

ZORGTOEGANKELIJKHEID IN EEN GEZONDE ZORGSECTOR? VOORBIJ HET ONHOUDBAARHEIDSFRAAM

Jet Bussemaker, Eduard Schmidt, Jelmer Schalk, Robert Vonk en Jan-Luuk Hoff

INTRODUCTIE

‘Weet je, doe heel even je ogen dicht’, zegt een onbekende interviewer tegen een jonge huisarts, ‘De zorg in 2040, wat zie je dan?’. De huisarts sluit zijn ogen en zegt: ‘Tekorten aan alles. Er is een tekort aan zorgverleners, materiaal (...) het ziekenhuis (...) de ouderenzorg, de jeugdzorg.’ De camera zoomt uit. Er staat een oudere huisarts in een overvolle wachtkamer en er verschijnt langzaam een tekst in beeld: ‘De zorg in Nederland moet rigoureus veranderen, anders zal alles vastlopen’ (ZIN, 2022). Deze omineuze scene komt uit een kort filmpje waarmee de rijksoverheid in mei 2022 het maatschappelijke debat over de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg hoopte aan te zwengelen. De onderliggende boodschap is duidelijk: de Nederlandse gezondheidszorg is onhoudbaar. ‘We moeten nu keuzes maken’, aldus de campagnewebsite (ZIN, 2022).

Het spreken in termen van ‘onhoudbaarheid’ als het gaat om zorg en ondersteuning is in Nederland zeker geen nieuw verschijnsel. Aan de vooravond van 1987 – het jaar waarin het rapport *Bereidheid tot verandering* voor het eerst een lans brak voor gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg – was de Nederlandse gezondheidszorg ook al ‘onhoudbaar’ (Bertens & Vonk, 2020). Met één belangrijk verschil. In de jaren tachtig ging het vooral om organisatorische onhoudbaarheid. Het Nederlandse zorgsysteem was weliswaar duur, maar volgens de critici vooral verstarde, uniform, ondoelmatig en centralistisch (CSFG, 1987). Vandaag de dag lijkt de politieke nadruk vooral op de financiële en personele onhoudbaarheid te liggen. De gezondheidszorg is, zo luidt het verhaal, als ‘het koekoeksjong in het begrotingsnest’: een sector die steeds meer collectieve middelen opeist en zo andere publieke taken langzaam uit de rijksbegroting duwt. Dit beeld zien we ook terug als het gaat om de arbeidsmarkt. Er wordt vooral gewezen op het ‘gevaar’ dat straks één op de vier werknemers in de zorg moet

werken en hoe dat de nationale arbeidsmarkt zal ontwrichten (SER 2020). De zorg eist niet alleen onevenredig veel geld, maar ook onevenredig veel personeel op. Het beeld van de zorg als gulzig koekoeksjong – ooit gelanceerd in een NRC-column door econoom Flip de Kam (De Kam, 2010) heeft zich vandaag de dag stevig genesteld in de hoofden van beleidsmakers (Van der Goot, 2020).

Deze ‘onhoudbaarheidsthese’ is stevig verankerd in de theorie van *public choice economics* die het denken over de verhouding tussen staat, markt én overheidsuitgaven in Nederland sinds de jaren tachtig sterk heeft beïnvloed. Dit niet onomstreden gedachtengoed ziet er als volgt uit. Volgens de *public choice* theoretici is de belangrijkste reden achter de expansie van de publieke sector vooral het feit dat zowel politici als belangengroepen baat hebben bij groei. De ene groep wil meer geld. De andere groep wil meer macht. Veel beleid wordt dus niet gedreven door het algemeen belang, maar door eigenbelang van belangengroepen en beleidsmakers. Volgens *public choice* theoretici heeft de van oudsher sterke en vrijwel autonome positie van particuliere organisaties in de Nederlandse gezondheidszorg ervoor gezorgd dat juist deze sector zich heeft ontwikkeld tot een rupsje-nooitgenoeg, dat steeds meer financiële middelen, werknemers én maatschappelijke taken naar zich toetrekt. De enige manier om deze op eigenbelang gestoelde expansie een halt toe te roepen, aldus de *public choice* denkers, zijn harde financiële grenzen: een structureel streng dieet van zuinigheid en zinnigheid. Dit betekent ook dat de neiging tot overheidsingrijpen zo veel mogelijk moet worden onderdrukt. De voornaamste rol van de overheid is, naast het stellen van harde financiële grenzen, ook het zo veel mogelijk stimuleren van doelmatig handelen door het introduceren van marktmechanismen in de publieke sector, zodat met de beperkte middelen het grootst mogelijk resultaat wordt bereikt (Oudenampsen & Mellink, 2021).

Deze manier van kijken heeft het zorgbeleid de afgelopen decennia stevig in zijn greep gekregen. De gezondheidszorg werd en wordt vooral gezien als een boekhoudkundig probleem, als een begrotingspost die koste wat kost in bedwang moet worden gehouden. Dat uit zich onder meer in het arsenaal van beleidsopties dat in stelling wordt gebracht. Begrenzing en beperking van zorguitgaven, zorggebruik en zorgaanpak staan daarbij centraal (WRR, 2021).

Begrenzing en beperking zijn in zichzelf legitieme doelen, maar de vraag is of de sterke focus op financiële onhoudbaarheid recht doet aan de vraagstukken waar de zorgsector zich voor gesteld weet. Immers, de structurele personele tekorten en groeiende groep zorgbehoevenden als gevolg van vergrijzing stellen het bestaande zorgstelsel voor verschillende uitdagingen. In deze bijdrage onderzoeken we daarom in hoeverre de bestuurskunde kan bijdragen aan de ontwikkeling van het zorgstelsel door *andere manieren van denken* aan te dragen over de houdbaarheid en

besturing van de gezondheidszorg, specifiek in termen van maatschappelijke opbrengsten en publieke waarde (Polder, Hoekstra & Vonk, 2020).

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. We beginnen met een korte schets van de gezondheidszorg, cruciale wetten en de dominante sturingsfilosofie. Vervolgens staan we stil bij de belangrijkste uitdagingen in het zorgstelsel en werken we de onhoudbaarheids-these verder uit. Dat wordt gevolgd door een bespreking van de *governance* van het zorgstelsel vanuit bestuurskundig perspectief. Vervolgens maken we de balans op en schetsen we een weg vooruit. We sluiten af met een korte beschouwing op de rol en de zichtbaarheid van de bestuurskunde in de zorg.

DE GOVERNANCE VAN DE ZORG: HET NEDERLANDSE STELSEL EN ZIJN UITDAGINGEN

De eerste georganiseerde zorgverzekeringen ontstonden in de negentiende eeuw, met vaak lokale ziekenfondsen op vrijwillige basis voor lagere inkomensgroepen en particuliere verzekeringen voor mensen met een hoger inkomen. Lokaal waren er kruisverenigingen die thuiszorg boden. Ouderen, gehandicapten en chronisch zieken waren aangewezen op de liefdadigheid en gemeentelijke armenzorg. Tijdens en na Tweede Wereldoorlog werd er een groot aantal verplichte sociale verzekeringen ingevoerd. Denk voor de gezondheidszorg bijvoorbeeld aan de verplichte ziekenfondsverzekering – via het Ziekenfondsenbesluit van 1941 – en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit 1968, een volksverzekering voor langdurige zorg. Daarmee nam ook de overheidsverantwoordelijkheid toe ten koste van het particulier initiatief (Bertens & Vonk, 2020).

Het huidige juridische raamwerk van de Nederlandse zorgstelsel is betrekkelijk nieuw (De Vries & Kossen, 2015). De belangrijkste stelselwetten zijn aan het begin van de eenentwintigste eeuw in een periode van krap tien jaar tot stand gekomen en beoogden vooral minder staatsinvloed, meer marktwerking en meer lokale verantwoordelijkheid. De wetten waren bedoeld als antwoord op nieuwe uitdagingen waar de zorg voor was komen te staan, zoals de doorzettende vergrijzing, de ontoereikende en controversiële solidariteitsbasis van bestaande regelingen en financiële houdbaarheid. De wetten volgen een sectorale opbouw en regelen respectievelijk de curatieve zorg (Zorgverzekeringswet (Zvw); 2006), langdurige zorg (Wet langdurige zorg (Wlz); 2015), maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); 2007 en 2015) en de Jeugdzorg (Jeugdwet, 2015).

Tabel 1 **Overzicht van organiserende principes van verschillende zorgstelsels**

	Curatieve zorg	Langdurige zorg	Maatschappelijke ondersteuning	Jeugdzorg
Stelselwetten	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Wet langdurige zorg (Wlz)	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Jeugdwet
Beleidsverantwoordelijk ministerie	Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Justitie & Veiligheid
Pakketbesliser	Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Gemeente	Gemeente
Betrokken adviesorgaan pakketbeslissingen	Zorginstituut Nederland	Zorginstituut Nederland	-	-
Toezichhouder(s)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Nederlandse Zorgautoriteit Autoriteit Consument & Markt Autoriteit Financiële Markten De Nederlandse Bank	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Nederlandse Zorgautoriteit	Gemeente Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Gemeente Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Inspectie Justitie en Veiligheid
Zorginkoper	Zorgverzekeraar	Zorgkantoor	Gemeente	Gemeente
Richtlijnontwikkeling	Beroepsorganisaties Kwaliteitsraad	Beroepsorganisaties Kwaliteitsraad	-	-
Financieringsgrondslag	Nominale premie Inkomensafhankelijke premie Eigen risico Eigen bijdragen	Inkomensafhankelijke premie Eigen bijdragen	Algemene middelen (Gemeentefonds) Eigen bijdragen	Algemene middelen (Gemeentefonds) Eigen bijdragen

In Tabel 1 is een aantal organiserende principes van de afzonderlijke stelsels weergegeven. Wat opvalt is dat in de sectoren van de curatieve en langdurige zorg de rol van pakketbeslissers, toezichthouder, inkoper en zorglevering veel meer gescheiden zijn dan in de sectoren van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Binnen de Zvw en Wlz is de rol van de rijksoverheid betrekkelijk groot, zowel op het gebied van het verzekerde pakket als op het gebied van toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarentegen is de rol van de rijksoverheid in de Wmo en Jeugdwet betrekkelijk klein: de decentralisaties van 2007 en 2015 hebben veel bevoegdheden met betrekking tot verstrekkingen, toezicht en inkoop belegd bij gemeenten. Daar is geen sprake meer van een verzekerd pakket, maar van een voorziening. Uitgangspunt is dat burgers gestimuleerd worden te participeren, en door de gemeente met maatwerk gecompenseerd worden voor beperkingen (het zogenoemde compensatiebeginsel).

De nieuwe wetten moesten een antwoord vormen op het dominante politieke discours van financiële onhoudbaarheid. Maar als we breder kijken, dan zien we dat de manier waarop de Nederlandse zorg is ingericht en wordt bestuurd, ook leidt tot andere organisatorische en bestuurlijke onhoudbaarheden, oftewel manieren van werken die op langere termijn niet toekomstbestendig zijn. Wij schetsen hieronder drie vormen van onhoudbaarheid die leiden tot grote uitdagingen voor het stelsel, organisaties en professionals in de gezondheidszorg.

Onhoudbare mensbeelden? Strijdige ideeën over burgers achter de verschillende zorgwetten

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door verschillende zorgwetten, waarvan de Zvw, de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet, zoals hierboven beschreven, de bekendste zijn. Elk van deze wetten is gebaseerd op aannames over burgers (mensbeelden) wat betreft het type zorg en ondersteuningsaanbod dat zij nodig hebben en de mate waarin zij zelf verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor de organisatie van dat aanbod. In de praktijk werken mensbeelden vaak anders uit dan verwacht. Zo gaat achter de Zvw het ideaal schuil van een rationele, zelfstandig kiezende burger die goed in staat is om te kiezen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die concurreren op prijs en kwaliteit van zorg. Volgens dit model zou de keuzevrijheid van mensen in combinatie met concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt (tussen zorgverzekeraars) en op de zorgleveringsmarkt (tussen zorgaanbieders) een prikkel moeten vormen voor kwaliteitsverbetering, zowel bij zorgverzekeraars als bij zorgaanbieders. Ze dingen immers allebei naar de gunst van de verzekerden. Concurrentie op de zorginkoopmarkt zou bovendien moeten leiden tot een evenwicht tussen zorgvraag en -aanbod. Desondanks blijkt uit verschillende onderzoeken dat de Nederlandse burger als zorgconsument niet zo rationeel kiest als gedacht en dat de kwaliteit van zorg of van dienstverlening daarbij voor veel mensen ondergeschikt is aan de andere zaken, zoals reistijd

of de hoogte van de premie (NIVEL, 2015). Ook kostenbeheersing bleek in de praktijk weerbarstiger dan gedacht. Omdat de gereguleerde markt niet vanzelf leidt tot lagere of beheersbare zorguitgaven, worden er sinds 2011 hoofdlijnenakkoorden afgesloten die – als noodgreep – door het ministerie van VWS gebruikt worden om de kostenstijging binnen de Zvw te beperken (RVS, 2021a).

De Zvw laat zien dat mensbeelden niet altijd kloppen met reëel gedrag. Maar mensbeelden kunnen ook onderling strijdig zijn (RVS, 2021b). Het mensbeeld van de rationele calculerende en kiezende burger in de Zvw schuurt met het ideaal van de Wmo dat zorgzame burgers iets voor anderen willen betekenen en zorgvragen in hun eigen netwerk oplossen. Mensbeelden zijn niet onschuldig. We kunnen ze gemakkelijk als vanzelfsprekend gaan ervaren. Maar eenmaal vastgelegd in regelgeving gaan mensbeelden, impliciet of expliciet, deel uitmaken van de bureaucratische logica (RVS, 2021b; Bussemaker, 2022).

Onhoudbare sturingsdynamiek

Naast de verschillende, fragmentarische mensbeelden kenmerkt de zorg zich door een complexe sturingsdynamiek. In de afgelopen decennia heeft de rijksoverheid zich – als gevolg van het *New Public Management* (NPM) denken (waarover later meer) – in toenemende mate als systeemverantwoordelijke gepositioneerd. Deze positionering heeft als gevolg dat er een veelheid aan organisaties, zoals agentschappen, toezichthouders en verzekeraars, zijn die sturen op de omvang, kwaliteit, toegankelijkheid en prijs van het zorgaanbod in Nederland. Elk van deze organisaties heeft eigen (wettelijke) kaders, opdrachten en manieren van kijken naar zorginstellingen en zorgverleners. De zorgpraktijk wordt geconfronteerd met deze verschillende logica's en ervaart een grote complexiteit aan wetten, regels en verantwoordingslast. Als gevolg daarvan ontstaat er 'beleidsresistentie'; problemen zijn moeilijk aan te pakken omdat er een veelheid van partijen is die invloed heeft op het vraagstuk en niemand de gehele regie heeft (Bussemaker, 2021).

Box 1. Het tijdschrift *Bestuurskunde* over de zorg

Hoe de Nederlandse bestuurskunde kijkt naar de zorg, is goed te zien aan de hand van het tijdschrift *Bestuurskunde*. Op basis van de online beschikbare edities van dit tijdschrift (2006 tot nu) ontstaat een aardig beeld van de focus van de Nederlandse bestuurskunde wat betreft de zorg, en waar deze publicaties op gericht zijn. Wat in eerste instantie opvalt, is hoe de aandacht binnen de bestuurskunde zich ontwikkeld heeft van macro-, via meso- naar microniveau.

Met de komst van gereguleerde marktwerking in de zorg, werd er in toenemende mate aandacht besteed aan vraagstukken op stelselniveau. Eén van de vraagstukken die hierbij centraal staat, is wie waarvoor verantwoordelijk is binnen de zorg (Putters & Van Grinten, 2006), wat voor effect stelselwijzigingen in de zorg hebben op de verhoudingen tussen zorgvragers, zorgaanbieders en verzekeraars (Keuzenkamp, 2006) en welke nieuwe prikkels in het stelsel zijn gekomen (Turksema, Pestman & Van den Heuvel, 2006; Van Est & De Haan, 2010).

Dat gereguleerde marktwerking ook grote gevolgen heeft voor zorgorganisaties wordt duidelijk uit een reeks van publicaties vanaf 2010. Het gaat dan onder andere over de schaalgrootte van zorgorganisaties (Blank & Van Hulst, 2011; Postma, Putters & Van de Bovenkamp, 2012) of waarom zorgbestuurders wel of niet geneigd zijn om te willen fuseren (Postma & Roos, 2016). Daarnaast is er in toenemende mate aandacht voor vraagstukken die zich afspelen in samenwerkingsverband of netwerken van organisaties, met name met betrekking tot decentralisaties voor en na 2015 (Passchier & Schalk, 2016; Schalk et al., 2021).

Zeker de laatste jaren is er ook steeds meer aandacht voor het microniveau. Het gaat dan veelal om vraagstukken over verschillende (institutionele) logica's binnen zorgorganisaties (De Bruijn & Noordegraaf, 2010) of professionaliteit (Huis in 't Veld, Nagtegaal & Noordegraaf, 2020). Ook rond de invoering van de Zvw is er de nodige aandacht voor het spanningsveld tussen zelfregulering (beleidsvrijheid van zorgprofessionals) en het management-denken (Noordegraaf 2005).

Onhoudbare uitvoeringsvraagstukken

De hierboven uitgewerkte thematiek werkt ook door in de uitvoeringsvraagstukken waar zorgprofessionals mee geconfronteerd worden. De verschillende manieren waarop er door toezichthouders, beleidsmakers, verzekeraars en zorgorganisaties gestuurd wordt op het werk van publieke professionals kan zorgen voor een zekere mate van (beleids)vervreemding (Tummers, 2012). Regelmatig wordt dan ook gesteld dat er een kloof is ontstaan tussen de systeemwereld van regels, wetten en structuren die op stelselniveau wordt ontwikkeld enerzijds, en de leefwereld van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in de uitvoeringspraktijk anderzijds. Zij hebben te kampen met een hoge administratieve lastendruk. Zo liet ActiZ – brancheorganisatie van Nederlandse zorgorganisaties – in 2020 becijferen dat er ongeveer 25.000 fte in de zorg besteed wordt aan het administreren en verantwoorden van zorg (ActiZ, 2020). Voor veel zorgprofessionals is vaak niet duidelijk

waarom van hen gevraagd wordt om werkzaamheden op een bepaalde manier te verantwoorden. Als gevolg daarvan wordt het verantwoorden van zorg gezien als ‘werk over zaken die zij niet heel belangrijk vinden’.

Om deze onhoudbaarheden beter te begrijpen is het nuttig om nader in te gaan op hoe we vanuit bestuurskundig perspectief de *governance* van het zorgstelsel kunnen begrijpen. Zoals in Box 1 te zien is, zijn er in het tijdschrift *Bestuurskunde* verschillende analyses gedaan van de werking van het zorgstelsel en de sturingsdynamiek die hieruit voortvloeit in de praktijk.

Het zorgstelsel vanuit bestuurskundig perspectief

Waar in het tijdschrift *Bestuurskunde* (Box 1) een verschuiving zichtbaar is van aandacht voor stelselvraagstukken op macroniveau naar aandacht voor de uitvoeringsvraagstukken op microniveau, is er relatief beperkt aandacht voor de samenhang tussen deze analyseniveaus en de interactie tussen deze niveaus. Het valt immers te verwachten dat ontwikkelingen op macroniveau, bijvoorbeeld veranderingen in de manier waarop toezicht wordt gehouden op zorgprofessionals, ook invloed hebben op organisatie- en professionalniveau, bijvoorbeeld een doorwerking in de manier waarop verantwoording wordt afgelegd, en de botsing van systeem- en professionele waarden.

Inzicht in *governance*-paradigma's kan helpen om te snappen welke vragen spelen op macro-, meso- en microniveau in de zorg. Met een *governance*-paradigma bedoelen we een set van (relatief) coherente en bij elkaar horende normen en ideeën die ten grondslag liggen aan hoe we de publieke sector en publieke organisaties moeten besturen en moeten organiseren (Torfing et al., 2020). In eerste instantie beschrijven we de in de introductie genoemde vormen van onhoudbaarheid aan de hand van (1) *New Public Management*. We bespreken daarna een alternatief *governance*-paradigma dat recenter sterker in de praktijk terug te zien is, namelijk (2) *Public Value Governance*.

New Public Management (NPM)

De beleidsveranderingen die vanaf het begin van de jaren negentig werden doorgevoerd om de dure, starre, inflexibele en ondoelmatige publieke sector te hervormen, worden in de bestuurskunde beschreven en geduid onder de term *New Public Management* (Osborne & Gaebler, 1992; Hughes, 1998; Hood, 1991). NPM laat zich samenvatten in een aantal uitgangspunten voor overheidsorganisaties die de zorg doeltreffender, doelmatiger en responsiever zouden moeten maken: privatisering, klantgerichtheid, prestatie management en verzelfstandiging (Andrews et al., 2019).

NPM kan gezien worden als paraplubegrip voor twee aparte stromingen: het marktdenken en het management-denken (Torfing et al., 2018). Het marktdenken is sterk geïnspireerd door *public choice economics*: hoe zorgen we ervoor dat de publieke sector zo klein, efficiënt en goedkoop mogelijk wordt? Hierbinnen kan onderscheid worden gemaakt in *business like*, *entrepreneurial* en *contractual reform*. Deze hervormingen uiteten zich in zaken als privatisering, outsourcing en verzelfstandiging, met de gedachte dat deze kunnen bijdragen aan een goedkopere, klantgerichtere en betere dienstverlening (Andrews et al., 2019). Het management-denken heeft als uitgangspunt dat (publieke) organisaties beter presteren als professionele managers meer grip hebben op de organisatie (Kettl, 2005). Die grip ontlenen zij aan instrumenten en strategieën uit het bedrijfsleven, zoals het gebruik van prestatie monitoring en straffen of beloningen om de organisatie te sturen. We bespreken beide stromingen hier kort.

Het marktdenken

De verschillende rollen en verantwoordelijkheden in de verschillende zorgstelsels zijn te herleiden naar drie leidende overheidshervormingen in de afgelopen decennia (Noordegraaf, 2015). Ten eerste gaan alle stelselwetten uit van *business like reform* waarbij publieke diensten worden gedefinieerd als (zorg)producten en diensten die aan de hand van heldere prestatiecriteria kunnen worden beoordeeld en ingekocht. Concurrentie tussen private aanbieders moet ervoor zorgen dat de producten en diensten zo doelmatig mogelijk worden geproduceerd. De Zorgverzekeringswet, waarbij zorgverzekeraars namens hun verzekerden zorg inkopen, is hiervan misschien het meest uitgesproken voorbeeld. Maar ook bij gemeentelijke aanbestedingen van jeugd- en thuiszorg staan producten, diensten en prestatiecriteria centraal.

Daarnaast gaan vrijwel alle stelselwetten uit van *entrepreneurial reform*, waarbij ondernemerschap in de uitvoering van zorgtaken wordt gestimuleerd om tot efficiëntere en goedkopere vormen van zorg te komen. Het bedrijfsleven werd geacht doelmatiger en doeltreffender te kunnen opereren dan publieke organisaties, naast het idee dat private aanbieders een hogere kwaliteit van zorg leveren, door innovatie te stimuleren en verantwoordelijken daarvoor te belonen. Uitwerkingen hiervan zijn het loslaten van de wettelijke beperkingen rond het winstoogmerk in de curatieve zorg en de opkomst van zzp'ers in de thuiszorg.

Tot slot kunnen in de stelselwetten vormen van *contractual reform* worden gesignaleerd, waarbij de relatie tussen klant, inkoper en uitvoerder het karakter van een heldere (contractuele) overeenkomst heeft. De focus op het verbeteren van de *klantgerichtheid* van publieke organisaties slaat terug op de nadruk binnen NPM op de veronderstelde superieure responsiviteit van de private sector, ten opzichte van de

publieke sector, op vragen en behoeften vanuit de consument rondom een geleverde dienst. Het idee is dat als de consument beter geïnformeerd is, adequater kan communiceren met de aanbieder en diens besluiten kan beïnvloeden, aanbieders hun diensten doeltreffender en doelmatiger kunnen leveren. In het zorgstelsel zijn verschillende voorbeelden van dit gedachtegoed te vinden. Het meest tot de verbeelding sprekende voorbeeld is waarschijnlijk de mogelijkheid om aan het eind van het jaar te wisselen van zorgverzekeraar in de zorgverzekeringswet (Zvw). Maar er kan ook gedacht worden aan de intrede van het persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ en later de Wmo, Wlz en Zvw, waarmee burgers geacht worden zelf zorg, verpleging of ondersteuning in te kopen. Of aan de verschillende leveringsvormen binnen de Wlz, waarbij burgers zelf kunnen kiezen hoe zij de benodigde zorg willen ontvangen en of zij dit thuis of in een instelling willen ontvangen.

Binnen de gezondheidszorg heeft het marktdenken vooral invloed gehad op stelselniveau (macro). De rol van de overheid binnen de gezondheidszorg veranderde met de komst van gereguleerde marktwerking en marktdenken. De overheid werd geacht niet langer alles in eigen beheer uit te voeren, maar met name een regulerende en faciliterende rol in te nemen. Verzelfstandiging (*agencification*) speelt daarbij een belangrijke rol en gaat over het op afstand plaatsen en disaggregeren van uitvoeringsorganisaties, met als doel de controle over de daadwerkelijke dienstverlening te verplaatsen van politici en ministeries naar managers, die beter in staat zouden zijn om te innoveren zonder al te veel bemoeienis van de politiek. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat het ministerie van VWS beperkte regie heeft op de zorg. Het ministerie ziet zichzelf vooral als 'systeemverantwoordelijke'. Naast het ministerie zijn er verder verschillende systeempartijen (zoals de NZa, ZIN, IGJ, ACM, AFM en DNB), met ieder hun eigen beleidslogica's en verantwoordingseisen. Zorgaanbieders én zorgverzekeraars hebben daardoor te maken met zogenoemde *multiple accountabilities* (Van der Grinten & Meurs, 2006; Aleksova & Schillemans, 2021).

Het management-denken

De tweede stroming binnen het NPM-gedachtegoed is het management-denken. In de traditionele (Weberiaanse) bestuurskunde waar NPM zich tegen afzet, ligt de nadruk op het managen van *input* (budgetten, personeel) en processen (regels en structuren). NPM verlegt de nadruk naar prestatie management, dat wil zeggen het gericht meten, rapporteren en evalueren van beoogde uitkomsten. Daardoor hecht NPM groot belang aan de meetbare *output* van dienstverlening (en meer specifiek de kosten per eenheid output, of doelmatigheid). Voorbeelden van dergelijke outputindicatoren zijn de dertig-dagen-sterfte na een ziekenhuisopname of de wachttijd (Treeknormen) voor een bepaalde behandeling. Deze nadruk op meetbare out-

put heeft gezorgd voor een explosie van benchmarks en monitoringsinstrumenten in de zorg, zoals de ziekenhuis Top-100 en de EHCI-index. Meetbare output, zo is de gedachte, verhoogt de transparantie van dienstverlening, maakt concurrentie eerlijk en inzichtelijk, en ondersteunt een duidelijke verantwoordingscultuur. Bovendien versterken deze meetinstrumenten de grip die managers hebben op hun organisatie en bieden daarmee een (deel van een) antwoord op de informatie asymmetrie die bestaat tussen manager en uitvoerder. Het management-denken is daarmee in de basis gestoeld op wantrouwen en leidde tot een groot scala aan instrumenten om prestaties te meten en belonen. De focus vanuit deze stroming is vooral op organisatieniveau (meso).

NPM is geen coherente theorie, maar veeleer een beschrijving en duiding van overheidsbeleid dat geënt is op markt- of managementprincipes. NPM kan er daardoor in verschillende landen anders uitzien. In Groot-Brittannië en de VS zijn bijvoorbeeld veel elementen uit het marktdenken geïntroduceerd, terwijl in de Scandinavische landen vooral elementen uit het management-denken van NPM omarmd werden (Torfing et al., 2020). In Nederland heeft, net als in de meeste landen, NPM het bestaande stelsel niet vervangen, maar zijn elementen ervan geïmplementeerd in bestaande institutionele structuren. Een voorbeeld is de sterke en aanhoudende Nederlandse nadruk op consultatie van belangengroepen (poldermodel), bijvoorbeeld bij hoofdlijnakoorden of het Integraal Zorgakkoord, waardoor Nederland relatief laat (2006) is overgegaan op een gereguleerd marktmodel in de zorg (Van der Grinten, 2006; Bertens & Vonk, 2020).

Kortom, er kan niet worden gesproken van ‘het’ NPM-model. Een dergelijk ‘model’ is in ieder geval nergens in zuivere vorm geïmplementeerd (Brandsen & Kim 2010). Dat heeft ook te maken met de competitie tussen doelstellingen van beleid. Presteren in de zorg gaat over meer dan alleen betaalbaarheid. De prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg die bijvoorbeeld het ministerie van VWS hanteert, gaan óók over toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, en over *equity* (verschillen tussen bevolkingsgroepen). Vaak betekent het nastreven van het ene doel (bijvoorbeeld betaalbaarheid) dat het andere doel (bijvoorbeeld kwaliteit) minder goed bereikt wordt. De dominantie van het NPM-sturingsmechanisme zorgt er evenwel voor dat de nadruk in de praktijk ligt op betaalbaarheid en doelmatigheid. Daarnaast zijn doelstellingen vaak ambigu, en is het bijvoorbeeld niet duidelijk wat er nu precies met ‘kwaliteit van de zorg’ bedoeld wordt. Mede daardoor ligt de nadruk in de praktijk op de meetbaarheid van output, waardoor indicatoren vaak strikt kwantitatief van aard zijn en niet altijd op een adequate manier de bedoelde doelstelling (*outcome*) weerspiegelen. Tegelijkertijd bevordert dit sturing op strikt deze outputindicatoren door aanbieders, waardoor doelverschuiving kan optreden (Bevan & Hood, 2006; Kruse et al., 2020).

Het is enigszins ironisch dat financiële onhoudbaarheid sinds de implementatie van NPM-sturingselementen in de zorg niet van tafel is verdwenen. Weliswaar was de verwachting dat de invoering van NPM-sturingselementen de doelmatigheid van zorg zouden vergroten. Maar doelmatigheid maakt de zorg niet per definitie 'financieel houdbaar', want ook doelmatige zorg kan duur zijn. Het is ook in de hoogtijdagen van NPM in politieke zin onmogelijk gebleken om de gezondheidszorg een 'streng dieet van zuinigheid en zinnigheid' op te leggen, bijvoorbeeld via strakke budgettering of het beperken van zorggebruik en -aanspraken. De gezondheidszorg kon in begrotingen altijd rekening op groei (WRR, 2021). Dit kwam enerzijds doordat er ook andere publieke waarden in het spel zijn als het gaat om gezondheidszorg, zoals toegankelijkheid, kwaliteit en *equity*. Anderzijds, zoals *public choice* economen zouden zeggen, doordat de invoering van NPM-sturingsmechanismen de invloed en autonomie van belangengroepen en particuliere organisaties in de gezondheidszorg nauwelijks heeft beperkt. Tegelijkertijd heeft NPM wel gezorgd voor een aantal cruciale knelpunten.

DE BESTUURSKUNDE ALS REM OP DE ONHOUDBAARHEID?

Waar traditionele bestuurskundige benaderingen de overheid vooral zagen als producent en uitvoerder van beleid, en de overheid binnen het NPM-denken vooral de rol had om efficiënt en effectief te sturen op doelen en middelen, is er in de afgelopen vijftien jaar een nieuwe stroming zichtbaar geworden die de overheid vooral ziet als een producent van publieke *waarde*. De *Public Value Governance* (PVG) benadering, ontstaan als reactie op NPM, biedt handelingsperspectieven voor de overheid om publieke waarde te creëren, met als uitgangspunt een voortdurende zoektocht naar de juiste afweging tussen publieke *waarden*.

Public Value Governance (PVG)

PVG als *governance*-paradigma gaat uit van het naast elkaar bestaan van een veelvoud van publieke waarden. Publieke waarden kunnen worden gedefinieerd als publieke doelen zoals toegankelijkheid, kwalitatief hoogwaardige zorg, rechtvaardigheid en verantwoording, maar ook als procedurele morele regels die horen bij de publieke sector, zoals eerlijkheid, participatie en transparantie. Het bijvoeglijk naamwoord 'publiek' in beide varianten wordt gebruikt om de nadruk te leggen op het belang van waarden die maatschappelijke meerwaarde benadrukken, en verder gaan dan waarden als ondernemerschap, competitie en doelmatigheid, die in de private sector (vooral) centraal zouden staan (De Graaf et al., 2011).

Dit paradigma benadrukt dat er nagenoeg altijd spanningen zullen bestaan tussen deze waarden, op verschillende niveaus. Zo kan het nastreven van doelmatigheid (optimaliseren van inspanning en uitkomst) botsen met behoorlijk democratisch

bestuur (tijdrovende en kostbare organisatie). Die spanningen kunnen op, maar ook tussen verschillende niveaus (stelsel, zorgbestuur en professional) bestaan. Zo komen de waarden doelmatigheid en betaalbaarheid die op stelselniveau zo prominent aanwezig zijn, niet voor in de Nederlandse artseneed, die artsen bij hun toetreding tot de beroepsgemeenschap uitspreken (maar wel waarden als cliëntgerichtheid, openheid en verantwoording).

Wanneer we vanuit het perspectief van PVG kijken naar de bestaande framing van het houdbaarheidsvraagstuk valt op dat de vraag wat nu de publieke waarde van de zorg is, eigenlijk nauwelijks gesteld wordt. Die vraag was bij de invoering van NPM ook al niet in beeld gekomen (Putters, 2001). De eerdergenoemde campagne van de rijksoverheid roept dan wel op om het gesprek te voeren over de (pijnlijke) keuzes die gemaakt moeten worden om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, maar de publieke waarde van de zorg blijft opnieuw onderbelicht. Met andere woorden, *dat* de zorg onhoudbaar is lijkt een geaccepteerde stelling, maar waartoe de zorg dient en *wat* er behouden moet worden blijft onduidelijk.

Een belangrijke taak voor overheden en bestuurders is dus om waarden te identificeren, en op de bestaande spanningen te reflecteren, om vervolgens te beslissen welke waarden prioriteit moeten hebben voor een bepaalde beleidsbeslissing, een proces dat ook wel *public value assessment* wordt genoemd (Huijbregts, George & Bekkers, 2022). Dit proces is volgens de meeste aanhangers van een PVG-benadering bovendien context specifiek. Dat wil zeggen: er is geen set van universele publieke waarden. In plaats daarvan moet per beleidsprobleem en beleidscontext consensus worden bereikt over de prioritering van waarden en wat dat betekent voor de beleidsvorming en -uitvoering (WRR 2004). De totstandkoming en betekenis van publieke waarden is dus niet statisch en absoluut, maar een continu politiek proces tussen belanghebbenden. Het adequaat sturen op die waarden vraagt vervolgens pragmatiek en vaardigheid. De overheid heeft niet langer een vastomlijnde rol, maar moet juist kunnen switchen tussen verschillende rollen en de juiste verbindingen tussen verschillende groepen, belanghebbenden en actoren in de samenleving leggen (Bryson, Crosby & Bloomberg, 2014).

Door niet langer de publieke diensten, maar de publieke *waarde* onderliggend aan deze diensten centraal te stellen, verandert de rol van de overheid. In plaats van te sturen op vooraf gestelde doelen, moet de overheid zich richten op het voeren van een inclusieve dialoog, om zodoende te ontdekken wat die publieke waarde precies is. Niet verrassend benadrukt de PVG-benadering dan ook het belang van *netwerken*, naast wetgeving en de markt, als sturingsmechanisme. Sterk aan PVG verwante literatuur in de bestuurskunde over *multi-level governance* (Hooghe & Marks, 2001) en netwerksturing (Klein & Koppenjan, 2015) leggen een vergelijkbare nadruk op het effectief sturen van samenwerking tussen organisaties. Het belang

van netwerken wordt nog eens versterkt door de toch van oudsher al sterke financiële en bestuurlijke interdependenties tussen overheid, (semi-)private partijen en belangenorganisaties in de zorg.

De ideeën van PVG zijn daarmee ook deels een reactie op de door NPM gecreëerde fragmentatie tussen zorgaanbieders en de verzelfstandiging van zorgorganisaties, waarbij het maken, uitvoeren en toezichhouden op zorgbeleid gescheiden is. Hoewel deze reactie ook te ver kan doorslaan naar te veel integratie en oncontroleerbaarheid, wordt niettemin steeds meer geconcludeerd dat het organiseren van zorg rondom een patiënt alleen kan wanneer zorgorganisaties en zorgprofessionals over de grenzen van hun eigen organisatie samenwerken. In sommige gevallen wordt zorg daarbij niet alleen beschouwd als medisch vraagstuk, maar worden economische, geografische en sociaal-maatschappelijke oorzaken van de zorgvraag meegenomen, met als gevolg een grotere intersectorale betrokkenheid van organisaties bij het zorgbeleid (Steenkamer et al., 2017).

Public Value Governance in het zorglandschap: de casus hoofdlijnenakkoorden

Hoewel PVG-benaderingen een alternatief lijken te formuleren voor NPM-sturingsmechanismen, is het de vraag in hoeverre het hier om een werkelijk andere manier van denken en sturen in de zorg gaat. Immers, mensbeelden die verankerd zitten in de verschillende zorgwetten, inclusief de financierings- en verantwoordingslogica die hieruit voortkomt, worden niet fundamenteel bekritiseerd. In plaats daarvan kijken PVG-benaderingen naar manieren voor de overheid om effectief te sturen in het complexe speelveld dat – mede als gevolg van NPM-hervormingen – gekenmerkt wordt door sterke fragmentatie van sturingsmogelijkheden, hoge maatschappelijke verwachtingen en politieke (prestatie)druk. Maar in hoeverre is effectievere sturing mogelijk wanneer de onderstroom van stelsels ongewijzigd blijft? Een voorzichtig antwoord op die vraag kunnen we krijgen door te kijken naar een concrete casus waarbij de overheid meer vanuit PVG-denken probeert te sturen op publieke waarden in de zorg.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 worden zorgverzekeraars geacht om doelmatig zorg in te kopen binnen de curatieve zorg. Door te onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs en het volume van de zorg, zou een optimum moeten ontstaan tussen vraag en aanbod én kwaliteit en prijs. Echter, na een aantal jaar bleek dat de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars beperkt was en de kosten van de curatieve zorg verder bleven stijgen. Dit was een probleem in de periode van de nasleep van de economische crisis van 2008, waarbij de economische groei stagneerde en uitgaven in onder andere de curatieve zorg bleven stijgen. Om zorgverzekeraars een 'steuntje in de rug' te geven en de verschillende bedoelingen achter het stelsel te realiseren ontstond het idee om sectorale hoofdlij-

nenakkoorden te sluiten voor de curatieve zorg waarin afspraken werden gemaakt over uitgavenontwikkeling. Met andere woorden, de hoofdlijnenakkoorden vormden een brug tussen de wens tot marktwerking en innovatie (marktdenken) in de zorg en de wens om de uitgaven in de zorg te beheersen (management-denken). De hoofdlijnenakkoorden waren een maatregel die dus op het eerste gezicht goed pasten binnen het NPM-denken.

In de afgelopen jaren is het sluiten van sectorale hoofdlijnenakkoorden echter een sterk geïnstitutionaliseerde praktijk geworden. Bovendien zijn de akkoorden door de jaren heen steeds inhoudelijker geworden. Zo dient het visiedocument *De Juiste Zorg op de Juiste Plek* als basis voor de laatste tranche akkoorden. In deze visie, die is opgesteld door de rijksoverheid en de belangrijkste partijen in de curatieve zorg, staan inhoudelijke speerpunten en afspraken tussen partijen uit de curatieve zorg. De verschuiving van financiële prestatieafspraken naar inhoudelijke doelen, zoals digitalisering en verplaatsing van zorg, kan gezien worden als een manier om de publieke waarde van zorg centraler te stellen in de governance van de curatieve zorg.

Hoewel de rijksoverheid – vanwege de stelselrol als systeemverantwoordelijke – op papier weinig sturingsmogelijkheden heeft, kan er via de hoofdlijnenakkoorden toch gestuurd worden op publieke waarden. De akkoorden worden dan ook door verschillende betrokkenen gezien als een (politiek) succes van minister en ambtenaren (vgl. van Lent & van Steenberghe, 2018). Desondanks is er in de laatste jaren steeds meer kritiek ontstaan op de praktijk van het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden. Zo stelde de Algemene Rekenkamer in een evaluatie in 2016 dat de inhoudelijke afspraken uit de akkoorden onvoldoende helder zijn geformuleerd en het behalen van deze doelen niet goed te controleren is. Meer fundamenteel was de kritiek van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving in 2021, die in zijn rapport *Opnieuw Akkoord* de conclusies van de Rekenkamer bevestigt en adviseert te stoppen met het afsluiten van nieuwe akkoorden gezien het feit dat ze sectoraal georganiseerd zijn met – naast inhoudelijke doelen – nog altijd het primaire doel van (sectorale) kostenbeheersing. Dat belemmert het behalen van inhoudelijke doelstellingen en daarmee succesvolle sturing op publieke waarden.

Met andere woorden, de mogelijkheid van de overheid om te sturen in een complex stelsel met dwingende onderstromen is in de afgelopen tijd sterk bekritiseerd. Desondanks zijn er in de huidige kabinetsperiode nieuwe akkoorden afgesloten, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin een veelheid aan inhoudelijke ambities een plaats krijgt. Weliswaar is het huidige IZA breder dan vroegere hoofdlijnenakkoorden, het is nog altijd op dezelfde principes van onhoudbaarheid gebaseerd.

Concluderend kunnen we zeggen dat de zorg een buitengewoon versnipperd en gefragmenteerd veld is, waar een groot aantal partijen vanuit een veelvoud aan belangen met elkaar tot oplossingen moeten komen. Het verbeteren van de zorg is een sterk multidisciplinair vraagstuk, waarvoor de bestuurskunde als discipline zich bij uitstek leent. De bestuurskunde heeft vanuit verschillende theorieën en perspectieven een bijdrage willen leveren aan dit vraagstuk, eerst vanuit een focus op het markt- en management-denken, later – en deels als reactie daarop – vanuit een nadruk op publieke waarde en netwerksamenwerking. Het lukt de bestuurskunde evenwel nog maar in beperkte mate om tot de praktijk van de zorg door te dringen. Het denken in PVG biedt mogelijkheden in de huidige context, maar een sterkere integratie met andere wetenschappen is daarvoor noodzakelijk.

DE WEG VOORUIT: VERSTERKEN VAN DE BESTUURSKUNDE VOOR EEN BESTENDIG EN TOEKOMSTGERICHT ZORGSTELSEL

De bestuurskunde heeft zich, zo betoogden we hierboven, sterk gevoegd in het dominante denken in termen van *public choice economics* en *new public management*. Door zich aan te passen aan deze inzichten, heeft de bestuurskunde zich maar beperkt kunnen ontwikkelen als kritisch tegendenker. Wat aan deze beperkte ontwikkeling heeft bijgedragen is het gegeven dat bestuurskundig onderzoek naar sturingsvraagstukken zich veelal beperkte tot één niveau: als gevolg daarvan was relatief weinig aandacht voor de interactie tussen sturingsvraagstukken op macro-, meso- en microniveau. Het versterken van de rol van de bestuurskunde als kritisch tegendenker voor een toekomstbestendige zorg vraagt onzes inziens drie accentverschuivingen in bestuurskundig onderzoek.

Ten eerste is een inhoudelijke heroriëntatie noodzakelijk op de besturing van de gezondheidszorg: deze besturingspraktijk zou meer als een vraagstuk van (normatieve) waarden moeten worden beschouwd. Hierbij gaat het zowel om de bestudering van de strijd tussen verschillende publieke waarden in de zorg, en hoe die binnen beleidsvorming en -stelsels vorm krijgen. Maar het gaat er ook om hoe die waarden (niet) samenkomen als gekeken wordt naar de verschillende niveaus waarop de zorg is georganiseerd.

Hoewel de hierboven geschetste invalshoek van *Public Value Governance (PVG)* daarvoor enkele aanknopingspunten lijkt te bieden, postuleert PVG geen fundamenteel andere manier van denken over de private en publieke sector en de rol van de overheid in de zorg. Het is immers één ding om het belang, de pluriformiteit en de fluiditeit van publieke waarden te onderkennen. Het is echter iets anders om te beschrijven hoe publieke waarden precies moeten worden gedefinieerd, bediscussieerd en opgenomen moeten worden in formele en informele besluitvormingsprocessen (Baker et al., 2022). PVG is daarmee deels een kritiek op de bestu-

ringspraktijk en ideeën uit *New Public Management (NPM)*, maar ook een voortzetting daarvan, omdat het binnen de bestaande kaders op een andere manier omgaat met de tegenstrijdigheden van NPM in de zorg. Nieuwe manieren van werken en organiseren, zoals opgabegericht werken of werken volgens de bedoeling, passen bij dit perspectief en krijgen steeds meer voet aan de grond, ook binnen de zorg (RVS, 2022). Zulke veelbelovende veranderingen – geïnspireerd door PVG – stellen de publieke waarde van de zorg steeds meer voorop. Tegelijkertijd wordt de verantwoordelijkheid voor het creëren van (meer) publieke waarde vooral belegd bij organisaties en zorgprofessionals en valt het aldus op dat deze nieuwe manieren van werken en organiseren geen implicaties lijken te hebben voor financieringsgrondslagen en dominante sturingsideologie.

Ten tweede, en nauw verbonden met het doorgronden van veronderstellingen in beleid over toekomstbestendigheid en besturing, bepleiten we heroriëntatie door een herwaardering van de relatie tussen bestuurskunde en politicologie. In het bijzonder de politieke filosofie zou daar uitkomst kunnen bieden. Beide disciplines zijn de laatste decennia uit elkaar gegroeid, waar ze elkaar eind vorige eeuw soms bestreden, maar ook konden inspireren. Meer in het algemeen ligt in samenwerking van bestuurskunde met andere disciplines mogelijke inspiratie om anders te denken en vanzelfsprekendheden tegen het licht te houden.

Een dergelijke benadering kan het risico met zich meebrengen dat de output abstract blijft. Dat lijkt ons ongewenst. We koppelen er daarom een derde noodzakelijke heroriëntatie aan, namelijk dat er een verbinding gezocht moet worden tussen het macro-, meso- en microniveau waarop beleid vorm krijgt. Juist door de verbinding tussen ontwikkelingen op macro-, meso- en microniveau te leggen, zou de bestuurskunde als discipline haar impact op (onderzoek naar) de zorg kunnen vergroten. Waar andere disciplines vaak specifiek de nadruk leggen op een van deze analyseniveaus, zoals de psychologie zich richt op microniveau en de economie op macro- en mesoniveau, zou de bestuurskunde kunnen laten zien hoe veranderingen op stelselniveau doorwerken op organisatie- en medewerkersniveau.

Omgekeerd geldt hetzelfde; door ons niet te concentreren op één niveau maar de interactie tussen verschillende niveaus te bekijken kunnen we laten zien waarom veranderingen die door professionals in gang worden gezet, soms botsen met de organiserende principes van het stelsel. Daarmee kan ook de maatschappelijke impact van kennis vergroot kan worden. We constateren dat er wel enkele aanzetten zijn gedaan om te werken vanuit andere benaderingen (vgl. Huijbregts, George & Bekkers, 2022; Baker et al., 2022), maar dat methodes nog gefragmenteerd zijn en vooral circulerend binnen het academische (casestudies). Het is daarom wenselijk casestudies meer te verbinden met elkaar en met sturingsvraagstukken op macro-niveau. Daarnaast zou de relatie met de bestuurspraktijk meer gezocht kunnen

worden. Dat vraagt wel dat we geen genoeg nemen met alleen academische conclusies, maar streven naar positieve maatschappelijke impact. Dat kan onder meer via academische werkplaatsen en door onderzoek in co-creatie met partijen in de zorg te doen (Bussemaker et al., 2021).

TEN SLOTTE: DE WAARDE VAN BESTUURSKUNDE IN DE ZORG

Dit hoofdstuk startte met de constatering dat, op verschillende vlakken, de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg onder grote druk staat. De toegevoegde waarde van de bestuurskunde in deze discussie ligt voor een belangrijk deel in een nieuwe benadering van de gezondheidszorg waarbij niet alleen de techniek van beleid en bestuur, maar ook de achterliggende en beoogde waarden in ogenschouw worden genomen en daarmee het onhoudbaarheidsframe ontleed wordt. De bestuurskunde kan erop wijzen dat zorg om meer dan onhoudbaarheid gaat en wijzen op de onderlinge afhankelijkheden in de zorg. Micro-, meso- en macroniveau zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dat betekent dat de bestuurskunde zich, wat betreft de gezondheidszorg, niet moet beperken tot één niveau of één set van actoren maar zich moet richten op het geheel. Enkel het bestuderen van veranderingen in de manier waarop het stelsel is georganiseerd of de manier waarop professionals hun werk doen is niet langer afdoende. De bestuurskunde – en zeker een kritische bestuurskunde – heeft zo veel te bieden voor de zorg. Het is tijd om dat meer te laten zien.

Wij bedanken Nikolas Stratopoulos voor zijn hulp bij het verzamelen van het materiaal voor Box 1.

REFERENTIES

- Actiz (2020). *Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg: Impact in beeld*. Utrecht: Berenschot.
- Aleksovska, M., & Schillemans, T. (2021). Dissecting multiple accountabilities: A problem of multiple forums or of conflicting demands? *Public Administration* 100(3), 711-736.
- Andrews, R., Beynon, M.J., & McDermott, A. (2019). Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis. *Public Management Review*, 21(8), 1236-1260.
- Baker, R., Mason, H., McHugh, N., & Donaldson, C. (2021). Public values and plurality in health priority setting: What to do when people disagree and why we should care about reasons as well as choices. *Social Science and Medicine*, 277, 1-9.
- Bertens, R.M., & Vonk, R.A.A. (2020). Small steps, big change. Forging a public-private health insurance system in the Netherlands. *Social science & medicine*, 266, 113418. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113418>.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's Measured Is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, 84(3), 517-538.
- Blank, J., & Van Hulst, B. (2011). Optimale schaal en bereikbaarheid: Een spreidingsmodel voor ziekenhuiszorg in Vlaanderen. *Bestuurskunde*, 20(4), 16-28.

- Brandsen, T., & Kim, S. (2010). Contextualizing the meaning of public management reforms: A comparison of the Netherlands and South Korea. *International Review of Administrative Sciences*, 76, 367-386.
- Bryson, J.M., Crosby, B.C., & Bloomberg, L. (2014). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management. *Public administration review*, 74(4), 445-456.
- Bussemaker, M. (2021). *Ministerie van Verbeelding. Idealen en de politieke praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Bussemaker, M. (2022). Responsiviteit in beleid: leiderschap en het verbinden van waarden en praktijken. *Holland Management Review* 201(1).
- Bussemaker, M., Groeneveld, S.M., Wieringa, S., Schalk, J., Van der Pas, S., Schmidt, E., & Sandkuyl, S. (2021). *Covid-crisis of Covid-kans? Adaptief en lerend bestuur in het LUMC en de regio*. Leiden: Universiteit Leiden.
- CSFG (1987). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Sdu.
- De Bruijn, H., & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus managers? *Bestuurskunde*, 19(3), 6-20.
- De Graaf, G., Van Doeveren, V., Reynaers, A.M., & Van der Wal, Z. (2011). Goed bestuur als management van spanningen tussen verschillende publieke waarden. *Bestuurskunde*, 20(2), 5.
- De Kam, F. (2010). Een koekoeksjong in Den Haag. *NRC Handelsblad*. 20 november 2010.
- De Vries, M., & Kossen, J. (2015). *Zó werkt de zorg in Nederland*. Amsterdam: de Argumentenfabriek.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration* 69 (1), 3-19.
- Hughes, O.E. (1998). *New Public Management. Public Management and Administration*. London: Palgrave.
- Hooghe, L., Marks, G., & Marks, G.W. (2001). *Multi-level governance and European integration*. Rowman & Littlefield.
- Huijbregts, R., George, B., & Bekkers, V. (2022). Public values assessment as a practice: integration of evidence and research agenda. *Public Management Review*, 24(6), 840-859.
- Huis in 't Veld, N., Nagtegaal, R., & Noordegraaf, M. (2020). Duwtjes of druk? *Bestuurskunde*, 29(4), 56-65.
- Kettl, D.F. (2005). *The Global Public Management Revolution*. Washington DC: Brookings.
- Keuzenkamp, H. (2006). Structuur, gedrag en verandering in de zorg. *Bestuurskunde*, 15(2), 34-43.
- Klijn, E.H., & Koppenjan, J. (2015). *Governance networks in the public sector*. London: Routledge.
- Kruse, F.M., Ligtenberg, W.M.R., Oerlemans, A.J.M., Groenewoud, S., & Jeurissen, P.P.T. (2020). How the logics of the market, bureaucracy, professionalism and care are reconciled in practice: an empirical ethics approach. *BMC Health Services Research*, 20 (1024).
- Lynn, L.E. Jr. (2001). The Myth of the Bureaucratic Paradigm: What Traditional Public Administration Really Stood For. *Public Administration Review*, 61(2), 144-160.
- NIVEL (2015). *Het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Een kennissynthese*. Utrecht: NIVEL.
- Noordegraaf, M. (2005). Publieke professionals de herwaardering van professionaliteit in publieke domeinen. *Bestuurskunde*, 14(7/8), 79-90.
- Noordegraaf, M. (2015). *Public Management: performance, professionalism and politics*. London: Macmillan Learning.
- Omtzigt, P.H., & Slootweg, E.J. (2018). *Kamer vragen een brede open studie naar het zorgstelsel en de zorgkosten*, 2018Z03565, Den Haag.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- Oudenampsen, M., & Mellink, B. (2021). The roots of Dutch frugality: the role of public choice theory in Dutch budgetary policy. *Journal of European Public Policy*. / <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1936130>.

- Passchier, R., & Schalk, J. (2016). Gezocht: Burgerparticipatie (voor vaste relatie). *Bestuurskunde*, 26(1), 65-77.
- Polder, J.J., Hoekstra, J., & Vonk, R.A.A. (2020). *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten, RIVM-rapport 2020-0060*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Postma, J., Putters, K., & Van de Bovenkamp, H. (2012). Van optimale schaalgrootte naar legitieme schaalgrootte. *Bestuurskunde*, 22(4), 73-82.
- Postma, J., & Roos, A-F. (2016). Waarom zorgorganisaties in Nederland fuseren. *Bestuurskunde*, 25(3), 63-77.
- Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Putters, K., & Van der Grinten, T. (2006). Nieuwe bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg en de rol van de overheid. *Bestuurskunde*, 15(2), 44-52.
- RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2021a). *Opnieuw Akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2021b). *Machtige mensbeelden. Kiezen voor menswaardig bestaan*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2022). *De Kunst van het Innoveren. Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- Schalk, J., Schmidt, E., Van der Pas, S., Wieringa, S., Groeneveld, S., & Bussemaker, J. (2021). Tweebenig besturen binnen zorgnetwerken. *Bestuurskunde*, 30(3), 36-44.
- Schmidt, E., Van der Pas, S., Schalk, J., Wieringa, S., Kraaijeveld, B., Groeneveld, S.M., & Bussemaker, J. (2022). Patiëntbetrokkenheid tijdens crisisbesluitvorming: Lessen voor de toekomst op basis van COVID-19. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 100, 19-23.
- SER (2020). *Zorg voor de toekomst*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Steenkamer, B.M., Drewes, H.W., Heijink, R., Baan, C.A., & Struijs, J.N. (2017). Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Population Health Management*, 20(1), 74-85.
- Torring, J., Andersen, L.B., Greve, C., & Klausen, K.K. (2020). *Public governance paradigms: Competing and co-existing*. Edward Elgar Publishing.
- Tummers, L.G. (2012). Beleidsvervreemding in de gezondheidszorg: De ervaringen van verloskundigen en echoscopisten met overheidsbeleid. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 28(3), 332-352.
- Turksema, R., Pestman, P., & Van den Heuvel, M. (2005). Het persoonsgebonden budget: een mooi idee, een weerbarstige praktijk. *Bestuurskunde*, 14(4), 31-41.
- Van Est, D., & Haan, I.D. (2010). Op weg van aanbod naar vraag in zorg en onderwijs. *Bestuurskunde*, 19(2), 31-40.
- Van der Goot, E. (2020). Advies: Beteugel 'koekoeksjong' zorguitgaven, laat politiek weer aan de bal. www.nu.nl/politiek/6083362/advies-beteugel-koekoeksjong-zorguitgaven-laait-politiek-weer-aan-de-bal.html.
- Van der Grinten, T.E.D., & Meurs, P.L. (2005). Publieke verantwoording in de gezondheidszorg. In W. Bakker & K. Yesilkagit (Red.) *Publieke verantwoording: Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken* (pp. 215-244), Boom: Amsterdam.
- Van der Grinten, T.E.D. (2006, November 17). *Zorgen om Beleid. Over afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Farewell Lectures (Erasmus MC).
- Van Lent, D., & van Steenbergen, E. (2018, oktober 15). Hoe slimme ambtenaren 19 miljard op zorg bespaarden. NRC.
- Van der Wal, Z., Nabatchi, T., & De Graaf, G. (2015). From Galaxies to Universe: A Cross-Disciplinary Review and Analysis of Public Values. Publications from 1969 to 2012. *American Review of Public Administration*, 45(1), 13-28.
- WRR (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

ZIN (2022). *Passende zorg: de zorg van morgen*. Diemen: Zorginstituut Nederland. www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg.