>Vertrouwen</b>	Fiducie / confidentie Geloof /overtuiging Integratie / communie	Argwaan / scepsis / reserve / twijfel Wantrouwen Vervreemding
<b>Tevredenheid</b>	Positieve beoordeling / evaluatie Satisfactie / voldoening Content / gelukkig zijn	Negatieve beoordeling / evaluatie Ontevredenheid / onbehagen Onvervuld / ongelukkig zijn

Uit de Legitimiteitsmonitor blijkt dat de steun voor de democratie in Nederland hoog is en redelijk stabiel, zeker in vergelijking met andere landen (bijvoorbeeld op basis van de jaarlijkse Eurobarometer-gegevens). Er zijn wel verschillen tussen sectoren. Zo is het vertrouwen in de politie en andere actoren in de rechtsspraak afgenomen (vgl. Weyers en Hertogh, 2007), terwijl het in andere sectoren, zoals de zorg, min of meer gelijk is gebleven. Naast verschillen tussen sectoren kunnen er ook verschillen zijn tussen organisaties in dezelfde sector, en kan de legitimiteit van een individuele organisatie variëren voor de verschillende taken die de organisatie uitvoert. Zo wordt bijvoorbeeld over het CVZ in de Legitimiteitsmonitor opgemerkt dat burgers vaker klachten hebben ingediend bij de Nationale Ombudsman (een vorm van voice), zie figuur 3. Dat zou kunnen duiden op een daling van de legitimiteit. Deze stijging deed zich inderdaad voor in 2010 en 2011, maar wordt door de ombudsman toegeschreven aan de invoering van twee nieuwe regelingen, voor verzekerden in het buitenland en de zogenoemde wanbetalers (bron: jaarverslagen NOM 2010-2012). We zullen straks zien dat de kwesties van de burgerregelingen ook relatief veel aandacht in de media kregen. Na 2011 is het aantal klachten bij de Nationale Ombudsman overigens weer gedaald. Dit laat zien dat legitimiteit van publieke organisaties variabel is; het hangt af van de sector waar het om gaat, van de taak, van het moment, en ook van de eigen, persoonlijke ervaringen van een burger.<sup>19</sup> Het laat ook zien dat legitimiteit een conjunctureel begrip is. Dat de media hierbij een steeds grotere rol zijn gaan spelen, komt verderop in dit hoofdstuk aan bod.

<sup>19</sup> Belangrijk om hierbij aan te tekenen is, dat deze taken het CVZ voor het eerst direct met burgers als klanten in contact brachten. Deze taken zullen niet meer door Zorginstituut Nederland uitgevoerd gaan worden, maar worden door andere uitvoeringsorganisaties overgenomen.

Figuur 3 | Aantal klachten bij de Nationale Ombudsman over CVZ, 2009-2012<sup>20</sup>



Legitimiteit van publieke organisaties is dus een optelsom van aanvaarding, vertrouwen en tevredenheid, zonder dat precies duidelijk is of en hoe die drie elementen met elkaar samenhangen. Alhoewel er in het algemeen een grote mate van stabiliteit lijkt te bestaan in de legitimiteit van publieke organisaties in Nederland, zijn er verschillen mogelijk tussen specifieke organisaties of kan de legitimiteit van één specifieke organisatie fluctueren, bijvoorbeeld als deze nieuwe taken gaat uitvoeren. Cijfers over de legitimiteit van verschillende onderdelen van de publieke sector in Nederland geven een redelijk positief en stabiel beeld, met uitzondering van het vertrouwen van de burger in de politiek en politieke partijen; dat is namelijk gedaald. Volgens Bovens en Wille (2008) is deze daling tijdelijk en het gevolg van de politieke instabiliteit in de nasleep van de opkomst van de LPF en de moord op Pim Fortuyn. Ook worden andere verklaringen genoemd, zoals maatschappelijke ontwikkelingen en hervormingen in de publieke sector inclusief de oprichting van zelfstandige bestuursorganen (Bovens, 2000), waardoor de kloof tussen overheid en burger is toegenomen.

#### 4.1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen in legitimiteit

Onder invloed van de toegenomen individualisering zijn burgers mondiger geworden. De invoering van het marktdenken in de publieke sector – onder andere tot uiting komend in een toegenomen aantal privatiseringen en verzelfstandigingen – heeft er bovendien toe geleid dat de burger meer en meer als klant wordt behandeld (POC, 2012; Stellinga, 2012), waardoor de verwachtingen van burgers ten aanzien van dienstverlening en taakuitvoering door publieke organisaties zijn toegenomen (Ministerie van BZK, 2010). Burgers verwachten maatwerk, bijvoorbeeld via gepersonaliseerde websites als mijnpensioenoverzicht.nl of mijn gemeente.nl. Wanneer niet aan de hooggespannen verwachtingen wordt voldaan, naar het oordeel van de burger, leidt dat tot een lagere tevredenheid – en dus tot lagere legitimiteit. Daar komt bij dat door de komst van de sociale media, burgers

<sup>20</sup> Bron: Jaarverslagen Nationale Ombudsman.



steeds meer kanalen vinden om hun ongenoegen te uiten en mede burgers kunnen mobiliseren en beïnvloeden in hun eigen oordeelsvorming. Individualisering heeft er bovendien toe geleid dat burgers minder op hebben met traditionele verticale gezagsrelaties. Terwijl de samenleving steeds horizontaler is geworden, is de overheid vaak nog verticaal blijven denken (Bovens, 2000). De Raad voor het Openbaar Bestuur (2010) spreekt in dit verband van een nieuwe kloof tussen burger en overheid; de verticale denkwijze van het politieke bestuur wringt met de horizontaal-denkende moderne samenleving. De burger voelt zich niet serieus genomen en ook dat is een bedreiging voor de legitimiteit, met name acceptatie, van publieke organisaties. Bovens heeft dit mooi verwoord in zijn oratie (2000, p.14):

*“Dat is het duidelijkst zichtbaar bij de ZBOs, waar de minister nog steeds het aanspreekpunt is. Dit is een bron van fricties en frustraties, omdat deze klassieke verticale verantwoordingsconstructie niet goed past bij de horizontale gezagsrelaties tussen minister en ZBO. Er is gebroken met het hiërarchische organisatiemodel, maar de informatievoorziening en verantwoording over het feitelijk functioneren van ZBOs lopen nog steeds vaak via de politieke top. Het dagelijkse reilen en zeilen raakt echter steeds verder buiten het blikveld van de bewindslieden. Bovendien ontbreekt het hen veelal aan instrumenten om dat feitelijke functioneren direct te beïnvloeden – dat was nu eenmaal de crux van de verzelfstandiging”*

De invoering van het marktdenken heeft geleid tot het meer op afstand zetten van de uitvoering van beleid en andere publieke taken zoals toezicht en publieke dienstverlening. Hierdoor is een democratisch tekort ontstaan; het is niet altijd meer duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk voor is, of waarop kan worden aangesproken. In het geval van zelfstandige bestuursorganen geldt bijvoorbeeld een beperkte ministeriële verantwoordelijkheid (Van Thiel, 2011). In andere gevallen heeft de overheid een andere, controlerende of toezichthoudende rol gekregen en is zij niet langer zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van publieke taken. In het parlementaire onderzoek van de Eerste Kamer naar privatisering en verzelfstandiging bleek dat burgers het evenwel wenselijk vinden dat de overheid kan blijven ingrijpen in publieke dienstverlening indien nodig (Den Ridder en Dekker, 2012). In de praktijk is dat dus (juridisch) niet altijd meer mogelijk, zoals recent bleek bij de dreigende overname van KPN inclusief het vaste telefonienetwerk in Nederland. Dit kan het vertrouwen van de burger in de politiek aantasten en in het kielzog daarvan de legitimiteit van publieke organisaties.

Ook op andere terreinen nemen de mogelijkheden voor de Nederlandse overheid om beleid te kunnen bepalen en in te kunnen grijpen bij de uitvoering af, namelijk als gevolg van de groeiende internationalisering van beleid. Veel beleid wordt tegenwoordig bepaald door de EU of op EU-niveau (Van Thiel, 2012). De soevereiniteit van de staat neemt af, en ook dat kan nadelig zijn voor het vertrouwen van burgers in de overheid en publieke organisaties die dergelijk beleid uitvoeren. Deze ontwikkelingen tezamen stellen de overheid en publieke organisaties voor een ingewikkeld dilemma; moeten zij meer horizontaal gaan denken en werken, om aan de veranderende samenleving tegemoet te komen, of moeten zij juist sterker inzetten op verticale mogelijkheden tot interventie?



Over prestaties van ZBOs is niet veel bekend omdat het overgrote deel van de ZBOs niet regelmatig geëvalueerd blijkt te worden (in opdracht van het moederdepartement), zoals wel verplicht is ingevolge de kaderwet (POC, 2012). Daar waar wel is geëvalueerd zien we wisselende resultaten; soms is er sprake van verbetering, soms niet, soms is er geen effect. Internationaal onderzoek geeft een vergelijkbaar beeld; weinig evaluaties en gemengde uitkomsten (Pollitt en Dan, 2011). Het CVZ heeft zich in 2007 op eigen initiatief laten evalueren door het Visitatiecollege van de Handvestgroep Publieke Verantwoorden ([www.publiekverantwoorden.nl](http://www.publiekverantwoorden.nl)). Daarnaast is het CVZ samen met de NZa in 2009 geëvalueerd door Boer & Croon in opdracht van het Ministerie van VWS. Daaruit kwam een overwegend positief beeld dat overeenstemt met onze bevindingen dat het gezag van de Ziekenfondsraad en zijn opvolger CVZ, vooral gebaseerd is op zijn deskundigheid en kennis inzake een complexe materie als een sociale ziektekostenverzekering.

De daadwerkelijke prestaties van ZBOs zijn echter geen argument in het politiek-bestuurlijke debat over nut en noodzaak van ZBOs (Van Thiel, 2011). De toon van dat debat is vooral juridisch-normatief van aard en gaat over de ministeriele verantwoordelijkheid en het primaat van de politiek versus de eigen bestuurlijke verantwoordelijkheden van ZBOs. Reeds in 1995 publiceerde de Algemene Rekenkamer een rapport waarin werd geconstateerd dat er sprake was van een ‘wildgroei’ aan regelingen en ernstige tekortkomingen ten aanzien van de ministeriële verantwoordelijkheid. Dit leidde tot een serie aan maatregelen om meer greep te krijgen op ZBOs, zoals wettelijke aanwijzingen voor de oprichting en inrichting van ZBOs, diverse doorlichtingen en commissies, een kaderwet (die in 2007 in werking trad), en meest recent (2013) een nog ongepubliceerd advies om het aantal ZBOs te halveren.<sup>21</sup> Al deze maatregelen zijn erop gericht om via wetgeving meer mogelijkheden tot verticale sturing te verkrijgen om zo de ministeriële verantwoordelijkheid te versterken. Zo zijn bijvoorbeeld de mogelijkheden om maatschappelijke partijen bij de uitvoering te betrekken sterk gereduceerd door het afschaffen van raden van toezicht, en wordt getornd aan de mogelijkheden om bedrijfsmatig te kunnen werken door een verplichting tot gezamenlijke inkoop met ministeries. Door fusies van ZBOs en veranderingen in hun juridische status en zelfstandigheid worden ZBOs weer meer onder de invloedssfeer van de overheid (het moederdepartement) gebracht. In het geval van het CVZ is dit het meest duidelijk door het instellen van het raad van bestuur model in 2006. Hoewel het CVZ formeel nog steeds een College was had de raad van bestuur voortaan alleen en rechtstreeks van doen met het ministerie van VWS; de tussenlaag van het college als besturingsgremium viel weg. Verder werd in 2012 de Kaderwet ZBOs toegepast op het CVZ.

---

21 Dit advies is opgesteld door dhr De Leeuw, in opdracht van de secretarissen-generaal. Het rapport is afgerond in mei 2013 en eind januari 2014 door Minister Blok naar buiten gebracht. In mei 2014 komt de kabinetsreactie op het rapport uit. In het rapport wordt voor CVZ geen directe wijziging in de juridische status voorgesteld, mede met het oog op de vorming van het Zorginstituut en de taak van risicoverevening, maar wordt wel aanbevolen om bij de eerste evaluatie van het Zorginstituut (vijf jaar na oprichting) ook te onderzoeken of een eventuele wijziging mogelijk of nodig is.

Zolang ZBOs hun werk naar behoren doen, zijn ze nauwelijks zichtbaar. Media-aandacht richt zich vooral op falen of misstanden. De overwegend negatieve berichtgeving over ZBOs in de media (Schillemans en Van Thiel, 2009) gecombineerd met een opeenstapeling van juridische maatregelen door politici om ZBOs te kunnen controleren en in te kunnen grijpen indien zij dat nodig achten, maken ZBOs kwetsbaar. En dat is een voedingsbodemp voor aantasting van de legitimiteit van ZBOs. Het is dan ook niet verwonderlijk dat burgers in het parlementaire onderzoek van de Eerste Kamer een overwegend negatief oordeel geven over privatisering en verzelfstandiging: gemiddeld is bijna 40 procent van de respondenten negatief gestemd, 20 procent positief, en de rest is neutraal, heeft geen mening of weet het niet (Den Ridder en Dekker, 2012). Dit oordeel is overigens nauwelijks gerelateerd aan feitelijke kennis over wat ZBOs zijn of doen; de meeste respondenten kennen organisaties wel van naam maar weten niet dat het ZBOs zijn, noch wat dat inhoudt.<sup>22</sup> Ook komen burgers lang niet altijd met ZBOs in aanraking. Zo zagen we in hoofdstuk 3 dat het CVZ pas met de taak van premie-inning voor het eerst echt in contact kwam met burgers. Burgers blijken verder ook niet echt geïnteresseerd te zijn in ZBOs; het enige wat hen interesseert is dat zij hun werk goed doen en dat de overheid kan ingrijpen. We hebben dat eerder met outputlegitimiteit geduïd. Outputlegitimiteit gaat over de prestaties die publieke organisaties leveren ('governance for the people'). Inputlegitimiteit gaat over de mate waarin burgers en maatschappelijke stakeholders zich gehoord voelen bij de bepaling van de waarden en doelen die centraal staan ('governance of the people'). We kunnen daarom geen algemene uitspraak doen over 'het' vertrouwen van de burgers in publieke organisaties. Een afnemend vertrouwen van burgers in de politiek kan samen gaan met tevredenheid over publieke dienstverlening.

#### 4.2 Het CVZ in de media

Eerder is al gewezen op de rol van de (sociale) media bij ontevredenheid van burgers. Maar de media spelen ook op andere manieren een steeds belangrijkere rol in de in de beeldvorming over publieke organisaties, inclusief ZBOs. De berichtgeving over publieke organisaties heeft meestal een negatieve toonzetting (Schillemans en Van Thiel, 2009). Daarnaast kiezen de media steeds vaker een 'dramatische' toonzetting of invalshoek voor hun berichtgeving. Men spreekt wel van een drama-democratie (Elchardus, 2003) of emotie-democratie (Hendriks, 2007). Berichtgeving rond politieke gebeurtenissen, crises of rampen (denk aan rellen in Haren), en falende publieke organisaties (begin 2014 o.a. Prorail en de Belastingdienst) versterkt gevoelens van onzekerheid en onvrede bij burgers, en tast daardoor het vertrouwen in het openbaar bestuur aan. Ook bepalen de media steeds vaker wat er op de politieke agenda komt te staan: 'vandaag in de krant, morgen een kamervraag'.

---

22 Ter illustratie, wanneer één van de auteurs van dit rapport vertelde over dit onderzoek aan niet-gezondheidszorg deskundigen, maar ook aan studenten van de biomedische opleiding van de medische faculteit, dan werd het CVZ in vrijwel alle gevallen (n=±40) verward met Zorgverzekeraars Nederland. Het is daarom ook goed dat de naam nu verandert in Zorginstituut Nederland, zo vond ook één van onze respondenten: "Het College voor Zorgverzekeringen werd toch te vaak verward met College van Zorgverzekeraars." (G. Klein Ikkink [VWS]).

Omdat de media zo'n belangrijke invloedsfactor zijn geworden, staan we in hier stil bij de mediaberichtgeving over het CVZ. Hiervoor hebben we de berichtgeving in vijf landelijke dagbladen gedurende de periode 1-1-2006 tot en met 31-10-2013 geanalyseerd.<sup>23</sup> Dat leverde 366 berichten op. De overgrote meerderheid (68 procent) van deze berichten heeft betrekking op discussies rondom het pakket. Daarna is premie-inning een regelmatig terugkerend thema met ongeveer 15 procent van het aantal berichten. Het aantal berichten over de toekomstige kwaliteitstaak van Zorginstituut Nederland is zeer gering (slechts 1 procent). Dat hangt waarschijnlijk deels samen met het recente karakter van de besluitvorming hierover. Toch verscheen al in 2008 een opiniestuk hierover, waarin het voorstel van minister Klink voor een kwaliteitsinstituut werd ondersteund.

De meeste krantenberichten zijn nieuwsberichten of achtergrondartikelen (beiden 45 procent). De toonzetting is meestal neutraal, al heeft een kwart van de artikelen duidelijk een negatieve toonzetting, met name als het opiniërende artikelen zijn (10 procent). Er zijn weinig uitgesproken positieve artikelen over het CVZ gevonden. Daarnaast zijn er duidelijke piekmomenten te onderscheiden: op vier momenten in de door ons onderzochte perioden verschenen er één maand meer dan 10 berichten. Die piekmomenten vielen samen met adviezen van het CVZ en beslissingen over het pakket. Met name de discussie over de toegevoegde waarde van medicijnen voor de ziektes van Pompe en Fabry heeft geleid tot een groot aantal berichten, zo'n 20 procent van het totaal aantal berichten over het pakket. De eerste piekperiode valt in mei 2007 (10 berichten). Destijds waren discussies over opname in het pakket van obesitas-programma's en vaccinatie voor baarmoederhalskanker aan de orde. De toon van de artikelen is in principe neutraal. In de tweede periode, april 2010, verschijnen 17 berichten over hulpmiddelen als een rollator en over psychoanalyse. Hier is de toon van de berichtgeving duidelijk negatiever omdat geadviseerd werd tot het schrappen van deze voorzieningen uit het basispakket. In de derde periode, van juli tot en met september 2012, verschijnen 57 artikelen over het pakket en daarnaast nog 16 berichten over andere onderwerpen. Dit is de periode van het Pompe-Fabry debat waarover in de genoemde periode 34 berichten verschijnen. Opvallend is dat alhoewel het onderwerp politiek gevoelig blijkt te liggen en de minister uiteindelijk het advies van CVZ naast zich neer zal leggen, de toon van het mediadebat niet echt negatief is. Slechts zes van de berichten zijn uitgesproken negatief (meestal achtergrond- of opinieartikelen). Op het totaal van de 22 achtergrond- en opinieartikelen over Pompe en Fabry is een kleine minderheid echt negatief. Daarnaast verschijnen in dezelfde periode 23 berichten die zich in algemenere zin richten op de kosten-effectiviteits afwegingen die door CVZ worden gemaakt bijvoorbeeld ten aanzien van medicatie. Ook hier betreft het overwegend opinie- of achtergrondartikelen, geen nieuwsberichten. Tot slot kunnen

---

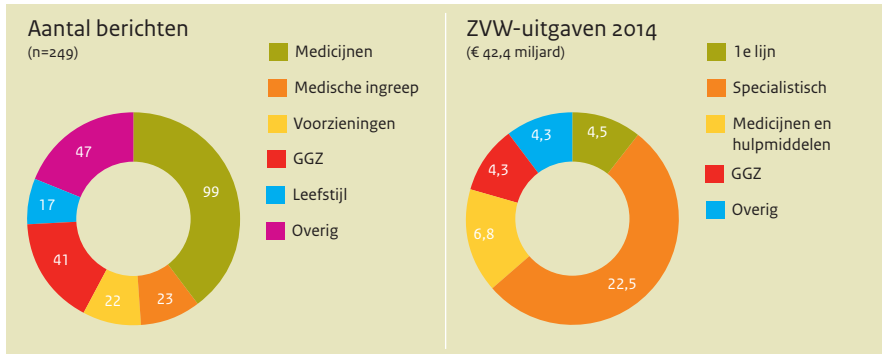
23 In het onderzoek zijn De Telegraaf, De Volkskrant, Trouw, NRC en Het Financieel Dagblad meegenomen. De Volkskrant en Trouw berichten het meest; samen zijn ze goed voor de helft van alle artikelen. Het FD berichtte het minst vaak over CVZ, 60 maal in de onderzoeksperiode. Daarnaast hebben we de berichtgeving door de publieke omroep en RTL gescand. In totaal berichtte de NOS 124 keer (waarvan 49 keer in audiovisuele vorm) in de genoemde periode over CVZ en RTL 54 keer waarvan 3 videos. Er is gekeken naar: het onderwerp van het bericht, de toonzetting, het karakter van het artikel, en de vraag of er sprake is van concentratie van nieuwsberichten in bepaalde periodes.

we een vierde piek aanwijzen in januari 2013. Een concept advies van het CVZ over de GGZ dat in handen is gekomen van de media leidt tot een tental, overwegend negatieve berichten, met name in De Volkskrant.

Naast het pakket komen ook andere onderwerpen aan bod in de media. In de eerste plaats zijn de verschillende burgerregelingen een issue. De meeste berichten hierover gaan over de uitvoering van deze taak door het CVZ. Zestig procent van de berichten over inning hebben betrekking op wanbetaling, onverzekerd zijn of gemoedsbezwaren. Deze berichtgeving is overwegend neutraal. Van de resterende berichten heeft ruim 20 procent betrekking op premie-inning bij mensen die in het buitenland wonen en in Nederland verzekerd moeten zijn. Over deze kwestie was de toon uitgesproken negatief. In de tweede plaats is 'gepast gebruik' een onderwerp dat regelmatig terugkeert. In totaal zijn 14 berichten hierover gevonden (3,5 procent). CVZ streeft er naar om medische behandelingen die niet tot het basispakket behoren ook niet ten laste van het Zorgverzekeringsfonds te brengen. Dat blijkt in de praktijk een minder gemakkelijke opgave dan gedacht. In de gevonden berichten komen discussies over overbehandeling en uitvoeringsfouten het meest negatief onder de aandacht. Berichten die verband houden met het fondsbeheer (3,5 procent) kennen een veel meer neutrale toonzetting. De meeste media-aandacht richtte zich echter op het pakket. In figuur 4 is een overzicht gemaakt van de hoofdthema's van de berichtgeving hierover. Daarnaast laten we zien hoeveel geld met de verschillende onderwerpen is gemoeid. Op die manier kan duidelijk worden of de media aandacht besteden aan financieel zwaarwegende onderwerpen.

Opvallend is het grote aantal berichten over medicijnen (bijna 40 procent), terwijl het budget voor medicijnen en hulpmiddelen tezamen net iets meer dan 16 procent van de totale uitgaven Zvw bedraagt. Waarschijnlijk is het voor journalisten makkelijker om over medicatie en concrete voorzieningen te schrijven dan over meer technisch georiënteerde zaken als de toegevoegde waarde van specialistische behandelmethoden en interventies (vgl. de discussie hierboven over de drama-democratie). Driekwart van de negatieve berichten over medicatie (n=71) gaat om adviezen om medicatie niet of niet meer te vergoeden. Ook de GGZ krijgt in vergelijking met het financiële belang ervan relatief veel aandacht. Hier is de toon ook beduidend negatiever; de helft van de berichtgeving over GGZ is negatief tegenover ruim een kwart van alle berichtgeving over medicijnen. De GGZ berichtgeving werd gevoed door de relatief grote maatschappelijke onrust die het advies teweeg bracht en de goed georganiseerde oppositie vanuit de GGZ-sector. Bovendien verscheen het conceptadvies in een tijd dat er ook veel discussie was over de eigen bijdrage voor de GGZ. Omgekeerd geldt dat het aantal berichten over medische ingrepen relatief laag ten opzichte van het financiële belang van specialistische hulp. Interessant is tenslotte dat slechts 5 procent van de berichtgeving over leefstijl en preventiegerelateerde onderwerpen gaat.

Figuur 4 | Aantallen berichten en financieel belang van ZVW<sup>24</sup>



Al met al kunnen we concluderen dat in ongeveer 75 procent van de krantenberichten over CVZ de toonzetting neutraal of positief is. Als het CVZ negatief in het nieuws komt heeft dat meestal te maken vraagstukken over medicatie, met name beslissingen om medicijnen niet of niet meer te vergoeden. Medicatie is niet het onderwerp met het grootste financiële belang, maar blijkbaar wel een aansprekend onderwerp voor journalisten om over te schrijven. Ondanks het grote aantal berichten over de medicatie voor Pompe en Fabry, gaan de meeste negatieve berichten in de onderzochte periode vooral over het concept GGZ-advies. Tot slot zijn er ook negatieve berichten over de taak van de premie-inning, met name bij mensen die wonen in het buitenland.

De media-aandacht voor het CVZ lijkt dus ten principale niet negatief, en derhalve ook niet ondermijnd voor het gezag en draagvlak van het CVZ en Zorginstituut Nederland. De media-analyse bevestigt vooral het beeld dat gezondheidszorg een uitermate gevoelig onderwerp is en dat sommige onderwerpen meer mediagevoelig zijn dan andere. De analyse laat ook zien dat media-aandacht sterk conjunctureel is. Ten slotte, de media zijn niet altijd even zorgvuldig in het uitleggen van institutioneel toebedeelde verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden. Zo wordt er in artikelen over het GGZ-advies gesproken over het 'lekker' van het rapport, maar feitelijk was het rapport openbaar. De precieze procedure die het CVZ volg in zijn pakketadviezen wordt nauwelijks besproken en ook de rol van de ACP komt daarbij niet aan bod. Maar het gebrek aan nuance is nu eenmaal een feit en alhoewel uiteindelijk ministers politieke beslissingen nemen, niet ZBOs, is het verkrijgen van maatschappelijk draagvlak en begrip voor de soms moeilijke afwegingen die gemaakt moeten worden wel degelijk een taak van ZBOs. Dat roept de vraag op wat publieke organisaties, en in het bijzonder ZBOs, moeten en kunnen doen om hun draagvlak en legitimiteit te behouden en te verbeteren.

<sup>24</sup> Bron: Memorie van Toelichting Begroting VWS 2014: 161.

### 4.3 Instrumenten voor legitimiteit en verantwoording

Er worden in de literatuur verschillende suggesties gedaan over hoe publieke organisaties hun legitimiteit en draagvlak kunnen verbeteren en behouden. De Raad voor het Openbaar Bestuur (2010) roept op tot een publieksdemocratie (voice) waarin burgers meer invloed krijgen op beleid en besluitvorming. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkelingen (2010) wil ook dat klanten van publieke organisaties meer mogelijkheden krijgen om invloed uit te oefenen op de organisaties, of anderszins meer keuzemogelijkheden (exit) krijgen. De oplossingen van de ROB en de RMO sluiten vooral aan bij het vergroten van de zogenoemde input-legitimiteit (Bekkers, 2007); door signalen uit de samenleving goed op te pikken en daarvoor open te staan, zal de legitimiteit toenemen, zo is de veronderstelling. Hendriks (2007) kiest daarentegen voor een output-gericht oplossing. Hij spreekt over een 'aansprekend bestuur' waarin rekenschap over prestaties (output) centraal staat, door bestuurders die meer naar buiten moeten treden. De WRR (2012) zoekt oplossingen in de zogenoemde throughput-legitimiteit: door betere procedures zullen niet alleen betere resultaten worden geboekt, maar wordt ook de acceptatie van publieke organisaties groter.

Omdat ZBOs zich op het grensvlak van verschillende institutionele domeinen bevinden (zie paragraaf 3.4.2) zullen zij zich om alle drie de typen legitimiteit moeten bekommeren. Een goed ZBO bekommert zich zowel om zijn input-legitimiteit, zijn output-legitimiteit als zijn throughput-legitimiteit. Daarin verschilt de positie van het CVZ en Zorginstituut Nederland ook wezenlijk van die van de Ziekenfondsraad. De input-legitimiteit van de Ziekenfondsraad was min of meer gegeven zolang er brede maatschappelijke en politiek-bestuurlijke acceptatie van het corporatistische beleidsmodel bestond. Toen die steun wegviel en de geformaliseerde input-legitimiteit (het formele participatiemodel) in gevaar kwam kon de Ziekenfondsraad nog altijd terugvallen op de output-legitimiteit die het als uitvoeringsorganisatie had verworven. Om zijn throughput-legitimiteit hoefde de Ziekenfondsraad zich nauwelijks te bekommeren. Voor ZBOs als het CVZ en Zorginstituut Nederland ligt dat heel anders. Zij kunnen immers niet terugvallen op geformaliseerde input-legitimiteit, terwijl zij gezien het maatschappelijk en publieke belang van een sociale zorgverzekering ook niet kunnen volstaan met alleen maar output-legitimiteit. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de commotie rond het pakketadvies over Pompe en Fabry en het GGZ-advies. Zowel de input-legitimiteit als de output-legitimiteit zijn geen vanzelfsprekendheid, maar dienen actief te worden verworven. Een uitruil tussen beide typen legitimiteit is eveneens niet mogelijk. Om de verbinding te maken tussen input- en output-legitimiteit, verdient ook de throughput-legitimiteit bijzondere aandacht.

Concreet betekenen de hierboven genoemde adviezen dat publieke organisaties zich (meer) moeten richten op mogelijkheden voor participatie door klanten (burgers) of in elk geval het aangaan van een dialoog met burgers of maatschappelijke partijen die burgers vertegenwoordigen. Hiervoor bestaan verschillende instrumenten, van informeel tot formeel en volledig geïnstitutionaliseerd. Te denken valt aan klantenpanels die incidenteel worden bevestigd over allerlei aspecten van het functioneren van de organisatie, tot een raad van toezicht met formele bevoegdheden om besluitvorming door de directie of



raad van bestuur te corrigeren. Tussenvormen zijn er ook, bijvoorbeeld het gebruik van adviescommissies waarin verschillende stakeholders op persoonlijke titel zijn vertegenwoordigd, of een raad van advies. En er zijn ook ad hoc varianten, zoals het bij gelegenheid organiseren van dialoogsessies, maatschappelijke debatten en fora over specifieke onderwerpen.

Daarnaast moeten publieke organisaties uitgebreid(er) gebruik maken van verschillende vormen van verantwoording aan verschillende partijen en op verschillende manieren. Door op transparante wijze te laten zien hoe de organisatie te werk gaat, welke vereisten aan het werk worden gesteld, welke afwegingen zijn gemaakt, en wat het oplevert, vergroot de organisatie de kans op acceptatie of begrip en kan zo legitimiteit verdienen. Ook hiervoor bestaan verschillende mogelijkheden, van een traditioneel jaarverslag en jaarrekening (die openbaar worden gemaakt) tot benchmarking, twinning, visitatie en peer reviews, het toepassen van gedragscodes, en publiekshandvesten. Maar er zijn meer manieren om draagvlak te verwerven, bijvoorbeeld door media-beleid te voeren om zodoende negatieve berichtgeving en beeldvorming te corrigeren. Of door actief externe partijen en stakeholders te informeren, denk bijvoorbeeld aan politieke partijen en parlementsleden.

#### 4.3.1 Meervoudige publieke verantwoording

Publieke organisaties worden in toenemende mate geacht zich te verantwoorden over hetgeen zij doen en laten. Bij publieke verantwoording is van belang dat de informatie en beoordeling breed en openbaar beschikbaar is. Een tweede aspect van publieke verantwoording is dat het gaat om zaken in het publieke domein. Verantwoording geschiedt uiteindelijk met het oog op een waardering door burgers, al gaat dat vaak langs indirecte weg, bijvoorbeeld via de weg van de Tweede Kamer en de figuur van de ministeriële verantwoordelijkheid. Verantwoording betreft een meer of minder geformaliseerde relatie tussen een verantwoording afleggende actor en een forum waaraan verantwoording wordt afgelegd (Bovens, 2005; Schillemans, 2007). Het onderscheidende element van publieke verantwoording is de actor-forum relatie. Bij verantwoording is of voelt de actor zich verplicht om een forum informatie te verstrekken over zijn optreden (prestaties, producten, procedures, afwegingen). Het forum waaraan verantwoording wordt afgelegd kan vervolgens vragen stellen over de aard van de informatie en in debat gaan met de actor en over de waardering daarvan. Bij zwaardere vormen van verantwoording is er sprake van een beoordeling door het forum van het optreden en kunnen er eventueel zelfs sancties verbonden worden aan dat oordeel en ex post beïnvloeding van het gedrag. Denk aan de politieke verantwoording van de minister aan de Kamer.

We spreken van verticale verantwoording wanneer er sprake is van een principaal/agent relatie, er is dan sprake van een gezagsverhouding tussen een bovengeschikte (bijvoorbeeld de minister) en een ondergeschikte (bijvoorbeeld een uitvoeringsorganisatie). Verantwoording kan daarnaast ook in diagonale of horizontale richting plaats vinden. Van diagonale verantwoording is sprake wanneer verantwoording wordt afgelegd aan een andere organisatie die door de hiërarchisch bovengeschikte is belast met een vorm

van toezicht of controle op het handelen van de actor. Denk bij daarbij in het geval van het CVZ aan de Algemene Rekenkamer of de Nationale Ombudsman. Bij horizontale of maatschappelijke verantwoording, tenslotte, staat het forum in een niet hiërarchische principaal-agent relatie tot de actor. Colleges van deskundigen, interne ombudsmannen, klantenpanels of visitaties kunnen als horizontale verantwoordingsarrangementen worden beschouwd. Horizontale verantwoording vindt vaak op vrijwillige basis plaats. Vanwege het vrijwillige karakter gaat van horizontale verantwoording vooral een ex ante invloed uit; de actor anticipeert in zijn afwegingen op de preferenties en oordelen van het forum (Schillemans, 2007, p.68-77). Raden van toezicht kunnen gepositioneerd worden tussen diagonale en horizontale verantwoordingsarrangementen in.

Verantwoording dient meerdere motieven. Vanuit een democratisch perspectief is publieke verantwoording belangrijk omdat de publieke machtsuitoefening daarmee democratisch kan worden gecontroleerd. Het democratisch motief is vooral terug te vinden in verticale verantwoordingsarrangementen. Een tweede motief is rechtstatelijk van aard en gericht op het tegengaan van machtsconcentratie en machtsmisbruik door het organiseren van institutionele tegenmacht. Dit motief vinden we vooral terug in diagonale verantwoordingsarrangementen. Het gaat hier om principes van behoorlijk bestuur. Het derde motief, tenslotte, is cybernetisch van aard. Verantwoording dient vanuit dit cybernetisch perspectief vooral tot het vergroten van de responsiviteit en het leervermogen van de actor. Via publieke verantwoording worden bestuurders gedwongen te reflecteren op de door hen gemaakte afwegingen. Bij dit leermotief passen vooral horizontale en maatschappelijke verantwoordingsarrangementen (WRR 2006).

Democratische controle, behoorlijke bestuur en lerend vermogen dragen alle drie bij aan de legitimiteit van het openbaar bestuur. Bestuurders krijgen via publieke verantwoording de kans om hun voornemens en optreden uit te leggen en te rechtvaardigen, en burgers en belangengroepen krijgen de kans om vragen te stellen en hun mening te geven. Zo draag publieke verantwoording bij aan de acceptatie van overheidsgezag en aan het vertrouwen van de burgers in het openbaar bestuur (Bovens, 2005). Verantwoordingsarrangementen kunnen overigens ook gebruikt worden voor strategische beleidsbeïnvloeding. Leden van het forum kunnen hun lidmaatschap van het forum bijvoorbeeld gebruiken om strategisch invloed uit te kunnen oefenen op het beleid van de actor om zo hun eigen belangen te bevorderen en het beleid de beïnvloeden. Een principaal (bv. het moederdepartement) kan via het verplicht stellen van horizontale verantwoording langs een omweg trachten invloed uit oefenen op het beleid van een actor (Schillemans, 2007, p.80). Omgekeerd kan de actor (bv. Zorginstituut Nederland) het verantwoordingsarrangement gebruiken voor het institutioneel borgen van publieke belangen bij andere actoren.

#### 4.3.2 Werken aan legitimiteit en draagvlak

Hoewel met volle instemming afscheid is genomen van het formele participatiemodel van de oude Ziekenfondsraad met representatieve vertegenwoordigers van betrokken belangengroepen, is het sindsdien wel zoeken naar nieuwe vormen van adequate maat-



schappelijke verantwoording. Draagvlak en legitimiteit vragen een zorgvuldige verankering van ZBOs en voortdurende verantwoording door ZBOs. Omdat zij zich op het grensvlak van politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen bevinden moeten zij zich in drie richtingen (verticaal, diagonaal en horizontaal) verantwoorden om draagvlak te verwerven en te creëren. Verticale verantwoording door het CVZ geschiedt uiteraard aan de minister van VWS. Daarnaast moet het CVZ zich diagonaal verantwoorden richting bijvoorbeeld de Nationale Ombudsman en de Algemene Rekenkamer. Het CVZ heeft geen raad van toezicht, al had daar overigens wel voor gekozen kunnen worden. De belangrijkste uitdaging ligt op het vlak van horizontale of maatschappelijke verantwoording. ZBOs die hun draagvlak willen vergroten kunnen te maken krijgen met een drietal dilemma's. Ten eerste de eerder genoemde spanning tussen de verticale reflex van de politiek versus de gehorizontaliseerde verhouding tussen ZBO en ministerie. De dominantie van de ministeriële verantwoordelijkheid als primaire verantwoordingslijn beperkt de mogelijkheden om geïnstitutionaliseerde dialoogvormen te gebruiken. De autonomie van ZBOs staat echter wel toe om ad hoc of meer informele vormen te kiezen. Een tweede dilemma is dat lang niet alle ZBOs burgers als klanten hebben; sommige ZBOs werken bijvoorbeeld voor andere overheden of leveren diensten aan bedrijven. Dialoogvormen om meer draagvlak te verkrijgen, moeten zich dan niet zozeer op burgers richten maar vooral ook op samenwerkingspartners in de bestuurlijke keten (denk in het geval van het CVZ aan ZBOs als de NZa en de IGZ) of maatschappelijke stakeholders (patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, verzekeraars). Legitimiteit van burgers verkrijgen kan alleen door openheid over werkwijzen en resultaten te geven, ook over de samenwerking met andere actoren in de bestuurlijke verantwoordelijkheidsverdeling.

Het derde dilemma is dat ZBOs geen democratische grondslag hebben; ze zijn niet gekozen en kunnen derhalve niet democratisch ter verantwoording worden geroepen. Vibert (2007) stelt daarom voor dat ZBOs zich meer moeten richten op output en throughput legitimatie. Door inzicht te geven in de werking van het ZBO en de resultaten die daarmee worden geboekt, kan het ZBO toch rekenschap geven en haar kwaliteiten tonen. Dat zou dan echter wel gepaard moeten gaan met echte verantwoordingsmomenten en -vormen, bijvoorbeeld zoals het toelichten van een jaarverslag of een uitvoeringstoets (beoordeling van nieuw beleid) in het parlement. Het gaat dan wel alleen om het geven van informatie; het afleggen van verantwoording – over het beleid en toezicht op het ZBO – blijft het prerogatief (en de plicht) van de minister. In zo'n constellatie is er volgens Vibert sprake van deugdelijke 'checks and balances'. Het parlement moet rechtstreeks met een ZBO kunnen communiceren. Dat kan nu niet in Nederland maar wel in andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, USA en Frankrijk (POC, 2012). De Eerste Kamer heeft op basis van het parlementaire onderzoek bijvoorbeeld aanbevolen dat het mogelijk moet worden dat directeuren van ZBOs in het parlement toelichting kunnen komen geven over hun organisatie en het functioneren daarvan.

Tabel 2 | Toepassing van instrumenten ter vergroting van legitimiteit door CVZ<sup>25</sup>

instrument	toepassing
Raad van Advies	Bestaat uit 4 leden, dient als strategisch klankbord voor de Raad van Bestuur
Adviescommissies	Meerdere commissies, bestaand uit onafhankelijke deskundigen, die het CVZ adviseren: Wetenschappelijke Adviesraad (met 4 subcommissies), Adviescommissie Pakket, Adviescommissie Kwaliteit, Adviescommissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen
Hoorzittingen	De vergaderingen van het College waren in het verleden openbaar. De vergaderingen van de Adviescommissie Pakket zijn openbaar.
Fora en debat	Het CVZ organiseert jaarlijks een goed bezocht debat waarin een actueel thema (en dilemma) wordt besproken met partijen uit de zorg. In 2012 in het debat over levensverlengende zorg, in 2013 stond kosteneffectiviteit centraal. Daarnaast organiseert het CVZ in het kader van het kwaliteitsinstituut regelmatig rondetafel conferenties en fora. Ook voor Gepast Gebruik is een ronde tafel georganiseerd.
Jaarverslag en jaarrekening	Openbare verslagen, beschikbaar via de website
Handvest	Lid van het Handvest Publiek Verantwoorden met als doel transparante verantwoording aan samenleving
Visitatie/evaluatie	In 2007 is het CVZ geëvalueerd door het Visitatiecollege van de Handvestgroep. In 2009 is het CVZ samen met de NZa geëvalueerd door Boer & Croon in opdracht van het Ministerie van VWS.
Gedragcode	Code van de KNAW (voor adviescommissies) Code goed bestuur (voor publieke organisaties)
Manifestgroep	Lid van Manifestgroep ter verbetering van uitwisseling van informatie met andere uitvoeringsorganisaties, en toegankelijkheid voor burgers (bv door DigiD)
Contacten met parlement	Het CVZ is regelmatig uitgenodigd voor hoorzittingen door de Tweede Kamer.
Website	Op de website (www.cvz.nl) is informatie te vinden over de organisatie. Ook worden alle beleidsadviezen op de site gepubliceerd, jaarverslagen, klachtenregelingen, en nog veel meer.

Tabel 2 laat zien welke van de genoemde instrumenten door het CVZ reeds worden toegepast. Hieruit blijkt dat de meeste instrumenten reeds worden toegepast. Zo zijn er bijvoorbeeld een groot aantal instrumenten (publiekscampagnes, magazines, interview

<sup>25</sup> Bron: jaarverslag en websites van CVZ, Handvest Publiek Verantwoorden en Rijksbrede Benchmarkgroep.

of benchmarks) om informatie op te halen dan wel te verschaffen. Deze instrumenten verschaffen inzicht in het optreden en de afwegingen van het CVZ en kunnen daardoor aanleiding geven tot verantwoording. Denk bijvoorbeeld aan het openbaar stellen van vergaderingen van de Advies Commissie Pakket (ACP). Omgekeerd kunnen instrumenten als de ronde tafelsessies en fora over gepast gebruik en kwaliteit door het CVZ worden gebruikt om publieke belangen institutioneel te borgen bij andere partijen.

Horizontale verantwoording geschiedt voornamelijk via de verschillende adviescommissies (de ACP, de Adviescommissie Kwaliteit en de Adviescommissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen). Deze commissies zijn niet vrijwillig maar via de wet geregeld. Toch zijn ze in beginsel bedoeld als horizontale verantwoordingsfora en als zodanig functioneren ze ook richting de raad van bestuur. In het geval van de ACP ligt dit overigens wel ingewikkeld omdat de raad van bestuur deel uit maakt van de ACP. De overige leden van de ACP zijn door de minister benoemd, maar worden geacht om onafhankelijk en op persoonlijke titel te oordelen. Omdat ook de raad van bestuur deel uitmaakt van de Advies Commissie Pakket (ACP) adviseert een deel van de adviescommissie feitelijk zichzelf. Onze respondenten verschilden overigens van mening over hoe hier mee om te gaan. Volgens sommige respondenten functioneert het quasi-college model van de ACP vooralsnog prima door de wijze waarop de verschillende leden in de commissie, inclusief de raad van bestuur, hun rol invullen. Anderen stellen meer ten principale dat het oude collegemodel met onafhankelijke gezaghebbende kroonleden eigenlijk in ere zou moeten worden hersteld. Hoewel de adviescommissies allemaal een rol in horizontale verantwoording hebben zijn er ook verschillen te constateren. De werkwijze voor de kwaliteitstaak (en de wijze van communiceren met de veldpartijen) verschilt nadrukkelijk van de werkwijze en relaties in het kader van het pakketbeheer. De Adviescommissie Kwaliteit heeft primair een schakelfunctie tussen Zorginstituut Nederland en het veld. Veldpartijen worden geacht standaarden en instrumenten aan te dragen die na positieve beoordeling door de Adviescommissie aan het door de commissie opgestelde toetsingskader worden opgenomen in het nationale register. Wanneer veldpartijen in gebreke blijven kan de raad van bestuur van Zorginstituut Nederland de adviescommissie opdragen het werk zelf ter hand te nemen. De ACP dient uit de aard van zijn activiteiten maatschappelijk draagvlak voor de pakketadviezen te borgen. De feitelijke normstelling vindt vervolgens plaats door de minister, waardoor er ook verticale verantwoordingsrelaties bestaan.

#### 4.4 Resumé

Dit hoofdstuk heeft laten zien dat legitimiteit niet vanzelfsprekend is en sterk kan variëren van moment tot moment. De pieken in media-aandacht zijn daar bewijs van. Individualisering, vermarkting, globalisering en mediatisering hebben het er bovendien niet makkelijker op gemaakt voor publieke organisaties om legitimiteit te verwerven en te behouden. De legitimiteit van publieke organisaties wordt niet alleen bepaald door het draagvlak, de acceptatie en de tevredenheid van burgers, maar ook door het draagvlak van andere organisaties in het publieke en private domein. Te denken valt aan beroeps-groepen van zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren, patiëntenorganisaties, beleidmakers, enzovoorts. In Zorginstituut Nederland zullen de meeste burgergerelateerde

taken worden overgedragen aan andere organisaties. Maar de maatschappelijke impact van zijn werk is groot. Gegeven de aard van zijn werkzaamheden en zijn positionering tussen overheid, sector en samenleving, zal Zorginstituut Nederland zowel zijn input-legitimiteit als zijn output- en throughput-legitimiteit moeten bewaken.

Gelukkig zijn er veel instrumenten waar publieke organisaties gebruik van kunnen maken om maatschappelijk draagvlak te verwerven en te behouden. Tabel 2 laat zien dat veel van die instrumenten ook al worden toegepast door het CVZ. De nieuwe taken op het gebied van kwaliteitszorg en –registratie van Zorginstituut Nederland zullen naar verwachting leiden tot een meer intensieve inzet van die instrumenten, en mogelijk ook van nieuwe vormen van kennisontwikkeling en kennisdeling. Horizontale of maatschappelijke verantwoording wordt naar verwachting steeds belangrijker. Zorginstituut Nederland krijgt bovendien een steeds belangrijker taak in wat wij in hoofdstuk 3 institutionele borging hebben genoemd. De toegevoegde waarde van Zorginstituut Nederland is daarmee eigenlijk al aangegeven. In hoofdstuk 5 zetten we onze bevindingen en argumenten nog eens bij elkaar.

# 5

## Conclusies en slotbeschouwing

*“Ik zie Zorginstituut Nederland over vijf jaar als de motor van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. We moeten ‘value for money’ gaan realiseren. De uitdaging is dat het niet alleen een kwaliteitsinstituut voor de dokters moet worden, maar ook voor de patiënten, de burgers. Dit in het kader van de maatschappelijke verankering.”*

INTERVIEW A. BÖGELS

Dit boek handelde over de totstandkoming van Zorginstituut Nederland. De centrale vraag van dit onderzoek luidde: onder welke politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities hebben de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen zich ontwikkeld en welke consequenties hebben deze ontwikkelingen voor Zorginstituut Nederland? Dat leek een goed onderzoekbare vraag te zijn. Over de veranderende beleidsagenda en de stelselhervormingen in de gezondheidszorg is veel gepubliceerd. De institutionele duiding van de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen, de voorgangers van Zorginstituut Nederland, leek ook relatief eenvoudig te zijn. De Ziekenfondsraad was een exponent van het corporatistische beleidsmodel, het College voor Zorgverzekeringen een ZBO met zeven onafhankelijke kroonleden. Desalniettemin deed het CVZ op het eerste gezicht ongeveer hetzelfde als de oude Ziekenfondsraad; in hetzelfde kantoor, met dezelfde staf, onder dezelfde voorzitter en dezelfde secretaris. En wat betreft de besturing van het gezondheidszorgstelsel: eerst was er corporatisme en verzuiling, toen kwam centrale aanbodregulering en budgettering, gevolgd door marktwerking. Maar geen van deze besturingsarrangementen heeft de andere arrangementen voorgoed verdrongen.



Er is, kortom, al veel onderzoek gedaan naar het bestuur en beleid van de Nederlandse gezondheidszorg, maar hoe kunnen we hieruit de totstandkoming van Zorginstituut Nederland verklaren, of op zijn minst begrijpen, en schuilt er een beleidslogica achter de totstandkoming van Zorginstituut Nederland? Dat was de ‘puzzel’ die in dit onderzoek centraal stond.

### 5.1 Reflectie op het onderzoek

Voor dit onderzoek hebben we een groot aantal beleidsdocumenten bestudeerd en hebben we een aantal sleutelpersonen geïnterviewd binnen het CVZ en de directe omgeving van het CVZ. Zo hebben we in retrospectief de totstandkoming van Zorginstituut Nederland kunnen begrijpen en duiden, maar hebben we die ontwikkeling daarmee ook verklaard? Niet in de zin dat we factoren hebben kunnen aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van Zorginstituut Nederland. Ons onderzoek voldoet wellicht aan de standaard van *evidence based management* maar die standaard is minder hard dan die van *evidence based medicine*. Dat geldt voor al het sociaal wetenschappelijk beleidsonderzoek. De geschiedenis had zich ook anders kunnen voltrekken en we moeten waken voor een historisch deterministisch perspectief en verklaringsmodel. We waren oorspronkelijk van plan om een internationale vergelijking in de studie in te brengen om daarmee te kunnen ontsnappen aan historisch-deterministisch verklaringsmodel, maar we zagen daar uiteindelijk van af omdat de institutionele inbedding van organisaties als NICE in Engeland en Wales en het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in de Duitse gezondheidszorg teveel verschilt van het Nederlandse stelsel.

Om de politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities te achterhalen waarbinnen de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen zich hebben ontwikkeld, hebben we in hoofdstuk 2 en 3 onderscheid gemaakt naar een tweetal ontwikkelingslijnen in de Nederlandse gezondheidszorg. Allereerst de lijn van veranderende en opeenvolgende beleidsprioriteiten op het terrein van de gezondheidszorg, en de besturingsarrangementen die daar vervolgens een antwoord op zouden moeten geven. Kenmerkend voor de gezondheidszorg is dat er sprake is van een opeenstapeling van beleidsprioriteiten. Geen van beleidsprioriteiten (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit) kan voor langere tijd worden veronachtzaamd en bij ieder van de beleidsprioriteiten passen andere besturingsarrangementen. Het gaat hier bovendien niet zomaar om een sociale verzekering of fondsbeheer, maar om een sociale *zorgverzekering*. Het gaat om het leveren van noodzakelijke zorg aan burgers. Daardoor is het aantal betrokken belangen vele malen groter dan bij andere sociale verzekeringen. Denk aan de brede samenstelling van de Ziekenfondsraad en aan het grote aantal advies- en uitvoeringsorganen in de gezondheidszorg.

De tweede ontwikkelingslijn betreft de veranderende politieke en maatschappelijke opvattingen over hoe de overheid zich zou moeten verhouden tot de samenleving: de passendheid van besturingsarrangementen. De twee lijnen beïnvloeden elkaar uiteraard voortdurend, maar hebben ieder voor zich ook een autonome invloed op de inrichting van ons gezondheidszorgsysteem. Besturingarrangementen moeten effectief zijn in de zin dat ze een oplossing bieden voor de op een zeker moment geldende beleidsprioriteiten,

ze moeten bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke problemen, maar ze moeten ook passen binnen geldende maatschappelijke en politiek-bestuurlijke verhoudingen. Niet iedere effectieve oplossing is passend, en omgekeerd, niet ieder passend en vertrouwd besturingsarrangement leent zich voor nieuwe vraagstukken. In hoofdstuk 4 stelden we de vraag onder welke condities Zorginstituut Nederland een effectieve en passende bijdrage kan leveren aan de beleidsagenda van nu. Hoe kan Zorginstituut bijdragen aan het borgen van het publieke belang van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg? En hoe zou het daartoe draagvlak en legitimiteit kunnen verwerven?

## 5.2 Passende sturing op gepast gebruik

In hoofdstuk 2 volgden we een historisch institutioneel perspectief. We hebben laten zien hoe veranderende beleidsprioriteiten en veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke condities van invloed zijn geweest op de veranderende positie van de Ziekenfondsraad in de Nederlandse gezondheidszorg. Tot aan het midden van de jaren zestig lag het accent op het realiseren van gelijke toegang op basis van gelijke behoeften. Vanaf het midden van de jaren zestig kwam het accent te liggen op volume en capaciteitsplanning. In eerste instantie stonden volume- en capaciteitsplanning vooral in het teken van het beschikbaar maken van gezondheidszorg. Vanaf het eind van de jaren zeventig, op het hoogtepunt van de economische crisis, werd centrale aanbodregulering in combinatie met budgetmaatregelen vooral ingezet ter beheersing van de publieke zorguitgaven. De keerzijde van stringente aanbodsregulering was dat het systeem weinig tot geen prikkels voor doelmatige zorg bevatte. Vanaf het midden van de jaren tachtig kwam het accent op doelmatigheid en marktwerking te liggen, in combinatie met budgettering overigens.

In de plannen van de Commissie-Dekker was geen plaats meer voor de Ziekenfondsraad. Maar de stelselherziening zou nog zeker achttien jaar op zich laten wachten. Dat de Ziekenfondsraad uiteindelijk werd opgeheven had vooral te maken met fundamenteel veranderende opvattingen over de relatie tussen de politiek, de overheid en het maatschappelijk middenveld. Die veranderende opvattingen vielen gedeeltelijk samen met de noodzaak van een stelselherziening in de Nederlandse gezondheidszorg. Maar het veranderend denken over het openbaar bestuur en de verhouding tussen overheid en samenleving had ook zijn eigen dynamiek en autonome invloed. De Ziekenfondsraad was teveel een exponent van het corporatistische beleidsmodel. 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 politieke krachtenveld had verloren. De aan het paarse kabinet deelnemende politieke partijen hadden ieder om eigen redenen veel minder met het corporatistische model. De kloof tussen burger en politiek werd in belangrijke mate gezocht in de ondoorzichtige en stroperige besluitvorming. Het primaat van de parlementaire democratie en de politiek zou in ere moeten worden hersteld. Overleg, advies, toezicht en uitvoering zouden voortaan van elkaar gescheiden moeten worden.

In hoofdstuk 3 volgde onze analyse een beleidsinstitutioneel perspectief, dat wil zeggen, met een groter accent op de verschillende beleidsuitdagingen. In de jaren rondom de

voorbereiding van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg en in de eerste jaren van het nieuwe stelsel lag het accent vooral op marktwerking. Het CVZ had moeite om zich zelf te positioneren in het nieuwe zorgstelsel. Maar ondertussen voltrokken zich op het terrein van pakketbeheer belangrijke ontwikkelingen en het CVZ speelde hierin een sturende rol door de discussie over noodzakelijke zorg om te buigen in het bevorderen van gepaste zorg en gepast gebruik van zorg. Alleen op die wijze kon een breed samengesteld basispakket duurzaam behouden blijven. Aangrijpingspunten voor doelmatigheidsbevordering lagen op het macro-niveau (het stelsel), 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. Het CVZ ging de richtlijnen in toenemende mate gebruiken in zijn pakketadvisering, al bleken veel richtlijnen nog weinig informatie te bevatten over kosteneffectiviteit en doelmatigheid van interventies; kortom over gepast gebruik. Kwaliteitsbeleid, richtlijnen en standaarden werden sturingsinstrumenten ter bevordering van de kwaliteit en de doelmatigheid in de zorg.

De relatie tussen pakketbeheer, kwaliteitsbeleid, en bekostigingssystemen is lange tijd een goed bewaard geheim gebleven voor beleidsmakers en bewindslieden. Dat de oprichting van Zorginstituut Nederland relatief laat is in vergelijking met soortgelijke instituten in andere landen, had zeker te maken met de stelselherziening. Er is op de politieke agenda en de beleidsagenda maar plaats voor een beperkt aantal onderwerpen en de stelselherziening was een majeure operatie. Maar het had ook te maken met een te naïef geloof in de markt en een zekere weerzin tegen op corporatistisch lijkende organisaties. Toen op het departement en bij de betrokken bewindslieden, het besef doorbrak dat de stijging van de zorguitgaven in Nederland niet werd veroorzaakt door onbeïnvloedbare factoren als epidemiologische en demografische trends (vergrijzing) maar door verkeerde incentives en instituties, en dat het werkelijke doel van de stelselherziening, het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg, niet van de grond zou komen zonder ‘gepast gebruik’, kreeg het CVZ een nieuwe kans. Daaruit ontstond Zorginstituut Nederland. *“Alles draaide in die tijd om marktwerking. We hebben alle zeilen moeten bijzetten om te zorgen dat er nog wat van het prestige van het CVZ overeind kon blijven. De komst van het nieuwe instituut vind ik daarom ook een wondertje. Het doet eindelijk recht aan het instituut dat het CVZ moet zijn in onze gezondheidszorg.”* (interview H. Hillen). Waar ons idee over institutionele complementariteit in eerste instantie wellicht abstract was, werd het plotseling concreet door de samenhang in beleidsopgaven, het antwoord daarop in ‘gepast gebruik’ de besturings- en borgingsarrangementen die daarbij passen, en die ook op maatschappelijke en politiek-bestuurlijke acceptatie konden rekenen.

Gezondheidszorg is een collectief goed dat alleen door borging van de overheid tot stand kan komen. Tegelijkertijd is de overheid voor het bereiken van zijn doelstellingen in belangrijke mate afhankelijk van andere partijen: medische professionals, zorginstellingen, verzekeraars, lagere overheden. Macro-kostenbeheersing in de gezondheidszorg is in beginsel gebaat bij hiërarchische besturingsarrangementen en bijpassende instrumenten als budgettering, capaciteitsplanning en pakketbeheer, maar de richtlijnen van medische professionals en hun beroepsverenigingen of een meer selectieve zorginkoop van risico-

dragende verzekeraars kunnen ook een belangrijke bijdrage leveren aan kostenbeheersing. Kwaliteit van zorg is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van professionals en hun wetenschappelijke- en beroepsverenigingen. Maar Zorginstituut Nederland heeft hier samen met de IGZ een belangrijke borgende taak in te vervullen. Doelmatige zorg is gebaat bij risicodragende verzekeraars, zonder dat dit de arts dient te belemmeren in zijn of haar klinische afwegingen, noch dient dit te leiden tot ongelijkheid onder burgers voor dat deel van de zorg dat tot de basiszorg kan worden gerekend en waaraan burgers sociale rechten kunnen ontlenen. Omdat de bekostiging van de zorg raakt aan het vraagstuk van gepast gebruik van collectief verzekerde zorg heeft Zorginstituut Nederland samen met de NZa hier een belangrijke borgende taak.

We durven de conclusie aan dat met de komst van Zorginstituut Nederland de complementariteit in het stelsel beter is gewaarborgd dan voorheen. De beleidstheorie ‘gepast gebruik’ past bij Zorginstituut Nederland en zijn inbedding in het stelsel en de sector. Al zal veel ook afhangen van de wijze van omgang daarmee.

### 5.3 Richtlijnen voor draagvlak en legitimiteit

In hoofdstuk 4 zijn we ingegaan op de vraag hoe Zorginstituut Nederland kan bijdragen aan het borgen van publieke belangen en hoe hij daartoe draagvlak en legitimiteit kan verwerven. Op basis van een literatuurstudie hebben we inzicht gegeven in ‘de stand van de wetenschap en de praktijk’ ten aanzien van draagvlak en legitimiteit van publieke organisaties en van instrumenten die draagvlak en legitimiteit van publieke organisaties kunnen vergroten. Draagvlak en legitimiteit vragen om een zorgvuldige verankering van ZBOs en om meervoudige verantwoording door ZBOs.

Een media-analyse van de berichtgeving over het CVZ maakte inzichtelijk op welke onderwerpen het CVZ kwetsbaar is geweest in de afgelopen jaren. We constateerden dat er over het algemeen begrip is voor de soms moeilijke afwegingen die in pakketadviezen moeten worden gemaakt. Op één dossier bleek het CVZ opmerkelijk kwetsbaar: de verzekering van in het buitenland woonachtige Nederlanders. Onder grote druk van de stelselwijziging in 2006 kreeg het CVZ deze taak toebedeeld. Deze taak zal overigens in de toekomst verdwijnen en niemand die wij spraken was daar rouwig om. De media-analyse maakte ook duidelijk dat het CVZ en Zorginstituut Nederland zich niet alleen op hun deskundigheid en output-legitimiteit kunnen beroepen. Maar in tegenstelling tot de Ziekenfondsraad kunnen het CVZ en Zorginstituut Nederland niet terugvallen op geformaliseerde input-legitimiteit en om de verbinding te maken tussen input- en output-legitimiteit, verdient ook de throughput-legitimiteit bijzondere aandacht. Hoewel met volle instemming afscheid is genomen van het formele participatiemodel van de oude Ziekenfondsraad met representatieve vertegenwoordigers van betrokken belangengroepen, is het sindsdien wel zoeken geweest naar nieuwe vormen van maatschappelijke verantwoording. De belangrijkste uitdaging voor Zorginstituut Nederland ligt op het vlak van horizontale of maatschappelijke verantwoording.

We gaven hoofdstuk 4 bewust de titel *Richtlijnen voor draagvlak* en legitimiteit. Het zijn nadrukkelijk richtlijnen en net als bij medische richtlijnen gaat het uiteindelijk om de vraag hoe er mee wordt omgegaan. Er is ontegenzeggelijk een spanningsveld tussen verticale bindingsdrang versus horizontale sturing en ZBOs bevinden zich midden in dat spanningsveld. Ook het CVZ heeft dat in het verleden ervaren. Maar in tegenstelling tot het algemene beeld van verticale bindingsdrang door de overheid lijkt het ministerie van VWS te beseffen dat Zorginstituut Nederland eigen ruimte nodig heeft om zijn positie te vinden en om een goede relatie op te bouwen met het veld. De nieuwe taken van Zorginstituut Nederland vragen om een grote betrokkenheid van maatschappelijke actoren, zoals patiënten en hun vertegenwoordigende organisaties, medische professionals en hun beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de NZa en de IGZ en beleidmakers. Zorginstituut Nederland kan daartoe voortbouwen op de instrumenten die de afgelopen jaren reeds door het CVZ zijn ontwikkeld en toegepast. Daarnaast zullen er ook nieuwe vormen van dialoog, kennisdeling en verantwoording moeten worden ontwikkeld. Enerzijds zijn dit instrumenten ter *verantwoording en rekening*, anderzijds zijn het instrumenten met behulp waarvan Zorginstituut Nederland het publieke belang waarvoor het zorg draagt kan borgen bij andere partijen. Wanneer Zorginstituut Nederland de lijn voortzet zoals die door het CVZ is ontwikkeld in ‘stringent’ pakketbeheer en de ‘gepast gebruik’ agenda dan is maatschappelijke verantwoording over soms moeilijke keuzen in de zorg, evenals de daarbij behorende principes van verdelende rechtvaardigheid en de vraag welke verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden daarbij past, van groot belang. Dat blijkt wel uit de recente ervaringen met het advies over Pompe en Fabry en het GGZ-advies. Er zullen in de toekomst meer moeilijke afwegingen moeten worden gemaakt. Denk aan discussies over de vraag welke zorg effectief is en of we er een maximum prijs per QALY aan willen koppelen, zoals in Engeland en Wales door NICE wordt gedaan.

Met de komst van het Zorginstituut wordt daar het publieke belang ‘kwaliteit van zorg’ aan toegevoegd. De wijze waarop dit belang wordt geborgd, namelijk door samenwerking met beroepsgroepen en het toegankelijk maken van alle informatie aan zorgverleners en –gebruikers, kan bij uitstek worden gezien als een vorm van institutionele borging. Het institutioneel borgen van ‘gepast gebruik’ bij medische professionals, patiënten, aanbieders en verzekeraars is de kern waar het om gaat. Alle partijen in de zorg zullen zich eigenaar moeten voelen van het publieke belang dat daarmee is gemoeid. Alleen zo kan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg duurzaam worden gewaarborgd.

#### 5.4 De dijkgraaf van de zorgpolder

Een voor iedere burger onder gelijke voorwaarden toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg kan worden begrepen als een publiek belang omdat het in ons aller eigen belang is. Maar publieke belangen volgen niet automatisch uit de optelsom van individuele eigen belangen, noch is het vanzelfsprekend dat het maatschappelijke draagvlak voor een universeel stelsel duurzaam kan worden behouden. Al in vroeg stadium van dit onderzoek drong zich bij ons de metafoor op van de dijkgraaf van de zorgpolder. Die metafoor

leek een constante waarde te hebben voor het duiden van de Ziekenfondsraad met zijn formele participatiemodel, het CVZ en Zorginstituut Nederland.

Het publieke belang van waterveiligheid behoeft voor een Nederlands publiek nauwelijks betoog. Met het stijgen van de zeespiegel door klimaatverandering, maar ook door erosie en indamming elders, wordt het risico van overstromingen in de Nederlandse delta alleen maar groter. Toch is het is niet vanzelfsprekend dat het belang van waterveiligheid voorop staat in de strijd tussen de belangen van de gebruikers van de polder (van agrariërs, natuurbeschermers, bewoners, bedrijfsleven). Om het publieke belang van waterveiligheid te borgen hebben we daarom het waterschap; het oudste functionele bestuursorgaan van Nederland, met aan het hoofd daarvan de dijkgraaf. Hij regelt het grondwaterpeil en draagt zorg voor het onderhoud van de dijken langs de rivieren en de duinen langs de zee. Maar de moderne dijkgraaf van de 21ste eeuw kan de dijken niet oneindig verhogen, hij moet op zoek naar nieuwe en innovatieve vormen van stringent waterbeheer. Hij geeft bijvoorbeeld de rivier meer ruimte door geulen te graven of overlaten te maken. Hij kan sleutelen aan het grondwaterpeil. Wat hij ook doet, hij raakt altijd de belangen van de gebruikers van de polder en die hebben zo hun eigen middelen om zich te verzetten. Inspraak alleen is allang meer voldoende en ook niet effectief. Hij doet er daarom beter aan de dialoog te zoeken en draagvlak te creëren om zo zijn publieke belang te borgen bij de gebruikers van de polder. Dat laat onverlet dat het publieke belang van waterveiligheid stevig geborgd blijft bij het waterschap en de dijkgraaf.

Zoals de dijkgraaf een grondwettelijk verankerde positie heeft voor het borgen van het publieke belang van waterveiligheid, zo heeft Zorginstituut Nederland een wettelijk verankerde positie voor het borgen van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van onze gezondheidszorg. Stringent dijkbeheer rondom het collectieve deel van onze gezondheidszorg is belangrijk want er zijn veel verschillende en vaak ook tegengestelde belangen betrokken bij de zorgpolder. Daarom vraagt het publieke belang van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg om specifieke borging. Maar net zo min als dat de dijken alsmaar verder kunnen worden verhoogd, zo kan het basispakket in onze zorgverzekering niet alsmaar verder worden begrensd. Geen van de beschikbare instrumenten (pakketbeheer, budgettering, verhoging eigen bijdrage, doelmatigheidsprykkels) is 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. Kwaliteitsbeleid en pakketbeheer zijn sturingsinstrumenten ter bevordering en borging van de toegankelijkheid, kwaliteit en de doelmatigheid in de zorg. Zorginstituut Nederland is de dijkgraaf van de zorgpolder.

# Bibliografie

- 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.
- Bekkers, V. (2007). 'Imago en legitimiteit'. In: W.J.M. Kickert, A. Cachet, F.B.L. Meer en L. Schaap. *Liefde voor het Openbaar Bestuur en Liefde voor de Bestuurskunde*. Delft: Eburon, Delft: 31-44.
- Bevan, G., J.K. Helderma en D. Wilsford. (2010). 'Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost'. *Health Economics, Policy and Law*, 5(93): 252-267.
- Boer & Croon. (2009). *Evaluatie CVZ en NZa*. Amsterdam.
- Boxum, J.L., J. de Ridder en M. Scheltema. (1989). *Zelfstandige bestuursorganen in soorten*. Deventer: Kluwer.
- 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.
- Bovens, M.A.P. (2000). *De vierde macht revisited*. Over ambtelijke macht en publieke verantwoording [oratie]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Bovens, M.A.P. (2005). 'Publieke verantwoording: een analysekader'. In: W. Bakker en K. Yesilkagit (red.). *Publieke verantwoording*. Amsterdam: Boom.
- Bovens, M.A.P. en A. Wille. (2008). 'Deciphering the Dutch drop: ten explanations for decreasing political trust in the Netherlands'. *IRAS*, 74(2): 283-305.
- 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-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.
- Companje, K.P. [red.]. (2008). *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*. Amsterdam: Aksant.
- Companje, K.P. (2008). 'Verzekering van zorg 1943-2007: gezondheidszorg of sociale zekerheid?' In: K.P. Companje [red.]. *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*. Amsterdam: Aksant.
- Crouch, C. (1993). *European Industrial Relations and State Traditions*. Oxford: Oxford University Press.
- Cutler, D. (2002). 'Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform'. *Journal of Economic Literature*, 40(3): 881-906.
- De Leeuw, J. (2013). *Onderzoek naar de herpositionering van zbo's*. Den Haag: Ministerie BZK.
- Den Ridder, J. en P. Dekker (2012). *Op afstand gezet. Een onderzoek naar de publieke opinie op verzoek van de Parlementaire Onderzoekscommissie 'Privatisering en verzelfstandiging'*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Den Ridder, J. en P. Dekker (2013). *Burgerperspectieven 2013*|2. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Swaan, A. (1988). *In Care of the State, Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the modern Era*. Cambridge: Polity Press.
- De Veer, A.J.E., M.C Smit en A.L. Francke. (2007). *Verbreding en vernieuwing van richtlijnen. Ervaringen, wensen en verwachtingen ten aanzien van multidisciplinaire richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten*. Utrecht: NIVEL.
- Dols, W.P.M. en A.H.M. Kerhoff. (2008). 'De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Debatten en ontwikkelingen vanaf 1987'. In: K.P. Companje [red.]. *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*. Amsterdam: Aksant.
- Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. Chicago: University of Chicago Press.



- Eijkenaar, F. (2012). 'Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives'. *Medical Care Research and Review*, 69(3): 251-276.
- Europese Commissie. (2010). *Joint Report on Health Systems*. Occasional Papers 74, December 2010. Brussel.
- Elchardus, M. (2003). *De dramademocratie*. Tiel: Lannoo Uitgeverij.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gezondheidsraad. (1991). *Medisch handelen op een tweesprong*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad. (2003). *Contouren van het basispakket*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Handvestgroep Publiek Verantwoorden. (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 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., 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.
- Hemerijck, A.C. (1992). *The historical contingencies of Dutch corporatism* [proefschrift]. Balliol College, Oxford University.
- Hendriks, F. (2007). 'Legitimiteit van bestuur: moeilijkheden en mogelijkheden van gezaghebbend machthebben'. In: E.M.H. Cornelissen, P.H.A. Frissen en S. Kense (eds.). *Betoverend bestuur*. Den Haag: Lemma.
- Hendriks, F., J. van Ostaaijen, K. van der Krieken en M. Keijzers (2013). *Legitimiteitsmonitor Democratisch Bestuur 2013*. Den Haag: Ministerie BZK.
- Hertogh, M. en H. Wevers. (2009). 'Legitimiteit tussen retoriek en realiteit'. *Openbaar Bestuur*, 19(6/7): 29-33.
- 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.
- Ikkersheim, D. (2013). *The Dutch health system reform: creating value* [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

- Immergut, E. (1992). *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Kingdon, J.W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little, Brown.
- 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.
- Lamers, L.M., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2003). 'Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands' *Health Policy*, 65(1): 49-62.
- Le Grand, J. (1991). 'Quasi-Markets and Social Policy'. *The Economic Journal*, 101(408): 1256-1267.
- Le Grand, J. en W. Bartlett (1993). *Quasi-Markets and Social Policy*. London: Macmillan.
- Le Grand, J. (1999). 'Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service'. *Health Affairs*, 18(3): 27-39.
- Le Grand, J. (2007). *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties [BZK]. 2010. *Investeren in legitimiteit: Strategische kennisagenda van BZK 2010-201*. Den Haag: Ministerie BZK.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS]. (1997). *Toezicht op het beleidsterrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 308, nr. 1. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2000). *Wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van Toezicht op de Zorgverzekeringen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 038, nr.10. Den Haag.
- 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.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). 'Programmatie aanpak van chronische ziekten'. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 200, nr. 155.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Rijksbegroting 2014 xvi Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Nationale Ombudsman [NOM]. (2006). *Zorgen in het buitenland*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Nationale Ombudsman. *Jaarverslagen 2010-2012*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- 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.

- Parlementaire Onderzoekscommissie Privatisering/Verzelfstandiging Overheidsdiensten [POC]. (2012). *Verbinding verbroken? Onderzoek naar de parlementaire besluitvorming over de privatisering en verzelfstandiging van overheidsdiensten*. Eerste Kamer, 2012-2013, C, B.
- Peters, G. (1992). 'Legitimiteitsvoorwaarden voor uitbestedingen: expertise en lerende managementstructuren'. In: H.M. de Jong en J.J.A. Thomassen (red.). *Tussen overheid en samenleving*. Enschede: Universiteit Twente.
- Pollitt, C. en Dan, S. (2011). *The impacts of the New Public Management in Europe: A meta-analysis*. COCOPS Working Paper.
- Raad voor het Openbaar Bestuur [ROB]. (2010). *Vertrouwen op democratie*. Den Haag: ROB.
- 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. (2003). *Marktconcentraties in de ziekenhuissector*. 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.
- Saltman, R.B., R. Busse en J. Figueras. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Scharpf, F.W. (1997). *Games Real Actors Play, Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.
- Schillemans, T. (2007). *Verantwoording in de schaduw van de macht. Horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties* [proefschrift Universiteit Utrecht]. Den Haag: Lemma.
- Schillemans, T. en S. van Thiel. (2009). 'Onbekend en onbemind: beeldvorming over zelfstandige bestuursorganen'. *Bestuurswetenschappen*, 63(6): 53-72.
- 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.
- Schlender, M. (2008). 'The use of cost-effectiveness by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): no(t yet an) exemplar of a deliberative process'. *Journal of Medical Ethics*, 34(7): 534-539.

- 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 marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg* [oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP]. (2013) *Kwartaalbericht van het Continu Onderzoek Burgerperspectieven 2013-2*. Den Haag: SCP
- Sociaal Economische Raad [SER]. (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER.
- Stellinga, B. (2012). *Dertig jaar privatisering, verzelfstandiging en marktwerking*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Streeck, W. en Ph. Schmitter. (1985). 'Community, Market, State – and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order'. *European Sociological Review*, 1(2): 119-138.
- Streeck, W. (2005). 'Requirements for a useful concept of complementarity'. *Socio-Economic Review*, 3(2): 363-366.
- 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.
- 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 de Walle, S. en F. Six. (2013). 'Trust and Distrust as Distinct Concepts: Why Studying Distrust in Institutions is Important'. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. Published online at DOI: 10.1080/13876988.2013.785146.
- 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 veranderen-de 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.
- Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen [VNZ]. (1986). *Het ziekenfonds op eigen benen. Discussienota vanuit het secretariaat van de VNZ over het stelsel van ziektekostenverzekeringen in de komende jaren (Brugnota)*. Zeist: VNZ.
- Vibert, F. (2007). *The rise of the unelected: democracy and the new separation of powers*. Cambridge University Press.
- Visser, J. en A. C. Hemerijck. (1997). *A Dutch Miracle. Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- 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. Helderma, 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. (2006). *Lerende overheid: een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR]. (2012a). *Publieke zaken in de marktsamenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR] (2012b) *Dertig jaar privatisering, verzelfstandiging en marktwerking*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Weyers, H. en M. Hertogh. (2007). *Legitimiteit betwist: een verkennend literatuuronderzoek naar de ervaren legitimiteit van het justitieoptreden* [rapport voor WODC]. Groningen: RUG.
- 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.

- Ziekenfondsraad [ZFR]. (1984). *Taak, samenstelling en werkwijze van de Ziekenfondsraad*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1991). *Grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1993a). *Gepast gebruik*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1993b). *Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1995a). *Evaluatie overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1995b). *Nota werkzaamheden Ziekenfondsraad op het gebied van doelmatigheidsbevordering*. Amstelveen: ZFR.
- Ziekenfondsraad. (1996). *Doelmatigheid in de zorg*. Amstelveen: ZFR.
- ZonMw. (2007). *Programmatekst Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg*. Den Haag: ZonMw.

# Bijlage 1

## Geïnterviewde personen

Dr. A. Boer, arts	Lid Raad van Bestuur CVZ
Drs. A. Bögels	Directeur Nederlandse Kankerpatiënten Federatie en lid van de Advies Commissie Kwaliteit.
L. de Graaf	Voormalig voorzitter Ziekenfondsraad en CVZ (1989-2003)
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten	emeritus hoogleraar Beleid en Organisatie Gezondheidszorg, voormalig lid van de Raad voor de Volksgezondheid, lid van de raad van advies van het CVZ.
Drs. M. Grobbink	Lid Raad van Bestuur CVZ
Drs. D. Hermans	Oud voorzitter Raad van Bestuur CVZ
Drs. H. Hillen	Oud voorzitter CVZ
Drs. A.J. Hindriks	Controller Fondsbeheer CVZ
Drs. T. Hoppenbrouwers	Voormalig directeur Zorgverzekeraars Nederland
Prof. dr. D. Delnoij	Hoofd afdeling Kwaliteitsbeheer, CVZ
Drs. G. Klein Ikkink	Directeur Zorgverzekeringen, Ministerie van VWS
Drs. T. Langejan	Voorzitter Raad van Bestuur Nederlandse Zorgautoriteit
Mr. J.L.P.G. van Thiel	Oud secretaris Ziekenfondsraad en CVZ
Mr. M. van der Veen	Hoofd afdeling Pakketbeheer CVZ
Prof. dr. R. van der Veen	Hoogleraar Sociologie, Erasmus Universiteit. Voormalig Kroonlid CVZ, lid van de raad van advies van het CVZ
Drs. P. Vos	Oud secretaris Raad voor Volksgezondheid en Zorg
Dr. L. Wigtersma, arts	Algemeen Directeur KNMG
Prof.dr. G.J. van der Wilt	Hoogleraar HTA, Radboud UMC, lid Advies Commissie Pakket CVZ

# Bijlage 2

## Samenstelling College voor Zorgverzekeringen

### Voorzitters en directie CVZ

4-01-1999 / 1-7-2003:	L. de Graaf (voorzitter)
1-07-2003 / 1-01-2007:	Drs. J.S.J. Hillen (voorzitter)
1-01-2007 / 15-05-2011:	Dr. P.C. Hermans (vz.), dr. A. Boer, mw. H.B.M. Grobbink CCMM (vanaf 2008)
1-11-2007 / heden:	Drs. Ing. A.H.J. Moerkamp, dr. A. Boer, mw. H.B.M. Grobbink CCMM

### Kroonleden CVZ tot 1 januari 2007

- Dhr. drs. J.S.J. Hillen (voorzitter)
- Mw. P.M. Altenburg
- Dhr. J.F.M. Bergen, arts
- Mw. mr. A.M. van Blerck–Woerdman
- Mw. Y. Koster–Dreese
- Dhr. R.H. Levi, arts
- Dhr. prof. dr. R.J. van der Veen

### Raad van Advies CVZ (per 1 januari 2014)

- Drs. A. Adriaansen  
(voormalig lid van de RvB van de ING Bank/Bestuur ING Nederland)
- Prof.dr. T.E.D. van der Grinten  
(emeritus hoogleraar Beleid en Organisatie Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam, voormalig lid van de Raad voor de Volksgezondheid)
- Prof.dr. R.J. van der Veen  
(voormalig vice-voorzitter van het CVZ, hoogleraar Sociologie van arbeid en organisatie Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Mevr. drs. C.M. van der Werf  
(voormalig lid van de Raad van Bestuur van de Sociale Verzekeringsbank)



**Advies Commissie Pakket (1 januari 2014)**

- Prof. dr. I.D. de Beaufort
- Drs. M.C. Dekker
- Prof. dr. H.M. Dupuis
- Prof. dr. J. Kievit
- Dr. C. Smit
- Prof. dr. G.J. van der Wilt
- Dr. A. Boer (RvB)
- mw. H.B.M. Grobbink (RvB)
- Drs. ing. A.H.J. Moerkamp (RvB)

**Advies Commissie Kwaliteit (1 januari 2014)**

- Prof. dr. J. Kimpen (voorzitter), voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht
- Drs. A. Bögels MBA, directeur van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntverenigingen
- Prof. dr. R.M. Droës, hoogleraar psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie VUMc
- Dr. E. Finnema, lector Wonen, Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd aan de NHL Hogeschool Leeuwarden
- Drs. W. de Gooyer, voorzitter van het Platform VG
- Dr. J. Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde UMC St. Radboud, Nijmegen
- Drs. P. Holland, oud-voorzitter van de KNMG, oud-externe directeur Zichtbare Zorg
- Drs. M. Hollander, lid ledenraad V&VN, directeur ROC ASA Utrecht
- Dr. B. Lahuis, voorzitter van Raad van Bestuur van Karakter, expertisecentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie
- Dr. H. Keuzenkamp, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Westfriesgasthuis
- Drs. J. van Veen, oud-hoofdinspecteur Verpleging en chronische zorg
- Prof. dr. N. de Wit, hoogleraar huisartsengeneeskunde bij het UMC Utrecht
- Prof. dr. E. Buskens, hoogleraar Medische Technologie bij UMC Groningen
- Prof.dr. J. Kremer, hoogleraar patiëntgerichte innovatie, IQ Healthcare, UMC St. Radboud

**Advies Commissie Innovatie zorgberoepen en opleidingen (1 januari 2014)**

- Dr. M. Kaljouw (voorzitter), directeur leerhuis Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en Utrecht (Sint Antonius Academie)
- Dr. B. Bottema, directeur eerstelijnsvervolgopleidingen UMC St. Radboud
- Drs. Y. van Gilse, directeur/bestuurder LOC Zeggenschap in zorg
- Dr. T. Heeren, psychiater, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Centraal
- Mr. drs. K. Kervezee, oud Inspecteur-generaal Onderwijs en Sociale Zaken
- Dr. P. Netten, internist Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Prof. dr. D. Ruwaard, hoogleraar Public Health en Health Care Innovation Universiteit Maastricht
- Prof. dr. M. Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht

## Over de auteurs

**Jan-Kees Helderma**n is als universitair hoofddocent bestuurskunde verbonden aan het Institute for Management Research van de Radboud Universiteit Nijmegen. In 2007 is hij gepromoveerd aan het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van 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 lid van de redactieraad van het *Health Economics Policy and Law* (Cambridge University Press) en van het *Journal of Health Services Research & Policy* (SAGE). Hij is onder andere coördinator van de *European Health Policy Group*, een groep van Noord Amerikaanse en Europese onderzoekers van gezondheidszorgstelsels.

**Johan de Kruijf** is als universitair docent bestuurskunde verbonden aan het Institute for Management Research van de Radboud Universiteit. Hij doet onderzoek naar publiek financieel management met een accent op de besturingsrelaties tussen rijk respectievelijk gemeenten en op afstand geplaatste uitvoeringsorganisaties. In zijn proefschrift *'autonomy and control of public bodies'* (2011) was CVZ een van de onderzochte organisaties. In 2012-2013 is hij betrokken bij het platform publieke jaarverslaggeving waarin wordt domein.

**Jesper Verheij** is als student-assistent van prof. dr. Sandra van Thiel verbonden aan het Institute for Management Research van de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij is na het afronden van de bachelor bestuurskunde aan de Radboud Universiteit begonnen aan de research-master *'Public Administration and Organizational Science'* aan de Utrechtse School voor Bestuur- en Organisationswetenschappen. Van maart tot juli 2014 werkt hij aan zijn afstudeerscriptie bij het Sociaal en Cultureel Planbureau.

**Sandra van Thiel** is als hoogleraar bestuurskunde verbonden aan het Institute for Management Research van de Radboud Universiteit. Zij doet onderzoek naar verzelfstandiging van overheidstaken en -organisaties, zoals ZBOs, zowel in Nederland als internationaal vergelijkend. Recent publiceerde zij hierover bijvoorbeeld het boek *"Government agencies: practices and experiences in 30 countries"* (samen met Verhoest e.a., gepubliceerd in 2012 bij Palgrave MacMillan). In 2011-2012 was zij de coördinator van het parlementaire onderzoek van de Eerste Kamer naar verzelfstandiging en privatisering.



## **Colofon**

**Dit is een uitgave van**  
Zorginstituut Nederland

**Fotografie**  
Hollandse Hoogte

**Auteurs**  
Jan-Kees Helderma  
Johan de Kruijf  
Jesper Verheij  
Sandra van Thiel

**Druk**  
De Bondt grafimedia  
communicatie