

# **Besturen in overleg**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, juni 1998

# Inhoudsopgave

## Samenvatting

5

### 1 **Waarom en waartoe dit advies?**

**13**

1.1	De aanleiding en het probleem	13
1.2	Het onderwerp van dit advies	14
1.3	De functie van dit advies	15
1.4	De beleidsvragen	16
1.5	De wijze waarop het advies is voorbereid	17

### 2 **De antwoorden op de beleidsvragen**

**18**

2.1	Afhankelijkheid: relaties en rollen	18
2.2	Verantwoordelijkheden en kerntaken	22
2.3	Overleg	25
2.4	Het bestuurlijk kader van de overlegfunctie	34

### 3 **De beleidsaanbevelingen voor de**

#### **komende regeerperiode**

**38**

3.1	De beleidssector VWS	38
3.2	Het departement van VWS	38
3.3	Een bestuurlijke visie van de minister van VWS	39
3.4	Een gestructureerd overleg tussen minister en veld	40
3.5	De kring van belanghebbenden	42
3.6	De informatie-uitwisseling	44
3.7	De overlegfunctie en de andere bestuurlijke functies: procesmanagement	46

#### Bijlagen

1	- Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997  en het hiervan afgeleide werkprogramma 51	
	- Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 27 oktober 1997  over 'gestructureerde entree' 55	
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid	

	en Zorg (RVZ)	61
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de	
	Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	63
4		
	Onderbouwing van het advies	
		73
5		
	Achtergrondstudie 'Overleg tussen VWS en veld'	
		97
6	Achtergrondstudie 'Beleidsnetwerken in de praktijk:	
	sociale zekerheid en toegang tot zorgvoorzieningen'	
		141
7		
	Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen	
		161
8		
	Literatuur	
		163
9		
	Overzicht publicaties RVZ	
		169

# Samenvatting

## 1 Onderwerp en aanleiding

*"En het overleg duurt voort."*  
(A. de Swaan, 1995)

Het onderwerp van dit advies is de manier waarop het beleids-terrein volksgezondheid en zorg moet worden bestuurd. Dit beleidsterrein heeft een aantal bijzondere kenmerken. De sector heeft een publiek karakter met overheidsverantwoordelijkheden voor de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg, een verzekeringsfinanciering, een private uitvoering van de zorg door particuliere instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren en autonomie van de (medische) professie. Deze kenmerken bepalen de besturingswijze van de volksgezondheid: overheid en veldpartijen zijn op elkaar aangewezen bij het bereiken van hun doelen.

In zo'n situatie is communicatie en informatie-uitwisseling tussen overheid en veld essentieel. Dat vereist een goede overlegstructuur.

De aanleiding voor de minister de Raad te vragen dit advies uit te brengen, ligt in deze overlegstructuur. Deze blijkt niet goed te functioneren op het terrein van de volksgezondheid en de zorg. Overheid en veld zijn van elkaar afhankelijk bij het verwezenlijken van hun doelen. En toch hebben wij dit in Nederland niet vertaald in een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de inrichting van deze sector. Dat leidt tot spanningen in het besturingssysteem.

Nu in Nederland in de afgelopen jaren de bestuurlijke functies, dat wil zeggen de beleidsadvisering, het toezicht en de beleidsuitvoering, zijn ontdaan van hun overlegmomenten, blijkt dat er in het nieuwe besturingssysteem te weinig ontmoetingsplaatsen voor overheid en veld resteren. Dit probleem wordt ernstiger in tijden van toenemende spanning, bijvoorbeeld door schaarste of door exogene dreigingen. Dan zouden overheid en veld de handen ineen moeten kunnen slaan.

De Raad beantwoordt in dit advies vier vragen:

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Onderwerp: de besturing van de volksgezondheid

Besturing vereist overleg

Aanleiding: overleg is nodig, maar verloopt moeizaam

Advies bevat antwoord op vragen

Besturen in overleg

- a. In hoeverre zijn overheid en veld in de sector volksgezondheid en zorg van elkaar afhankelijk en welke relaties en rollen vloeien hieruit voort? over:  
- afhankelijkheid overheid en veld
- b. Hoe dienen de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veld en de daarbijbehorende kerntaken in deze sector te worden getypeerd? - de verdeling van verantwoordelijkheid
- c. Welke vormen van overleg, dat wil zeggen welke communicatie- en informatiepatronen, vereist dit? - de vormen van overleg
- d. Hoe zou het bestuurlijk kader van het overleg in de sector volksgezondheid en zorg eruit moeten zien? - het bestuurlijk kader voor het overleg
- Op basis van de antwoorden op deze vragen formuleert de Raad beleidsaanbevelingen voor de kabinetsperiode 1998 - 2002.

## 2 Afhankelijkheid: relaties en rollen

Kenmerk van het beleidsterrein volksgezondheid en zorg is de afhankelijkheid van publieke en private actoren. Men moet over en weer rekening houden met elkaars doelstellingen, mogelijkheden en middelen. De afhankelijkheidsrelaties zijn het gevolg van de structuur- en de cultuurkenmerken van deze sector. Publieke en private actoren van elkaar afhankelijk

De verantwoordelijkheid van de overheid voor een toegankelijke, doelmatige en kwalitatief voldoende gezondheidszorg creert een afhankelijkheid van zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Afhankelijk is zij van de zorgaanbieder voor de productinnovatie, de efficiency en de kwaliteit van zorg; van de zorgverzekeraar voor de afstemming van aanbod op vraag en voor de kostenontwikkeling. Overheid afhankelijk van partijen

De zorgaanbieder is afhankelijk van de overheid, die regels, plichten en lasten oplegt. Belangrijk in dat verband: het verplichtende karakter en de breedte van de wettelijke zorgaanspraken in combinatie met de door de overheid gecreëerde schaarsteverhoudingen én een toenemende zorgvraag. Partijen zijn afhankelijk van de overheid en van elkaar

De zorgaanbieder is ook van de zorgverzekeraar afhankelijk. Die is immers zijn contractpartner op de markt van de bekostiging en de contractering van de zorg.

De zorgverzekeraar is afhankelijk van de zorgaanbieder als contractpartner, in situaties waarin de mogelijkheden om te kiezen uit zorgaanbieders beperkt zijn. Van de overheid is hij afhankelijk als het gaat om de regulering van de verzekeringsaanspraken en de premiestelling. Ook van de verzekerde is de verzekeraar afhankelijk. Die heeft als consument op de verzekeringsmarkt

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

immers keuzemogelijkheden.

De zorgvrager is van alle anderen afhankelijk.

De zorgvrager: van allen afhankelijk

De hieruit voortvloeiende rolverdeling kan als volgt worden getypeerd. De overheid is marktmeester op de verschillende (deel)markten waarop partijen elkaar ontmoeten. In die rol distribueert zij regels, plichten en lasten; in theorie eenzijdig, in de praktijk gebonden aan de bereidheid van partijen bij te dragen aan de werking van de markten. Ook moet de overheid maar afwachten of partijen bereid zijn op die markten het gewenste verleidings- en ruilgedrag te vertonen.

De rollen:

- overheid is marktmeester en rantsoneerder
- zorgaanbieder is producent, werkgever en maatschappelijk ondernemer
- zorgverzekeraar is bemiddelaar en maatschappelijk ondernemer
- zorgvrager is consument

De overheid speelt ook de rol van producent van schaarste; zij creëert daarmee, als rantsoneerder, specifieke spelverhoudingen tussen de actoren.

De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar spelen in het publieke bestel de rol van maatschappelijk ondernemer. De zorgaanbieder als producent van zorg en als werkgever; de zorgverzekeraar als bemiddelaar tussen verzekerden en aanbieders.

De patiënt speelt op de zorgverleningsmarkt in zijn relatie tot de behandelaar en op de verzekeringsmarkt een actieve rol als zorgconsument.

### 3 Verantwoordelijkheidsverdeling en kerntaken

De verantwoordelijkheden en de taken zijn op het beleidsterrein volksgezondheid en zorg als volgt verdeeld.

De overheid draagt de grondwettelijke verantwoordelijkheid de gezondheidstoestand van de bevolking in positieve zin te beïnvloeden. Daartoe creëert de overheid onder meer voorwaarden waaronder een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen en in stand kan blijven. Het gaat dan om de fysieke en de financiële toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de voorzieningen.

De ministeriële verantwoordelijkheid: toegankelijkheid, doelmatigheid, kwaliteit onder beperkende voorwaarden

De hiervan af te leiden overheidstaken zijn: het tot stand brengen van een stelsel van wettelijke aanspraken op zorg voor de gehele bevolking en het garanderen van de financiering van de uitvoering van dit stelsel. En verder dient de overheid anderen er toe te brengen voldoende en adequaat zorgaanbod, behorend bij de zorgaanspraken, te realiseren.

Kenmerkend voor de overheid is dat zij haar taken moet vervullen onder randvoorwaarden: de interdependentie met andere

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

beleidsterreinen, de noodzaak collectieve uitgaven te beperken en de eis dat het openbaar bestuur zorgvuldig verloopt.

De zorgaanbieder is van oudsher degene die zich verantwoordelijk voelt voor de patiëntenzorg vanuit betrokkenheid met de volksgezondheid. Hij voelt een leveringsverplichting ten opzichte van zieken en gehandicapten. Vandaag de dag zal de zorgaanbieder de daaruit voortvloeiende zorgtaken moeten vervullen onder restrictieve randvoorwaarden: het stelsel van wettelijke zorgaanspraken en de noodzaak tot kostenbeheersing.

Zorgaanbieder: verantwoordelijk voor de zorgverlening onder beperkende voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft in het zorgstelsel de verantwoordelijkheid de zorgaanbieder te bewegen tot het leveren van zorg. Hij doet dat namens zijn verzekerden, maar ook namens de overheid. Zijn taak is dan om met zorgaanbieders overeenkomsten te sluiten over aard, omvang en kwaliteit van het zorgaanbod.

Zorgverzekeraar: verantwoordelijk voor de levering aan de verzekerde

De patiënt heeft geen formele verantwoordelijkheden in het publieke bestel, anders dan de normale burgerplichten.

Zorgvrager: verantwoordelijkheden als burger

#### 4 Overleggen in de sector volksgezondheid en zorg

In de sector volksgezondheid en zorg is politiek draagvlak voor beleid en bestuur niet voldoende; maatschappelijk draagvlak als complement is ook nodig. De overheid kan weliswaar de sector eenzijdig regels, plichten en lasten opleggen. Maar die bevoegdheid bestaat slechts in theorie.

In die bestuurlijke toestand is het verwerven van maatschappelijk draagvlak voor overheidsbemoeienis noodzaak in alle fasen van het beleidsproces. Verwerven van maatschappelijk draagvlak veronderstelt een actieve, open en communicatieve overheid die het debat met de sector zoekt.

Maatschappelijk draagvlak in alle fasen van beleidsproces nodig

Overleg tussen overheid en veldpartijen is daarom een noodzakelijk beleidsinstrument in de sector volksgezondheid en zorg.

Dus: overleg overheid-veld nodig

Wie moet dit overleg regelen? De Raad vindt dat de overheid voor de structurering ervan verantwoordelijk is. Zij moet in ieder geval niet de 'oude' overlegstructuur herstellen, maar zal een bij deze tijd passende nieuwe vorm van overleg moeten ontwikkelen.

De overheid is verantwoordelijk voor de overlegstructuur

De opgave is te zeilen tussen de Scylla van nieuwe stroperigheid en de Charybdis van vrijblijvendheid.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

In de beleidscyclus kan men 'de overlegfunctie' in de opeenvolgende fasen - beleidsvoorbereiding, beleidsontwikkeling, beleidsuitvoering - een plaats geven. Dat kan op twee manieren: apart en wettelijk regelen of als onderdeel van de andere functies in het beleidsproces (te weten: kerndepartement, advies, toezicht, uitvoering)? De Raad meent dat het laatste de voorkeur verdient. Maar hoe men het overleg ook regelt, in alle gevallen moet men er rekening mee houden dat in het beleidsproces en in de overlegfunctie allerlei publiekrechtelijke en privaatrechtelijke organen een rol spelen. De ministeriële verantwoordelijkheid krijgt gestalte in dit conglomeraat van beleidsactoren. Dit vereist een heel bijzondere opstelling van de overheid:

- enerzijds een steeds wisselende opstelling, soms regisseur, soms dirigent, soms inschuivend, soms uittredend;
- anderzijds een actieve, permanente aanwezigheid als 'netwerkmanager' en procesbewaker.

In het overleg wisselt de rol van de overheid

Wel is zij steeds de 'netwerkmanager'

## 5 Het bestuurlijk kader van de overlegfunctie

Het bestuurlijk kader van de overlegfunctie zou er zo uit moeten zien:

- de sector volksgezondheid en zorg heeft specifieke structuur- en cultuurkenmerken;
- deze veroorzaken intensieve afhankelijkheidsrelaties tussen de private en de publieke actoren in deze sector;
- binnen de afhankelijkheidsrelaties moeten de actoren (overheid en veld) aan hun verantwoordelijkheden en taken gestalte geven;
- om maatschappelijk draagvlak voor beleid te kunnen verwerven, is goede communicatie tussen overheid en veld, dat wil zeggen gestructureerd overleg tussen overheid en veld, nodig;
- de publieke en private bestuurders in dit overleg bevinden zich in een 'beleidsnetwerk' waarin interactief sturen mogelijk moet zijn;
- de overheid heeft een bijzondere rol in dit beleidsnetwerk, voortvloeiend uit zijn algemene verantwoordelijkheden (zorgvuldigheid van bestuur, afwegen van belangen) en uit de kenmerken van de sector; de overheid is de 'netwerkmanager' en tegelijkertijd marktmeester;
- er zijn drie voorwaarden voor succesvol overleg: het beleidsproces (het netwerk) moet geregisseerd worden en wel door de overheid; de informatie-architectuur moet geregeld zijn; het te besturen domein moet duidelijk en ook beheersbaar zijn.

Overheid en veld overleggen in deze context:

- kenmerken van de sector
- veroorzaken afhankelijkheid tussen actoren
- die een eigen verantwoordelijkheid hebben
- dus is overleg nodig
- idealiter in een 'beleidsnetwerk'
- waarin de overheid een bijzondere rol speelt
- en dat als succesfactor onder meer heeft: de informatie-architectuur

Dit brengt de Raad tot een aantal beleidsaanbevelingen voor de

Beleidsaanbevelingen onder meer:

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



komende kabinetsperiode. De belangrijkste zijn:

- \* Er is een duidelijk en krachtig ministerie van VWS dat het overleg ingaat met een politiek mandaat omtrent de interdepartementale positie, de bestuurlijke opvatting over de sector en het te voeren overleg.
  - een krachtig ministerie van VWS met duidelijk mandaat
- \* De minister van VWS richt een gestructureerd overleg (een zorgforum) op. Dit overleg dient transparant te zijn (onder meer richting parlement). Het overleg leidt tot periodieke zorgakkoorden.
  - minister initieert een zorgforum
  - overleg is transparant
  - heeft als doel een zorgakkoord
- \* Per kabinetsperiode stellen overheid en veld de spelregels van het overleg vast, waaronder de representativiteit en de agenda. Hier moet een flexibele aanpak worden gekozen, zodat niet opnieuw stroperigheid ontstaat.
  - per kabinetsperiode spelregels bepalen
  - flexibele aanpak
- \* De minister van VWS legt de informatie-architectuur en de rollen daarin van het grote aantal deelnemers aan de VWS-beleidscyclus vast. Een onafhankelijke informatie-autoriteit zou het centrum van de informatie-architectuur moeten vormen.
  - informatie-architectuur regelen, onder meer door
  - instellen onafhankelijke informatie-autoriteit

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

# 1 Waarom en waartoe dit advies?

## 1.1 De aanleiding en het probleem

De RVZ schreef dit advies op verzoek van de minister van VWS (zie bijlage 1).

De aanleiding voor dit verzoek is het volgende. Sinds de operatie Raad op maat is op het beleidsterrein volksgezondheid en zorg in de beleidscyclus een aantal mogelijkheden van overleg tussen overheid en organisaties in het veld verdwenen.

Aanleiding advies: sinds Raad op maat minder gestructureerd overleg

Dit is om een aantal redenen een probleem. Overheid en veld zijn in deze sector op elkaar aangewezen. Tegelijkertijd zijn partijen in het veld onzeker over hun verantwoordelijkheden en hun bevoegdheden, maar zijn ook niet zeker meer over de kerntaken van de overheid. Dit beïnvloedt de verwachtingen over en weer negatief. De veranderingen die - deels van buiten de sector - op de gezondheidszorg afkomen, zijn zo ingrijpend dat een goede communicatie tussen overheid en veld nodig is; ook is een goed management van het communicatieproces gewenst. Bijlage 4 bevat een uitvoeriger probleemanalyse.

Dit is een probleem: afhankelijkheid vraagt om overleg, zeker in tijden van spanning

In deze toestand van afhankelijkheid en onzekerheid zoeken overheid en veldpartijen naar nieuwe omgangsvormen, naar nieuwe sturingsmechanismen. Wanneer de overheid het veld langs hiërarchische weg beleidsmiddelen, vaak ge- en verboden, oplegt, is dat niet effectief meer. Onderhandelen en overtuigen worden belangrijker dan dicteren.

Daarover gaat dit advies. Niet alleen over problemen en hun oplossingen, ook over de kansen die de situatie biedt.

*"Evenzo worden enerzijds flexibiliteit en slagvaardigheid bepleit als nieuwe bestuurlijke deugden, maar tegelijk wordt de uitvoering aan steeds meer regels gebonden, op grond van het administratief en Europees recht, of zodanig op afstand gezet, verzelfstandigd of geprivatiseerd dat sturing niet meer mogelijk is. Meer flexibiliteit van bestuur en meer betrouwbaarheid van de overheid worden moeiteloos naast elkaar bepleit. Enerzijds bevrijdt de overheid zich, met het concept van het 'primaat van de politiek', van 'knellende banden' van advies en overleg met maatschappelijke en belangengroeperingen. Anderzijds worden op basis van noties van een*

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

*'interactieve' overheid, van draagvlak en van directe democratie, de invulling en uitvoering van beleidskeuzen en -doelen bepleit door middel van overleg, covenant en referendum."*

*(J.P.H. Donner, 1998)*

## 1.2 Het onderwerp van dit advies

Het onderwerp van dit advies is het bestuurlijk kader voor het overleg tussen rijksoverheid en organisaties in de volksgezondheid en de zorg, en de vorm van dit overleg. De Raad kijkt daarbij naar de middellange termijn (4-5 jaar).

Onder 'besturen' verstaat de Raad de activiteit die voortvloeit uit het geheel van verantwoordelijkheden en bevoegdheden dat er toe dient de in de samenleving gestelde collectieve doelen voor het beleidsterrein volksgezondheid en zorg te verwezenlijken. De Raad beperkt zich in dit advies tot publieke doelen.

Om deze doelen te kunnen realiseren, zijn zowel publieke als private middelen nodig. Het besturingsmechanisme van deze sector wordt bediend door publieke en private actoren. Het is een inherent hybride mechanisme.

Hiermee is al iets gezegd over het 'bestuurlijk kader'. Dit bestaat uit de specifieke structuur - en cultuurkenmerken van de volksgezondheid en de zorg. Het omvat ook de aan het bestuur te stellen eisen, die daaruit zijn af te leiden. In bijlage 4 wordt hierop ingegaan.

Onder 'overleg' verstaat de Raad in dit advies de vormen van communicatie en de informatie-uitwisseling tussen 'overheid' en 'veld', die als doel hebben het bereiken van consensus over de hoofdlijnen van het overheidsbeleid.

Onder 'overheid' verstaat de Raad in dit advies primair de minister van VWS en haar kerndepartement en secundair het kabinet en de Staten-Generaal, alsmede de niet tot het kerndepartement behorende overheids- en semi-overheidsorganen.

Onderwerp advies: het bestuurlijk kader van het overleg tussen overheid en veld

Besturen zorgsector: doen publieke en private actoren samen

Het bestuurlijk kader: de kenmerken van de sector

Overleg: consensusvorming over hoofdlijnen beleid

*"Functie en functioneren van de overheid zullen verschillen naar tijd, plaats en de behoeften van een*

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

*samenleving. Een constant verschijnsel in alle tijden en op alle plaatsen is alleen de aanwezigheid van institutionele personen met gezag, autoriteit en aanvaarde macht om zeggenschap uit te oefenen over het handelen van de leden van een samenleving, om zo de geschillen die rijzen te beslechten, leiding te geven aan collectief handelen en regels te doen naleven. De aanduiding 'overheid' wekt ten onrechte de suggestie dat het hierbij steeds gaat om een homogeen en georganiseerd instituut, gelijkend op de huidige situatie. In de meeste samenlevingen is de overheidsfunctie echter diffuus aanwezig en wordt zij gespreid uitgeoefend. Overheid is uiteindelijk slechts één, zij het noodzakelijk, aspect van georganiseerd samenleven. Het is één wijze van coördinatie van het handelen van velen, naast andere, zoals zeggenschaps-, samenwerkings- en marktmechanismen."*  
(J.P.H. Donner, 1998)

Onder veld verstaat de Raad zowel de maatschappelijke organisaties, het maatschappelijk middenveld, als de personen en instellingen werkzaam in de volksgezondheid en zorg.

Het gaat in dit advies om het overleg ten behoeve van het bestuur van de gezondheidszorg. Overleg in dit advies is gestructureerd, transparant en niet vrijblijvend. Overleg verwijst naar een herkenbare bestuurlijke functie, naast advies, toezicht en uitvoering.

Overleg in dit advies: gestructureerd en transparant

### 1.3 De functie van dit advies

De minister van VWS ziet het ontbreken van een gestructureerd overleg ook als een probleem. Zij vroeg niet alleen de RVZ om advies. Zij schreef ook (op 27 oktober 1997) de Tweede Kamer, op diens verzoek, een brief over de 'gestructureerde entree' van maatschappelijke organisaties tot het departement. Deze brief bevat een stramien voor het overleg tussen overheid en veld (zie bijlage 1). In dit advies schetst de RVZ, uitgaande van de brief van de minister, het bestuurlijk kader voor het overleg: de relaties tussen overheid en veld en de daarbijbehorende rollen en communicatiepatronen.

Met zijn advies wil de Raad bijdragen aan het totstandkomen van een in zijn ogen noodzakelijke bestuurlijke visie van de Rijks-overheid op de onderlinge betrekkingen in de sector volksgezondheid en zorg.

De Raad wil bijdragen aan een bestuurlijke visie

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

De Raad brengt zijn advies uit op een moment dat het mogelijk maakt er bij het opstellen van het komende regeerakkoord gebruik van te maken. Dat zou kunnen leiden tot een overlegprotocol of -convenant van minister en veld voor de periode 1998 - 2002.

Een voorzet voor een overlegconvenant

#### 1.4 De beleidsvragen

Bijlage 4 bevat een probleemanalyse. Die bevat drie voor dit advies relevante probleemvelden.

- De sector beschikt nog niet over een in deze tijd passend bestuursmechanisme; de bestaande sturingsmiddelen zijn aan herziening toe.
- De sector staat onder stevige druk, de uitdagingen zijn groot; de kansen en bedreigingen vragen om een adequaat bestuursmechanisme.
- De uitvoering van complexe beleidsprocessen verloopt moeizaam, zelfs al is men het eens over het doel.

Drie problemen relevant voor dit advies

De Raad wil de volgende vragen in dit advies beantwoorden.

- a. In hoeverre zijn overheid en veld in de sector volksgezondheid en zorg van elkaar afhankelijk en welke relaties en rollen vloeien daaruit voort?
- b. Hoe dienen de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veld en de daarbijbehorende kerntaken in de sector volksgezondheid en zorg te worden getypeerd?
- c. Welke vormen van overleg, dat wil zeggen welke communicatie- en informatiepatronen, vereist dit?
- d. Hoe zou het bestuurlijk kader van het overleg in de sector volksgezondheid en zorg eruit moeten zien?

Dit advies beantwoordt vragen over:  
- afhankelijkheden  
- verantwoordelijkheden  
- overleg  
- overlegcontext

Hoofdstuk 2 van het advies bevat de antwoorden op de vragen. In hoofdstuk 3 formuleert de Raad beleidsaanbevelingen op basis van de antwoorden.

#### 1.5 De wijze waarop het advies is voorbereid

De Raad heeft tijdens het voorbereiden van zijn advies gepeild hoe men in de gezondheidszorg over het besturen van de sector denkt. Dit advies is mede gebaseerd op de vele gesprekken die in dit verband zijn gevoerd.

Een klankbordgroep van onafhankelijke deskundigen heeft de

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

opstellers van het advies bijgestaan (zie voor de samenstelling bijlage 3). Op 9 maart 1998 is een invitational conference gehouden over de besturing van de zorgsector. Het verslag treft u aan in bijlage 3. Daarnaast peilde de Raad de mening van een aantal organisaties in de gezondheidszorg, verenigd in het Treekoverleg.

Raad heeft draagvlak voor dit advies  
gepeild

De Raad heeft ten behoeve van dit advies een aantal studies verricht. Deze zijn deels tot stand gekomen op basis van interviews met personen binnen en buiten de overheid (zie bijlagen 5 en 6).

*"Het openbaar bestuur is bij het realiseren van doelstellingen steeds meer een van de betrokken partners. In een moderne samenleving is er geen taak meer aan te wijzen, waarvoor het bestuur als enige de volledige verantwoordelijkheid draagt. Binnen het openbaar bestuur is in toenemende mate sprake van samenwerking tussen verschillende partners. Hun gezamenlijke inzet bepaalt in hoeverre de doelstellingen worden gerealiseerd. Het bestuur kan de doelbereiking dichterbij brengen door normen vast te leggen of overeen te komen. Het openbaar bestuur is daarnaast publieke verantwoording verschuldigd over de inspanningen die het heeft getroost om doelbereiking mogelijk te maken. Daartoe behoren instrumenten als voortgangscontrole, toezicht of onderzoek."*  
(De minister van Binnenlandse Zaken, 1998)



## 2 De antwoorden op de beleidsvragen

### 2.1 Afhankelijkheid: relaties en rollen

De eerste vraag die de Raad moet beantwoorden luidt: "In hoeverre zijn overheid en veld in de sector volksgezondheid en zorg van elkaar afhankelijk en welke relaties en rollen vloeien daaruit voort?"

De eerste vraag: zijn overheid en veld van elkaar afhankelijk

Een antwoord op deze vraag moet beginnen bij de structuur- en de cultuureigenschappen van de sector volksgezondheid en zorg. Een beschrijving van deze kenmerken is opgenomen in bijlage 4. Samenvattend: de kenmerken van deze sector zijn:

- de verzekeringsfinanciering van de zorg (en dus de functionele decentralisatie van veel besluitvorming);
- de definiëring van de zorguitgaven als collectieve lasten;
- de in feite permanente schaarste aan middelen;
- de professionele autonomie van de zorgverleners;
- de private uitvoering van de zorg;
- de maatschappelijke betekenis van gezondheid.

Deze kenmerken veroorzaken afhankelijkheid tussen de verschillende actoren in het besturingssysteem. Afhankelijkheid bestaat wanneer een partij zijn doel niet zelfstandig kan bereiken, maar alleen met behulp van (de middelen van) een of meer andere partijen. In die zin zijn actoren in de volksgezondheid en de zorg van elkaar afhankelijk bij het realiseren van hun doelen.

De kenmerken van de sector veroorzaken afhankelijkheid van overheid en veld

#### *a. De overheid*

In de sector volksgezondheid en zorg is de centrale overheid in hoge mate aangewezen op anderen bij het realiseren van beleidsdoelen. De ministeriële verantwoordelijkheid moet worden waargemaakt onder de drie beperkende voorwaarden:

- de interdependentie met andere beleidsterreinen;
- de noodzaak collectieve uitgaven te beheersen;
- de eis van zorgvuldigheid van openbaar bestuur.

In bijlage 4 worden de beperkende voorwaarden uitgewerkt. En dan zijn er de zojuist genoemde (overige) kenmerken van de gezondheidszorg.

Dit plaatst de minister in een afhankelijkheidspositie ten opzichte van:

De minister bevindt zich in een afhankelijkheidspositie

\* de *politiek* (regering; Staten-Generaal);

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- \* het, deels interdepartementale, *beleidsnetwerk* om haar heen (kerndepartement; andere departementen; satellieten van het kerndepartement; ZBO's);
- \* het *maatschappelijk middenveld* van koepel-, branche- en beroepsorganisaties, met vertakkingen in het beleidsnetwerk;
- \* de *lokale zorgnetwerken* en individuele zorgrelaties.

Concreet kan men de relaties tussen overheid en andere actoren zo typeren.

De overheid is afhankelijk van zorgaanbieders en van verzekeraars voor het contracteren van voldoende zorgaanbod (het overeenkomstenstelsel), voor de informatieverschaffing en voor de indicatiestelling (de toegang tot de zorgverlening). Van de zorgaanbieders is de overheid afhankelijk als het gaat om productinnovatie, doelmatigheid, kwaliteit van zorg en om politieke wensen, zoals maatschappelijke participatie of werkgelegenheid te kunnen realiseren.

Overheid afhankelijk van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor:

- contracteren zorg
- informatie
- indicatiestelling
- innovatie
- kwaliteit en doelmatigheid
- nominale premie
- convergentie
- solidariteit

Van de verzekeraars is de overheid afhankelijk voor de ontwikkeling van de nominale premie, voor de convergentie in het tweede compartiment, maar ook voor het regionaal zorgbeleid.

Afhankelijk is de overheid ook van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op het vlak van de solidariteit. Vooral met betrekking tot de risicosolidariteit is men aangewezen op de bereidheid van veldpartijen om het sociale karakter van de zorgverzekering intact te laten.

Deze afhankelijkheidsrelaties beperken het sturend vermogen van de overheid. Zolang de belangen gelijkgericht zijn, is dit geen probleem. Bij spanningen, bijvoorbeeld door schaarste en de daardoor ontstane noodzaak van rantsoenering, wel. De minister zal dan haar verantwoordelijkheid moeten waarmaken in een positie van afhankelijkheid (sturen met gebonden handen). Het probleem wordt groter, wanneer 'de politiek' de minister dwingt zich gedetailleerd met de sector te bemoeien.

Sturen met gebonden handen

#### *b. De zorgaanbieder*

De zorgaanbieder is vooral afhankelijk van de overheid. De afhankelijkheid komt duidelijk naar voren op het vlak van de financiering en bekostiging, de CAO-onderhandelingen, de omschrijving van het pakket zorgaanpakken en een groot aantal wetten en regels van min of meer beperkte reikwijdte (medezeggenschap, BOPZ, milieu, arbeidsmarkt).

Zorgaanbieder sterk afhankelijk van overheid:

- financiering en bekostiging
- CAO
- zorgaanpakken
- maatschappelijk ondernemerschap/aanbodregulering

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Ook bestaat afhankelijkheid in meer algemene zin van de overheid als het gaat om het maatschappelijk ondernemerschap. Dat krijgt pas echt een kans, indien de overheid de aanbodregulering substantieel vermindert.

Van de verzekeraar is de aanbieder afhankelijk als het gaat om het contracteren van zorg, al is deze afhankelijkheid in veel regio's klein door een monopoliepositie van de aanbieder. Zeker voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren is de toegang tot het bekostigingssysteem afhankelijk van het contracteren van zijn zorg.

De aanbieder is theoretisch van de patiënt afhankelijk: zonder patiënt geen zorg. Hij zal zich dus patiëntgericht moeten opstellen. In de praktijk bestaat deze afhankelijkheid voor instellingen slechts beperkt; voor de zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren bestaat hij wel.

Verder wordt een beperkte afhankelijkheid gecreëerd door de wetgeving op het terrein van het patiëntenrecht (klachtrecht etc.).

Zorgaanbieder ook van zorgverzekeraar afhankelijk: contracteren

#### *c. De zorgverzekeraar*

De zorgverzekeraar is van de overheid afhankelijk voor de verzekeraarsbudgettering, de deregulering van de aanbodbepaling, de omschrijving van het pakket zorgaanspraken en de financiering van de zorg. Uiteraard is de verzekeraar van de overheid afhankelijk als het gaat om het verzekeringsbeleid (onder meer regionalisatie, convergentie, toelating). Of hij de rol van maatschappelijk ondernemer kan spelen, wordt op dit moment bepaald door de ruimte die de overheid biedt in de aanbodregulering.

Van de zorgaanbieder is de verzekeraar afhankelijk als het gaat om het contracteren van zorg, om doelmatigheid, om informatievoorziening en om indicatiestelling.

Van de patiënt is de verzekeraar afhankelijk vanwege zijn zorgconsumptie. Van de verzekerde is de verzekeraar echt afhankelijk: die is immers klant op een vrije markt.

Zorgverzekeraar afhankelijk van overheid:

- verzekeraarsbudgettering
- zorgaanspraken
- financiering
- verzekeringsstelsel
- maatschappelijk ondernemerschap/aanbodregulering

Van verzekerde is verzekeraar écht afhankelijk

#### *d. De patiënt*

De patiënt is van allen afhankelijk en hij kan daar weinig ruilbaar tegenover stellen. Op de markt van de zorgcontractering is de patiënt geen 'tegenkracht' (countervailing power). Een wettelijke basis daarvoor ontbreekt. De afhankelijkheid ten opzichte van het zorgaanbod lijkt door kartelvorming aan de aanbodzijde niet af te nemen.

Op de verzekerings- en op de zorgverleningsmarkt heeft de patiënt wel een formele positie.

Zorgvrager van allen afhankelijk: geen ruilbaar

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- Bij deze afhankelijkheidsrelaties behoren feitelijk vervulde rollen. De rolverdeling:
- \* De overheid acteert als honest broker en marktmeester, als wetgever en als politiek aanspeelpunt. Zij heeft bovendien het monopolie op de definitie van maatschappelijk ondernemerschap: zij bepaalt de vrije ruimte voor veldpartijen, zij schenkt vertrouwen.  
Verder speelt de overheid de rol van netwerkmanager in verschillende netwerken en is als zodanig verantwoordelijk voor de kwaliteit van de besluitvorming.  
En tenslotte creëert de overheid schaarste en speelt de rol van rantsoeneerder.
  - \* De zorgaanbieder is de producent van zorg, een rol die hij als maatschappelijk ondernemer speelt. Verder is hij werkgever (als de zorgaanbieder een instelling is). De hoofdrol speelt de zorgaanbieder bij het definiëren van het begrip kwaliteit en bij de zorgvernieuwing.
  - \* De zorgverzekeraar is de bemiddelaar tussen zijn verzekerden en het zorgaanbod en verder levert hij, als maatschappelijk ondernemer, een bijdrage aan regionaal zorgbeleid.
  - \* De patiënt is op dit moment vooral lijdend voorwerp, al zijn er veranderingen waarneembaar. Voor de zorgaanbieder is hij soms 'contractpartner' en soms product.  
De verzekerde speelt op de verzekeringsmarkt de rol van consument.
- overheid is honest broker, marktmeester, netwerkmanager en rantsoeneerder
- zorgaanbieder is producent en werkgever
- zorgverzekeraar is bemiddelaar
- zorgvrager is lijdend voorwerp

*"De essentie van verwerving van draagvlak en van het testen van de werkbaarheid van sommige ideeën, oplossingen voor problemen, ligt in het overleg met betrokkenen en belanghebbenden. En met het hebben van belang is ten principale niets mis. Het dunkt mij dat de rol van de overheid en van de politiek steeds meer bescheidenheid vraagt. In mijn woorden is dat steeds meer de rol van de 'honest broker' tussen deelbelangen en het zoeken naar win/win-situaties (...)."*

*(J. Kohnstamm, 1996)*

## 2.2 Verantwoordelijkheden en kerntaken

De tweede vraag die de Raad moet beantwoorden luidt: "Hoe dienen de verantwoordelijkheidsverdeling en de daarbijbehorende kerntaken in de sector volksgezondheid en zorg te worden getypeerd?"

De tweede vraag: hoe zijn verantwoordelijkheden verdeeld

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

### *a. De overheid*

De overheid dient de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's. Zij creëert de voorwaarden waaronder een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen.

De hiervan afgeleide ministeriële verantwoordelijkheid voor een adequaat zorgaanbod richt zich op:

- de toegankelijkheid;
- de betaalbaarheid en doelmatigheid (voor individu en collectief);
- de kwaliteit.

De ministeriële verantwoordelijkheid is gericht op:

- toegankelijkheid
- betaalbaarheid en doelmatigheid
- kwaliteit

Hierbij behoren de volgende kerntaken van de overheid op het beleidsterrein volksgezondheid en zorg:

- het vaststellen van wettelijke aanspraken op de zorg die noodzakelijk is en die de burger niet zelf kan betalen;
- het garanderen van de financierbaarheid van de zorgaanspraken;
- het realiseren van voldoende spreiding en toegankelijkheid, alsmede kwaliteit van bij de aanspraken behorend zorgaanbod (met andere woorden: het doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag).

Kerntaken overheid betreffen:

- wettelijke zorgaanspraken
- financiering zorgaanspraken
- doen realiseren van spreiding etc.

Hier toe is een wettelijke ziektekostenverzekering gecreëerd en is politiek bepaald dat de in dat kader te verrichten uitgaven tot de collectieve lasten moeten worden gerekend. Verder is wetgeving voor prijs, volume en kwaliteit ontworpen. Met andere woorden: de ministeriële verantwoordelijkheid is in Nederland vertaald in aanbodregulering, (WTG, WZV, AWBZ, ZFW), een voor dit advies over de relatie tussen overheid en veld relevant gegeven.

De minister voert deze kerntaken uit als kabinetslid. Dit betekent dat er randvoorwaarden bestaan bij het vervullen van de kerntaken; deze zijn in 2.1 genoemd.

### *b. De zorgaanbieder*

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de zorgverlening aan de burgers in zijn werkgebied. Daartoe richt hij op doelmatige wijze een zorgaanbod in en wel zodanig dat dit aanbod aansluit op de vraag in het werkgebied.

Omdat er collectief gefinancierde wettelijke zorgaanspraken bestaan, dient hij deze als uitgangspunt te nemen bij de bedrijfsvoering. Alles wat nodig is voor een kwalitatieve en kwantitatieve aansluiting van zijn zorgaanbod op de zorgvraag, zal hij actief moeten bevorderen.

De samenleving legt hem een leveringsverplichting op: men verwacht van hem dat hij zorg levert. Hij zal deze verplichting moe-

Zorgaanbieder verantwoordelijk voor zorgverlening en zorgaanbod

Kerntaak: zorg leveren

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

ten nakomen binnen de veelal strikte begrenzings die de collectieve financiering hem opleggen. Als het aanbod begrensd is en de vraag niet, zal de zorgaanbieder bij het leveren van zijn zorg keuzen moeten doen. Een politiek bepaalde schaarste dwingt hem daartoe. De zorgaanbieder ziet zich hier geplaatst in de rol van maatschappelijk ondernemer. Hij neemt publieke verantwoordelijkheid op zich; hij werkt in een publiek bestel. De verantwoordelijkheid zal hij nooit geheel op de overheid kunnen afwentelen.

*"Het maatschappelijk middenveld moet opnieuw maatschappelijk worden. In haar doelstellingen moeten maatschappelijke doelen herkenbaar worden. De organisaties moeten bereid zijn om aan de maatschappij verantwoording af te leggen, kortom, maatschappelijke ondernemingen worden. Het vertrouwen van de burger in de maatschappelijke organisaties, het maatschappelijk middenveld, ook als belangenbehartiger van waarden moet toenemen. Dat veronderstelt dat het maatschappelijk middenveld transparanter wordt en ook nieuwe vormen van toezicht vanuit de samenleving accepteert."*  
(E. van der Veen, 1997)

*c. De zorgverzekeraar*

De verzekeraar heeft de verantwoordelijkheid de verzekerde in staat te stellen diens wettelijke zorgaanspraken te verzilveren. Daartoe gaat hij een overeenkomst (polis) aan met de verzekerde die hij op de verzekeringsmarkt ontmoet.

Zorgverzekeraar verantwoordelijk voor verzilveren zorgaanspraken door verzekerden

Om aan zijn aldus ontstane verplichtingen te kunnen voldoen, zal de verzekeraar voldoende zorgaanbod moeten contracteren. Hij doet dat door binnen de kaders van de ziektekostenverzekering - en in feite ook optredend namens de overheid - een bekostigingsrelatie aan te gaan met een individuele zorgaanbieder. Dat is in het publieke bestel zijn kerntaak.

Kerntaak: zorg contracteren

De hiertoe te sluiten overeenkomst moet worden beschouwd als noodzakelijk voor de zorgproductie en - leverantie en is dan ook een conditio sine qua non in het verzekeringsstelsel. In dit advies wordt, als het gaat om de besturing en het overleg, geen onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Beide zijn maatschappelijk ondernemer. Zie verder het RVZ-advies 'Verzekeraars op de zorgmarkt'. Dat de overeenkomst ontstaat, is overigens een verantwoordelijkheid van de verzekeraar én de aanbieder. Door deze kerntaak in het publieke bestel uit te voeren, wordt de verzekeraar in de praktijk een bemiddelaar tussen individuele aanbieder en individuele vrager van zorg. Als bemid-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

delaar kan hij ook een bijdrage leveren aan het afstemmen van het regionale aanbod op de regionale vraag.

#### *d. De patiënt*

De patiënt heeft op dit moment geen formele verantwoordelijkheid in het bestaande stelsel van aanbodregulering. Hij moet streven naar herstel. Ook is hij gehouden een gepast gebruik te maken van de collectieve voorzieningen.

Zorgvrager: op dit moment geen formele verantwoordelijkheden in publiek bestel

Hij is op de zorgcontracteringsmarkt op dit moment geen partij. Wel gaat hij met de zorgverlener op de zorgverleningsmarkt een behandelingsovereenkomst aan. Verder is hij als verzekerde op de verzekeringsmarkt de contractpartner van de verzekeraar. Als burger en premiebetaler kan hij in theorie waar voor zijn geld vragen en ook eisen dat zorgaanbod en zorgverzekering transparant zijn en hem keuzemogelijkheden bieden. Dit zijn echter theoretische rechten die hij normaal gesproken als individu niet zal kunnen uitoefenen.

Op de wijze waarop 'zijn' wettelijke zorgaanspraak wordt geoperationaliseerd in concreet zorgaanbod, heeft de patiënt geen invloed. Dit betekent dat de patiënt in de uitvoering van de bepalende wetten - WTG, WZV, AWBZ en ZFW - geen rol vervult. De rol van de patiënt zou wezenlijk kunnen veranderen, indien het patiëntgebonden budget substantiële betekenis krijgt in de volksgezondheid en de zorg. Dat zou namelijk betekenen dat de patiënt ook zorgcontractant wordt en dus partij in de aanbodbepaling.

### **2.3 Overleg**

De derde vraag die de Raad moet beantwoorden luidt: "Welke vormen van overleg, dat wil zeggen, welke communicatie- en informatiepatronen vereist dit?" Bedoeld wordt: vereisen het bestaande afhankelijkheidspatroon en de zojuist geschetste verdeling van verantwoordelijkheid in de sector volksgezondheid en zorg.

De derde vraag: welke vormen van overleg?

Het beeld dat uit de vorige twee paragrafen oprijst, is dat van partijen die in een deels publieke, deels private sfeer elkaar nodig hebben om de eigen doelen te kunnen realiseren. Zij bevinden zich tegelijkertijd in een dynamische omgeving. Daarin ontbreekt een

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

dominant sturingsprincipe. In deze situatie zijn maatschappelijk draagvlak en overleg vitale aspecten van het beleidsproces. Dit betekent dat de Raad om te beginnen de vraag "is overleg nodig?" bevestigend beantwoord.

Prealabele vraag: is overleg nodig?  
Antwoord: ja

*a. Maatschappelijk draagvlak*

De overheid heeft drie mogelijkheden om zijn beleidsdoelen te realiseren: financiële prikkeling, machtsuitoefening en draagvlakverwerving. Van deze drie is de derde in de sector volksgezondheid en zorg de meest effectieve. Maatschappelijk draagvlak voor het beleid is - als complement van politiek draagvlak - in alle fasen van het beleidsproces noodzakelijk. De manier waarop de overheid het verwerft, verschilt per fase. Het is ook niet alleen een overheidsstrategie. Het biedt veldpartijen een kans om de eigen doelen te realiseren.

Draagvlakverwerving altijd nodig, voor overheid én veld

*b. Draagvlak en overleg*

De Raad ziet drie doelen voor overleg.

- Overleg is voor de overheid een instrument de haalbaarheid van beleid te toetsen: de 'elandproef' voor beleid. In een vroeg stadium kan zij plannen in de week leggen. In een later stadium kunnen vermoede gevolgen besproken worden. Dit vergroot de kans op effectiviteit van beleid. Bovendien kan de overheid in het overleg nagaan of veldpartijen willen meewerken aan het beleid.

Het is ook mogelijk veldpartijen medeverantwoordelijk te maken voor de eventuele, soms onvoorziene, gevolgen van beleid (commitment van achterbannen).

- Overleg is, mits goed gevoerd, een mogelijkheid de *zorgvuldigheid en de transparantie* van het openbaar bestuur te vergroten. In feite is hier sprake van een openbaar bestuurlijke verplichting: de overheid hoort belanghebbenden. De overheid doet dit op actieve wijze. Overleg kan ook de integratie van deelbelangen bevorderen.
- Overleg, mits gestructureerd, is in afgeleide zin een middel om *conflicten te voorkomen*. Dit kunnen conflicten tussen overlegpartners zijn, maar ook conflicten tussen achterbannen. Wat dit laatste betreft: de deelnemers aan het overleg zijn in de gelegenheid informatie aan achterbannen door te geven en tegenstellingen te pacificeren.

Drie doelen om te overleggen:  
- realiteitstoetsing  
- transparantie  
- conflictpreventie

Deze drie redenen gelden ook voor de organisaties in het veld. Belangrijk is het draagvlakverwerving en overleg te zien als noodzakelijk en verplichtend en daarmee als een te formaliseren onderdeel van publieke besluitvorming.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



*"Het verbinden van rechtsgevolg aan het veronachtzamen van belangen door de overheid (zelfs wanneer zij algemeen verbindende voorschriften vaststelt) zal ook andere implicaties hebben. Voor belangenorganisaties buiten het gevestigde overlegcircuit ontstaat een prikkel tot belangenbehartiging. De ontwikkelingen in het bestuursrecht vormen een aansporing voor belangenorganisaties om zich te manifesteren. Hoe eerder zij hun belangen behartigen, des te beter. Daarbij neemt het belang van de positie die zij al dan niet innemen in het overlegcircuit af vergeleken met het belang van de rechtsbetrekking waarin zij tot de overheid staan. De juridificering van de betrekkingen tussen de overheid en belangenorganisaties lijkt onstuitbaar. De overlegeconomie krijgt daardoor onvermijdelijk een andere, minder selectieve en meer pluriforme inhoud. Er ontstaat een vruchtbare voedingsbodem voor 'grass roots'-organisaties; steeds weer nieuwe belangenorganisaties die opgaan, blinken en verzinken."*

*(H.J. de Ru, 1993)*

#### *c. Soorten van overleg*

De fase waarin de besluitvorming verkeert en het tempo waarin zij verloopt, de beschikbare informatie en de gepercipieerde uitkomsten bepalen de behoefte aan overleg. Men kan op grond van de volgende motieven kiezen voor overleg:

- het *onafhankelijkheidsmotief*: men (een of meer overlegparticipanten) wil een onafhankelijk oordeel óf een onafhankelijk besluit;
- het *deskundigheidsmotief*: men wil vooral een praktijkdeskundige horen, dan wel aan het werk zetten;
- het *participatiemotief*: men wil maatschappelijke organisaties in het beleidsproces inschakelen en actief bij het openbaar bestuur betrekken (representatie);
- het *autonomie in eigen kring-motief*: men beoogt zelfregulering en wijst overheidsregulering af;
- het *parlementair democratisch-motief*: men stelt het primaat - niet het dictaat - van de politiek.

Vijf overlegmotieven:

- onafhankelijkheid
- deskundigheid
- participatie
- autonomie
- democratie

Het dominante motief bepaalt de vorm van het overleg.

In de volgende paragraaf geeft de Raad de motieven een plaats in het beleidsproces.

De bij dit advies behorende achtergrondstudie Overleg tussen VWS en veld, opgenomen in bijlage 5, bevat informatie over de manier waarop het overleg tussen overheid en veld in de sector

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

volksgezondheid en zorg op dit moment plaatsvindt. In algemene zin is de situatie, samengevat, als volgt.

In de sector vindt veel overleg plaats tussen overheid en veld. Over het algemeen weet men elkaar te vinden. Dit geldt ook voor de private actoren onderling. Als wij ons concentreren op het overleg tussen overheid en veld, dan vallen enkele zaken op.

Een inventarisatie van het bestaande overleg tussen overheid en veld

- \* Het overleg is grotendeels geordend naar sectoren of categorieën van zorg. Het klassieke doelgroepen denken vanuit de welzijnssector bepaalt het beeld. Men vindt dit terug in de jeugdhulpverlening, in de ouderenzorg, in de gehandicaptenzorg en in wat mindere mate ook in de geestelijke gezondheidszorg.
- \* Dit overleg verloopt veelal op geleide van de huidige departementale indeling in beleidsdirecties. Het overleg wordt directegewijze georganiseerd. Een deel van het overleg lijkt betrekkelijk autonoom te verlopen. Kenmerkend is vaak dat een volledige 'bedrijfskolom' of beleidsproces in het categoriale overleg wordt doorlopen. Ook is het onderwerp van overleg hier soms eerder het integrale beleid dan de zorg alleen (ouderenzorg in plaats van ouderenzorg).
- \* Van een directie-overstijgende aanpak is over het algemeen geen sprake. Ook een compartimentsgewijze aanpak bestaat niet.
- \* Naast het categoriale overleg ziet men overleg met
  - partijen of branches (bijvoorbeeld de verzekeraars)
  - groeperingen (bijvoorbeeld een patiëntencategorie)
  - regio's (bijvoorbeeld de zorginstellingen in regio X)
  - individuele instellingen (bijvoorbeeld rond bouwinitiatieven).
- \* Soms is het overleg sterk gestructureerd, soms is het ad hoc.
- \* Er bestaat geen 'centraal overleg' tussen de minister van VWS en de zorgsector.
- \* Regelmatig worden thematische bijeenkomsten door VWS georganiseerd waarvoor het veld wordt uitgenodigd: over kwaliteitsbeleid, wachtlijsten etcetera. Soms hebben dergelijke bijeenkomsten een zelfregulerend karakter.

De inventarisatie brengt de Raad tot twee constatering. In de eerste plaats: er vindt veel overleg plaats, maar steeds rond een zorgcategorie, een zorgsector, een beleidsaspect of een incident. Veel, maar versnipperd. In de tweede plaats: er vindt nauwelijks een gestructureerd, centraal overleg plaats over algemene aspecten van het beleid. Ook over bestuurlijke kwesties wordt niet systematisch gesproken tussen overheid en veld.

Constateringen:  
- veel overleg, maar erg versnipperd  
- geen gestructureerd, algemeen overleg over hoofdlijnen

Het nadeel van deze situatie is dat geen goede indruk bestaat van

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

de kennelijke belangen die per overleg-item in het geding zijn. Ook kan geen overdracht van waarden en normen ontstaan. Een gevoel van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ontwikkelt zich niet. Zo ontstaat het risico dat de overheid óf eenzijdig óf niet consistent óf op incidenten stuurt. De kans dat overheid en veld hun doelen in samenhang kunnen realiseren, is dan klein. Dat is riskant!

*d. Overleg in het beleidsproces*

Ter afsluiting van deze analyse van de overlegfunctie in de sector volksgezondheid en zorg, een beschrijving van het 'ideale' beleidsproces. De besluitvorming verloopt daarin zoals het hoort: kwalitatief verantwoord, efficiënt, effectief, maar ook transparant en zorgvuldig.

De Raad onderscheidt drie fasen in het beleidsproces: de beleidsvoorbereiding, de beleidsontwikkeling en de beleidsuitvoering. Elke fase kent enkele beleidsonderdelen.

Een schematische weergave van het 'ideale' beleidsproces

*"Vandaag beraadslagen wij over wat mijn fractie in de gehele discussie aldoor heeft betiteld als 'de organisatie van de formele communicatie tussen staat en maatschappij' die zowel adequate als maatschappelijk aanvaardbare politieke besluitvorming moet bevorderen, in het besef dat behoorlijke en juiste politieke besluitvorming in hoge mate afhankelijk is van de organisatie van het proces van beslissen. In dat proces moeten politieke verantwoordelijkheid en verantwoording tot hun recht komen, maar ook gerechtvaardigd maatschappelijk belang, representatief maatschappelijk inzicht en een zo groot mogelijke kennis van zaken. Dat alles vergt meer dan competente publieke ambtsdragers en hun ondersteunende ambtenaren, meer dan een competente en representatieve volksvertegenwoordiging; het vereist vroegtijdige en goed georganiseerde maatschappelijke participatie; onder andere in de vorm van een zorgvuldig georganiseerd advies."*

*(J. van den Berg, 1996)*

In het nu volgende schema vat de Raad zijn bevindingen samen.

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

Het schema beleidsproces kan als volgt worden toegelicht.

*De ministeriële verantwoordelijkheid*

De minister beschikt over een kerndepartement, maar ook over intern verzelfstandigde diensten als inspecties en agent-schappen. Wanneer het niet gewenst is een onderdeel van het beleid door deze staatsorganen in engere zin te laten uitvoeren, kan een beleidsonderdeel via externe verzelfstandiging aan een zelfstandig bestuursorgaan worden opgedragen (ZBO). De ministeriële verantwoordelijkheid wordt dan beperkt.

Aldus krijgt de ministeriële verantwoordelijkheid gestalte in een conglomeraat van organen van de staat en daaraan meer of minder geïsoleerde organen voor advies, toezicht en uitvoering. Met elkaar geven zij vorm aan het openbaar bestuur.

Ministeriële verantwoordelijkheid moet worden waargemaakt in een conglomeraat van organen

Voor dit advies is van belang te constateren dat de overheid voor het beleidsterrein volksgezondheid en zorg gekozen heeft voor functionele decentralisatie als leidend bestuursprincipe (en dus niet voor centrale beleidsvoering of voor territoriale decentralisatie). Deze keuze bepaalt mede het overlegklimaat. Kenmerkend voor dit bestuurlijke landschap is dat de ministeriële verantwoordelijkheid op steeds wisselende manieren in de praktijk moet worden gebracht. Kenmerkend is ook de pluriforme manier waarop in dit beleidsproces aan het openbaar gezag gestalte moet worden gegeven. Publiekrechtelijke en privaatrechtelijke organen vormen met elkaar een hybride beleidsproces.

Functionele decentralisatie: het leidend bestuursprincipe

Openbaar gezag: op pluriforme wijze uitgeoefend

*Het volume van de overheidsbemoeyenis*

De opeenvolgende fasen in het beleidsproces kan men zien als arena's voor besluitvorming. Elke arena is gevuld met betrokkenen en belanghebbenden. Het product is besluitvorming. Belangrijk is de logische opeenvolging van de besluiten. Eerst de strategie bepalen. Dan het actieplan. Dan de uitvoering.

In iedere arena is een specifiek beleidsnetwerk actief. De rol van de overheid is in deze sector in iedere arena anders. Alert, betrokken, maar terughoudend in de beleidsvoorbereiding. Zorgvuldig en precies in de beleidsontwikkeling. Regisserend op afstand en mandaterend in de beleidsuitvoering.

De rol van de overheid en het volume van de overheid bemoeyenis wisselen

Maar in alle fasen zal de overheid aanwezig moeten zijn als procesbewaker, als eindverantwoordelijke voor het verloop van het beleidsproces. In die rol verbindt de overheid de netwerken

Permanently blijft de aanwezigheid van de overheid als procesbewaker

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

die in het proces actief zijn met elkaar.

Een beperkte rol van de overheid betekent een dominantere rol van het veld in het beleidsproces.

#### *Scheiden van bestuurlijke functies*

In de afgelopen jaren zijn - op geleide van Raad op maat - vijf componenten in het bestuurlijk proces onderscheiden. Dit heeft in een aantal gevallen ook tot scheiden geleid. Het gaat om:

- de *beleidsontwikkeling* (dat wil zeggen het kerndepartement);
- de *beleidsadvisering*;
- de *beleidsuitvoering*;
- het *toezicht* op de uitvoering;
- het *overleg* tussen overheid en uitvoerders.

In het beleidsproces op het terrein van VWS heeft een groot deel van deze functies inmiddels een wettelijke basis gekregen.

Dit analytisch onderscheid wordt nog steeds als verhelderend en structurerend gezien. Discussie is er over de vraag hoe de overlegfunctie zich verhoudt tot de andere functies: een van de vijf of onderdeel van de andere vier? Het veld ziet de onduidelijkheid hierover als een belangrijk knelpunt.

Op veel beleidsterreinen vindt men beide opvattingen over de overlegfunctie:

- er bestaan bijvoorbeeld participatie-ZBO's waarin uitvoering en overleg samenkomen (bij SZW bijvoorbeeld);
- er bestaan soms aparte, geformaliseerde overlegplatforms (bij Verkeer en Waterstaat bijvoorbeeld).

Consensus bestaat over de advies- en over de toezichtfunctie: deze zouden 'onafhankelijk' moeten zijn, dat wil zeggen gescheiden van de overlegfunctie. Wel zou, volgens sommigen, het maatschappelijk draagvlak van adviezen gexpliciteerd kunnen worden. Dit maakt het voor regering en parlement gemakkelijker om het strategisch beleid te bepalen (het maken van keuzen).

#### *De informatie-architectuur*

Een adequate informatie-architectuur is een randvoorwaarde voor het succes van het overleg tussen overheid en veld. Hierover een paar opmerkingen. Het onderwerp verdient meer aandacht dan het in dit advies kan krijgen. Verwezen kan worden naar een NRV-advies over dit onderwerp.

De in de voorlaatste kolom genoemde organen leveren alle beleidsinformatie aan de overheid: adviezen, rapporten, wetenschappelijk onderzoek, standpunten, evaluaties, prognoses. Vaak hebben deze publicaties op eenzelfde onderwerp betrekking.

Raad op maat: onderscheiden van bestuurlijke functies goed, maar:

... herijking overlegfunctie gewenst

... t.o.v. de andere functies

Een goede informatie-architectuur randvoorwaarde voor succesvol overleg

Veel gegevens, weinig (vergelijkbare en bruikbare) informatie

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Zij verschillen vaak in abstractieniveau, terminologie en uitgangspunten. Men kan ze dan ook niet goed onderling vergelijken. Er kan zelfs sprake zijn van concurrerende informatie. Indien men de informatiestroom die vanuit het veld naar de overheid gaat hierbij betreft, dan ontstaat het beeld van een moeilijk beheersbaar proces van informatievoorziening. De architectuur ontbreekt. Toch is die voor een transparant en effectief verlopen van het beleidsproces nodig:

- op de momenten van besluitvorming zal de noodzakelijke beleidsinformatie beschikbaar moeten zijn (de cruciale punten: de keuzemomenten);
- en wel in bruikbare vorm, dat wil zeggen geordend, geaggregeerd, niet te gedetailleerd en vooral: vergelijkbaar en volledig;
- er zal ook een volgorde in de informatievoorziening moeten bestaan ten behoeve van de continuïteit van de beleidsvoering, rekening houdend met de logica van het beleidsproces (eerst de strategische keuzen etcetera).

*"De verantwoordingsinformatie zou niet alleen betrekking moeten hebben op het financieel beheer, maar ook op de prestaties. Vergelijkingen via benchmarking of best practice onderzoek met vergelijkbare organisaties en/of processen kunnen additionele informatie op het punt van prestatie-indicatoren leveren. Ook directe verantwoording van prestaties aan het publiek is een mogelijkheid.*

*Het voldoen aan deze eisen vraagt om een 'transparante' organisatie. De vraag om transparantie zoals hier omschreven, gaat verder dan de mate van transparantie die momenteel is vereist voor volledig private organisaties. Het is een prijs die betaald wordt voor de hybride constructies."*

*(C.J. van Montfort en A.M. Andeweg, 1998)*

## **2.4 Het bestuurlijk kader van de overlegfunctie**

De vierde vraag die de Raad moet beantwoorden luidt: "Hoe zou het bestuurlijk kader van het overleg in de sector volksgezondheid en zorg eruit moeten zien?"

De Raad beantwoordt deze vraag hieronder in de vorm van conclusies die hij trekt uit de voorafgaande paragrafen, uit het gevoerde overleg (zie bijlage 3) en uit de achtergrondstudies en

De vierde vraag: hoe ziet het bestuurlijk kader van de overlegfunctie er uit

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

literatuur (bijlagen 5, 6 en 8).

*a. De aan de bestuurder van de zorgsector te stellen eisen*

De sector volksgezondheid en zorg heeft specifieke structuur- en cultuurkenmerken. En men moet dan ook aan de *openbaar* bestuurder in deze sector bijzondere eisen stellen:

Aan de openbaar bestuurder moet men eisen stellen

- bereid zijn verantwoordelijkheid te delen met het veld, ervan uitgaande dat goede patiëntenzorg in het veld ontstaat en de overheid slechts de voorwaarden daartoe schept;
- opererend vanuit een kleine, maar wel goed gedefinieerde overheidstaak, die beperkte rol vol overtuiging en zichtbaar willen spelen;
- de durf om de ministeriële verantwoordelijkheid te koppelen aan maatschappelijk ondernemerschap en wel door een actief delegeren in vertrouwen; de hieraan verbonden risico's moet men willen lopen;
- de flexibiliteit kunnen opbrengen in het beleidsproces steeds wisselende rollen te spelen: dirigent of regisseur, actieve stimulator of afstandelijk waarnemer; steeds blijft hij echter verantwoordelijk voor de kwaliteit en ook voor de zorgvuldigheid van de besluitvorming;
- vanuit een heldere managerial visie op het beleidsproces optreden en vooral proberen door middel van stimuleren en richting geven - en niet door top-down sturen - doelen te bereiken en openbaar gezag uit te oefenen;
- transparant, dat wil zeggen werkelijk openbaar, willen zijn.

Van de *private* bestuurder in de sector volksgezondheid en zorg mag men verwachten dat hij zich opstelt als maatschappelijk ondernemer. Dit betekent dat hij collectieve waarden en het algemeen belang steeds zorgvuldig afweegt tegen eigen deelbelangen. Hij moet bereid zijn rekening en verantwoording af te leggen over de eigen bedrijfsvoering. Hij zal een duidelijke rol van de overheid, met inbegrip van aan de overheid gelieerde organen, moeten accepteren. Ook zal hij een stevig publiekrechtelijk toezicht moeten toestaan. En hij zal moeten inzien dat zijn doelen slechts kunnen worden gerealiseerd in samenwerking met anderen.

Ook aan de private bestuurder moet men eisen stellen

*b. De rol van de overheid*

In bijlage 4 is de term 'beleidsnetwerk' gedefinieerd. In deze bijlage citeert de Raad de uitgangspunten en succes- en faalfactoren uit de netwerk-literatuur.

Als descriptief concept vindt de Raad de gedachte van het beleidsnetwerk voor de volksgezondheid en de zorg adequaat. Maar de

Het concept beleidsnetwerk: descriptief, maar

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



Raad vindt ook dat de rol van de overheid in de publieke besluitvorming moet worden verbijzonderd en genormeerd. De Raad heeft de verantwoordelijkheid en de rol van de overheid in 2.1 en 2.2 beschreven.

Die rol is zodanig, dat van 'collegiaal bestuur' in het beleidsnetwerk geen sprake kan zijn. Dit betekent niet dat de overheid altijd in het netwerk aanwezig is als dirigent. Vaker is de overheid kritisch waarnemer en stimulerend gesprekspartner

... daarnaast de rol van de overheid normeren

Op twee specifieke onderdelen van de rol van de overheid in het netwerk wil de Raad nog wijzen:

- de overheid is 'netwerkmanager' en dat wil zeggen degene die de kwaliteit, de zorgvuldigheid en de openbaarheid van het beleidsproces bewaakt, door het netwerk te installeren en te onderhouden; in dat verband zal de overheid steeds opereren vanuit het algemeen belang en ook de effectiviteit van de publieke besluitvorming bevorderen;
- de overheid is 'marktmeester' en dat betekent dat zij de belangen van alle betrokkenen, in het bijzonder die van kwetsbare groepen, zorgvuldig afweegt, onder andere door spelregels op te leggen en toe te passen en door de competitie op de markt eerlijk te laten verlopen; de overheid zal voor evenwicht tussen partijen moeten zorgen door monopolieposities te bestrijden.

In het netwerk is de overheid de verantwoordelijke manager

... en verder is zij daarin de marktmeester

In deze hoedanigheden roept de overheid vertegenwoordigers van legitieme belangen op elkaar in opeenvolgende beleidsarena's te ontmoeten. Op deze wijze organiseert de overheid het contact van achterbannen. Op deze wijze organiseert de overheid ook de solidariteit in sector en samenleving.

In de beleidsarena's ontmoeten allerlei regisseurs elkaar:  
- overheid regisseert solidariteit  
- veld regisseert efficiency

Als organisator en regisseur ontmoet de overheid het veld in de beleidsarena. Het veld is in die arena de regisseur van de efficiency, de effectiviteit en de kwaliteit.

*"Dit geldt temeer waar het overheidsoptreden door de burgers voornamelijk wordt beoordeeld op doelmatigheid en doeltreffendheid. Hoewel de Raad in dit verband de noodzaak heeft belicht van een oriëntatie op de processen van onderhandelingen en overleg, wijst hij erop dat voorkomen moet worden dat het openbaar bestuur zich beperkt tot procesarchitectuur. Vanwege de bijzondere positie van de overheid binnen de samenleving is de overheid niet alleen verantwoordelijk voor efficiënte en doeltreffende bestuurlijke processen, maar heeft zij bij uitstek tevens een verantwoordelijkheid voor de uitkomst van het bestuurlijk proces. Het nadeel van een te sterke oriëntatie op procedures*

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

*en procesarchitectuur kan zijn dat de overheid onvoldoende op inhoud gaat sturen. bovendien kan het streven naar consensus leiden tot een praktijk van 'muddling through' en conservatisme."*

*(Raad voor het openbaar bestuur, 1997)*

*d. Maatschappelijk draagvlak en de overlegfunctie*

De Raad concludeert dat de overlegfunctie in alle fasen van het beleidsproces moet worden vervuld, al is het op steeds andere wijze. Paragraaf 2.3 bevat een schematische weergave van het 'ideale' beleidsproces.

Als manager van dit proces en ook als marktmeester, praat de overheid met alle partijen, op alle niveaus, als dit maar gestructureerd en transparant gebeurt. De overheid praat met koepelorganisaties, maar ook met regionale zorgnetwerken, met individuele instellingen en met sectoren binnen de volksgezondheid en de zorg. De overheid praat ook - en steeds meer - met de individuele bestuurder van zorginstellingen. Hier geldt maar een regel: hoe korter de lijnen en hoe minder regulering, hoe beter. Wel zal steeds, bijvoorbeeld bij overleg tussen overheid en instelling, getoetst moeten worden aan algemene beginselen van zorgvuldig bestuur.

De overheid praat met iedereen

Hoe korter de communicatielijnen tussen overheid en veld hoe beter

*e. Voorwaarden te stellen aan het vervullen van de overlegfunctie*

Naast de voorwaarden die al zijn genoemd, wil de Raad nog op vijf algemene voorwaarden voor de effectiviteit van de overlegfunctie wijzen.

- \* De grenzen van het domein zullen duidelijk moeten zijn en ook bewaakt moeten kunnen worden; de minister van VWS zal onverkort verantwoordelijk moeten zijn voor dit domein en over de daarbij behorende bevoegdheden moeten beschikken.
- \* Draagvlak en overleg moet men adequaat regelen. De aan beleidsorganen gebonden specifieke wetgeving biedt een goede mogelijkheid. Per fase in het beleidsproces zal daaraan een nadere invulling moeten worden gegeven.
- \* De informatie-uitwisseling tussen de actoren in het besturingssysteem en de informatie-architectuur vragen om een formele regeling.
- \* Er zal een reële vraagzijde in het zorg- en het verzekeringsstelsel moeten ontstaan. De overheid zal 'de patiënt' partij moeten maken op de zorgcontracterings-, op de zorgverlenings- en op de zorgverzekeringsmarkt.
- \* De aanhoudende financiële problematiek in de gezondheidszorg vraagt om een blijvende politieke oplossing.

Vijf voorwaarden voor de effectiviteit van het overleg:  
- grenzen domein beheersen  
- overleg regelen in orgaan-specifieke wetgeving  
- informatie-architectuur formeel regelen

- een reële vraagzijde  
- een structurele oplossing voor financiële problematiek

### 3 De beleidsaanbevelingen voor de komende regeerperiode

Nu de beleidsvragen zijn beantwoord, wil de Raad beleidsaanbevelingen formuleren. Deze vloeien voort uit de antwoorden in hoofdstuk 2.

#### 3.1 De beleidssector VWS

De Raad vindt het behoud van een herkenbare beleidssector volksgezondheid en zorg noodzakelijk. Concreet: een *minister van VWS* en een zelfstandig en krachtig departement met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot het macrobudget voor deze sector.

VWS: een eigen minister

Argumenten:

- de waarde die de burger toekent aan volksgezondheid en zorg;
- de omvang van het zorgbudget (het op een na grootste publieke budget);
- de betekenis die deze sector heeft voor andere beleidsterreinen (en de interdependentie);
- het werkgelegenheidsaspect (in de sector werken circa 800.000 mensen).

De Raad beveelt aan het beleidsterrein volksgezondheid en zorg zo te *definieren* dat een financieel en politiek beheersbare beleids-eenheid ontstaat. Ook is het noodzakelijk dat helder is - als het gaat om de gezondheidstoestand van de bevolking en om gezondheidsbescherming - wat tot de ministeriële verantwoordelijkheid van VWS behoort (het mandaat) en wat bij andere ministeries thuishoort. Een kabinetsstandpunt hierover is gewenst. Daarin zou aan de 'gezondheidseffectscreening' een politieke, interdepartementale status kunnen worden gegeven.

VWS: het mandaat expliciteren

#### 3.2 Het departement van VWS

De beleidssector volksgezondheid en zorg heeft binnen de rijksoverheid een *stimulerend, herkenbaar en bereikbaar 'eigen' vakdepartement*. Binnen het interdepartementaal overleg is dit departement verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, de

VWS: een stimulerend, herkenbaar, bereikbaar en gezaghebbend departement

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, voor de werking van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en voor de kostenbeheersing binnen de sector. Het departement van VWS is ten behoeve daarvan niet alleen vakdepartement op het eigen beleidsterrein, maar, binnen de rijksoverheid, *gezaghebbend bestuursdepartement* met bovensectorale invloed. Hiertoe moeten binnen het departement voorzieningen worden getroffen (zie verder 3.7). Voorwaarde hiertoe: een actieve opstelling van minister en departement als regisseur van beleidsprocessen en van de informatiestromen daarin.

### 3.3 Een bestuurlijke visie van de minister van VWS

De RVZ beveelt de minister van VWS aan zo spoedig mogelijk na het aantreden van het nieuwe kabinet met een bestuurlijke visie voor het eigen beleidsterrein in de komende kabinetsperiode te komen. Met dit advies en met zijn advies De verzekeraar op de zorgmarkt hoopt de Raad daaraan een bijdrage te leveren. De bestuurlijke visie is een scenario voor de overlegfunctie.

Een bestuurlijke visie, dat wil zeggen een scenario voor de overlegfunctie

De bestuurlijke visie zou onder meer uitspraken moeten bevatten over:

- a. Het *specifieke sturingsmodel* voor de sector (al dan niet gecompartmenteerd), gegeven de kenmerken van deze sector. In de bestuurlijke visie beantwoordt de minister de vraag 'waarop sturen': geld, regionaal zorgaanbod, kwaliteit, output. Ook zal duidelijk moeten zijn voor alle betrokkenen of en in hoeverre rantsoenering een sturingsprincipe is. Verder zal het 'monitoren' van het beleid aandacht moeten krijgen.
- b. Een meerjarig scenario voor het *moderniseren van de aanbodregulering* in relatie tot maatschappelijk ondernemerschap en het daarover te voeren overleg met veldpartijen; een afbakening van publieke en private activiteiten en domeinen. Hierbij moet ook de mededingingswetgeving aandacht krijgen en de rol die de overlegfunctie in dit verband speelt.
- c. De *grenzen van het domein van VWS* (een afbakening van en een inperking tot de kerntaak), alsmede definities van de begrippen 'kennelijk belang' en 'representativiteit' met betrekking tot het domein.
- d. De *rol die de overheid speelt* in beleid en overleg. De Raad doet hierover in hoofdstuk 2 van dit advies uitspraken. Deze rol omvat een aantal taken:

In die visie uitspraken over:  
- het sturingsmodel  
- de aanbodregulering  
- de grenzen van de zorg  
- de overheidsrol

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- het uitvoeren van politieke wensen;
- waarborgen van zorgvuldige en effectieve besluitvorming terzake (het optreden als 'honest broker');
- bewaren van evenwichten (marktmeester).

Zie verder 3.7.

*"Tegenover de nadruk op ontvlechting, op de daarmee samenhangende scheiding van verantwoordelijkheden, stelt Kalma het begrip 'bindend bestuur'.*

*Bindend in de zin van een doortastende verplichtende regelstelling waaraan burgers zich moeilijk kunnen onttrekken. En anderzijds bindend in de zin van blijvende zorg om voor het beleid legitimatie te verwerven en om bestaande belangen en ideële tegenstellingen in de samenleving te helpen overbruggen."*

*(A. van Dam en W. Sloots (1995) die Kalma citeren)*

### 3.4 Een gestructureerd overleg tussen minister en veld

De Raad beveelt de minister aan, na de advies- en de uitvoeringsfuncties, nu zo spoedig mogelijk ook de *overlegfunctie formeel te regelen*. In dit advies heeft de Raad de wenselijke vormen van overleg in kaart gebracht. De RVZ beveelt aan een *gestructureerd overleg tussen minister en het veld* van de volksgezondheid en de zorg tot stand te brengen. En dergelijk overleg is een noodzakelijk instrument in het sturingsconcept van de toekomst (nadruk op maatschappelijk ondernemen; helder onderscheid publiek-privaat; rol overheid scherp omschrijven; moderniseren aanbodregulering; vertrouwen; toezicht en controle achteraf).

Een gestructureerd overleg tussen minister en veld: het zorgforum

In dit 'zorgforum' ontmoeten minister en vertegenwoordigers van de sector elkaar met als oogmerk het bevorderen van de samenhang en de rust in de sector, maar ook het uitwisselen van waardeoordelen vanuit achterbannen en het exploreren van het gemeenschappelijk element daarin. Het forum ligt tussen kabinet en particulier initiatief en naast kabinet en kamer. Dit overleg heet niet voor niets 'gestructureerd'. Het is een niet-vrijblijvend beleidsinstrument dat de minister, maar ook de veldpartijen, systematisch en op transparante wijze gebruiken. Het is een beleidsnetwerk gevoed door overheid (via interdepartementale consensus) en door veld (via beweging op het microniveau: de patiëntenzorg in de regio).

Oogmerk: samenhang, rust, waardebepaling

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Doel van dit gestructureerd overleg is tweeledig: het verwerven van maatschappelijk draagvlak en het daarmee verbeteren van de kwaliteit van de besluitvorming; een wederzijdse beïnvloeding van de culturen markt en overheid door informatie-uitwisseling en kennisruil. Latente doelen zijn: conflictpreventie en -beheersing.

Over de vorm van het overleg beveelt de Raad het volgende aan.

- a. Het overleg wordt *niet in een afzonderlijke wet geregeld*, wel wordt het gestructureerd overleg geëntameerd onder ministeriële verantwoordelijkheid. Het overleg krijgt een herkenbare plaats in het beleidsproces. De minister sluit terzake een convenant met veldpartijen en deelt in de bestuurlijke visie (zie 3.3) de Tweede Kamer mee op welke wijze het gestructureerd overleg een rol speelt in het beleidsproces.
- b. Het convenant geldt voor een kabinetsperiode. Het overleg *concentreert zich op* de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de volksgezondheid en de zorg, alsmede op de werking van het verzekeringsstelsel en op de kostenbeheersing. Minister en veldpartijen stellen jaarlijks een agenda voor het overleg op en sturen deze naar de Tweede Kamer. Het gestructureerd overleg krijgt een plaats naast het post-WAGG's overleg.
- c. Het overleg vindt plaats *tussen de bestuurlijke en ambtelijke top van VWS enerzijds, representatieve vertegenwoordigers van de kennelijke belangen* in en rond de sector anderzijds (zorgvragers, zorgaanbieders, beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars, werkgevers en werknemers). Per belang of hoedanigheid neemt een beperkt aantal personen aan het overleg deel.  
De frequentie van het overleg wordt bepaald door het verloop van het beleidsproces. In ieder geval houden de overlegpartners rekening met de begrotingscyclus.
- d. Het overleg moet een doel hebben. De minister sluit met behulp van het gestructureerd overleg om het jaar een *tweejaarlijks zorgakkoord* met veldpartijen. Dit zorgakkoord heeft in principe betrekking op de wijze waarop de financiële ramingen tot stand komen en op het realiseren van de ramingen. Uitgangspunt hierbij is de besluitvorming in het kabinet over het macrobudget en over de begrotingsdiscipline (primaat van de politiek).

De vorm van dit overleg:

- niet in een afzonderlijke wet regelen, wel in een convenant

- agenda: toegankelijkheid etc., het verzekeringsstelsel en de kostenbeheersing

- deelnemers: de kennelijke belangen

- een zorgakkoord als concreet doel

Naast dit centraal overleg, kunnen betrokkenen kiezen voor overleg in een andere samenstelling.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

De Raad adviseert de overheid op basis van gelijkwaardigheid met de veldpartijen te overleggen: het overleg is geen sturing. Geen 'dictaat' van de politiek. Overheid en veld kunnen het initiatief nemen zaken op de agenda te plaatsen.

Het forum functioneert op basis van ruilverhoudingen (win-winsituaties creëren). Van de zijde van de overheid wordt *schaarste* (omvang, allocatie, prioriteiten, gevolgen) en *aanbodregulering* (vermindering) ter discussie gesteld. De belangrijkste ruilgoederen van veldpartijen zijn *doelmatigheid, kwaliteit, effectiviteit* (afrekenen op behaalde resultaten), en vooral: zelfregulering. Voor beide is informatie ruilgoed.

Zorgforum: op basis van ruilverhoudingen

*"Maar om een burgerlijk collectiveringsproces in klein verband op gang te krijgen, zijn entrepreneurs nodig, die in staat zijn de wederzijdse verwachtingen van partijen te bespelen; daartoe is ook een forum nodig, waar die partijen bijeenkomen en elkanders verrichtingen en bijdragen kunnen inspecteren, kritiseren en prijzen: waar ze dus informele sancties op elkaar kunnen toepassen; sancties overigens die, anders dan de economische theorie vaak veronderstelt, weliswaar hard kunnen aankomen, maar toch vaak kosteloos zijn, of zelfs bevrediging schenken aan degenen die ze uitoefent: bijvoorbeeld roddel, moreel vermaan en scandalisering."*

(A. de Swaan, 1995)

### 3.5 De kring van belanghebbenden

De Raad beveelt aan bij al het overleg uit te gaan van een flexibele benadering als het gaat om de kring van belanghebbenden. Dit geldt zeker voor het sectoraal overleg, maar in mindere mate ook voor het centraal overleg als bedoeld in 3.4.

*De deelnemerslijsten dienen eenmaal per kabinetsperiode te worden herijkt.* De vraagstelling en de opdracht bepalen de kennelijke belangen. Gegeven posities bestaan niet meer. De Raad waarschuwt voor nieuwe stroperigheid.

Deelnemers: flexibele benadering. Per kabinetsperiode bekijken; geen voorkeursbehandeling

Op de schouders van de rijksoverheid rust, in het kader van zorgvuldig bestuur, de plicht over het overleg en dus over de aard van de overlegpartners *verantwoording af te leggen in het parlement*. Daarbij moet zij ook *het begrip representativiteit definiëren*. Overheid en veld dienen vooraf overeenstemming te bereiken over de kring van belanghebbenden (het convenant uit 3.4).

Begrip representatief in gezamenlijkheid definiëren

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

*"Het recht om gehoord te worden, komt niet uit de lucht vallen. In het recht geldt dat partijen bij een geschil of bij verschil van inzicht ieder gelijkelijk de kans moeten hebben om hun argumenten naar voren te brengen. Wie belangen afweegt, hoort die belangen te kennen ('audi et alteram partem').*

*Sterker nog, het beginsel geldt voor alle situaties waarin de overheid tegenstrijdige belangen afweegt. De ontwikkeling van het administratieve recht in de laatste decennia, mede tegen de achtergrond van het EVRM, laat zien dat de overheid ook bij bestuurlijke beslissingen is onderworpen aan de plicht tot evenwichtige belangenafweging. Het recht om gehoord te worden krijgt daardoor meer inhoud."*

*(H.J. de Ru, 1993)*

De rijksoverheid heeft vele gesprekspartners: koepel- en brancheorganisaties, beroepsverenigingen. In toenemende mate dienen zich nieuwe overlegpartners aan: regionale zorgnetwerken, de manager/bestuurder van een zorginstelling, bedrijfsleven (organisaties van werkgevers en werknemers). De Raad ziet hier belangrijke nieuwe en directe overlegmogelijkheden ontstaan voor de rijksoverheid: korte communicatielijnen, hoog rendement en snel resultaat, verbreding van het maatschappelijk draagvlak voor VWS.

Overheid: praat ook met regio's en instellingen

De Raad vindt het niet gewenst eenmaal gekozen institutionele formules, bijvoorbeeld die van uitvoeringsorganen, te vervangen door deze nieuwe vormen van communicatie. Wel kunnen deze een belangrijke rol spelen in een vroege fase van het beleidsproces, wanneer innovatie en creativiteit voorop staan. Het door de Raad bepleite zorgforum (3.4) leent zich bij uitstek voor een afspraak over de maatvoering terzake.

De Raad beveelt aan *het bedrijfsleven*, dat wil zeggen de 'sociale partners', een vaste plaats te geven in het gestructureerd overleg in de sector volksgezondheid en zorg.

Laat bedrijfsleven toe aan tafel

De Raad beveelt aan de overlegfunctie niet te verengen tot de producenten, de verzekeraars en andere financiers van de zorg. De vraagzijde dient een vaste plek aan tafel te hebben. De beste manier om de *onderhandelingspositie van de patiënt* te verbeteren, is het versterken van zijn marktpositie. De primaire beleidsstrategie is: van aanbodregulering naar vraagregulering (zie het advies naar een meer vraaggerichte zorg (mei 1998) van de RVZ). Binnen de toezichtfunctie zou de minister hiervoor expliciete aandacht

Patiënt verdient een steviger plaats aan tafel: versterk zijn marktpositie, verminder de aanbodregulering

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



moeten vragen.

*De Raad is van mening dat alleen de patiënt voor de patiënt 'mag' spreken.* De andere deelnemers aan het overleg vertegenwoordigen andere belangen. Meer in het algemeen beveelt de Raad aan de 'hoedanigheden' in het overleg helder te alloceren en elkaar consequent aan te spreken op kerntaken.

### 3.6 De informatie-uitwisseling

Het succes van overleg staat of valt met de kwaliteit van twee zaken: de informatie-architectuur en het procesmanagement. Op het laatste gaat de Raad in 3.7 in. Over de informatie-architectuur doet de Raad de volgende aanbevelingen.

- a. De rijksoverheid dient geen monopolie op informatiebronnen te bezitten. In het beleidsnetwerk dient gelijkwaardigheid ten aanzien van de toegang tot relevante informatie te bestaan. Dit betekent, in de ogen van de Raad, dat ten behoeve van de effectiviteit van de overlegfunctie, *een onafhankelijke informatieautoriteit* (dan wel een planbureau-functie) voorwaarde is. De onafhankelijkheid dient te bestaan ten opzicht van overheid en veld. Deze speelt een rol bij:
- het analyseren en beleidsrelevant maken van informatie over toegankelijkheid; hierbij kunnen gegevens uit de indicatiestelling een belangrijke rol spelen (objectieveerbare informatie over de afstemming van vraag en aanbod);
  - de onderbouwing van de ramingen in het JOZ;
- NB: niet een verdere verfijning daarvan, eerder het vergroten van het sturend vermogen van de ramingen; het streven moet zijn gericht op het verkleinen van het gegevensvolume en het vergroten van het informatiegestalte.
- b. Belangrijke informanten zijn de *toezichthoudende instanties*. Het gaat dan om:
- de werking van het verzekeringsstelsel (overeenkomsten, zorgcontractering, toelatingsbeleid verzekeraars; de positie van de verzekerde);
  - het regionaal zorgbeleid;
  - de kwaliteit van het zorgaanbod;
  - het 'zorgrendement' van iedere in de sector geïnvesteerde gulden (verhouding primaire proces-overhead én: de gerealiseerde output).
- Op de toezichtfunctie gaat de Raad in dit advies niet dieper in.
- c. Om een *actief antikartelbeleid* te kunnen voeren, dient de

Een onafhankelijke informatie-  
autoriteit (planbureau)

Toezichthouders belangrijk in de  
informatie-architectuur

Een actief antikartelbeleid

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

rijksoverheid te kunnen beschikken over voldoende informatie over samenwerking en fusies. Hier spelen uitvoerings- en toezichthoudende organen een rol. Periodiek wordt, aan de hand van vooraf overeengekomen parameters, nagegaan of de toegankelijkheid, de keuzemogelijkheden voor de patint, alsmede de onafhankelijkheid van de verwijzingsfunctie voldoende zijn gewaarborgd. Dit zou wel moeten gebeuren met inachtneming van de kenmerken van de sector.

De Raad geeft de minister in overweging om voor de sector *een wettelijke regeling inzake informatierelaties* te ontwerpen, waarin wordt geregeld:

- het bestaan van een onafhankelijke informatieautoriteit;
- de levering van informatie door verzekeraars, instellingen en beroepsbeoefenaren;
- de wijze van registratie en beheer;
- het gebruik van uit het toezicht verkregen informatie.

Hiervoor kan de *Gezondheidswet* worden gebruikt en kan worden aangesloten bij de stappen die inmiddels al zijn gezet (VTV, SGZ).

In dit advies kan de Raad slechts beperkte aandacht geven aan de informatie-architectuur. Hierop zou apart moeten worden teruggekomen.

Leg informatie-architectuur vast in een wet, bijvoorbeeld de Gezondheidswet

### **3.7 De overlegfunctie en de andere bestuurlijke functies: procesmanagement**

De Raad beveelt aan de grondgedachte van Raad op maat, te weten *het scheiden van de bestuurlijke functies* beleidsbepaling, advies, uitvoering, toezicht, *stringent te blijven toepassen*. De beleidsmatige basis hiervoor biedt de bestuurlijke visie van de minister (zie paragraaf 3.3). Zo ontstaan waarborgen voor een geïntegreerde benadering van de verschillende bestuurlijke functies. Noodzakelijke voorwaarde is dan wel dat in het beleidsnetwerk de bestuurlijke en ambtelijke top van VWS een regisserende (niet een dirigerende) rol speelt als '*netwerkmanager*'. Bij scheiden hoort regie. VWS is de regisseur van het beleidsproces, optredend vanuit een ministeriële verantwoordelijkheid voor de zorgvuldigheid, de kwaliteit en de effectiviteit van de besluitvorming. De Raad verwijst naar een gelijkluidend voorstel van de commissie-Wiegel, zoals vermeld in een brief van de minister van Binnenlandse zaken aan de

Stringent scheiden van advies, beleid, uitvoering, toezicht

Maar: bij scheiden hoort regie (van de overheid)

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

Kamer van 14 mei 1997 ('aansturing uitvoeringsorganisaties'; 24427-165).

De verschillende door de minister ingestelde organen en colleges voor advies, uitvoering en toezicht spelen in het beleidsproces *alle een specifieke rol*. Deze is over het algemeen verbonden met een fase in het beleidsproces. De Raad vindt dat ook een *planbureau-functie* tot dit beleidsnetwerk behoort.

Geef de organen een specifieke rol

De Raad beveelt aan binnen het kerndepartement een centraal aandachtspunt voor *strategisch en logistiek management van het beleidsproces* te creëren. Het gaat dan om het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en de effectiviteit van de besluitvorming, met maatschappelijk draagvlak en overleg als aandachtspunt. Hiertoe zullen tussen de verschillende netwerken (de politieke omgeving, het interdepartementale, het sub-gouvernementele, de regionale) verbindingen tot stand gebracht moeten worden. Ook de informatie-architectuur (VTV, SGZ, JOZ) behoort tot het aandachtsgebied.

Aandacht voor het strategisch en logistiek management van het beleidsproces

In de fase van de beleidsvoorbereiding speelt de rijksoverheid een terughoudende, maar wel attente, rol. Dit is de fase van de creativiteit, de vernieuwing en de strategische beleidsontwikkeling. In de hierop volgende fase van de beleidsbepaling ligt de nadruk op kerndepartement en parlementaire besluitvorming.

In het sturingsconcept van de toekomst zal in de derde fase - die van de uitvoering en het toezicht - de nadruk liggen op de uitvoeringsorganen en op de toezichthoudende organen.

De Raad wijst er op dat in *alle fasen van het beleidsproces behoefte zal bestaan aan maatschappelijk draagvlak* voor beslissingen in het beleidsproces. Dit betekent dat *de overlegfunctie in wisselende vorm in alle fasen* moet worden vervuld (zie het schema in paragraaf 2.3 van dit advies). De overheid dient in het beleidsnetwerk en in het formele wettelijk kader hiervoor waarborgen, zoals een hoorplicht en een arbitrageregeling, in te bouwen.

Vervul de overlegfuncties in alle fasen van het beleidsproces, geef daaraan een formele basis

De Raad zou de *netwerkgedachte* met grote nadruk naar voren willen brengen als een essentiële organisatievorm voor de samenhang tussen de bestuurlijke organen in het beleidsproces. Voor het adequaat kunnen uitvoeren van de regisseursrol is het wel noodzakelijk dat VWS een bestuurlijke visie op dit proces ontwikkelt als bedoeld in aanbeveling 3.3.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

De netwerkgedachte is een voor handhaafbaarheid en effectiviteit noodzakelijk complement van reguliere sturingsmechanismen, zoals wet- en regelgeving.

*"Men kan hieruit dan ook de conclusie trekken dat goede raadgevingen, van wie dan ook afkomstig, noodzakelijkerwijs hun oorsprong moeten vinden bij de intelligentie van de heerser, en niet dat de intelligentie van de heerser voortkomt uit goede raadgevingen."*

*(N. Machiavelli, Ned. vert. 1991)*

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

# Bijlagen

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## Bijlage 1

### Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma

#### Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998 RVZ:

#### 1.2 Besturing van het zorg- en het ziektekostenverzekeringstelsel

##### *Achtergrond en probleemstelling*

Al een kleine tien jaar is het stelsel van ziektekostenverzekeringen in beweging.

- a. Ons financieringsstelsel kent niet alleen verzekerings- en andere financiele doelen, maar ook algemene public health-doelen (preventie, bevorderen sociale gelijkheid en participatie, kwaliteit van zorg, versterken interne samenhang onder meer door regionalisatie, zorgvernieuwing en onderzoek). Kan de uitvoering van deze zo nauw met zorg- en volksgezondheidsbeleid verweven doelen geprivatiseerd worden?
- b. Solidariteit heeft in onze tijd een andere beleidsimpact dan gedurende de eerste decennia na de oorlog. Er worden vragen gesteld bij klassieke uitgangspunten als gelijke toegankelijkheid. Impliceert 'verzekering' niet dat men betaalt voor de risico's die men neemt en dus individuele verschillen?

Welke differentiatie is (nog) toelaatbaar en in hoeverre is er al sprake van differentiatie? Kwetsbare groepen zijn waarneembaar (ongezondheid, lage inkomens etc.); hoever strekt de overheidsverantwoordelijkheid: bestrijden van sociale ongelijkheid etc. of het in stand houden van een sociaal vangnet?

- c. De overdracht van overheidsverantwoordelijkheden naar partijen in het zorgveld heeft consequenties voor het overeenkomstenstelsel. Partijen krijgen steeds meer ruimte om zelf binnen de wettelijke kaders afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit van zorg.
- d. De veranderingen in de besturing van de zorg leiden er toe, dat een steeds groter beroep wordt gedaan op het 'ondernemerschap' en bedrijfsmatig handelen van de zorgaanbieder en -verzekeraar. Contracten zijn niet langer gegarandeerd, budgetten zijn steeds meer de uitkomst van

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.



onderhandelingen tussen partijen en de druk op efficiency en productiviteitsverhoging neemt toe.

Tegelijkertijd blijft de gezondheidszorg een sociaal goed met daarbij geldende vereisten van voldoende aanbod, toegankelijkheid en gelijke rechten voor 'goede en slechte risico's'. De combinatie van ondernemerschap - gericht op doelmatig en klantgericht handelen - en het werken binnen een sociale context stelt bijzondere eisen aan de bestuurlijke inrichting van de zorg. De overheid zal de (rand)voorwaarden moeten scheppen die de zorgpartijen in de uitgangssituatie brengen om sociaal ondernemend te kunnen handelen.

Door deze bewegingen krijgen overheid en veld een andere relatie tot elkaar. In eerste instantie zal meer distantie optreden, gepaard aan profilering van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In tweede instantie zal gezocht moeten worden naar een nieuw evenwicht tussen overheid en veld. Hierbij is, bij alle dynamiek op dit vlak, behoefte aan een stabiel interactiepatroon.

Bij het zoeken naar een nieuw evenwicht in het besturingssysteem, bestaat behoefte aan een richtinggevend kader voor de middellange termijn. Op basis daarvan kan de overheid met het veld op een lijn trachten te komen. Hierbij zal op creatieve wijze naar nieuwe vormen van communicatie en samenwerking gezocht worden tussen overheid en veld.

Voorop staat de gedachte dat in het beleidsproces de betrokkenheid van veldpartijen - op moderne leest geschoeid - in stand moet blijven.

Relevant hierbij zijn onder meer de toepassing van budgetdiscipline, het systeem van aanbodregeling en het ontstaan van nieuwe, door zorginhoudelijke en/of regionale motieven ingegeven, coalities in de zorgsector. Het laatste wijst op een nieuwe ordening in de sector.

Tegelijkertijd doen zich in het zorgstelsel andere ontwikkelingen voor.

Door een aantal algemene maatschappelijke ontwikkelingen - minder werk voor lager opgeleiden, open grenzen, privatisering van delen van de sociale zekerheid, riskante gewoonten - ontstaan probleemgroepen binnen de volksgezondheid: jongeren, dak- en thuislozen, asielzoekers etc..

Dit zijn veelal klassieke doelgroepen van de openbare gezondheidszorg.

Op dit moment is er geen sprake van een eenduidige verant-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

woordelijkheid voor de zorgverlening aan deze groepen. Binnen de gezondheidszorg vindt deze zorgverlening plaats in zowel het eerste als tweede compartiment. Daarnaast bestaat er de keuze tussen de gezondheidszorg en de gemeentelijke zorg (WCPV, WVG, Verslavingszorg). Tenslotte is er een soms onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden tussen de zorgsector enerzijds, en sectoren als onderwijs en huisvesting anderzijds. Onvermijdelijk doen zich in een dergelijke situatie afwentelingsmechanismen voor: tussen zorgaanbieders, tussen sectoren en tussen financiers. Dergelijke mechanismen kunnen een ongewenste differentiatie binnen de groep zorgvragers bewerkstelligen.

#### *Vraagstelling*

Tegen bovenstaande achtergronden en probleemstellingen, kunnen de volgende clusters van beleidsvragen worden geformuleerd.

- a. Beleidsvragen met betrekking tot de rol van de verzekeraar in het zorg- en verzekeringsstelsel, in relatie tot de rol van de overheid; flexibilisering van het zorgaanbod, alsmede bevordering van de doelmatigheid; ervaringen in andere landen. Onder meer: dient de verzekeraar de regiefunctie te vervullen en zo ja, welke voorwaarden dienen daaraan te worden verbonden?
- b. Beleidsvragen met betrekking tot de contouren van het (be-)sturingssysteem voor de zorgsector en de daarin te onderscheiden verantwoordelijkheden, bevoegdheden en interacties. Onder meer: hoe kan de medeverantwoordelijkheid van de maatschappelijke organisaties voor het bestuur van de zorgsector worden gegeven?
- c. Beleidsvragen met betrekking tot differentiatie op het vlak van de toegankelijkheid van de zorg en met betrekking tot de openbare gezondheidszorg (probleemgroepen, preventie etc.). Onder meer: hoe kan uitstoting en differentiatie binnen het zorgstelsel worden voorkomen en hoe kan de public health-functie (in brede zin) worden bevorderd?

### **Uit deel 2 Werkprogramma RVZ 1997: 5 Besturing van de zorgsector**

#### *Te beantwoorden vraag:*

Hoe dienen de contouren van het toekomstig besturingssysteem van de zorgsector er uit te zien: verantwoordelijkheidsverdeling,

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

interactiepatronen, internationalisering?

*Functie advies in beleidsproces*

Het advies over de besturing van de zorgsector kan een rol spelen ten aanzien van de beleidsontwikkeling in het post-Raad op maat tijdperk. In 1997 zal, naar verwachting, niet alleen de adviesfunctie, maar ook de overleg- en de verschillende uitvoerende functies gestalte hebben gekregen. Er zullen nieuwe organen zijn ontstaan, adviescolleges, ZBO's etc.

Intussen ontstaan in het veld van de gezondheidszorg nieuwe vormen van overleg.

Het advies kan een rol spelen bij het totstandkomen van een gemeenschappelijke visie van overheid en veld op het besturen van de zorgsector. Daarbinnen zal een vorm van consensus moeten ontstaan over de manier waarop in dit gegeven hybride besturingssysteem optimaal recht kan worden gedaan aan noodzaak van en behoefte tot bestuurlijke medeverantwoordelijkheid van veldpartijen. In dit verband kan het advies onder meer een rol spelen in het reguleren van de spanning rond budgetdiscipline en aanbodregulering enerzijds, functionele decentralisatie anderzijds.

De functie van het advies zal vooral zijn: het aanreiken van een kader voor een functionele verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en markt, alsmede het verschaffen van bouwstenen voor een nieuw interactiemodel overheid/markt (nieuw is: post-Raad op maat).

*Programmering advies in 1997*

Tegen deze achtergrond zal het advies uitgebracht worden tegen het einde van 1997, zodat het in de eerste helft van 1998 een rol kan spelen in de strategische beleidsbepalingen binnen kabinet en departement.

**Brief van de minister van VWS aan de  
voorzitter van de Tweede Kamer d.d.  
27 oktober 1997 over 'gestructureerde  
entree'**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg



**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg



## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mr. I.W. Opstelten

Mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

#### **1 Betrokken raadsleden, klankbordgroep en RVZ-medewerkers**

##### **Raadsleden:**

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mr. I.W. Opstelten

##### **Samenstelling klankbordgroep:**

Mr. I.W. Opstelten (RVZ)

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort

Prof. mr. M. Scheltema

Prof. mr. dr. I.Th.M. Snellen

Prof. dr. R.J. van der Veen

##### **Ambtelijke projectgroep:**

Drs. P. Vos (projectleider)

Drs. K. Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Mr. J.P. Kasdorp

Drs. J.M.H. van der Velden

Drs. D. van der Rijt

Mw. mr. P. Fontein

#### **2 Verslag van de Invitational Conference gehouden op 9 maart 1998 om 15.00 uur in de Raadszaal van het**

**Stadhuis te Utrecht, onder voorzitterschap van  
mr. I.W. Opstelten**

*Bespreking van de discussiethema's*

*1 Het besturingsmechanisme voor gezondheidszorg;  
verantwoordelijkheden en bevoegdheden*

De meningen waren verdeeld over het specifieke van het beleidsterrein gezondheidszorg.

Enerzijds werd opgemerkt dat het beleidsterrein gezondheidszorg vergelijkbaar is met andere beleidsterreinen/sectoren, maar desondanks wel specifieke problemen kent. Zo werd aangegeven dat sturingsmogelijkheden door de overheid beperkt zijn. Mede hierdoor is er nu sprake van een toenemende invloed van aanbieders en financiers. Hiervan zijn de gevolgen nog onduidelijk.

Anderzijds werd aangegeven dat het beleidsterrein wel degelijk specifiek is, alleen al vanwege het feit dat de opbouw historisch gezien anders is dan in andere sectoren. Tevens is er sprake van een combinatie van publieke doelen, taken en middelen met private uitvoering. Daarnaast is de vraag vooral door emotie gestuurd. Er moet een ongelimiteerde vraag vervuld worden met een gelimiteerd budget. De strijd om de toegang tot de zorg is/wordt dan ook in deze optiek het centrale spanningsveld.

Verder zijn de verschillende actoren in sterke mate van elkaar afhankelijk: elke partij heeft de andere partij nodig om zijn doelen te bereiken. Maar er ontbreekt een duidelijk stuurcentrum in de gezondheidszorg.

Eveneens werd als specifiek voor het beleidsterrein aangemerkt, dat de kwaliteit moeilijk beoordeeld kan worden door de patiënt/consument.

Door aanwezigen werd aangegeven wat op dit moment als (onderdeel van het) *kernprobleem in de besturing van de sector* wordt ervaren:

- een ministerie van VWS, dat te maken heeft met een zogenaamde verantwoordelijkheids'gap', dat wil zeggen enerzijds een zeer breed verantwoordelijkheidsgebied en anderzijds beperkt stuurinstrumentarium (bijvoorbeeld geen wet om monopolievorming tegen te gaan). Een duidelijke definering van kerntaken heeft niet plaatsgevonden. Daaraan bestaat wel behoefte;
- de afstand tussen overheid en veldpartijen wordt door betrokken partijen als te groot ervaren. Soms zou de overheid niet moeten uittreden, maar juist intreden;

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- wederzijds vertrouwen ontbreekt. De kreet vertrouwen gaat weliswaar voorbij aan bestaande, reële belangentegenstellingen, maar het nu bestaande wantrouwen leidt tot te veel regelgeving en met elkaar concurrerende sturingsprincipes;
- wat betreft de overlegfunctie is niet duidelijk wie met wie overlegt, waarover en met welk doel;
- het beleidsterrein gezondheidszorg ontwikkelt zich te veel in een isolement. Men redeneert niet vanuit een centraal thema, zoals bij het ministerie van VROM;
- reële financiële kaders ontbreken. Het JOZ is immers niet gebaseerd op feiten, maar op wenselijkheden. Bovendien bestaat er geen onafhankelijk instituut voor de opstelling van een JOZ;
- monopolievorming van gezamenlijke zorginstellingen op regioniveau wordt afgedwongen door schaarste. Daardoor ontstaat het gevaar dat het aanbod een te sterk sturende factor wordt.

Volgens aanwezigen vloeien uit bovenstaande de volgende *eisen ten aanzien van het bestuur van de gezondheidszorg* voort:

1. De identiteit van het beleidsterrein gezondheidszorg vraagt om verheldering.
2. Werkelijke kerntaken van de overheid en de daarvan afgeleide verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten helder omschreven zijn. De overheid zal hiervoor een aftrap moeten geven.
3. Het wederzijds vertrouwen tussen overheid en veldpartijen moet worden hersteld. Voorwaarde is meer transparantie in de informatievoorziening, zodat de overheid op adequate manier de controlefunctie kan vormgeven en veldpartijen op regioniveau daadwerkelijk meer bewegingsvrijheid kan geven. Bij vertrouwen hoort countervailing power op regioniveau.
4. Kaderstellende afspraken tussen overheid en veldpartijen zullen jaarlijks gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgakkoord.
5. Het vraagstuk van krapte (budgettair en personeel) moet op microniveau aangestuurd worden. Het lokale niveau/de regio zal dan ook als uitgangspunt gelden.

## 2 Overleg

Breed onderschreven uitgangspunt in de discussie was, dat communicatie en overleg tussen overheid en veldpartijen noodzakelijk zijn, gezien de bestaande (en nader te expliciteren) afhankelijkheidsrelaties.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Eerst zal vooral moeten worden stilgestaan bij de vraag waarover *niet* hoeft te worden overlegd. Er werd gewezen op de noodzaak het aantal overlegpartners te saneren en het overleg te structureren, zodanig dat het voor betrokkenen weer zichtbaar wordt. Representativiteit van overlegpartners is daarbij van essentieel belang. Een aantal nieuwe actoren (werkgevers en werknemers) mag daarbij niet uit het oog worden verloren.

In het overleg moet verder duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen beleidsdoelen en beleidsmiddelen. De overlegonderwerpen moeten bovendien zo exact mogelijk worden bepaald.

Bij de vormgeving van de overlegfunctie gingen aanwezigen ervan uit, dat wordt voortgebouwd op 'Raad op maat'. Dat wil zeggen een scheiding van de functies advies, overleg en uitvoering. Maar, zo werd opgemerkt: 'Raad op Maat' heeft de structuur uit het overleg weggenomen. In deze context werd aangegeven, dat onderscheid gemaakt moet worden tussen beleidsvoorbereiding en zorgvernieuwing enerzijds en beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering anderzijds. In de fase van beleidsvoorbereiding zal de overheid meer waarnemer zijn op afstand (het zogenaamde inspeelmodel), in de andere fasen hebben overheid en uitvoeringsorganen een meer dominante rol. Juist in de fase van beleidsuitvoering/implementatie werd overleg van essentieel belang geacht.

Tot slot werd aangegeven, dat overleg en controle niet vermengd mogen worden. Controle moet een onafhankelijke functie zijn.

Opmerkelijk was dat door aanwezigen, steeds in verschillende betekenissen, de volgende kernbegrippen zijn gehanteerd: *vertrouwen*, *verantwoordelijkheid* (waarbij vooral de implementatie van maatschappelijk ondernemerschap bedoeld werd) en *openbare verantwoording*. Deze begrippen zouden voor zowel overheid als veldpartijen moeten gelden.

*Bespreking van de (concept) beleidsaanbevelingen van de RVZ  
Voornaamste conclusies m.b.t. de beleidsaanbevelingen waren:*

*1. Wederzijdse afhankelijkheidsrelaties binnen het beleidsterrein  
gezondheidszorg noodzaken tot communicatie en overleg.*  
Deze afhankelijkheidsrelaties vormen het fundament van waaruit gelegitimeerd naar de vraagstelling m.b.t. de vormgeving van de overlegfunctie gekeken kan worden.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

*2. Blokkade bij de vormgeving van de overlegfunctie is de eigen identiteit van het beleidsterrein gezondheidszorg.*

Deze eigen identiteit zal nader omschreven moeten worden. Startpunt in de redenering is het primaire proces.

*3. Noodzaak van een bestuurlijke visie van de minister van VWS wordt onderschreven.*

De minister zal duidelijk moeten aangeven wat haar verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn en wat de rol van de centrale besturing is: in de zorgsector zou territoriale decentralisatie belangrijker kunnen zijn.

*4. Vertrouwen is, onder voorwaarden, een belangrijk instrument in openbaar bestuur.*

De informatievoorziening en controle moeten zo geregeld worden dat vertrouwen in veldpartijen gerechtvaardigd is en ook hersteld wordt. Er moet een kader zijn op basis waarvan delegatie door de overheid aan veldpartijen mogelijk is (zie 3). Op microniveau zal verantwoording afgelegd moeten kunnen worden (onder meer met behulp van toezicht). In dit verband werd de suggestie gedaan om een onafhankelijke visitatiecommissie in te stellen die o.a. de toegankelijkheid toetst.

De in de beleidsaanbevelingen gedane suggestie om transparantie te vergroten en een onafhankelijke informatie-autoriteit in het leven te roepen, werd door aanwezigen algemeen onderschreven.

*5. De regio moet meer worden benadrukt als uitgangspunt in de besturing.*

Met nadruk werd gewezen op de structurele verschuiving in het zwaartepunt van onderhandeling en van locus of control van nationaal naar regionaal niveau.

Dit geldt uiteraard voor de veldpartijen, maar ook voor het overleg tussen hen en de rijksoverheid.

*6. De patiënt is nog geen partij, maar kan dit wel worden.*

Voor het werkelijk dynamiseren van de sector is de patiënt nodig, zo werd opgemerkt. Met name het patiëntgebonden budget (patiënt als zorgcontractant) en de informatievoorziening (patiënt met informatiemacht) kunnen verandering brengen in de positie van de patiënt. Zover is het echter nog lang niet.

*7. Beleidsnetwerken vragen om een andere manier van sturen.*

Het gaat voor de overheid om het stimuleren van en het inspelen op de dynamiek van de sector. Daarbij moet niet te veel worden

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

uitgegaan van het primaat van de politiek en het regelmodel, zo luidde de mening van aanwezigen. De overheid heeft vooral een rol als medespeler die randvoorwaarden creëert. Wel bestond bij velen terughoudendheid bij het toepassen van concepten als 'interactief sturen' en beleidsnetwerken. Men wees dan op de specifieke verantwoordelijkheid van de overheid in het overleg met veldpartijen.

*8. Meer algemeen: het advies moet zo concreet mogelijk zijn.*

Aangegeven werd, dat de mogelijkheden tot nadere concretisering afhangen van:

- het kunnen expliciteren van verwachtingen ten aanzien van overleg en communicatie. Dit is een proces waarin de overheid zelf positie zal moeten bepalen;
- de mogelijkheid om de afhankelijkheidsrelaties nader te operationaliseren.



*Bij de Invitational Conference, gehouden op maandag 9 maart 1998 om 15.00 uur in de Raadszaal van het Stadhuis te Utrecht, waren de volgende personen aanwezig:*

Drs. J.F. de Beer (KPMG Management Consulting)  
De heer H.A. de Boer (College voor ziekenhuisvoorzieningen)  
Drs. W.L. Bonhof (Psychiatrisch Centrum Zon & Schild)  
De heer J.F. Buurmeijer (Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen)  
Ir. B.F. Dessing (Zorgverzekeraar VGZ)  
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten (Erasmus Universiteit/iBMG)  
Drs. F.A.M. Kerckhaert (Vereniging van Nederlandse Gemeenten)  
Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort (Nationaal Ziekenhuis Instituut)  
Mr. I.W. Opstelten (Burgemeester van Utrecht)  
Drs. K. Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam)  
Drs. R.L.J.M. Scheerder (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg)  
Prof. mr. M. Scheltema (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid)  
Drs. A. Schoemaker-Beugeling (Beugeling Interim Partner)  
Dr. H.J. Schneider (ministerie van VWS)  
Drs. H.J. Smid (ZorgOnderzoek Nederland)  
Prof. mr. dr. I.Th.M. Snellen (Erasmus Universiteit Rotterdam)  
Mr. J.L.P.G. van Thiel (Ziekenfondsraad)  
Drs. P.R. Tiebout (Coopers & Lybrand)  
Prof. dr. R.J. van der Veen (Universiteit Twente)  
Mevrouw mr. E. Veder-Smit  
J. Verhoeff, psychiater (Inspectie Gezondheidszorg)  
Mr. dr. T.A.M. Witteveen (Algemene Rekenkamer)  
T.R. Zijlstra (Zorgnetwerk Gorcum en Omstreken)

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

### 3 Gevoerde gesprekken

- 3.1 Tijdens het voorbereiden van het advies is met twintig sleutelfiguren uit en rond de sector volksgezondheid en zorg gesproken. De resultaten van deze interviews zijn verwerkt in een afzonderlijke rapportage die ter inzage ligt bij het secretariaat van de RVZ.

*Met de volgende personen is gesproken:*

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie  
R. Meerhof, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg  
Prof. dr. A.A. de Roo, voorzitter

Nieuwe Unie '91  
W. Bakker, directeur  
K. de Jong, ad interim voorzitter

NZi  
Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, directeur

Academisch Ziekenhuis Sint Radboud  
Drs. F.J.M. Werner, voorzitter raad van bestuur

Mw. mr. E. Veder-Smit

Trimbos Instituut  
Prof. dr. A.J. Dunning, voorzitter

VROM Raad  
Dr. ir. Th. Quené, voorzitter

ING Groep NV  
Dr. A.H.G. Rinnooy Kan, lid van de raad van bestuur

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Prof. dr. A. Klamer

Universiteit Nijenrode  
Prof. dr. E.J. Bomhoff

Rabobank

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Drs. A. Kuijpers, hoofd afdeling Health Care van Rabobank International

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
J. Verhoeff, psychiater, hoofdinspecteur

KPMG  
Adviesgroep gezondheidszorg  
Drs. J.F. de Beer, directeur

Ziekenfondsraad  
L. de Graaf, voorzitter

ZAO Zorgverzekeringen  
Drs. E. van der Veen

Catharina Ziekenhuis  
Dr. G.P.L.A. van den Broek, directeur

CNV  
Mr. A.J. de Geus, vice-voorzitter

Psychiatrisch Centrum Zon & Schild  
Drs. W.L. Bonhof, directeur beheerszaken

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

- 3.2 Met de deelnemers aan het zogenaamde Treekberaad is door de Raad gesproken, mede naar aanleiding van een standpunt van dit beraad over sturing en besturing.
- 3.3 In het kader van het opstellen van de achtergrondstudie 'Overleg tussen VWS en veld' is met een aantal medewerkers van VWS gesproken. Zie hiervoor bijlage 5 van dit advies.
- 3.4 Tenslotte is met een aantal 'vertegenwoordigers' van andere beleidsterreinen gesproken:
  - Mw mr. T. van Beek, plv. SG ministerie van V&W
  - Mw. drs. A. Boot, directie bestuur ondersteuning, ministerie van OC&W
  - Drs. R. den Dunnen, SG ministerie VROM
  - Drs. W.A. Haeser, algemeen secretaris VROM Raad
  - Drs. J.D. Beekhuizen, coördinerend bestuurlijk mede-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

werker ministerie van Sociale Zaken

- Ir. H.J.M. Verkooyen, algemeen secretaris Raad voor de Waterstaat
- Mr. S.B. Boelens, algemeen secretaris van het Overlegorgaan voor de Waterstaat
- Drs. M.H.P. van Haeften, secretaris Raad voor het Openbaar Bestuur
- Mr. drs. H.J.M. Hoefnagel, algemeen secretaris Onderwijsraad
- Drs. J.W. Holtslag, DG openbaar bestuur ministerie BiZa
- Drs. P. Haighton, beleidsmedewerker ministerie BiZa.

- 3.5 De Raad wijst er op dat het vermelden van namen niet betekent dat de betrokkenen ook expliciet hebben ingestemd met dit advies.
- Over het algemeen is met hen gepraat in een vroeg stadium van de adviesvoorbereiding. De resultaten van de gesprekken zijn verwerkt in het advies.

## Bijlage 4

### Onderbouwing van het advies

In deze bijlage onderbouwt de Raad zijn advies op de volgende punten:

- 1 Het specifieke van de gezondheidszorg
- 2 De aan het bestuur van de gezondheidszorg te stellen eisen
- 3 Randvoorwaarden van de ministeriële verantwoordelijkheid
- 4 De relevante contextontwikkelingen
- 5 De achtergronden van deze ontwikkelingen
- 6 De probleemstelling
- 7 Beleidsnetwerken en interactief sturen

De eerste zes paragrafen komen voor rekening van de RVZ; paragraaf 7 is afkomstig uit een artikel van Klijn en Koppejan uit 1997.

#### 1 Het specifieke van de gezondheidszorg

Wat zijn de structuur- en de cultuurkenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg?

- a. De private uitvoering van de gezondheidszorg (privaatrechtelijke productie van de zorgverlening). Gekoppeld aan een bij de uitvoerders sterk levend gevoel van professionele autonomie, leidt dit tot een productieproces dat slechts ten dele stuurbaar is van buitenaf: een politiek immune black-box. Het sturingsvermogen van de overheid is beperkt.
- b. Een grotendeels decentrale uitvoering van sectorspecifieke wet- en regelgeving, samenhangend met de politieke keuze voor een gemengde verzekeringsfinanciering. Gemengd betekent dat deze verzekering wordt uitgevoerd door zowel uitvoeringsorganen van de ZFW/AWBZ, 'ziekenfondsen', als door algemene verzekeringsbedrijven. Een relatief zware uitvoeringsorganisatie, bestaande uit onder meer een aantal ZBO's. Belangrijkste actor daarbinnen: de zorgverzekeraar, dat wil zeggen: een private onderneming draagt mede publieke verantwoordelijkheid. Daarnaast een specifieke verwevenheid van een relatief 'zware' aanbodregulering en een verzeke-

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

ringsgedachte en daarmee van centrale sturing door de overheid en functioneel gedecentraliseerde sturing. Hierdoor is de vraag: wie regisseert het afstemmen van vraag en aanbod? moeilijk te beantwoorden: de overheid, de producent of de verzekeraar? Aanbodregulering in de gezondheidszorg is niet alleen regulering van, maar vaak ook door het aanbod. Een duidelijk machtscentrum (bijvoorbeeld binnen overheid) is er niet. Bovendien hebben veel partijen hindermacht.

- c. Een relatief complexe, want pluriforme, structuur van de zorgmarkt(-en). Geen enkelvoudige en eenduidige relatie tussen vraag en aanbod. Vooral de vraagzijde is moeilijk te definiëren. De positie van de patiënt is structureel zwak, waardoor in economische zin geen sprake is van een 'vraag' op een 'markt'. Op de verschillende deelmarkten (zorgverlenings- en zorgcontracteringsmarkt) acteren steeds andere koppels, vanuit andere motieven. Er bestaan marktimperfecties, deels conjunctureel, deels structureel (onvoldoende countervailing powers). De positie van de producent (vroeger voornamelijk beroepsbeoefenaar, tegenwoordig vooral de instelling) is dominant ten opzicht van die van patiënten en verzekeraars.
- d. Gezondheidszorg raakt direct aan de belangen en de emoties van de individuele burger (en is dus niet alleen een beleidsabstractie). Het is daarmee een politiek gevoelig beleidsterrein met bovendien het op en na grootste 'collectieve' budget. Politieke gevoeligheid gekoppeld aan politieke immuniteit (zie punt a). Voor de individuele burger is de belangrijkste gesprekspartner in de gezondheidszorg de beroepsbeoefenaar (vooral de artsen en verpleegkundigen). Hiermee is de as patiënt - zorgverlener de centrale in het complexe web van betrekkingen. Binnen deze as (in de spreekkamer) worden de kosten gegenereerd; er bestaat geen koppelingsmechanisme tussen spreekkamer en macrokostenbeheersing.
- e. Gezondheidszorg raakt niet alleen aan de belangen van de individuele burger, maar ook aan die van andere departementen. De interdependentie van de beleidsterreinen volksgezondheid, sociale zekerheid, volkshuisvesting, arbeid, inkomensverdeling en sociale infrastructuur is groot. VWS is én spending én facet-departement, naast sector-departement. Dit leidt tot afhankelijkheidsrelaties, die wederzijds zijn. Op hun beurt geven deze relaties aanleiding tot bemoeienissen over en weer, maar ook tot competentiekwesties. In laatste instantie is de vraag dan: wie runt de gezond-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

heidszorg eigenlijk? Het betekent ook dat op het beleidsplatform van de gezondheidszorg ook actoren van buiten een rol spelen, bijvoorbeeld werkgevers en werknemers.

Absoluut en eeuwigdurend zijn de kenmerken niet. Zij horen bij de Nederlandse gezondheidszorg van vandaag. Zeker voor de financieringssystematiek geldt dat een andere politieke keuze, bijvoorbeeld een voor begrotingsfinanciering, mogelijk is. Gegeven de keuze voor een verzekeringssystematiek, lijkt het financieringsaspect in brede zin het meest specifieke te zijn voor de gezondheidszorg, vergeleken met andere beleidsterreinen.

## **2 De aan het bestuur van de gezondheidszorg te stellen eisen**

Uit de zojuist genoemde kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg vloeien enkele eisen voort die men aan het bestuur- bestuurders en besturingsmechanisme- van deze sector kan stellen.

### *\* scheiding beleid - uitvoering*

De aan de gezondheidszorg inherente scheiding van beleid en uitvoering vereist een hoogwaardige communicatie tussen overheid en veld en tussen overheid en gedecentraliseerd functioneel bestuur (bijvoorbeeld ZBO's). Dit vereist communicatieve bestuurders. Het vereist ook een zeer goed gemanaged besturingsstelsel (centraal-decentraal).

### *\* primaat van politiek, sturing door overheid?*

Een primaat van de politiek en een directe sturingsmogelijkheid van de overheid bestaat in absolute zin niet in de gezondheidszorg. Wil men toch publieke doelen realiseren, dan is men aangewezen op overleg en op overtuigingskracht. Alleen daarmee kan de overheid hindermacht omzetten in positieve kracht. Besturen van zorg is sturen op afstand. De bestuurder moet dit ontkoppeld sturen willen en kunnen.

### *\* de dynamiek van de zorg*

De dynamiek aan de vraagzijde is groot, permanent en deels onvoorspelbaar. Alleen de maatschappelijke organisaties in de gezondheidszorg kunnen een continue afstemming van het aanbod op de vraag realiseren. Zij doen dit mede 'namens' de overheid. Zij dienen daartoe uitgenodigd te worden. Het bestuur moet uitnodigen en ook uitdagen. De overheid moet durven delegeren en mandateren. Dit vraagt om vertrouwen.

### *\* publiek of privaat?*

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Het onderscheid tussen publiek en privaat is in de gezondheidszorg niet altijd haarscherp aan te brengen. Dit moet het bestuur accepteren, inclusief de daaraan verbonden risico's. Alleen op basis van transparantie, verantwoording en communicatie kan men ongelukken voorkomen. Toezicht, namens de overheid, geaccepteerd door het veld, is dan essentieel. Dat moet wel effectief, efficiënt en beleidsrelevant zijn.

\* *schaarste*

Alle bij het bestuur betrokkenen zullen het bestaan van schaarste moeten accepteren. Anders gezegd: accepteer dat de belastingbetaler nooit alle denkbare 'zorgvragen' zal willen dekken. Er zal, als de zorgvraag in de samenleving onbegrensd is, altijd spanning in de gezondheidszorg zijn. Dat behoeft niet tot problemen te leiden. Het bestuur moet die spanning reguleren.

Dat betekent in ieder geval dat je iets hebt uit te leggen. Het betekent ook dat de bestuurder moet kiezen. Dat moet hij open en bloot doen: er publiek verantwoording over afleggen.

De kunst is: de permanente schaarste (in combinatie met het continu toenemen van de zorgkloof/omzetten in positief beleid.

\* *het beleidsnetwerk*

Allesoverheersend beeld: de onderlinge afhankelijkheden in de gezondheidszorg. Geen van de betrokken actoren kan zijn doelen realiseren buiten de andere actoren om. Algemene eis aan de bestuurder: het kunnen omgaan met afhankelijkheden en in dat verband interactie stellen boven hiërarchie.

\* *ministeriële verantwoordelijkheid*

De paradoxale toestand doet zich voor dat de gezondheidszorg enerzijds deels politiek immuun is, maar anderzijds politiek dynamiet (zie 2.1, a en d). De ministeriële verantwoordelijkheid geldt onverkort; de minister kan door de Staten-Generaal ter verantwoording worden geroepen voor ieder bestuurshandelen dat onder haar zeggenschap plaats vindt. De Grondwet draagt de overheid een zware verantwoordelijkheid op als het gaat om de volksgezondheid. Op grond hiervan wordt de overheid (de minister) ook continu ter verantwoording geroepen door parlement en samenleving. Niet alleen over het macrobeleid, maar ook over de patiëntenzorg op het microniveau.

Paradoxaal is dat deze ministeriële verantwoordelijkheid niet zwaar is bekleed met machtsmiddelen. Paradoxaal is ook dat de afstand tussen 'minister' en 'veld' soms maximaal, soms minimaal is. Ook dat stelt eisen aan het besturingsmechanisme (de bestuursharmonica).

De overheid is bij het besturen van de gezondheidszorg aangewezen op de medewerking van de maatschappelijke organisaties. Het

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



sturend vermogen van de overheid is beperkt. Een klassiek model van een bestuurder en een bestuurd voldoet niet (meer) in deze beleidssector. Op zoek naar een ander besturingsmodel en naar eisen te stellen aan het bestuur, kan gebruik worden gemaakt van het concept 'beleidsnetwerk'. In zo'n netwerk besturen overheid en veld gezamenlijk op interactieve wijze. Geen van de actoren is de dirigent.

Het netwerk is het bestuurlijk paradigma. Dat is nog niet voldoende. Een zekere institutionalisering is nodig. Een vrijblijvend netwerk is niet effectief. De essentie van het paradigma is dat het klassieke top down - besturingsmechanisme, omdat het niet meer werkt, wordt vervangen door een andere benadering. Maar ook in die nieuwe benadering zal de overheid een specifieke rol hebben te spelen. En daarmee is de kern van de besturingsproblematiek gegeven: een netwerkachtige, interactieve benadering (als noodzaak) moet worden gecontinueerd met een eigen verantwoordelijkheid van de overheid in het netwerk.

Daaraan is dit advies gewijd.

### **3 Randvoorwaarden van de ministeriële verantwoordelijkheid**

In paragraaf 2.2 van het advies is de ministeriële verantwoordelijkheid voor het beleidsterrein volksgezondheid en zorg beschreven. Daar is aangegeven dat er drie randvoorwaarden bestaan bij deze verantwoordelijkheid:

1. de *interdependentie* van volksgezondheid/zorg en andere beleidsterreinen;
2. de noodzaak collectieve *uitgaven te beheersen*;
3. de eis van *zorgvuldigheid* van openbaar bestuur.

#### *Ad 1: Interdependentie van beleidsterreinen*

Volksgezondheid en zorg is niet alleen een zelfstandig beleidsterrein, zij is ook een aspect van algemeen overheidsbeleid. Bovendien zijn (omgekeerd) specifieke taken op dit beleidsterrein vaak slechts te realiseren in samenwerking met andere beleidsterreinen. Deze interdependentie maakt volksgezondheid en zorg tot kabinetsbeleid.

#### *Ad 2: Uitgavenbeheersing*

Omdat de wettelijke zorgaanspraken over het algemeen niet goed zijn af te grenzen naar duur, intensiviteit en reikwijdte en tegelijkertijd de zorgbehoefte in de samenleving op oneindig kan

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

worden gesteld, leidt kostenbeheersing per definitie tot spanning in het zorgsysteem. Dit te meer waar zorgaanbieders zich tot taak stellen aan een zorgvraag tegemoet te komen en zorgverzekeraars zich ten doel stellen hun verzekerdenbestand uit te breiden door middel van aantrekkelijke polissen.

Dit leidt tot een structurele en politiek geïnduceerde schaarste, hetgeen bepalend is voor de verhoudingen tussen de actoren. In een dergelijke schaarstesituatie zal de overheid, verantwoordelijk voor het rantsoeneren, moeten kiezen (het primaat van de politiek) uit drie beleidsstrategieën:

- het beperken van de omvang van het pakket en de toegang tot het pakket;
- het verlagen van het zorgbudget;
- het verhogen van de doelmatigheid van de zorgverlening.

In alle gevallen heeft een keuze gevolgen voor een van de actoren binnen het bestel. In alle gevallen 'stuurt' de overheid op schaarste.

#### *Ad 3: Zorgvuldigheid van bestuur*

Kenmerkend voor de overheid is de wijze waarop deze haar kerntaak dient te vervullen. Anders dan alle andere actoren in het besturingssysteem, moet de overheid zich laten leiden door:

- het algemeen belang, waarvan zij hoedster is en door de noodzaak kennelijke deelbelangen evenwichtig tegen elkaar af te wegen en daartussen te bemiddelen (de integrerende rol);
- de noodzaak het publieke belang te definiëren en dit vast te leggen in een gezaghebbende toedeling van normen;
- zorgvuldigheid, transparantie en openbaarheid van bestuur.

Een extra stimulans voor zorgvuldigheid en openbaarheid vloeit voort uit de omstandigheid dat in de sector volksgezondheid en zorg de verhoudingen tussen de actoren worden gekenmerkt door marktperfectionen (monopolieposities; patiënt geen marktpartij; ondoorzichtige kwaliteit-prijsrelaties; onvoldoende transparantie zorgaanbod). Dit legt de overheid de verplichting op een actieve marktmeester te zijn.

## **4 De relevante contextontwikkelingen**

In en rond de gezondheidszorg speelt zich een aantal ontwikkelingen af die relevant zijn voor dit advies. Deze ontwikkelingen vormen de context voor de overlegfunctie in de gezondheidszorg.

### *a. Binnen staat en overheid*

Op het niveau van staat en overheid zijn vier ontwikkelingen van

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

belang.

De verzorgingsstaat is minder vanzelfsprekend dan 30 jaar geleden, in samenhang met een minder prominente plaats voor de daarbij behorende waarden als solidariteit, gelijkberechtigdheid en gelijke toegankelijkheid. Differentiatie en keuzemogelijkheden zijn nu belangrijker dan 20 jaar geleden.

Meer in het algemeen zien wij een afnemende slagkracht bij de staat, onder andere door internationalisering van bedrijfsleven en technologie, maar ook door emancipatie van gemeente, regio en burger. Belangengroepen maken de uitvoering van beleid lastiger. Beleidsdoelen en -middelen raken ontkoppeld.

Een ten opzichte van de eerste naoorlogse decennia verminderd geloof van de samenleving in de wenselijkheid en in de realiteitswaarde van het primaat van de politiek. Deze ontwikkeling kan niet los worden gezien van de problemen met het politiek oplossen van complexe vraagstukken en van het steeds vaker gesignaleerde gebrek aan inspirerende politieke ideeën. Ook worden vragen gesteld bij de representativiteit van de politieke partij. De term 'maatschappelijk draagvlak' is toe aan een nieuwe definitie.

De rijksdienst is al enige tijd in beweging. Mede door de net genoemde ontwikkelingen, probeert de rijksoverheid zich terug te trekken op haar kerntaak. Dit is een poging aan het begrip ministeriële verantwoordelijkheid een nieuwe inhoud te geven. Via functionele decentralisatie stoot de overheid taken af, soms in de vorm van externe, soms in de vorm van interne vanzelfstandiging. De overheid lijkt op zoek naar een nieuw bestuursoptimum.

#### *b. Binnen het maatschappelijk middenveld*

Op het niveau van het maatschappelijk middenveld in de zorgsector ziet men drie, elkaar onderling sterk beïnvloedende, ontwikkelingen.

Een eroderen van de traditionele koepelorganisaties, doordat deze minder in staat zijn schaarste (onder hun leden) te verdelen dan de welvaart van de periode 1960 - 1980. Een tweede oorzaak ligt in het meer competitief worden van de betrekkingen tussen de lidorganisaties. Ook ziet men een emancipatie van de lidorganisatie ten opzichte van de koepelorganisatie, onder meer als gevolg van schaalvergroting (verplaatsing van de locus of control naar beneden).

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Het aannemen van het profiel van brancheorganisatie, dus het voorop stellen van belangenbehartiging voor en dienstverlening aan leden, terwijl het algemeen belang minder dominant wordt (het waardeaspect).

Een zich door deze twee ontwikkelingen minder profileren als actief medebewindvoerder, als co-equipier van de overheid. De toppen van de maatschappelijke organisaties fungeren niet meer als mede- beheerder van publieke zaken en waarden. Raad op maat heeft hier waarschijnlijk een katalyserende werking gehad, hoewel, omgekeerd, de zojuist beschreven ontwikkelingen ook de aanleiding vormden van Raad op maat.

*c. Binnen de gezondheidszorg*

Op het niveau van de zorgverlening zien wij de volgende relevante ontwikkelingen.

Een zich langzaam emanciperende patiënt; de vraagzijde zal (voor het eerst in de geschiedenis) een countervailing power kunnen worden, hetgeen de marktverhoudingen in de sector grondig zal veranderen. De opkomst van de vraag wordt vooral veroorzaakt door het inlopen van een kennisachterstand; daarbij speelt IT een belangrijke rol. Het zal waarschijnlijk nog geruime tijd duren voordat de patiënt werkelijk partij is.

Zorginstellingen slaan de handen ineen: fuseren of ontwikkelen transmurale of categoriale zorgnetwerken. Deze leiden tot schaalvergroting en daarmee tot concentratie van macht bij zorgaanbieders. Dit proces zal zich praktisch gezien veelal regionaal afspelen (adherente bevolking, doelgroepen), waardoor de regio als geografische grondslag voor zorgverlening en - organisatie prominenter wordt.

Ook zal deze ontwikkeling de opkomst van sterk management stimuleren, waardoor de manager in het besturingssysteem een steeds belangrijkere actor zal worden. Deze ontwikkeling zal tenslotte de dominantie van 'de organisatie' over de individuele beroepsbeoefenaar bevorderen, hetgeen van grote betekenis kan zijn voor aard, vorm en object van besturingsmechanismen.

Het betreden van het speelveld door nieuwe actoren, naast de drie klassieke: patiënt, verzekeraar, producent/aanbieder. Men moet dan denken aan over het algemeen krachtige actoren als: de gemeenten, het bedrijfsleven (vooral werkgevers), de banken (onder andere als kapitaalverschaffer) en verzekeringsconglomeraten. Het

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gaat dus om opkomende machten op het lokale en op het internationale niveau. Kenmerkend is verder dat de nieuwe actoren de volksgezondheid als nevenbelang zullen beschouwen, opererend vanuit een algemene bestuurlijke, commerciële of organisatorische context.

Tegelijkertijd is het ontwikkelen en uitvoeren van volksgezondheidsbeleid al lang niet meer het alleenrecht van de minister van VWS. Andere departementen sturen mee: Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Economische Zaken, VROM en AZ.

Uit het bovenstaande kunnen enkele algemene lijnen worden getrokken die in dit advies van nut kunnen zijn.

1. De indruk overheerst dat de betrekkelijke stilstand van de periode 1960-1980 is overgegaan in een dynamische bestuurlijke toestand, waarin posities, belangen en machtsverhoudingen continu veranderen. Het lijkt er op dat dit zo blijft.
2. In het geheel van veranderende rollen, valt de afnemende invloed van de overheid op en meer in het algemeen roept dat de vraag op: wie is eigenlijk de regisseur? Duidelijk is wel dat de functie van dirigent is afgeschaft, waardoor de overheid vanuit de zaal de spelers op het podium moet regisseren, terwijl de zaal vol rumoerig publiek zit.
3. De afhankelijkheidsrelaties tussen de actoren bestaan nog steeds, maar veranderen duidelijk van richting en aard. De afhankelijkheid van de overheid ten opzichte van het veld is veel zichtbaarder en daardoor gezichtsbepalender dan vroeger.
4. De autonomie van het geïnstitutionaliseerd zorgaanbod neemt toe. In combinatie met de vorming van regionale zorgketens (vaak eenzelfde proces), kan deze ontwikkeling de aanzet zijn voor een nieuw sturingsparadigma: sturen op lokaal aanbod in een rechtstreeks contact tussen overheid en aanbod.

## **5 De achtergronden van deze ontwikkelingen**

### *De symptomen*

Welke symptomen zijn er van mogelijke problemen in het bestuursmechanisme van de gezondheidszorg?

- a. De constante budgetoverschrijdingen.  
Het niet realiseren van de financiële taakstelling behoort bij

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- de inboedel van de gezondheidszorg. Overheid en veld zijn het niet eens over de oorzaken en over de remedies (de overheid onderling en het veld onderling al evenmin).
- b. De wenselijkheid van ondernemerschap.  
Over de aard en over de wenselijkheid van (maatschappelijk) ondernemerschap in de gezondheidszorg voeren actoren een heftige, maar niet erg precieze discussie. Niemand weet waar de grenzen van de publieke en de private domeinen liggen.
- c. De overlegfunctie in de gezondheidszorg.  
Minister en ambtenaren klagen over een slecht functionerend overleg tussen overheid en veld. De na vijf jaar intensieve discussie gerealiseerde 'Raad op maat - structuur' heeft zichtbaar gemaakt dat in het besturingsmechanisme van de gezondheidszorg fundamentele tekorten bestonden.
- d. Slepende beleidsprocessen.  
De behandeling van de grote dossiers en de besluitvorming terzake maken een moeizame indruk. Zaken slepen zich voort; beslissingen worden regelmatig herroepen; beslissingen blijken later moeilijk uitvoerbaar.  
Ook is de continuïteit in het beleidsdenken niet groot; bijna jaarlijks ontstaan nieuwe termen en formules;  
  
vigerende uitgangspunten worden vervangen door nieuwe.  
Voorbeeld: het begrip marktwerking.
- e. Het speelveld en de spelers.  
Het speelveld van VWS oogt onoverzichtelijk. Regelmatig komen nieuwe spelers het veld op: werkgevers, EZ, Europa, banken. Dat leidt tot nieuwe discussies, bijvoorbeeld over ARBO-zorg, collectieve contracten, mededinging.

#### *De oorzaken*

Welke processen spelen zich af achter deze symptomen? Zijn het tekenen en zo ja, waarvan?

De symptomen wijzen op de navolgende problemen in het besturingsstelsel van de gezondheidszorg.

#### a. *Bestuurlijke transformaties.*

In het besturingsstelsel van de gezondheidszorg voltrokken zich sinds ongeveer tien jaar (dat wil zeggen sinds 'Dekker') ingrijpende transformatieprocessen op drie niveaus.

Onder invloed van algemene bestuurlijke ontwikkelingen, kiest de rijksoverheid al geruime tijd voor sturen op afstand, voor overdracht van uitvoerende taken aan verzelfstandigde

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

organen en voor een beperking tot kerntaken. Langzaam maar zeker definieert men de ministeriele verantwoordelijkheid (voor de kerntaken) preciezer en ziet men kans al hetgeen daartoe niet behoort over te dragen aan marktpartijen.

Bij dit ingrijpende transformatieproces past een kanttekening. Lang niet altijd en overal treedt de overheid in gelijke mate terug. En bovendien leidt terugtrekking en overdracht soms tot nieuwe wet- en regelgeving, bijvoorbeeld om marktwerking te bevorderen.

Ook in het 'maatschappelijk middenveld' spelen zich transformatieprocessen af. Onder invloed van een aantal factoren, waarvan de introductie van het begrip marktwerking waarschijnlijk de belangrijkste is, ziet men de organisaties op het maatschappelijk middenveld van gedaante veranderen. In de woorden van Van Munster et al. (1996): de materiële belangenbehartiging en de dienstverlening aan de leden worden belangrijker; zingeving en waardevorming minder belangrijk. Daarmee hebben de bestuurders van deze organisaties een andere rol gekregen in het besturingsstelsel van de gezondheidszorg. Minder medebewindvoerder, meer vertegenwoordiger van specifiek maatschappelijk belang. Hemerijck wijst er op dat vanaf 1945 het corporatisme in Nederland een ontwikkeling heeft doorgemaakt. Het innovatieve corporatisme van de wederopbouwfase verzandt in een immobiel corporatisme van de jaren tachtig. Dit leidde tot ontvlechting en tot algehele herbezinning op de grondslagen van het corporatisme. (Hemerijck, 1994).

Deze ontwikkelingsgang, leidend tot het uitgangspunt van het primaat van de politiek in de jaren negentig, heeft zeker ook grote invloed gehad op het besturingsstelsel van de gezondheidszorg.

Er werken nog andere krachten in op het maatschappelijk middenveld. Een algemene emancipatie van de burger en diens instituties veroorzaakt een uitholling aan de onderkant van koepelorganisaties. Dit proces wordt versterkt door de optredende schaalvergroting en samenwerking in de kring van de lidorganisaties. De leden hebben minder directe behoefte aan de drie klassieke functies van het maatschappelijk middenveld dan vroeger. Overigens zal, omgekeerd, deze ontwikkeling de door Van Munster et al. gesignaleerde tendens versterken.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Het derde type transformatie in het besturingssysteem speelt zich af binnen de intermediaire 'bestuurlijke' organen voor advies, toezicht en uitvoering. De zojuist genoemde politieke reactie op het verval van het corporatisme, heeft geleid tot ontvlechting van functies (advies, toezicht, uitvoering) en tot het verdrijven van de organisaties op het maatschappelijk middenveld uit het bestuur van deze organen. Hiermee streeft men twee doelen na: een transparant en vooral ook effectief bestuur op afstand; herstel van het primaat van de politiek door het 'onafhankelijk' maken van dat bestuur.

Essentieel voor deze probleemanalyse zijn de beweegredenen achter deze transformatie. Deze zijn terug te voeren op de waarneming dat het corporatisme cq. het maatschappelijk middenveld niet vitaal bleek en niet in staat was - na de wederopbouw - de afslanking van de verzorgingsstaat in medebewind te realiseren.

In bestuurlijke analyses (commissie-Willems bijvoorbeeld) figureren de intermediaire organen - en daarmee het maatschappelijk middenveld - vanaf de jaren tachtig voornamelijk nog als hindermacht. Complexe dossiers blijken steeds vaker niet meer tot een goed einde te komen. Het verdelen van schaarste is een onaangename bezigheid (zeker in vergelijking tot het verdelen van welvaart). Competitie is een woord dat niet past bij corporatisme.

Welke conclusies kan men hieruit trekken?

In een periode van tien jaar - en vooral vanaf 1990 - is het besturingssysteem van de gezondheidszorg getransformeerd, dat wil zeggen zeer sterk van gedaante veranderd. De bestaande betrekkingen zijn te niet gedaan of hebben een andere functie gekregen.

Het transformatieproces bestaat uit een aantal onderdelen, die zich ten opzichte van elkaar niet altijd harmonieus ontwikkelden. Een centrale regie van het totale proces was niet altijd zichtbaar. En dit alles in een steeds dynamischer omgeving die steeds hogere eisen stelt aan de bestuurlijke coördinatie, maar die ook beleidsdrukte oproept.

Door deze samenloop van gebeurtenissen is het besturingssysteem van de gezondheidszorg ontregeld geraakt. Deze conclusie betreft niet de noodzaak van de transformatie.

Deze lijkt evident en vloeit voort uit:

- de noodzaak de verzorgingsstaat (inclusief de gezondheidszorg) te verbouwen: de **uitdaging**;

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.



- het immobiel en vervolgens rigide en inert worden van het corporatisme (de sclerose van Hemerijck): de **bedreiging**.

Er moest dus iets gebeuren. De conclusie betreft de aanpak en in het bijzonder de regie van de transformatie.

De resultaten van de hierboven beschreven transformaties zijn:

- leidende beginselen als 'primaat politiek' en 'maatschappelijk draagvlak' zijn nog niet opnieuw gedefinieerd en zweven nu stuurloos boven het besturingssysteem;
- de communicatie en het contact tussen overheid en veld zijn ontregeld, waardoor de kans op aanvaringen en ontsparingen is vergroot (hoewel daarmee de besmettingskans ook afneemt);
- de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van de actoren in het besturingssysteem zijn niet duidelijk; als men niet weet wat er verwacht wordt, dreigt het gedrag iets onvoorspelbaars te krijgen.

Heel duidelijk ziet men dit geïllustreerd bij complexe beleidsproblemen als de thuiszorg.

#### b. *Verwarring over doelen*

Cruciaal gegeven voor de vorm van een besturingssysteem is het antwoord op de vraag overheid of markt? Een door de overheid gedomineerde beleidssector zal over het algemeen als kenmerken hebben: collectieve financiering, aanbodregulering, relatief veel wet- en regelgeving, een directe sturingsrelatie tussen overheid en sturingsobject en een door bestuurder en bestuurde gedeeld waardesysteem. Men streeft dezelfde doelen na. Bij marktregulering is dit niet of veel minder het geval, kan een en ander zelfs contragendiceerd zijn.

Twee gebeurtenissen in de afgelopen tien jaar hebben directe invloed gehad op het besturingssysteem van de gezondheidszorg. In de eerste plaats de introductie van het begrip marktwerking, meer in het bijzonder de concrete vertaling daarvan in het overheidsbeleid (onder meer opheffen werkgebieden ziekenfondsen, afschaffen contracteerverplichting, introductie maximumtarieven, verzekeraarsbudgettering, etcetera). En in de tweede plaats: het

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

vervolgens niet kiezen en ook niet kunnen kiezen voor overheid of markt.

Deze gebeurtenissen hebben geleid tot verwarring over doelen en zelfs tot afbrokkeling van het stelsel van door overheid en veld gedeelde waarden. Verwarring over doelen kan leiden tot het scheiden van wegen. Participanten in het besturingssysteem kiezen niet meer allen dezelfde weg. Er zijn er die vasthouden aan de waarden van de verzorgingsstaat en het daarbij behorend collectieve gedachtegoed. Er zijn er die in plaats daarvan kiezen voor decollectiveren en voor de tucht van de markt en niet voor het solidariteitsbeginsel.

Beide scholen zijn in het besturingssysteem van de gezondheidszorg aanwezig. De scheidslijnen lopen dwars door de overheid heen en ook dwars door het veld.

Voor het besturingssysteem van de gezondheidszorg zijn vervolgens twee vragen van belang:

Zijn overheid en veld nog wel van elkaar afhankelijk?

Bestaat er nog wel een zelfstandig beleidsterrein 'volksgezondheid en zorg'?

Dat overheid en veld wederzijds afhankelijk zijn, was tot nu toe het besturingsparadigma. De vraag is: in hoeverre zal dit ook in de toekomst het geval zijn? Nu is gezien de eerder genoemde kenmerken van de gezondheidszorg, een ontkoppeling van overheid en veld niet aannemelijk. Wel zou de wederzijdse afhankelijkheid andere vormen kunnen aannemen, hetgeen tot een structureel ander besturingssysteem kan leiden.

De tweede vraag komt op, doordat naast en soms in plaats van de klassieke zorgdoelen - herstellen etcetera - financieel - economische doelen met een nationaal en in toenemende mate internationaal karakter, gesteld worden. Dit leidt bij de direct betrokkenen tot onzekerheid over de kompasdoel. Staat kwaliteit voorop of efficiency? Dient men het algemeen (public health) belang of het private? Wat is belangrijker: maatschappelijke participatie en doelmatigheid of de gezondheidstoestand van het individu?

Een duidelijk antwoord op deze vragen is er niet en dat doet

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

om verschillende redenen afbreuk aan de werking van het besturingssysteem:

- het beïnvloedt (via verwachtingen) het gedrag van actoren en maakt het onbeheersbaar;
- het verstoort de continuïteit van de onderlinge betrekkingen;
- het schept onduidelijkheid omtrent de noodzaak van draagvlak van beleid en daarmee kan willekeur in het beleidsproces sluipen;
- het verduistert het zicht op de rolverdeling tussen overheid en veld.

*c. Wie is spelbepaler?*

Op zoek naar oorzaken, stuit men ook op de wisseling van de 'marktpartijen'. Aan de onderhandelingstafel treft men andere delegaties aan dan vroeger.

Contrasteert men bijvoorbeeld 1970 en 1997, dan springen deze veranderingen in het oog:

- toen de dokter gezichts- en beleidsbepalend, nu de bestuurders;
- toen de 'zorginhoudelijke' actoren (afkomstig uit het primaire proces) aan tafel, nu veel meer de organisatie-, beheer- en beleidskant;
- toen stond de basisdyade arts - patiënt centraal, nu de relaties zorgaanbieder - verzekeraar en verzekeraar - verzekerde;
- toen vertegenwoordigers van het zorgbelang, nu ook en soms vooral vertegenwoordigers van andere belangen, bijvoorbeeld arbeid, collectieve lastendruk of bedrijfsleven.

Er is ook een constante in de geschiedenis: nooit was de patiënt spelbepaler. Het ontbreken van een vraagzijde, althans het bestaan van onduidelijkheid over de hoedanigheden aan de vraagzijde (patiënt, consument, verzekerde, wie vertegenwoordigt de patiënt) is een van de oorzaken voor de besturingsproblemen in de gezondheidszorg. Zolang onduidelijkheid op dit vlak bestaat, zal er een onoplosbaar legitimiteitsprobleem zijn in het hart van het besturingssysteem, hetgeen de effectiviteit van dat systeem ernstig aantast.

Een betrekkelijk nieuw fenomeen voor de voorheen relatief

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gesloten gezondheidszorg is de inbreng van externe actoren. Werkgevers en werknemers hebben directe belangen gekregen bij het functioneren van de gezondheidszorg door de veranderingen in het stelsel van sociale zekerheid. De verhouding tussen gezondheid en arbeid is wezenlijk anders dan tien jaar geleden. Het bedrijfsleven eist dan ook een plaats van de onderhandelingstafel. Door ontwikkelingen in de verzekeringsbranche ontstaan combinaties van verzekeringspakketten en samenhangen tussen polissen. Dit vergroot de interesse van bijvoorbeeld schadeverzekeraars aan de gezondheidszorg. Bepaalde ontwikkelingen, zoals privatisering en decollectivering, leiden tot meer belangstelling bij banken en projectontwikkelaars voor de zorgsector. Ook binnen de overheid neemt de interesse toe. Economische zaken vanuit de mededingingswetgeving en Financiën vanuit een algemene EMU-verantwoordelijkheid doemen op als concurrenten van VWS bij het bestuur en beheer van de gezondheidszorg.

Kenmerkend voor de onduidelijkheid op dit vlak is het gebruik van het begrip 'regisseur'. Sommigen eisen deze rol op, om hem vervolgens af te wijzen. Sommigen zien verschillende regisseurs. Sommigen zien de rijksoverheid als regisseurs, anderen zoeken deze functie buiten de overheid. Niet duidelijk is wat men in dit verband onder 'regisseur' verstaat. Regisseur van wat en van wie? Op welke moment, in welke fase? Hoe luidt de functieomschrijving van de regisseur? Aan wie legt de regisseur uiteindelijk verantwoording af, welke zaak dient hij: de publieke of de private?

Van belang voor dit aspect van de probleemanalyse is tenslotte het ontstaan van hybride hoedanigheden binnen het besturingssysteem van de gezondheidszorg. Men ziet public-private mixen ontstaan. Men ziet de interesse voor het sociaal- ondernemerschap toenemen. Er ontstaan meer instrumenten voor het verzelfstandigen van de uitvoering van publieke taken. Het probleem is niet het ontstaan en het bestaan van deze relatief nieuwe vormen van bestuur en beleid. Het probleem is dat bestaande besturingsarrangementen niet goed raad weten met hybride organisaties.

#### *Analyse*

Veel van de zojuist beschreven ontwikkelingen spelen zich ook af op andere beleidsterreinen. Op een groot aantal terreinen ziet men

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

dat de verzorgingsstaat en het daarbijbehorend besturingssysteem zich in een overgangsfase bevinden.

Men ziet een overgang van verzorgingsstaat naar verzekeringsstaat, van samenwerking naar competitie, van collectief naar individueel. Gelijkheids- en verdelingsvragen worden deels opgevolgd door vragen met betrekking tot vrijheid, autonomie en participatie.

Ook de terugtrede van de overheid en de daarmee gepaard gaande identiteits- en legitimeringsproblemen ziet men over een breed front.

Dit algemene proces van bestuurlijke transformatie kent echter in de gezondheidszorg een specifiek beloop. Die vloeit voort uit de eigenaardigheden van de sector. Deze zijn genoemd in paragraaf 1.

De algemene metamorfose van de verzorgingsstaat verloopt in de gezondheidszorg specifiek, omdat:

- een groot aantal belanghebbenden een wezenlijke rol speelt in vrijwel alle fasen van het beleidsproces;
- de intermediaire organen een relatief zware stem in het kapittel hebben;
- de van oudsher bestaande cultuur en structuur enerzijds diepgeworteld zijn, anderzijds veranderingen soms in de weg staan.

Er kan in dit verband ook gewezen worden op het feit dat de gezondheidszorg zich nog maar relatief kort in de belangstelling van 'buitenstaanders' mag verheugen. Tot ver in de jaren tachtig bemoeide de buitenwereld zich niet met deze sector. Zo stelt de opgelegde metamorfose de gezondheidszorg voor grote problemen. Het aanpassingsvermogen van de gezondheidszorg schiet tekort en dat kan tot wat meer acute problemen leiden.

Als de metamorfose onvermijdelijk is, zal de gezondheidszorg zich moeten aanpassen op straffe van aantasting van het bestaansrecht c.q. de core business en van verlies van maatschappelijke legitimering (draagvlak).

Tot nu toe heeft de overheid aan de processen van transformatie weinig sturing en coördinatie gegeven. Zo bestaat er geen strategische visie op de grote veranderingsprocessen, en op de samenhang daartussen. Zonder die visie is het moeilijk om leiding te geven

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

aan de bestuurlijke uitdagingen en aan het aanpassingsproces.

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## 6 De probleemstelling

Uit de zojuist beschreven ontwikkelingen en uit de analyse leidt de Raad de volgende probleemstelling af. Het gaat hier om bestuurlijke problemen, voorzover relevant voor dit advies.

*\* De overheid heeft geen besturingsmechanisme voor de sector gezondheidszorg.*

De Raad meent dat door alle veranderingen in de afgelopen tien jaar de overheid op dit moment geen mechanisme heeft om adequaat op bestuurlijke ontwikkelingen te kunnen reageren. In de overgang voor een deels neo-corporatistisch, deel centralistisch besturingssysteem, naar een meer op overleg en overtuiging gebaseerde besturing, is nog geen nieuw bestuurlijk paradigma ontwikkeld.

Is dit een probleem?

Ja en wel om de volgende redenen.

In de afgelopen tien jaren zijn de verhoudingen in gezondheidszorg fundamenteel veranderd. Dit is, historisch gezien, bovendien in een betrekkelijk korte tijd gebeurd, na een lange periode van rust en zekerheid. De toestand is te beschrijven als permanent dynamisch, met steeds wisselende machtsverhoudingen. Het gedrag van actoren kan dan onvoorspelbaar worden, ook worden verwachtingen omtrent gedrag soms niet ingelost. Zo is de kans op inertie groter dan op innovatief gedrag. In zo'n toestand kan een bestuurlijke visie van de overheid een richtinggevende en ook enthousiasmerende functie vervullen. Zo'n visie kan de verwachtingen omtrent gedrag van actoren richten en kan de geneigdheid tot het bijdragen aan het realiseren van gemeenschappelijke doelen vergroten. Wanneer nieuwe, netwerkachtige en interactieve vormen van bestuur en beheer nodig zijn - en daar lijkt het op in de gezondheidszorg - dan is een richtinggevende idee van de overheid gewenst. Voor alle duidelijkheid: de Raad doelt hier op een bestuurlijke, niet op een zorginhoudelijke visie. Een bestuurlijke visie is een scenario voor de functies advies, uitvoering, toezicht, overleg.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

*\* De beleidssector gezondheidszorg staat onder stevige externe druk, de uitdagingen zijn groot.*

Men moet hier denken aan exogene krachten werkzaam vanuit het bedrijfsleven, vanuit de sociale zekerheid, vanuit andere beleidsterreinen en vanuit Europa.

Is dit een probleem?

Ja en wel om de volgende redenen.

De RVZ gaat er vanuit dat het in stand houden van een sociaal arrangement zoals de gezondheidszorg, als ook een belangrijke plaats van de waarde gezondheid op de politieke agenda, nastrevenswaardig is. Dit impliceert een acceptabele toegankelijkheid en een kwaliteit van de zorgverlening.

Als men een dergelijke waardevol arrangement in tact wil houden, dan zullen overheid (VWS) en veld tot consensus moeten komen over de beleidsdoelen en de daarbijbehorende instrumenten, redenerend vanuit een gemeenschappelijk waardesysteem. Geconstateerd moet worden dat dit laatste niet het geval is. Daardoor ontstaat het probleem dat de exogene krachten niet goed kunnen worden opgevangen. Uitdagingen worden dan bedreigingen.

De Raad wil aan deze constatering een analyse toevoegen.

Het beleidsterrein van VWS wordt geplaagd door permanente en toenemende financiële problemen. De spanning tussen het financieel makro-kader (het beschikbare budget) en de uitgaven (resultante van vraag en aanbod) is hier, niet zoals op veel andere beleidsterreinen gereguleerd. Integendeel: de prognoses voor de komende jaren laten, als het gaat om kostenbeheersing, een sterk stijgende lijn zien. Omdat de ramingen, gedaan in het kader van het financieel makro-kader, bijna structureel worden overschreden in de gezondheidszorg, moet het beleid op dit terrein zich noodgedwongen beperken tot achter de feiten aanlopen en branden blussen.

Dit probleem analyserend, ziet de Raad drie oorzaken.

In de eerste plaats is er het in brede kring erkende verschijnsel van de kostenramingen die én niet realistisch zijn én (mede daardoor) niet acceptabel.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



In de tweede plaats is er de grote interdependentie tussen het VWS-terrein en de aanpalende beleidssectoren sociale zekerheid, volkshuisvesting en arbeid. Dit betekent enerzijds dat beslissingen op deze terreinen consequenties hebben voor het VWS-budget. Het betekent anderzijds dat op VWS-terrein soms problemen van anderen worden opgelost.

Maar bepalend is een derde oorzaak, zeer nauw verweven met de eerste twee. De grenzen van de zorgsector zijn onduidelijk. Het domein is in ca 30 jaar sterk uitgebreid. Een groot domein met vage grenzen is moeilijk te beheersen en te besturen. De conceptuele grondslag voor het zorgbudget is in politieke zin onduidelijk. Wel een JOZ, geen definitie van gezondheidszorg. Dit brengt met zich mee dat de begrotingsdiscipline die het kabinet de minister van VWS oplegt heel moeilijk is op te brengen. De bevoegdheden zijn onvoldoende. En de vraag is dus: wie runt VWS?

*\* De uitvoering van complexe beleidsprocessen verloopt moeizaam.*

Men moet dan bijvoorbeeld denken aan de invoering van het patiëntgebonden budget, het dossier thuiszorg en de kostenbeheersing (onder meer de geneesmiddelen). De besluitvorming en de uitvoering verlopen niet altijd efficiënt en effectief. Mede hierdoor komt vernieuwing, maar ook het realiseren van politieke besluiten, onvoldoende tot stand.

Het is duidelijk dat dit een probleem is. Hangt dit probleem samen met het onderwerp van dit advies? Ja, en wel als volgt.

Het overleg tussen Rijksoverheid en veld verloopt niet goed en bovendien zijn spelregels en rolverdeling niet goed overeengekomen. De kans op ontsporingen in de fase van de beleidsuitvoering is dan groot, gegeven de kenmerken van de gezondheidszorg.

Bovendien ontstaat in zo'n situatie niet op een natuurlijke wijze 'maatschappelijk ondernemerschap', dat wil zeggen de geneigdheid bij private actoren ook publieke verantwoordelijkheid te dragen. Dit is vooral ernstig wanneer de beleidsproblemen zo complex zijn dat deze niet meer centralistisch kunnen worden opgelost. Dit is vaak het geval in de gezondheidszorg.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Overigens is niet alleen de aard en de intensiteit van het overleg tussen overheid en veld problematisch, maar ook de manier waarop beide informatie uitwisselen. In de zojuist beschreven toestand zal het veld niet geneigd zijn veel inzicht te verschaffen in het eigen functioneren (de bedrijfsvoering).

Als oorzaken ziet de Raad: de complexiteit van de problemen, de complexiteit van het netwerk, de structuur van het ministerie van VWS en de uitvoering van de bestuurlijke regiefunctie door dit ministerie.

## 7 Beleidsnetwerken en interactief sturen

Onderstaand twee schema's uit een artikel van Klijn en Koppejan (1997, p. 143-181).

1. uitgangspunten voor de beleidsnetwerkbenadering,
2. enkele belangrijke verklaringen voor succes en falen uit de netwerkbenadering.

De schema's zijn verhelderend voor het denken over beleidsnetwerken en kunnen dienen als een onderbouwing voor de daaraan gewijde passages in het advies.

### *1: Uitgangspunten voor de beleidsnetwerkbenadering*

- Netwerken - Actoren zijn van elkaar afhankelijk bij het bereiken van hun doelen;
- Afhankelijkheden zorgen voor duurzame relaties tussen actoren;
  - Afhankelijkheden zorgen voor een zekere vetomacht bij verschillende actoren;
  - De duurzaamheid van interacties creëert en bestendigt een middelenverdeling tussen actoren;
  - In de loop van interacties worden regels gevormd en bestendigd die het gedrag van actoren gaan reguleren;
  - Bronnenverdeling en regelvorming leiden tot een zekere geslotenheid van netwerken voor actoren buiten het netwerk.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- Beleids- - Binnen netwerken vinden interacties tussen  
processen actoren over beleid(sissues) plaats gericht op  
het oplossen van de spanning tussen afhankelijkheden  
ener- en uiteenlopende en strijdige belangen ander-  
zijds;
- Actoren baseren zich daarbij op percepties die zij hebben van het beleidsveld, de actoren en de beslissingen die aan de orde zijn;
  - Actoren kiezen op basis van percepties voor specifieke strategieën;
  - Door de verscheidenheid van actoren, percepties en strategieën hebben beleidsprocessen een complex en niet volledig voorspelbaar karakter.
- Uit- - Beleid is een resultante van de complexe inter-  
komsten acties tussen actoren de binnen netwerken aan concrete spelen deelnemen.
- Netwerk- - Vanwege de verscheidenheid aan doelen en  
management belangen en daaruit voortvloeiende (potentile) conflicten over de verdeling van kosten en baten van problemen en oplossingen komt samenwerking niet vanzelf op gang en verloopt deze evenmin probleemloos;
- Gezamenlijk handelen kan worden bevorderd door te zorgen voor prikkels tot samenwerking, door proces- en conflictmanagement en door reductie van risico's verbonden aan samenwerking.

2: *Enkele belangrijke verklaringen voor succes en falen uit de netwerkbenadering*

- Op inter- - De mate waarin actoren doordrongen zijn  
actieniveau van het besef van hun wederzijdse  
afhankelijkheden;
- De mate waarin actoren er al dan niet in slagen uiteenlopende en strijdige belangen te herdefiniëren tot een gemeenschappelijk belang;

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- De mate waarin interactiekosten in gunstige of ongunstige verhouding staan tot de gepercipieerde uitkomsten van de interactie;
- De mate waarin de risico's van interacties binnen het spel als gevolg van strategieën van andere actoren beperkt zijn;
- De mate waarin al dan niet in spelmanagement is voorzien (gezamenlijke beeldvorming, arrangementen, spel- en conflictmanagement).

- Op net-      -      De mate waarin actoren wier hulpbronnen  
 werkniveau      voor de realisatie van een oplossing onmisbaar zijn  
    ook daadwerkelijk bij het proces betrokken zijn;
- De mate waarin actoren die aan een spel deelnemen tot eenzelfde netwerk behoren, dat wil zeggen, ook anderszins met elkaar interacteren en daarbij gemeenschappelijke regels hebben ontwikkeld;
  - De mate waarin de gedefinieerde problemen en oplossingsrichtingen en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan passen binnen de regels die binnen het netwerk zijn ontwikkeld. Bijvoorbeeld: hoe sterker autonomiegrenzen tussen actoren in het netwerk zijn ontwikkeld, hoe moeilijker gezamenlijk handelen tot stand komt, en: hoe sterker binnen het netwerk conflict-reguleringsmechanismen zijn ontwikkeld, hoe soepeler samenwerking zal verlopen.

## **Bijlage 5**

### **Achtergrondstudie 'Overleg tussen VWS en veld'**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>101</b>
<b>2</b>	<b>De verhouding tussen overheid en veld</b>	<b>104</b>
2.1	De actoren	104
2.2	Wederzijdse afhankelijkheid	105
2.3	Ontwikkelingsperspectief	106
2.4	Conclusies	107
<b>3</b>	<b>Dynamiek van het corporatisme</b>	<b>108</b>
3.1	Corporatistische beleidsvorming	108
3.2	Invloeden op de corporatistische beleidsvorming	110
3.3	Voor- en nadelen	113
3.4	Ontvlechting	114
3.5	Gestructureerde entree	115
3.6	Conclusies	116
<b>4</b>	<b>Waarom overleg?</b>	<b>118</b>
4.1	Zorgvuldige belangenafweging	118
4.2	Wederzijdse afhankelijkheid	119
4.3	Verwerven van maatschappelijk draagvlak	119
4.4	Conclusies	120
<b>5</b>	<b>Problemen in de huidige overlegfunctie</b>	<b>121</b>
5.1	Visie en verantwoordelijkheidsverdeling zijn niet helder	121
5.2	Sturingsfilosofie is paradoxaal	122
5.3	Structurering van het overleg is onduidelijk	123
5.4	Typering huidige situatie	124
5.5	Conclusies	125
<b>6</b>	<b>Contouren van een nieuwe overlegfunctie</b>	<b>127</b>
6.1	Bestuurlijke context	127
6.2	Naar nieuwe netwerken	128
6.3	Randvoorwaarden	128
6.4	Overlegfunctie en compartimentering	129
6.5	Positionering overlegfunctie	130
6.6	Evaluatie van de overlegfunctie	133
	<b>Bijlagen</b>	
A	Overzicht geconsulteerde personen	135
B	Literatuur	137

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg



## 1 Inleiding

*"In de gezondheidszorg kan het niet zonder overleg. De minister is nu eenmaal niet de baas in de gezondheidszorg. Die telt immers meerdere regisseurs."*

Deze uitspraak van minister Borst (NRC Handelsblad, 16 september 1997) lijkt op het eerste gezicht wat merkwaardig. 'Meerdere regisseurs': kan dat wel? Een toneelstuk met meerdere regisseurs leidt hoogstwaarschijnlijk tot chaos (er gebeurt te veel) of tot verveling (er gebeurt niets meer).

Kijken we naar de gezondheidszorg dan zijn er inderdaad meerdere regisseurs, op verschillende niveaus. Een paar voorbeelden:

### *regie op microniveau*

- de huisarts/specialist als regisseur: bijvoorbeeld van een behandeltraject;
- de patiënt als regisseur: bijvoorbeeld van het regelen van carevoorzieningen met behulp van een patiëntgebonden budget;

### *regie op mesoniveau*

- het instellingsmanagement als regisseur: bijvoorbeeld ziekenhuis bij opzetten van transmuraal netwerk;
- de zorgverzekeraar als regisseur: bijvoorbeeld in het contracteringsbeleid;
- de gemeente als regisseur: bijvoorbeeld samenhangend beleid over meerdere beleidssectoren;

### *regie op macroniveau*

- de rijksoverheid als regisseur: bijvoorbeeld bij vaststelling groeiruimte; bouwprogramma's en dergelijke.

De vraag is dan hoe de verschillende actoren en niveaus zich tot elkaar verhouden. Hoever reikt ieders regie-bevoegdheid? Waar komt men elkaar tegen?

Het kan kennelijk niet zonder overleg, aldus de minister. Maar vanuit welke positie en verantwoordelijkheid overleggen 'meerdere regisseurs' dan met elkaar? En: heeft er nog iemand de eindregie?

### *Onderwerp*

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt veel overlegd tussen departement en veld. Tot voor enige jaren was dat overleg sterk verweven met sommige andere functies in de beleidscyclus: advies, uitvoering en toezicht. Nu na de operatie Raad op maat de verschillende functies gescheiden zijn, staat de vraag op de beleidsagenda hoe de overlegfunctie opnieuw vorm kan krijgen.

Anders geformuleerd: hoe kan de formele communicatie tussen staat en maatschappij zodanig georganiseerd worden, dat zowel adequate als maatschappelijke aanvaardbare politieke besluitvorming bevorderd wordt?

Deze achtergrondstudie gaat over het formele overleg tussen het ministerie van VWS en de gezondheidszorgsector. Het is een studie in het kader van de voorbereiding van het RVZ-advies Besturen in overleg.

#### *Doel en opzet van de studie*

Het doel van deze studie is om een bijdrage te leveren aan het advies Besturen in overleg. Het vertrekpunt van de studie is de verhouding tussen overheid en samenleving. Een verhouding die in Nederland in het verleden sterk bepaald is door het corporatisme, waarbij overheid en maatschappelijke organisaties in onderling overleg de koers bepaalden. De studie verschaft inzicht in de factoren die het overleg in het verleden en in de huidige situatie beïnvloeden, om zodoende tot een kwaliteitsoordeel te kunnen komen. Verder bevat de studie een toekomstschets: hoe zou de overlegfunctie er in de toekomst uit moeten zien?

#### *Definities*

- *Overheid:*

de regering, inclusief het ambtelijk apparaat.

- *Departement:*

het ministerie van VWS en de politieke leiding daarvan.

- *Veld:*

ook wel aangeduid als 'zorgsector': actoren in de gezondheidszorg; in deze studie gaat het met name om zorgaanbieders (instellingen en beroepsbeoefenaren), patiënten en zorgverzekeraars. Deze actoren worden op landelijk niveau vertegenwoordigd door hun koepelorganisaties en beroepsverenigingen.

- *Maatschappelijk middenveld:*

het geheel van maatschappelijke organisaties, ontstaan vanuit het particulier initiatief. De organisaties vervullen een of meer van drie functies: materiële belangenbehartiging; dienstverlening; zingeving en waardevorming (Van Munster e.a., 1996).

- *Overleg:*

het formele overleg tussen veld en departement. Soms wordt de bredere term 'communicatie' gebruikt.

- *Beleidsnetwerk:*

sociaal systeem waarbinnen overheid en particuliere organisaties

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

min of meer duurzame interactie- en communicatiepatronen ontwikkelen ter bepaling en oplossing van beleidsproblemen (Van der Grinten, 1994). Het gaat om een formeel of informeel netwerk, waarin het maatschappelijk middenveld en/of de overheid en/of uitvoeringsorganen participeren.

*Werkwijze*

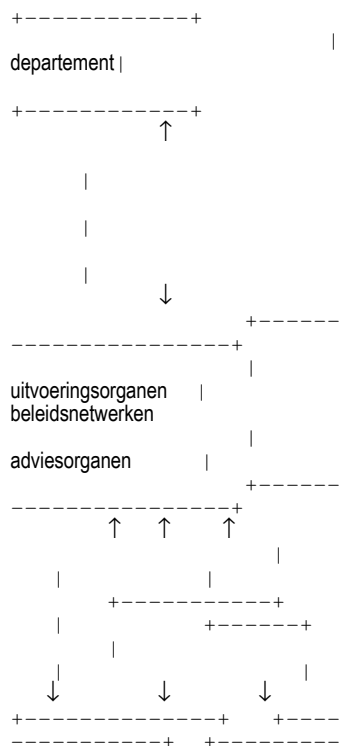
Bij de voorbereiding van deze studie zijn interviews afgenomen met verschillende ambtenaren van VWS (bijlage 5A). Invalshoek bij deze gesprekken was met name de verdeling van verantwoordelijkheden over de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Verder is gebruikt gemaakt van literatuur (bijlage 5B).

## 2 De verhouding tussen overheid en veld

In dit hoofdstuk wordt de verhouding tussen overheid i.c. het departement en het veld i.c. de zorgsector kort geschetst. Dit gebeurt vanuit de aanname dat de aard van de verhouding tussen beide partijen van wezenlijke invloed is op de kwantiteit en kwaliteit van de communicatie die tussen hen plaatsvindt.

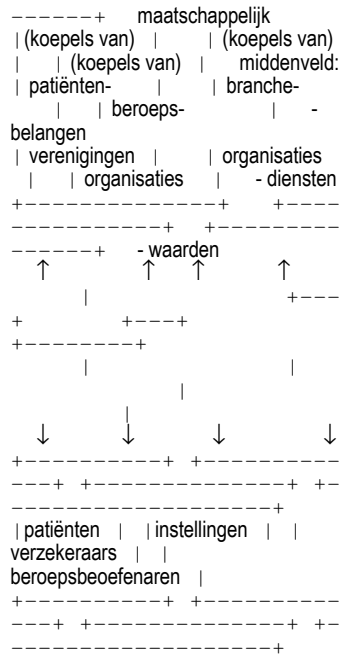
### 2.1 De actoren

In onderstaand schema wordt op sterk vereenvoudigde wijze weergegeven hoe de verhoudingen tussen verschillende actoren in de gezondheidszorg tot voor kort lagen.



**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg



Uiteraard gaat het hier om een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Ook in het verleden liepen er al communicatielijnen buiten deze structuur om, bijvoorbeeld tussen middenveld en departement.

## 2.2 Wederzijdse afhankelijkheid

Een gebruikelijke uitspraak in het debat over besturing in de gezondheidszorg is dat 'overheid en veld wederzijds afhankelijk van elkaar zijn'.

Hoe ziet die afhankelijkheid eruit?

Op macroniveau is de rijksoverheid verantwoordelijk voor:

- het beschermen van de burgers tegen gezondheidsrisico's;
- het bepalen van de wettelijke zorgaanspraken naar inhoud en omvang;
- het creëren van voorwaarden waaronder een kwalitatief en

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- kwantitatief voldoende zorgaanbod tot stand komt;
- het garanderen van de financierbaarheid van de zorgaanpakken;
  - het realiseren van een doelmatige bekostiging van het zorgaanbod.

Over deze verantwoordelijkheid van de rijksoverheid bestaat brede consensus.

Om deze taken adequaat te kunnen uitvoeren is collectieve financiering van een groot deel van de kosten van de gezondheidszorg noodzakelijk. Het financieringssysteem (ziektelastverzekering met particuliere uitvoerders) zorgt er echter voor dat de overheid op afstand komt te staan. En collectieve financiering brengt verder spanning met zich mee: tussen enerzijds financiering van wettelijke zorgaanpakken en anderzijds kostenbeheersing. Het veld is op haar beurt verantwoordelijk voor de afstemming van vraag en aanbod, voor de uitvoering en kwaliteit van de patiëntenzorg en voor de operationalisering van de wettelijke zorgaanpakken. Weliswaar is er sprake van professionele en operationele autonomie, maar toch is het veld bij de uitvoering van de taken voor een groot deel afhankelijk van de overheid. De overheid geeft immers kaders aan, formuleert wetten en regels en stelt een budget ter beschikking. Het veld heeft te maken met de spanning tussen 'leveringsplicht' (iedere patiënt moet worden behandeld) en strikte budgettering.

De overheid heeft dus een aantal kerntaken, maar is voor het realiseren daarvan in hoge mate afhankelijk van het handelen van actoren op meso- en microniveau: de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten. Op mesoniveau ligt de uitvoering van de zorg en van de ziektekostenverzekering in particuliere handen. Op microniveau oefent de rijksoverheid geen directe invloed uit op wat er in de spreekkamer van de dokter gebeurt, terwijl op dat niveau juist de kosten gegeneerd worden. Deze korte schets (zie ook hoofdstuk 1: meerdere regisseurs) maakt duidelijk dat actoren in de gezondheidszorg inderdaad wederzijds afhankelijk zijn.

De vraag is vervolgens: is die afhankelijkheid tussen de verschillende actoren een absoluut en onveranderlijk gegeven? In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat het antwoord op die vraag ontkennend moet luiden. Maar om die vraag goed te kunnen

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

beantwoorden moet eerst de verhouding tussen overheid en veld in een ontwikkelingsperspectief geplaatst worden.

### 2.3 Ontwikkelingsperspectief

De verhouding tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg kan gezien worden vanuit een ontwikkelingsperspectief, waarbij de vraag centraal staat hoe de verhouding tussen overheid en maatschappelijk middenveld zich in de loop van de tijd heeft ontwikkeld. In de vorige eeuw bemoeide de overheid zich nauwelijks met de gezondheid van burgers en met de gezondheidszorg. Tot de Tweede Wereldoorlog werd veel door de (verzuilde) maatschappelijke organisaties geregeld; de overheid speelde hooguit een aanvullende rol. Na de Tweede Wereldoorlog veranderde de verhouding. Met de opbouw van de verzorgingsstaat werden steeds meer platforms ontwikkeld waar overheid en maatschappelijk middenveld elkaar ontmoeten. De periode van 1945 tot pakweg 1975 valt te typeren als een periode van *corporatistische beleidsvorming*.

De rolverdeling in de verhouding tussen overheid en veld werd anders. De invloed van de overheid op de financiering en planning van voorzieningen nam sterk toe, terwijl de uitvoering in handen bleef van beroepsbeoefenaren en particuliere instellingen.

Kenmerkend voor de uitvoering van de zorg was en is de professionele en operationele autonomie.

Vanaf de zeventiger jaren begint de verhouding tussen overheid en veld te wringen. De nadelen van corporatistische beleidsvorming worden steeds meer zichtbaar. De vervlechting van verschillende taken en de daaruit voortvloeiende onduidelijkheid over de vraag wie nu waar verantwoordelijk voor is, leidden uiteindelijk in de negentiger jaren tot een nieuwe verhouding tussen overheid en veld. Ontvlechting is nu het trefwoord.

De hier in het kort geschetste ontwikkeling is van belang voor het onderwerp van deze studie. De verhouding tussen overheid en maatschappelijk middenveld heeft namelijk consequenties voor de wijze waarop beide partijen met elkaar overleggen. Kennelijk is die verhouding niet statisch. We gaan daarom in het volgende hoofdstuk dieper in op het corporatisme.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

## **2.4 Conclusies**

In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar een belangrijke factor die van invloed is op de communicatie (overlegfunctie) tussen overheid en veld, namelijk de aard van de verhouding tussen beide partijen, voortvloeiend uit ieders verantwoordelijkheid.

Kenmerkend is de wederzijdse afhankelijkheid: men kan het niet alleen, men is op elkaar aangewezen. De overheid waarborgt de collectieve financiering; de particuliere organisaties voeren de zorg uit. Op beleidsniveau heeft dit geleid tot corporatistische beleidsvorming. In hoofdstuk 3 gaan we nader in op het corporatisme.



### 3 Dynamiek van het corporatisme

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op een belangrijk kenmerk van de beleidsvorming op het terrein van de gezondheidszorg tot nu toe, namelijk het *corporatistische* karakter daarvan. Het corporatisme heeft in deze eeuw een dominante rol gespeeld in de Nederlandse samenleving.

Het is niet de bedoeling om hier een uitvoerige verhandeling over het corporatisme te geven. Wel willen we analyseren hoe het corporatisme zich als besturingsvariant ontwikkeld heeft. Op basis van zo'n analyse trekken we conclusies die relevant zijn voor de toekomstige vormgeving van de overlegfunctie.

#### 3.1 Corporatistische beleidsvorming

Het corporatisme heeft zijn wortels in opvattingen over de verhouding tussen staat en maatschappij: soevereiniteit in eigen kring en met name het subsidiariteitsbeginsel. De rol van de staat is een subsidiaire: pas wanneer het maatschappelijk initiatief zelf tekort schiet, dient de overheid in te grijpen.

##### *Aard*

De wederzijdse afhankelijkheid van overheid en particuliere organisaties leidde tot een corporatistische beleidsvorming in de gezondheidszorg. Hemerijck (1994) omschrijft corporatistisch beleid als een *"... buitenparlementaire politieke praktijk van gestructureerde, op onderhandeling en samenwerking gebaseerde interactie tussen de vertegenwoordigers van arbeid en kapitaal, in coördinatie met de overheid, aangaande sociaal-economische beleidsvorming, onder het primaat van de democratische rechtsstaat."* (p. 26).

Corporatistisch beleid is dus een 'politieke ruil' tussen de democratische staat en autonome, functionele belangenorganisaties. De overheid biedt het middenveld de mogelijkheid om beleid te beïnvloeden en bekleedt het middenveld met overheidstaken en bijbehorende bevoegdheden. In ruil daarvoor levert het middenveld informatie en legitimatie. Het middenveld draagt het beleid vervolgens uit bij de achterban.

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

In de gezondheidszorg kwam de corporatistische beleidsvorming tot uiting in het ontstaan van beleidsnetwerken (Van der Grinten, 1994). Zie hoofdstuk 1 voor een definitie.

Er zijn in de loop van de tijd formele beleidsnetwerken (bijvoorbeeld NRV, CvZ, ZFr en COTG) en tal van informele of tijdelijke netwerken (bijvoorbeeld Vijfpartijenakkoord, Leidschendamconferenties) ontstaan. Functies van die beleidsnetwerken waren overleg, advies en medebewind. Kenmerkend voor de structuur van het maatschappelijk middenveld is dat het om hiërarchisch gestructuurde instituties gaat. Particuliere organisaties vervullen een dubbelrol in de beleidsnetwerken: enerzijds pressiegroep (belangenbehartiging), anderzijds gezagsdrager (publieke taakuitoefening). Het hoeft nauwelijks betoog dat deze kenmerkende structuur van de Nederlandse gezondheidszorg mede heeft bijgedragen aan het ontstaan van een cultuur van overleg en onderhandelen.

#### *Dynamiek*

Het corporatisme in Nederland kan grofweg in vijf perioden ingedeeld worden (Hemerijck, 1994):

1945 - 1950	innovatief corporatisme
1950 - 1965	responsief corporatisme
1965 - 1980	immobiel corporatisme
1980 - 1990	ontvlechting
1990 en verder	herdefiniëring corporatistisch beleid

De dynamiek achter deze ontwikkeling wordt vooral bepaald door de maatschappelijke steun en de institutionele integratie, de twee belangrijkste dimensies van de corporatistische theorie.

Institutionele integratie verwijst naar de mate waarin belangengroeperingen geïntegreerd worden in de beleidsvorming. Maatschappelijke steun verwijst naar de veronderstelling dat slagvaardig corporatistisch beleid is hoge mate afhankelijk is van de expliciete steun van en onderlinge afstemming tussen belangengroepen.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Direct na de Tweede Wereldoorlog is de wederopbouw een belangrijke motor geweest voor het ontstaan van corporatistische 'institution-building'. Er werd een gezamenlijk belang onderkend. De Stichting van de Arbeid ontstond direct na de oorlog (bipartiet). In 1950 werd de SER ingesteld (tripartiet), het boegbeeld van het Nederlands corporatisme.

Tot de zeventiger jaren (de innovatieve en responsieve periode) was er een duidelijke beleidsinhoudelijke consensus over doeleinden, middelen, prioriteiten. Er was brede maatschappelijke steun voor lage loonkosten (immers een waarborg voor toekomstige werkgelegenheid).<sup>1</sup> Dit overlegmodel ('poldermodel') droeg in belangrijke mate bij aan de economische groei en aan het ontstaan van de verzorgingsstaat. Het resulteerde verder in ingetogen arbeidsverhoudingen en in het ontstaan van een select insiders-netwerk in de sociaal-economische beleidsvorming.

Als bevorderende factoren voor de corporatistische beleidsvorming noemt Hemerijck: de maatschappelijke verzuiling; politieke pacificatie; volgzam parlement; paternalistische autonomie van vakbonds- en werkgeversleiders. Al deze factoren zouden met andere woorden beschouwd kunnen worden als randvoorwaarden voor het politieke ruilmechanisme dat in de corporatistische beleidsvorming centraal staat.

In de periode 1965-1980 verandert de dynamiek echter en ontstaat een 'immobiel corporatisme', dat geen doeltreffend mechanisme blijkt te zijn voor crisismanagement tijdens de economische recessie. De nadelen van corporatistische beleidsvorming worden nu zichtbaar: beleidsrigiditeit, beleidsinertie, institutionele sclerose (Hemerijck, 1994). Die nadelen zijn ook op het terrein van de gezondheidszorg evident geworden.

### **3.2 Invloeden op de corporatistische beleidsvorming**

De corporatistische beleidsvorming in de Nederlandse samenleving is in het laatste decennium beïnvloed door een groot aantal ontwikkelingen. Het gaat hier om wijzigingen in het functioneren van de overheid, de inrichting van de samenleving en de

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

gedragingen van de burger (zie Fortuyn, 1990; Van der Grinten, 1994 en Raad voor het binnenlands bestuur, 1996).

*Democratisering, ontideologisering, en individualisering*

Belangrijke culturele ontwikkelingen zijn democratisering, ontideologisering en individualisering. Deze ontwikkelingen hebben een grote invloed op de corporatistische beleidsvorming (gehad). De democratiseringstendens in de jaren zestig en zeventig heeft ook in het maatschappelijk middenveld geleid tot kritiek op hiërarchische gezagsverhoudingen en de gebrekkige mogelijkheden tot democratische controle. De verstrengeling tussen overheid en middenveld geeft spanning met de achterban. De geloofwaardigheid van de top van de maatschappelijk middenveld organisaties gaat lijden onder de nauwe relatie met de overheid (Van der Veen, 1997). Democratisering zet dus de *verticale* samenhang binnen koepels onder druk.

Ontideologisering verwijst naar het proces waarbij levensovertuiging een steeds minder belangrijke factor wordt als organisatiepatroon, zowel bij politieke partijen als bij maatschappelijke organisaties. Vroeger gaven gezamenlijk gedragen levensovertuigingen cohesie aan ons bestuurlijk bestel. Opvattingen van grote groepen burgers waren daarmee ook redelijk voorspelbaar. In overleg met de toppen van de zuilen kon worden nagegaan hoe beleid aanvaard en gelegitimeerd kon worden. Die tijd is geweest. Burgers kiezen per onderwerp hun loyaliteit (Rbb, 1996).

De individualisering in de samenleving heeft geleid tot calculerend gedrag van zowel de burger als van de organisaties die bij een koepel zijn aangesloten. De relatie tussen betalen en het genieten binnen de eigen club valt voor de achterban steeds meer weg. De oriëntatie op het algemeen belang is minder vanzelfsprekend geworden. Individualisering tast de *horizontale* verhoudingen van solidariteit en medeverantwoordelijkheid tussen en binnen de organisaties aan.

*Dynamiek vraagzijde*

Op het terrein van de gezondheidszorg heeft de patiënt zich geëmancipeerd, mede door een hoger opleidingsniveau en door de invloed van de media. De 'vraag' wordt vaker, vaak eerder en meer

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gevarieerder gearticuleerd. De afstemming van het (toegenomen en meer gedifferentieerde) aanbod op de meer complexe vraag is daarmee lastiger geworden.

#### *Decentralisatie*

Decentralisatie is de tendens om het zwaartepunt van de besturing zo dicht mogelijk bij het primaire proces te leggen. Belangrijke motieven om te decentraliseren zijn: de toenemende complexiteit van verzorgingsarrangementen, de snelle technologische ontwikkeling en de noodzaak om doelmatig en meer marktgericht te gaan werken. Bij deze ontwikkelingen passen centrale sturing en hiërarchische gezagsrelaties niet zo goed. Het openbaar bestuur opereert immers bij uitstek in een omgeving die gekenmerkt wordt door complexiteit, variatie en turbulentie. Een hiërarchische beleidsvoering (top-down) is hier niet adequaat, omdat zij onvoldoende flexibel en snel kan inspelen op veranderingen.

In de gezondheidszorg is het decentrale sturingsconcept sterk gepropageerd door de commissie-Dekker en staatssecretaris Simons, mede als reactie op de centrale, gedetailleerde aanbodsplanning. Dekker beoogde marktprikkels in de gezondheidszorg te introduceren, om het verstarde en overgereguleerde stelsel weer in beweging te krijgen. De positie van de consument/patiënt moest versterkt worden. Simons onderschreef het plan Dekker op hoofdlijnen en wilde meer sturing op afstand. Daarmee krijgen de spelers in het veld meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Gevolgen van decentralisatie zijn:

- verschuiving van *locus of control*: van landelijke beleidsnetwerken naar het managementniveau van instellingen. Daardoor ontstaat een sterkere oriëntatie op de belangen van de eigen organisatie en een minder vanzelfsprekende interesse voor de koepel;
- strategische allianties (holdings, fusies) worden belangrijk, op verschillende niveaus:
  - . horizontaal: binnen eigen bedrijfstak (bijvoorbeeld verzekeraars);
  - . verticaal: binnen bedrijfskolom (bijvoorbeeld ggz);
  - . intersectoraal: tussen verschillende aanbieders en verzekeraars/financiers (bijvoorbeeld jeugdzorg);

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- de nu grotere particuliere organisaties treden de landelijke beleidsnetwerken anders tegemoet; de beleidsnetwerken worden minder belangrijk (Van der Grinten, 1994).

Verder brengt de decentralisatie met zich mee dat de taken van de centrale overheid veranderen: van departement naar kerndepartement met satellieten (ZBO's) en een toenemend belang van toezichtfuncties.

#### *Maatschappelijk middenveld verandert*

Een gevolg van de in deze paragraaf genoemde invloeden is dat de organisaties op het maatschappelijk middenveld van gedaante veranderen en daarmee de positie van hun bestuurders. Organisaties op het maatschappelijk middenveld vervullen van oudsher een of meer van de volgende functies: materiële belangenbehartiging, dienstverlening, zingeving en waardevorming (Van Munster *et al* 1996). Als gevolg van individualisering, decentralisatie en schaalvergroting hebben de leden van de middenveldorganisaties steeds minder directe behoefte aan de vervulling van deze drie functies op landelijk niveau. Bovendien vindt een verschuiving plaats. De belangenbehartiging en de dienstverlening aan de leden worden belangrijker, terwijl zingeving en waardevorming meer naar de achtergrond verdwijnen.

### **3.3 Voor- en nadelen**

#### *Voordelen*

De ruil, die ten grondslag ligt aan de corporatistische beleidsvorming, heeft voordelen voor beide partijen:

- de overheid krijgt op relatief goedkope manier inzicht in opvattingen, wensen en verwachtingen die in het veld leven;
- overleg impliceert de bereidheid om eigen standpunten en belangen af te wegen tegen een publiek belang;
- via het beleidsnetwerk krijgt de overheid toegang tot niet bij haar aanwezige kennis en expertise;
- de overheid kan maatschappelijke steun voor haar beleid mobiliseren en daarmee draagvlak en legitimiteit van het beleid vergroten;
- aldus ontstaat een stabiele infrastructuur voor beleidsontwik-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

keling op lange termijn (Van der Grinten, 1994; Hemerijck, 1994).

#### *Nadelen*

Maar zoals de dynamiek van het corporatisme laat zien, zijn er ook nadelen aan corporatistische beleidsvorming verbonden.

Verskillende functies in de beleidsvorming - advies, overleg, toezicht en beheer - raken meer en meer op een ondoorzichtige wijze vervlochten met elkaar. Er ontstaan op den duur gesloten circuits, waar beleid 'gemaakt' wordt en waar geen plaats is voor relatieve buitenstaanders.

Is dat een probleem? Ja, om verschillende redenen. Allereerst is er een gebrek aan democratische controle. Het bestaan van beleidsnetwerken roept de vraag op welke functie het parlement nog kan vervullen, als besluiten al in hoge mate 'voorgekookt' zijn.

Verder worden beleidsnetwerken in de gezondheidszorg gekenmerkt door een gebrekkige representativiteit: de patiënt/consument komt nauwelijks aan bod (Van der Grinten, 1994).

Meer fundamenteel is de vraag of corporatisme *as such* een effectief besturingsmechanisme kan zijn. Het antwoord op deze vraag luidt bevestigend, zolang voldaan is aan de randvoorwaarden voor de politieke ruil: gezamenlijk belang, beleidsinhoudelijke consensus, hiërarchische gezagsverhoudingen in een zuilen-structuur, draagvlak bij de achterban. Zoals we hebben gezien (zie 2.4), gelden deze randvoorwaarden echter niet altijd meer. Kennelijk is het corporatisme als besturingsmechanisme onvoldoende in staat zich creatief aan te passen aan een veranderende samenleving. De tripartiet besturing is te ver doorgeschoten en blokkeert de modernisering van de samenleving (Fortuyn, 1990). Een samenleving waarin 'de markt' een relevant concept is - dat wil zeggen een dynamisch evenwicht tussen aanbod en vraag met een sterke gerichtheid op verandering, in combinatie met een zich emanciperende burger - vraagt om andere besturingsconcepten.

### **3.4 Ontvlechting**

De corporatistische beleidsvorming heeft geleid tot vervlechting van advies, overleg en beheer. Een gevolg van de vervlechting was

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

dat de relatie tussen overheid en veld steeds diffuser werd. Steeds onduidelijker werd wie nu waar verantwoordelijk voor is (Van der Veen, 1997).

De kritiek op deze vervlechting heeft - met name vanuit de politiek - geleid tot een roep om ontvlechting. Op het terrein van de gezondheidszorg is het met name Fortuyn geweest, die met zijn rapport 'Ordering door ontvlechting' (1990) pleitte voor een heldere onderscheiding van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het primaat van de politiek moest weer uitgangspunt worden. De commissie-De Jong werd ingesteld (Tweede Kamer der Staten Generaal; 21427, 29 + 30) die in 1993 een rapport uitbracht onder de naam Raad op maat. Bepleit werd een aanpassing van de adviesstructuur. Wat verantwoordelijkheden betreft betekent dit het volgende:

- het parlement moet als gekozen vertegenwoordiger van de burger zo ongestuurd mogelijk kunnen beslissen;
- onafhankelijke deskundigen mogen daarbij optreden als leveranciers van objectieve kennis;
- belangenorganisaties kunnen informatie leveren over opvattingen, wensen, gevoelens in het veld, maar vervullen geen rol in het openbaar bestuur.

Minister Borst neemt in juli 1996 de conclusies van Raad op maat vrijwel integraal over. In een vroege fase van de beleidscyclus vindt advisering plaats door onafhankelijke deskundigen. Na politieke besluitvorming hierover wordt het beleid uitgevoerd door uitvoeringsorganen, eveneens bestuurd door onafhankelijke deskundigen. Overleg met het veld moet plaats vinden in een eigen organisatorische setting.

De nieuwe structuur gaat er als volgt uit zien:

#### *Advies*

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)
- Gezondheidsraad (GR)
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)
- Raad voor Gezondheidszorgonderzoek (RGO)

#### *Uitvoering*

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)
- College Bouw Zorgvoorzieningen (CBZ)
- Commissie sanering ziekenhuizen

#### *Toezicht*

- Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU)

Deze nieuwe structuur is op dit moment (eind 1997) nog niet helemaal gerealiseerd.

De overleg-functie moet dus een nieuwe vorm krijgen. Zorgaanbieders en andere partijen zullen zich voortaan veel meer direct tot de politiek en het departement wenden. De positie van de koepel-(branche-)organisaties komt daarmee in ander daglicht te staan: zij zijn de wettelijke-formele positie als belangenvertegenwoordiger kwijt (Idenburg, 1997).

### **3.5 Gestructureerde entree**

Op 27 oktober 1997 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de wijze waarop het departement het overleg met de maatschappelijke organisaties wil structureren. *"Ik acht het van groot belang dat er een continue dialoog bestaat tussen overheid en veld, waardoor de overheid ook weet wat er in het 'veld' leeft"*, aldus de minister. De verantwoordelijke beleidsdirecties binnen het departement vormen het aanspreekpunt voor de maatschappelijke organisaties. De directeuren-generaal zijn verantwoordelijk voor sectoroverstijgend overleg. Verder wordt melding gemaakt van het reeds bestaand gestructureerd overleg op diverse beleidsterreinen.

Met deze brief is wel duidelijk gemaakt wie binnen het departement nu als aanspreekpunt fungeert. Maar niet duidelijk is hoe de overlegfunctie nu verder vorm krijgt. Vanuit welke verantwoordelijkheid neemt iedere partij deel aan het formele overleg? Wie is op welk moment aan zet?

### **3.6 Conclusies**

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

In dit hoofdstuk is nader ingegaan op een belangrijke achtergrond van de gegroeide verhouding tussen overheid en veld in Nederland: het corporatisme.

Het corporatisme bleek aanvankelijk - in een periode waarin kostenbeheersing nog nauwelijks een rol speelde - een effectief sturingsconcept, ook in de gezondheidszorg. Effectief in die zin, dat met name de intramurale voorzieningen sterk groeiden. Naarmate de beheersing van de collectieve lasten steeds meer op de voorgrond kwam te staan, leidde de corporatistische beeldvorming tot immobiliteit en afkalving van het maatschappelijk draagvlak. Medeverantwortelijk zijn voor het verdelen van schaarste is niet aantrekkelijk.

Daarnaast droegen andere factoren bij aan de afnemende effectiviteit van het corporatistische besturingsconcept (democratisering, decentralisatie e.d.).

Het corporatisme heeft geleid tot een vervlechting van verschillende verantwoordelijkheden en taken: advies, overleg, uitvoering. Een vervlechting die onduidelijkheid oplevert: wie is nu nog voor welke taak verantwoordelijk? Of zoals Balkenende het formuleerde: *"Een kernprobleem van het corporatisme is dat de grenzen van de verantwoordelijkheden van overheid en private organisaties vervagen. Wanneer de overheid de oren te veel laat hangen naar de wensen van de organisaties kan dat indruisen tegen de eigen taken van de overheid en tegen de eigen verantwoordelijkheid van de wetgever."* (Balkenende, 1992, p. 51). Een vervlechting van verantwoordelijkheden die modernisering van het bestaande in de weg staat (Fortuyn, 1990). Een vervlechting die leidt tot een gesloten beleidscircuit, waarin niet alle relevante belangen evenredig gerepresenteerd worden.

Het corporatisme als besturingsconcept is kennelijk niet te allen tijde effectief.

Een gezondheidszorgsector, die gekenmerkt wordt door dynamiek aan vraag- en aanbodzijde, decentralisatie, professionele en operationele autonomie vereist een ander besturingsconcept. Het moet dus anders. Het huidige kabinet heeft het ontvlechtigingsbeleid doorgezet. Advies en uitvoeringstaken worden onafhankelijk en onder het primaat van de politiek gebracht. Rest de vraag hoe de overlegfunctie vorm moet krijgen. Duidelijk is dat

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

het niet op de oude manier geregeld kan worden. De overheid zal het formele overleg als instrument moeten inbedden in de nieuwe besturingsstructuur.  
Maar hoe dan wel? En: waarom is overleg eigenlijk nodig?

## 4 Waarom overleg?

Waarom is overleg nodig tussen overheid en betrokken maatschappelijke organisaties?

Tenminste drie redenen zijn te noemen:

1. de overheid is verplicht belangen zorgvuldig af te wegen;
2. de overheid en het veld zijn in de sector gezondheidszorg wederzijds afhankelijk;
3. overleg is een belangrijk instrument bij het verwerven van maatschappelijk draagvlak voor beleid.

We lichten elke reden in dit hoofdstuk kort toe.

### 4.1 Zorgvuldige belangenafweging

De overheid moet bij de beleidsvorming zorgvuldig omgaan met de belangen van burgers en hun organisaties. Dat is een hoofdbeginsel van het burgerlijk procesrecht: wie belangen afweegt, hoort die belangen te kennen. Dit beginsel van hoor en wederhoor geldt ook voor de administratieve rechter. *"Sterker nog, het beginsel geldt voor alle situaties waarin de overheid tegenstrijdige belangen afweegt."* (De Ru, 1993, p. 56). De overheid is bij bestuurlijke beslissingen dus ook onderworpen aan de plicht tot evenwichtige belangenafweging.

De juridische neerslag hiervan is te vinden in de Algemene wet bestuursrecht (Awb), hoofdstuk 3, afdeling 3.2: 'Zorgvuldigheid en belangenafweging.'. Artikel 3.2. luidt: *"Bij de voorbereiding van een besluit vergaart het bestuursorgaan de nodige kennis omtrent de relevante feiten en de af te wegen belangen."*

En artikel 3.4, lid 1: *"Het bestuursorgaan weegt de rechtstreeks bij het besluit betrokken belangen af, voor zover niet uit een wettelijk voorschrift of uit de aard van de uit te oefenen bevoegdheid een beperking voortvloeit."*

Kortom: er is een (actieve) overheidsplicht tot zorgvuldige afweging van belangen. Theoretisch gezien zou de overheid belangen kunnen afwegen zonder overleg te voeren, maar praktisch gezien is dit niet realistisch.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

## 4.2 Wederzijdse afhankelijkheid

Het typerende kenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg is de collectieve financiering met een particuliere uitvoering. Dit kan niet werken zonder een intensieve samenspraak tussen overheid en particuliere organisaties op landelijk niveau, omdat overheid en veld met elkaar verbonden zijn in wederzijdse afhankelijkheid (zie ook paragraaf 2.2). Ook hier is niet goed in te zien hoe deze samenspraak zou kunnen verlopen zonder formeel overleg te organiseren.

Relevant is verder dat de wederzijdse afhankelijkheid van overheid en veld in de huidige bestuurlijke context moet worden gezien. Deze bestuurlijke context kenmerkt zich door delegatie van verantwoordelijkheden naar decentraal niveau. Het accent voor de rijksoverheid komt meer en meer te liggen op toetsing en effectieve bijsturing achteraf. Juist binnen die context van sturing op afstand is overleg een belangrijk middel voor de overheid om invloed aan te kunnen wenden (RVZ, 1998).

## 4.3 Verwerven van maatschappelijk draagvlak

Overleg is een belangrijk instrument - naast andere instrumenten, zoals voorlichting - om maatschappelijk draagvlak voor beleid te verwerven. Maatschappelijk draagvlak kan zowel betrekking hebben op de *ontwikkeling* als op de *uitvoering* van beleid. Verder is draagvlak voor beleid soms noodzakelijk, soms in het geheel niet, omdat bijvoorbeeld financiële prikkels al leiden tot een beoogde gedragsverandering. Draagvlak voor beleid is in ieder geval noodzakelijk indien sprake is van ingrijpende gevolgen van beleidsvoornemens, onduidelijke kosten/baten verhouding, sterke normatieve implicaties, directe aanspreekbaarheid van bestuurders op de gevolgen van hun beleid en indien beleidskwesties sterk in de belangstelling van de media staan (Lako en Smelik, 1997).

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Relevant voor deze studie zijn ook de factoren die het ontstaan van maatschappelijk draagvlak bevorderen:

- consistentie van overheidsbeleid: uitgangspunten van een bepaald beleid moeten ook herkenbaar zijn in ander overheidsbeleid;
- geloofwaardige communicatie;
- zichtbare resultaten: meer draagvlak voor beleid mag verwacht worden indien het snel tot zichtbare resultaten leidt;
- eerlijke verdeling van lasten;
- beleid heeft betrekking op actuele, dat wil zeggen voor de burger herkenbare, relevante problemen (Lako en Smelik, 1997).

Deze factoren bepalen de legitimiteit en de effectiviteit van de overheidsbemoeyenis.

#### 4.4 Conclusies

Overleg is niet alleen een onontkoombaar, maar ook een noodzakelijk gegeven. Zie ook het citaat van minister Borst aan het begin van deze studie.

Van belang is hier te constateren dat formeel overleg tussen overheid en veld een middel is, een instrument (naast andere instrumenten). Een middel, dat verschillende functies kan vervullen: informatie uitwisselen; maatschappelijk draagvlak verwerven; afspraken maken enz.

Met deze constatering is nog niets gezegd over de vorm en inhoud van het overleg. De vraag is bijvoorbeeld *met wie* de overheid zou moeten overleggen, wanneer het gaat om het verwerven van maatschappelijk draagvlak.

Van de geschiedenis van het Nederlands corporatisme kunnen we leren dat de vermenging van functies als overleg, advisering en uitvoering op den duur leidt tot stilstand en voorspelbare uitkomsten. Overleg dreigt dan een doel op zichzelf te worden, een ritueel, in plaats van een instrument in de beleidscyclus.

De ontwikkelingen in het bestuursrecht (zie paragraaf 3.1) betekenen een aansporing voor belangenorganisaties om zich te manifesteren. "*De juridificering van de betrekkingen tussen de over-*

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

*heid en belangenorganisaties lijkt onstuitbaar. De overleg-economie krijgt daardoor onvermijdelijk een andere, minder selectieve en meer pluriforme inhoud." (De Ru, 1993, p. 58).*

Voordat we nagaan welke functie overleg zou kunnen vervullen in de communicatie tussen overheid en veld, bekijken we eerst de problemen die bestaan in het huidige functioneren van overleg.

## 5 Problemen in de huidige overlegfunctie

In dit hoofdstuk gaan we na welke problemen er momenteel zijn die een goede invulling van het overleg tussen VWS en het veld belemmeren.

### 5.1 Visie en verantwoordelijkheidsverdeling zijn niet helder

Om zinvol te kunnen overleggen moet er een heldere rol- en verantwoordelijkheidsverdeling zijn, zodat voor iedere partij duidelijk is vanuit welke verantwoordelijkheid men aan het overleg deelneemt.

Er lijkt consensus te bestaan in de gezondheidszorgsector over één kernprobleem, namelijk het ontbreken van zo'n heldere verantwoordelijkheidsverdeling. En om tot zo'n verdeling van verantwoordelijkheden te kunnen komen, moet eerst duidelijk zijn wat de strategische visie van het departement van VWS nu eigenlijk is. Oftewel: waar staat VWS nu eigenlijk voor? Zorginhoudelijk beleid of kostenbeheersing?

Ook minister Borst erkent dit probleem. In een reactie op het rapport van Twijnstra & Gudde over het functioneren van het departement zegt zij: "*... veel problemen die zij signaleren herken ik. Bijvoorbeeld het kernprobleem van het ontbreken van een strategische visie op de taak en positie van ons ministerie. (...) In de veranderende wereld van de volksgezondheid hebben we nog onvoldoende de rol van de overheid en van het veld goed gedefinieerd.*" (Diagonaal Plus d.d. 25 augustus 1997). Nog een citaat: "*We zitten hier geen pindaas of gehakt te verkopen, we streven een missie na. Dat betekent dat we een visie nodig hebben. Zonder visie kunnen we simpelweg niet werken.*" (SG-ad interim Jesserun in Diagonaal). (Hovius, 1997). Binnen het departement is dan ook al enige tijd een projectgroep Strategische analyse actief, met het doel om tot zo'n visie te komen.

Zolang de visie en verantwoordelijkheidsverdeling niet helder zijn,

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.



blijven er meningsverschillen tussen het veld en VWS. Zo is er een cruciaal en langlopend meningsverschil op het financiële vlak. Het veld verwijt de overheid dat de financiële taakstellingen te zeer door macro-economische doelstellingen zijn ingegeven, dat de ramingen structureel te laag zijn en empirisch niet onderbouwd. Het veld voelt zich vervolgens 'gestraft' voor het feit dat de overheid wel financiële keuzen maakt, maar geen keuzen doet als het gaat om de wettelijke zorgaanspraken van de bevolking. Het departement vindt op haar beurt dat het veld dan ook geobjectiverende informatie moet leveren voor de empirische onderbouwing.

## 5.2 Sturingsfilosofie is paradoxaal

Het ontbreken van één centrale, sturende missie van VWS laat toe dat tegenstrijdige boodschappen tegelijkertijd uitgezonden kunnen worden. De sturingsfilosofie in de gezondheidszorg is paradoxaal. Het departement brengt geen eenduidige boodschappen over en dat heeft tot gevolg dat de overlegsituatie niet helder gedefinieerd is. Bovendien leidt de paradoxale sturingsfilosofie ertoe dat de kans op het ontstaan van maatschappelijk draagvlak voor VWS-beleid geringer wordt (zie paragraaf 4.3).

Aan de ene kant is er de terugtrekkende overheid: decentralisatie; meer verantwoordelijkheid en speelruimte aan partijen toedelen; marktwerking bevorderen enzovoort.

Aan de andere kant is er een sterk sturende centrale overheid: gedetailleerde regelgeving; recentralisatie waar decentralisatie misliep; marktwerking terugdraaien enzovoort.

Een gevolg van het naast elkaar bestaan van deze tegengestelde ontwikkelingen is dat partijen in veld niet meer weten waar ze nu aan toe zijn. Zo menen de verzekeraars dat er dubbele eisen aan hen gesteld worden: enerzijds worden ze belast met sociale taken, anderzijds mogen ze commerciële activiteiten ontplooiën.

Op zich zijn decentralisatie en het introduceren van marktprikkels begrijpelijke sturingsprincipes. Het gaat immers om een complex en dynamisch veld dat bestuurd moet worden. Dat kan niet allemaal tot in detail vanuit Rijswijk. Bij het falen van decen-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

tralisatie staat dan ook niet het sturingsprincipe *an sich* ter discussie, maar het ontbreken van een adequate verantwoordings- en toezichtsstructuur (zie Vuijsje, 1997).

Een hiermee samenhangend probleem is dat - kijkend naar verantwoordelijkheden - er een verschil bestaat tussen de bestuurlijk-juridische en de bestuurlijk-politieke verantwoordelijkheid. Juridisch gezien kan de centrale overheid een bepaalde verantwoordelijkheid op decentraal niveau neerleggen. Maar wanneer het mis gaat wordt de minister toch politiek aangesproken.

Nog een aardige paradox in dit verband - en bovendien een factor die het ontbreken van een strategische visie voor sommigen legitimeert - is het gegeven dat blauwdrukken min of meer verboden zijn, 'want het stelsel is aan rust toe'. Zo is er een 'no-regret' beleid, een beleid van kleine stapjes (stapjes die 'nergens' toe leiden, aldus een VWS-ambtenaar, behalve tot 'no-regret'). Een totaalvisie ontbreekt. Maar VWS heeft zo'n visie wel nodig, want zij heeft een eigen verantwoordelijkheid (collectieve financiering, toegankelijkheid waarborgen enzovoort). Het ministerie erkent dat ook: er moeten immers sectorale zorgvisies komen (zolang dat maar geen blauwdruk heet).

### **5.3 Structurering van het overleg is onduidelijk**

Onduidelijk is wie nu overlegpartners zijn, welke functie overleg vervult in de beleidscyclus en of overleg nu categoriaal of juist transcategoriaal opgezet moet worden c.q. compartimentaal of compartimentoverstijgend.

Weliswaar heeft de minister van VWS onlangs de Tweede Kamer geïnformeerd over de overlegstructuur (zie paragraaf 3.5), maar daarmee zijn de problemen nog niet opgelost.

*Wie zijn overlegpartners voor het departement?*

In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat de traditionele overlegpartners van de overheid - de koepels - hun mandaat niet altijd meer kunnen waarmaken. De lid-organisaties zijn inmiddels geprofessionaliseerd en door fusies en strategische allianties uitgegroeid tot regionale zorgconcerns. Zij promoveren zichzelf tot overlegpartner. De vraag rijst dan op welke schaal VWS overleg zou moeten

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

organiseren: landelijk of regionaal?

*Welke functie heeft overleg in de beleidscyclus?*

Wie overlegt wanneer met wie? Het gevaar van doublures is erg groot: de RVZ sondeert het veld; VWS overlegt met het veld; het veld lobbyt bij Tweede Kamer.

*Overleg: categoriaal of transcategoriaal?*

Is de 'oude' structurering van overleg (categoriaal: jeugd, ouderen, gehandicapten enz.) nog wel toegesneden op de huidige beleidsproblemen, waar vaak een intersectorale, doelgroep-overstijgende visie aangewezen is? Op welke noemer en over welke thema's moet VWS overleg organiseren?

*Overleg: compartimentaal of compartimentoverstijgend?*

Het eerste compartiment kent een ander besturingsmodel dan het tweede compartiment. Partijen hebben verschillende verantwoordelijkheden en taken, al naargelang het compartiment. Hieruit zou kunnen voortvloeien dat dan ook de overlegfunctie verschillend vorm wordt gegeven. Maar actoren in de gezondheidszorg bewegen zich niet altijd binnen de grenzen van compartimenten.

#### **5.4 Typering huidige situatie**

Duidelijk is dat op dit moment in de meeste sectoren van de gezondheidszorg iedereen met iedereen overlegt over alles. Organisaties en hun sleutelpersonen weten vaak de toegang tot ambtenaren, directeurs, DG's en bewindspersonen wel te vinden. Op hun beurt nodigen de bewindspersonen regelmatig deskundigen op persoonlijke titel uit voor een informeel overleg of een brainstorm.

Het meer formele overleg is categoriaal georganiseerd en verloopt in de meeste sectoren nog volgens de corporatistische traditie.

Twee voorbeelden om dit te illustreren:

- Gehandicaptenbeleid: voorzitter Van Empel van de Federatie van Ouderverenigingen karakteriseert het beleid als volgt: "*Het kabinet is gericht op consensus met de spelers in het veld van de gehandicaptenzorg. Een duidelijke keuze voor zorgvernieuwing gaat het kabinet uit de weg.*" (Wiercx, 1997, p. 7).

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

- Jeugdbeleid: bij de totstandkoming van het beleidskader Regie in de Jeugdzorg (1994) en het recente regeringsstandpunt over zorgprogrammering (1997) hebben veldpartijen een grote, zo niet bepalende invloed. Ook hier wordt stelselmatig consensus nagestreefd. De beleidsvorming krijgt daardoor een stroperig karakter en fundamentele beleidskeuzen worden uitgesteld.

Wat kunnen we leren van deze voorbeelden? Kennelijk staan consensus en innovatie haaks op elkaar. Dat is geen schokkende conclusie, als we bijvoorbeeld bedenken hoe vernieuwingen op andere terreinen tot stand komen (kunst, wetenschap). Uiteraard is consensus als bestuurlijke optie geen probleem. Het wordt pas een probleem als consensus het doel wordt, in plaats van een middel (naast andere middelen).

Er wordt veel overlegd, zonder dat de beleidscyclus hierbij een ordenende functie vervult. Volgens sommige ambtenaren in het departement is een ordening met behulp van de beleidscyclus ook niet mogelijk, omdat de cyclus zelf toch een wat geïdealiseerd beeld van de werkelijkheid geeft.

Uitzondering op de hiervoor beschreven situatie is de directie Gezondheidsbeleid, waar de overlegfunctie structureel is geregeld. Er is een Regulier Overleg Warenwet ingesteld, met een onafhankelijk voorzitter. Het departement overlegt over haar beleidsvoornemens, waarbij er nu meer helderheid bestaat dan vroeger over het doel en de eindigheid van het overleg. De directie GZB is tevreden over de nieuwe invulling van de overlegfunctie; anderen in het departement wijzen erop dat de constructie in feite als een soort bestuursorganisatie functioneert.

Relevant om hier nog te noemen is het overleg tussen veldpartijen onderling. Een aantal koepels heeft zich op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in 1996 verenigd in het zogenaamde Treekoverleg. Doel van het overleg is om in consensus te komen tot visie-ontwikkeling op de gezondheidszorg. "*Communicatie en het verkennen van elkaars percepties*", aldus directeur Swenker van ZN. Ook dit soort overlegsituaties, ontstaan in het vacuüm na de Raad op maat operatie, kenmerkt zich echter door een hoog corporatistisch gehalte en daarmee door een

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gebrekkige representativiteit (zie paragraaf 3.3).

## 5.5 Conclusies

Als gevolg van de Raad op maat operatie moet de overlegfunctie opnieuw worden ingevuld. Op dit moment zijn er problemen die een adequate vormgeving van de overlegfunctie blokkeren. Veel formeel en informeel overleg tussen het departement en het veld kenmerkt zich nog door de oude traditie van het corporatisme. Het probleem daarbij is dat verantwoordelijkheden niet helder gescheiden zijn. Maar bovendien blokkeert het voortdurende streven naar consensus tussen partijen de noodzakelijke vernieuwing.

Dit alles leidt tot een onduidelijke situatie, die ook gevaren in zich draagt. Wat nu bij de externe adviesorganen is weggehaald kan in de vorm van convenanten en gelegenheidscoalities terugkeren, maar dan minder zichtbaar en grijpbaar (Van der Grinten, 1994).

Gesprekken in veld en op het departement maken duidelijk dat er behoefte is aan een strategische visie van VWS en - daaraan gekoppeld - een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Op basis daarvan kan de overlegfunctie opnieuw ingevuld worden.

## 6 Contouren van een nieuwe overlegfunctie

Terug naar het begin van deze achtergrondstudie, waar we minister Borst citeerden. In de gezondheidszorg kan het niet zonder overleg, zei de minister, want de gezondheidszorg telt nu eenmaal meerdere regisseurs. We hebben in de voorgaande hoofdstukken gezien dat overleg inderdaad - om uiteenlopende redenen - noodzakelijk is (hoofdstuk 4). Verder hebben we van de geschiedenis van het corporatisme (hoofdstuk 3) en een blik op de huidige problemen in de overlegfunctie (hoofdstuk 5) geleerd dat de overlegfunctie een nieuwe vormgeving behoeft. In dit hoofdstuk schetsen we de contouren van de nieuwe overlegfunctie.

### 6.1 Bestuurlijke context

#### *Sturing op afstand*

Het is allereerst zaak om na te gaan binnen welke bestuurlijke context het overleg tussen VWS en veld vorm moet krijgen. In deze studie is daaraan op een aantal plaatsen al aandacht besteed (zie met name paragraaf 3.2).

Duidelijk is dat de overheid niet langer meer - zoals vroeger - de beleidsbepalende actor is. Beleid komt tot stand tegen de achtergrond van de wederzijdse afhankelijkheid van overheid en veld (zie paragraaf 2.2). De complexiteit en dynamiek van het beleidsobject maken centrale sturing tot een onwenselijke en ineffectieve optie. De overheid gaat daarom meer en meer op afstand sturen en delegeert verantwoordelijkheden - voor zover mogelijk - naar actoren in het veld.

#### *Maatschappelijk ondernemerschap*

Publieke financiering en private uitvoering gaan in de gezondheidszorg hand in hand. Private uitvoerders - zowel zorgaanbieders als verzekeraars - hebben een publieke taak. Zij proberen deze taak op ondernemende wijze uit te voeren: innoverend, klantgericht, risico's lopend. De overheid stimuleert dit maat-

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

schappelijk ondernemerschap. Dit brengt met zich mee dat de overheid haar invloed zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen aanwendt. Sturing vooraf wordt beperkt en het accent wordt verlegd naar toetsing achteraf.

Bezien tegen de achtergrond van deze context komt beleid tot stand door interacties tussen de betrokken actoren: overheid en veld.

## 6.2 Naar nieuwe netwerken

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat de overlegfunctie in het verleden werd vervuld vanuit een corporatistische traditie. Advisering, overleg en uitvoering waren vaak met elkaar vervlochten in de zogenaamde beleidsnetwerken (NRV, ZFr e.d.).

Nu na de Raad op maat operatie de overlegfunctie opnieuw ingevuld moet worden, staat het departement - gelet op de bestuurlijke context - in feite voor de taak om nieuwe netwerken te creëren. Netwerken, waarin overheid en veld elkaar ontmoeten om binnen vastgelegde kaders formeel overleg te voeren.

De netwerkbenadering in de beleidswetenschappen biedt hier een goed theoretisch aanknopingspunt voor de inkadering van de overlegfunctie. De relaties tussen VWS en veld kunnen opgevat worden als een netwerk van wederzijds afhankelijke actoren. De overheid vervult hierbij op grond van de legitimiteitsbasis waarover zij beschikt een speciale rol, namelijk die van *netwerkmanager*.<sup>2</sup> Voorwaarde voor een succesvolle uitvoering van die rol is wel dat de overheid zich consequent als netwerkmanager opstelt. De overheid verliest aan geloofwaardigheid en legitimiteit wanneer zij zich op het ene moment als netwerkmanager manifesteert en op een volgend moment eigen doelstellingen behartigt (Klijn en Koppejan, 1997).

## 6.3 Randvoorwaarden

Belangrijke randvoorwaarden bij de vormgeving van de overlegfunctie zijn:

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

- afbakening verantwoordelijkheden;
- eenheid van taal en cijfers;
- public accountability.

#### *Afbakening verantwoordelijkheden*

De strategische positie (zowel bestuurlijk als beleidsinhoudelijk) van het kerndepartement dient duidelijk te zijn. Daarmee is op hoofdlijnen ook de opstelling van het departement in overlegsituaties eenduidig (geen paradoxale boodschappen).

Vervolgens dienen - afgeleid van de strategische visie van het departement - de verantwoordelijkheden en taken van de overheid en de overige actoren helder ten opzichte van elkaar afgebakend te worden. Daarmee wordt duidelijk over welke onderwerpen wel en over welke niet overlegd dient te worden. In het beleidsproces moet duidelijk zijn wie wanneer aan zet is.

#### *Eenheid van taal en cijfers*

Voor het adequaat functioneren van overleg is overeenstemming over de betekenis van begrippen en cijfers een absolute voorwaarde. Hier wordt gerefereerd aan het belang van gedeelde werkelijkheidsdefinities, die een belangrijke succesfactor zijn bij overleg in beleidsnetwerken (Klijn en Koppejan, 1997).

#### *Public accountability*

Departement en veld zullen steeds verantwoording moeten afleggen over het eigen handelen. Het handelen van overheid en veldpartijen heeft immers betrekking op publieke middelen. *Public accountability* is één van de kernbegrippen in de nieuwe overlegfunctie. Adequate informatievoorziening speelt daarbij een essentiële rol. Adequaar betekent onder meer gezaghebbend en onomstreden.

## **6.4 Overlegfunctie en compartimentering**

De huidige inrichting van het ziektekostenstelsel in drie compartimenten brengt verschillende sturingsprincipes met zich mee. Vereenvoudigd weergegeven gaat het om de volgende principes:

- 1e compartiment: overheidsregulering;
- 2e compartiment: geregleerde concurrentie;

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



- 3e compartiment: marktwerking.  
Deze situatie heeft consequenties voor de overlegfunctie. De verantwoordelijkheden en taken van de betrokken actoren verschillen immers per compartiment. Het departement zal dus per compartiment moeten expliciteren wie welke verantwoordelijkheid en rol heeft en helder omschrijven welke taken daaruit voortvloeien.  
In verschillende adviezen heeft de RVZ aanbevelingen gedaan over dit vraagstuk van verantwoordelijkheidsverdeling:
- 1e compartiment: Toekomst van de AWBZ; Met zorg wonen; Ggz in de 21e eeuw;
- 2e compartiment: Sturing verzekeringsstelsel; Ziekenhuis als maatschappelijke onderneming; Ggz in de 21e eeuw.

## 6.5 Positionering overlegfunctie

Nadat verantwoordelijkheden, rollen en taken helder afgebakend zijn kan de overlegfunctie per compartiment gepositioneerd worden.

### *Overleg als één van de beleidsinstrumenten*

Overleg is één van de instrumenten van het ministerie om bepaalde beleidsdoelen te bereiken, of om het bereiken van die doelen te faciliteren. VWS heeft dus een *keuze* en is zich expliciet bewust daarvan: wel of geen overleg; zo ja, met welk doel enz.

### *Overleg gekoppeld aan de beleidscyclus*

Indien overleg een adequaat beleidsinstrument is, dan ligt het voor de hand om de timing en functie van het overleg te koppelen aan de beleidscyclus.

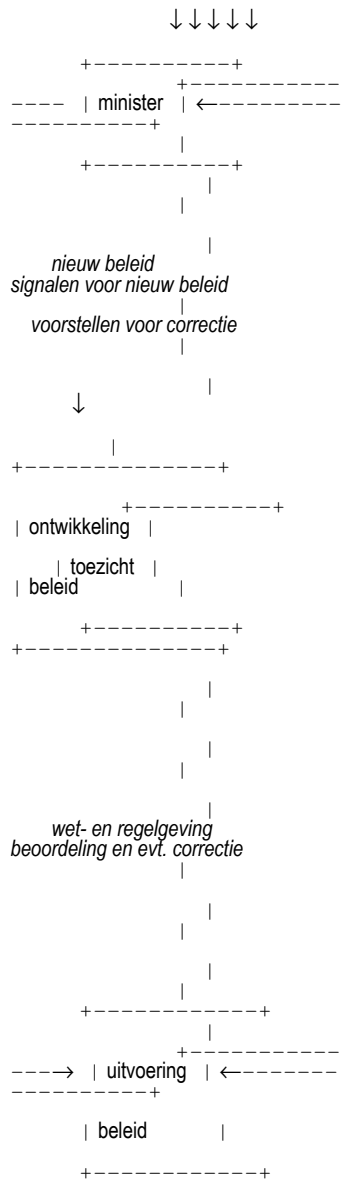
Zie het volgende schema.

*maatschappelijke en politieke signalen*



Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

De overheid zou op een aantal momenten in de beleidscyclus formeel overleg met partijen in de zorgsector moeten organiseren:

- na het formuleren van een sectorvisie (functie: draagvlak). Hier speelt ook de onafhankelijke adviesfunctie een belangrijke rol;
- bij de bepaling van het macrobudget en de deelbudgetten per sector (functie: draagvlak);
- bij de uitvoering en evaluatie van het gevoerde beleid.

De toezichtfunctie is apart en onafhankelijk van de overlegfunctie georganiseerd.

#### *Overleg en transparantie*

Inherent aan een nieuwe, heldere invulling van de overlegfunctie is transparantie op de volgende punten:

- over welke onderwerpen wordt wel c.q. niet overlegd? In principe zal het aantal onderwerpen - wat de overheid betreft - beperkt zijn, uitgaande van sturing op afstand;
- welk doel dient het overleg? Beoogd resultaat per agendapunt expliciteren. Veel voorkomend doel is: draagvlak verwerven;
- adequate communicatie: heeft betrekking op de agendering, de verslaglegging en de rapportage over de resultaten van het overleg richting parlement.

#### *Overleg: categoriaal of niet?*

Op dit moment is het overleg tussen VWS en veld nog veelal categoriaal georganiseerd. Bij de invulling van de nieuwe overlegfunctie zal ook naar een andere opzet gezocht moeten worden. Uitgangspunt op tal van beleidsterreinen is immers: van categoriaal beleid naar inclusief beleid. Zo zegt staatssecretaris Terpstra bijvoorbeeld over het ouderenbeleid: "*Specifieke aandacht voor de doelgroep is alleen nodig als het echt niet anders kan.*" (Nederlandse Staatscourant, 2 december 1997, p. 6).

De gezondheidszorg in Nederland is nog overwegend geordend op basis van gegeneraliseerde ziektecategorieën, namelijk doelgroepen. De doelgroepgeoriënteerde belangenbehartiging van zowel aanbieders als patiënten en het mede daarop geënte doelgroepenbeleid van de overheid heeft tot verschillende subsystemen geleid. De verschillen hebben echter geen basis in inhoudelijke verschillen tussen patiëntencategorieën. De categorieën zijn meer

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gebaseerd op ziekten en aandoeningen, dan op de daaruit voortvloeiende beperkingen in het dagelijks functioneren. Een oriëntatie op beperkingen - in plaats van een doelgroepbeleid - is noodzakelijk. In de praktijk zien we ook een integratie op gang komen tussen van oudsher gescheiden systemen en sectoren. Zie bijvoorbeeld de ggz (regionale zorgconcerns), de sector verpleging en verzorging (fusie tussen thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en de ontwikkeling van transmurale zorgnetwerken (fusie tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg).

Dit alles heeft consequenties voor de organisatie van de overlegfunctie. De categorale invalshoek zal meer en meer aan betekenis verliezen. Nieuwe ordeningsprincipes zullen ontwikkeld moeten worden. Voorbeeld: overleg over het thema 'wonen en zorg' (dwars door de doelgroepen heen).

*Overleg: wie zit aan tafel?*

Nauw verwant met het vorige punt is de vraag met wie VWS eigenlijk zou moeten overleggen. Het gegeven dat de categorale invalshoek aan betekenis verliest heeft tot gevolg dat meer en meer gedacht zal moeten worden vanuit algemene voorzieningen, in plaats van vanuit specifieke voorzieningen. De plaats van de gezondheidszorg ten opzichte van andere maatschappelijke sectoren moet geherdefinieerd worden. Zie het voorbeeld 'wonen en zorg': in het beleid zou niet langer gestreefd moeten worden naar specifieke woonvoorzieningen voor ouderen, verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten. De vraag is juist hoe vanuit de sector volkshuisvesting het aspect huisvesting geregeld kan worden.

Dit heeft ook consequenties voor de overlegfunctie. De overheid moet nieuwe gesprekspartners uitnodigen, afkomstig vanuit andere maatschappelijke sectoren.

## **6.6 Evaluatie van de overlegfunctie**

Een adequate invulling van de nieuwe overlegfunctie betekent ook dat het overleg periodiek geëvalueerd moet worden.

Evaluatiecriteria voor de beoordeling van de overlegfunctie zijn:

- ex post satisficing: achteraf oordelen van actoren vragen en deze

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

checken aan de door hen nagestreefde doelstellingen en de gerealiseerde oplossingen;

- win-win-situaties: wanneer voor elk van de actoren een situatie wordt bereikt die een verbetering betekent ten opzichte van de bestaande situatie of van een situatie die zou zijn ontstaan zonder gezamenlijk handelen;
- procesmaatstaven: het is van groot belang dat de overlegprocessen voor derden toegankelijk en inzichtelijk blijven. Procescriteria als openheid, zorgvuldigheid, betrouwbaarheid en legitimiteit moeten daarom bij de evaluatie betrokken worden (Klijn en Koppejan, 1997).

### **Noten**

1.. Overigens is de loonmatiging in ons land volgens de econoom Pen dé cruciale factor voor het succes van het 'poldermodel' (Vrij Nederland, 26 juli 1997).

2.. Op regionaal niveau zou bijvoorbeeld de zorgverzekeraar de functie van netwerkmanager kunnen vervullen.



## **Bijlage 5A**

### **Overzicht geconsulteerde personen**

- Drs. H. Bakkerode (DOB)
- Ir. A. Bersee (GVM)
- Drs. L.G.M. Bisschops (DJB)
- F.O.P. de Boer (DGB)
- Ir. K. Hiemstra (DBO)
- Mr. S. van Hoogstraten (GZB)
- Drs. P.H.B. Pennekamp (DGW)
- Dr. H.J. Schneider (DGVGZ)
- Mw. drs. G.E.M. Tielen (CSZ)
- R. van der Veen (DBO)
- Mr. drs. J.L.M. van Wesemael (VPZ)

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg



## Bijlage 5B

### Literatuur

Balkenende, J.P. *Overheidsregelgeving en maatschappelijke organisaties*. Alphen aan de Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willink, 1992.

Commissie-Van der Grinten. *Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector. Advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen*. Zoetermeer: RVZ, 1995.

Dijkstra, G. en Meer, F van der. Kritiek op functioneel bestuur slechts ten dele terecht. *Nederlandsche Staatscourant*, 1997, nr. 149, p. 3-5.

Fortuyn, W.S.P. *Ordering door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijke middenveld: over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 1994a, nr 12, p. 388-390.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijke middenveld: factoren die de beleidsnetwerken beïnvloeden. *Medisch Contact*, 1994b, nr 13, p. 425-427.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijke middenveld: invloed op de beleidsnetwerken. *Medisch Contact*, 1994c, nr. 14, p. 465-467.

Hemerijck, A.C. Hardnekkigheid van corporatistisch beleid in Nederland. *Beleid & Maatschappij*, 1994, nrs 1-2, p. 23-47.

Hovius, M. 'We verkopen geen pinda's of gehakt; we streven een missie na.' *Diagonaal (ministerie van VWS)*, september 1997, p. 10-11.

Idenburg, P. Na 'ontvlechting' komt 'hervlechting'. *ZorgVisie*, 1997a, nr. 4, p. 10-14.

Idenburg, P. en Algra W. Veld zoekt transparante overlegstructuur. *ZorgVisie*, 1997b, nr. 5, p. 6-9.

Interview met Scheerder: Goed dat het COTG er nog is. *Zorgverzekeraars Magazine*, 1997, nr. 8, p. 4-10.

Klijn, E.H. en Koppejan, J.F.M. Beleidsnetwerken als theoretische benadering: een tussenbalans. *Beleidswetenschap*, 1997, 11, 2, p. 143-167.

Lako, C.J. en Smelik, J. Maatschappelijk draagvlak voor beleid. *Openbaar bestuur*, 1997, nr. 9, p. 27-35.

Ministerie van VWS. *Nota Toezicht op het beleidsterrein van VWS: een algemene visie*. Rijswijk: VWS, april 1997.

Ministerie van VWS. *Brief aan Tweede Kamer inzake VWS-overlegstructuur 'gestructureerde entree'*. Rijswijk: VWS, 27 oktober 1997.

Munster, O. van, Berg E.J.T. van den en Veen, A. van der. *De toekomst van het middenveld*. 's-Gravenhage: Berenschot Fundatie/Delwel Uitgeverij, 1996.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Functie FOZ, Advies over de betekenis van het Financieel Overzicht Zorg in het beleidsproces*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Pen, J. Het geheim van het poldermodel heet drie procent. *Vrij Nederland*, 26 juli 1997, p. 28-29.

Raad voor het binnenlands bestuur. *Advies 'Besturen op de tast'*. 's-Gravenhage: Rbb, 1996.

Ru, H.J. de. Het schijngevecht om open of gesloten overlegstelsels. In: Eijk, M.C.P. van e.a. (red.) *Gesloten of open overlegstelsel*. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1993.

Swenker, P. Het nieuw elan van Den Treek. *Zorgverzekeraars Magazine*, 1997, nr. 9, p. 2.

Veen, E. van der. Voordracht voor het jubileumsymposium van het CvZ *'Maatschappelijk middenveld: nieuwbouw of renovatie'*. S.l.: s.n., 30 juni 1997.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Vuijsje, H. *Hulpeloze gladiatoren. Haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?* Amsterdam: De Balie, 1996.

Vuijsje, H. *Correct. Weldenkend Nederland sinds de jaren zestig.* Amsterdam: Contact, 1997.

Werner, F.J.M. Voordracht voor het jubileumsymposium van het CvZ 'Maatschappelijk middenveld: nieuwbouw of renovatie'. S.L.: s.n., 30 juni 1997.

Wiercx, R. Krappe zes voor paars. *Markant*, september 1997, p. 6-9.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## **Bijlage 6**

**Achtergrondstudie 'Beleidsnetwerken in de praktijk: sociale zekerheid en toegang tot zorgvoorzieningen'**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

# **Beleidsnetwerken in de praktijk: sociale zekerheid en toegang tot zorgvoorzieningen**

Indeling achtergrondstudie:

- 1 Inleiding: onderwerp, probleem en vraagstelling
- 2 De feitelijke ontwikkelingen
- 3 De beleidsnetwerkbenadering
- 4 Beleidsnetwerken inzake sociale zekerheid en toegang tot zorgvoorzieningen
- 5 De effectiviteit van beleidsnetwerken en de rol van de overheid
- 6 Conclusie

## **1 Inleiding: onderwerp, probleem en vraagstelling**

Recent heeft minister Borst aangegeven te zijn overvallen door de tweedeling in de zorg als gevolg van de herzieningen in de sociale zekerheid gericht op het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Op initiatief van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is de Ziektewet (ZW) steeds verder geprivatiseerd middels de Wet terugdringing ziekteverzuim en de Arbowet (TZ/Arbo) in 1994 en door de Wet uitbreidingsplicht loondoorbetaling bij ziekte (WULBZ) in 1996. Werkgevers wordt steeds meer verantwoordelijkheid gegeven bij het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en lopen daarbij ook steeds meer financieel risico. Als gevolg daarvan zijn werkgevers op zoek gegaan naar mogelijkheden om de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te beperken. Zij proberen onder andere de periode te bekorten waarin arbeiders niet productief zijn vanwege hun gezondheidsproblemen door de behandeling van hun werknemers te bespoedigen. Er is voor werkgevers een direct belang ontstaan om wachttijden te verkorten. Zorgverzekeraars houden rekening met deze wens bij de collectieve contracten die zij aan de werkgevers aanbieden. Als gevolg hiervan dreigt echter ongelijkheid in de toegang tot de zorg ontstaan. Dit is een niet gewenst en niet beoogd gevolg van de herzieningen in de sociale zekerheid voor de gezondheidszorg. De ongelijkheid in de toegang tot zorgvoorzieningen op niet-medische gronden wordt ook wel tweedeling in de zorg genoemd. De tweedeling tussen werkenden en niet-werkenden is een probleem, omdat een aanzienlijk gedeelte van de mensen die niet werken al in een minder gunstige maatschappelijke positie verkeren. Wanneer er een tweedeling in de zorg zou ontstaan, met als mogelijk

gevolg gezondheidsverschillen, zou deze kloof tussen werkenden en niet werkenden alleen nog maar groter worden.

De totstandkoming en uitvoering van beleid zoals dat tot nu toe gebeurde, ging veelal uit van een 'top down' benadering. Hierbij ging men uit van het principe van de 'maakbaarheid' van de samenleving. Dit hield in dat gedacht werd dat de overheid in staat was haar beleidsdoeleinden aan de maatschappij op te leggen. Er wordt echter steeds meer getwijfeld aan de 'maakbaarheid' van de samenleving. Andere partijen dan de overheid hebben een steeds belangrijker rol in de beleidsbepaling en beleidsuitvoering gekregen. Dit heeft de bestaande wederzijdse afhankelijkheidsrelaties versterkt, waardoor een 'top down' benadering minder effectief is geworden. In het advies 'Besturen in overleg' wordt als alternatief voor de 'top down' benadering de beleidsnetwerkbepaling aangereikt. In deze netwerken is een speciale rol voor de overheid weggelegd, namelijk die van 'netwerkmanager'.

We hebben geconstateerd dat na wijzigingen in het overheidsbeleid op het terrein van het ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid zich een aantal ongewenste gevolgen met betrekking tot het terrein van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft voorgedaan. Tevens is hierboven geopperd, dat de hedendaagse samenleving een andere wijze van besturen vereist vanwege de toenemende verantwoordelijkheden van private actoren en de daaruit resulterende afhankelijkheden tussen actoren. Dit brengt ons tot de volgende vraag: Had beleidsvorming via de beleidsnetwerkbepaling, met de overheid in de rol van beleidsnetwerkmanager, ongewenste en onvoorziene ontwikkelingen tot de zorg kunnen voorkomen die als gevolg van herzieningen in de sociale zekerheid ontstaan?

Om deze vraag te beantwoorden wordt allereerst beschreven hoe het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tot nu toe is omgegaan met de problematiek van deze tweedeling in de zorg. Daarna zal het beleidsnetwerk voor dit onderwerp worden getypeerd, dat wil zeggen er wordt een overzicht gegeven van de relevante actoren, hun rollen en posities, hun belangen en doelen,

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



de machtsverhoudingen uitgaande van de instrumenten die zij hebben om hun doelen te realiseren en de verschillende lagen in de netwerken op macro-, meso- en microniveau met hun functies. Vervolgens wordt aangegeven hoe deze benadering van de problematiek had kunnen leiden tot een effectievere besturing van de zorgsector en dan met name met betrekking tot het voorkomen van een ongewenste ontwikkeling als ongelijkheid in de toegang tot de zorg.

## **2 De feitelijke ontwikkelingen**

In juni 1996 bracht de RVZ een advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport getiteld 'Sociale zekerheid en zorg'. Hierin gaf de RVZ aan dat er bij de veranderingen in de sociale zekerheid onvoldoende rekening gehouden wordt met de gevolgen voor de volksgezondheid en voor de gezondheidszorg. Een mogelijk ongewenst effect daarvan zou een structurele voorkeursbehandeling voor werkenden kunnen zijn. De RVZ was van mening dat een structurele voorkeursbehandeling aan bepaalde groepen moest worden tegengegaan. Wel zouden zorgaanbieders de mogelijkheid moeten krijgen meer gedifferentieerde zorgfaciliteiten aan te bieden. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ), onderdeel van het Jaaroverzicht Zorg (JOZ), zou voldoende ruimte moeten bieden om de 'zorgkloof' te dichten en de zorgaanpakken dienden geflexibiliseerd te worden, zodat het mogelijk zou worden een groter deel van het beschikbare inkomen aan zorg te besteden. Tevens zouden zorgverleners meer expliciet rekening moeten houden met het terugdringen van ziekteverzuim en zouden gegevens over wachttijden gedefinieerd moeten worden en bekend gemaakt.

In haar reactie op het RVZ-advies stelde het kabinet, dat er inderdaad geen sprake mag zijn van een structurele voorrangsbehandeling van werknemers. Verder gaf het kabinet aan dat het terugdringen van de wachttijden in de zorg een zeer hoge prioriteit had. Voor het dichten van de 'zorgkloof' werd een volumegroei van 1,3% toegestaan, waarbij verder de mogelijkheid open stond om dit groeipercentage eventueel te verhogen, afhankelijk van de

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

resultaten van een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking. Voor een meer realistisch ramingsmodel voor de zorgsector wilde het kabinet de zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet structureel bij de opstelling van de ramingen in het JOZ betrekken, aangezien deze partijen geen onafhankelijke positie innemen. Er was alleen sprake van incidenteel overleg met deze partijen.

In deze reactie wordt echter niet aangegeven hoe meer direct met de betrokken partijen afspraken konden worden gemaakt over het voorkomen van structurele voorrang voor bepaalde groepen werknemers. Er wordt alleen aangegeven dat in allerlei wet- en regelgeving reeds vastligt dat er van structurele voorrangverlening geen sprake kan en mag zijn en dat de 'zorgkloof', en daarmee dus ook de wachtlijsten, aangepakt zal worden. Achteraf gezien is daarmee het probleem van de 'zorgkloof' onderschat. Maar nog veel belangrijker voor dit advies is, dat de kracht van de ontwikkelingen in het veld en het vermogen van de overheid om met de bestaande instrumenten die ontwikkelingen te sturen verkeerd waren ingeschat. Er werd vastgehouden aan een 'top down' benadering, waarbij de overheid dicteert en het veld conformeert. In de praktijk bleken de veldpartijen echter hun eigen belangen, doelen en middelen te hebben. De feitelijke ontwikkeling in het veld, waarbij voorrang voor bepaalde groepen werknemers wel degelijk is voorgekomen, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dan ook overvallen. Het beleid, zoals het ministerie van VWS dat voor ogen had, heeft in de praktijk geen gestalte gekregen. Daarmee kan de gehanteerde benadering van beleidsvoering als ineffectief worden beschouwd.

### **3 De beleidsnetwerkbenadering**

Een alternatief voor de hiervoor beschreven hiërarchische benadering van besturing, de zogenaamde 'top down' besturing, wordt gegeven door de beleidsnetwerkbenadering. Centraal in deze benadering staat het samenwerkingsprobleem. Het uitgangspunt is dat beleid, gezien de afhankelijkheid van actoren van elkaars middelen, alleen tot stand komt als die actoren hun middelen ook

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

daadwerkelijk beschikbaar stellen. Verklaringen voor het succes of falen van beleidsprocessen worden in de netwerkbenadering vooral gezocht in het onvermogen om tot samenwerking te komen (Klijn en Koppejan, 1997). Voor een meer uitgebreide definitie van de uitgangspunten en de succes- en faalfactoren van de beleidsnetwerkbenadering zie bijlage 5.1 van dit advies.

Beleidsnetwerken zijn te typeren volgens het niveau waarop ze zich bevinden, dat wil zeggen micro-, meso- of macroniveau (Rhodes, 1990). Voor de in deze achtergrondstudie genoemde problematiek rondom sociale zekerheid en tweedeling in de zorg zullen we vooral ingaan op de netwerken op meso- en macroniveau. Op macroniveau hebben we te maken met de complete beleidsomgeving ('policy community') gedefinieerd in abstracte actoren. De beleidsomgeving kan worden opgesplitst in een tweetal typen netwerken op mesoniveau waarbij concrete actoren benoemd kunnen worden. Op dit mesoniveau onderscheiden we het overheidsnetwerk ('intergovernmental' netwerk) en het sectornetwerk ('sub-governmental' netwerk). Het sectornetwerk kan worden getypeerd als: "Een kleine groep politieke actoren, zowel overheden als andere actoren, die zich specialiseren op bepaalde beleidsterreinen." (Rhodes, 1990). Het overheidsnetwerk is gedefinieerd als "een belangrijk stelsel van activiteiten en interacties tussen overheden van alle types en niveaus." (Rhodes, 1990). Op microniveau hebben we vooral te maken met individuen. De interacties op dit niveau spelen zich af in de driehoek tussen zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De overheid heeft in het beleidsnetwerk een bijzondere positie, die niet door andere actoren vervuld kan worden, namelijk die van 'netwerkmanager' (hier wordt later in deze bijlage nog op ingegaan). Die speciale positie vloeit voort uit het feit dat de overheid de rol heeft van de vertegenwoordiger van het maatschappelijk belang. Hier komt ook het 'primaat van de politiek' uit voort. Daarnaast heeft de overheid ook een aantal belangrijke middelen, waarmee zij invulling aan haar speciale rol kan geven.

In naam van het maatschappelijk belang heeft de overheid een aantal publieke functies, zoals bijvoorbeeld de verantwoorde-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

lijkheid voor de stabiliteit en veiligheid van de natie om zijn burgers te beschermen tegen interne en externe bedreigingen. Tevens is de overheid verantwoordelijk voor de belichaming van waarden en voor het oplossen van sociale conflicten. Daarnaast is de overheid ook nog eens producent van sociale goederen en diensten. Ten slotte is de overheid de beschermer van een aantal sociale and democratische waarden. We moeten er echter wel rekening mee houden dat het maatschappelijk belang binnen overheidsorganisaties wordt gemengd met meer particularistische overwegingen, zoals politieke opportuniteit, organisatiedoelstellingen en persoonlijke doelstellingen.

Belangrijke middelen waarmee de overheid invulling aan haar speciale rol kan geven zijn: controle over grote financiële bedragen en grote aantallen personeel, speciale bevoegdheden, toegang tot de massamedia, een monopolie op het gebruik van geweld en democratische legitimering. De beschikking over deze middelen geeft de overheid een aanzienlijke machtspositie. Dit wil echter niet zeggen dat de overheid superieur is aan andere partijen. Maar de overheid kan wel een belangrijke invloed op die partijen uitoefenen.

De bijzondere positie geeft de overheid niet alleen een speciale bevoegdheden en bijzondere middelen, maar levert ook beperkingen op voor de mogelijkheden zich strategisch te gedragen. Zo moet de overheid altijd naast de effectiviteit en efficiency van haar optreden, rekening houden met de politieke en maatschappelijke legitimiteit ervan.

Bij netwerkmanagement zijn twee uitgangspunten van belang (Klijn en Koppejan, 1997). Ten eerste, komt samenwerking niet vanzelf op gang en verloopt deze evenmin probleemloos. Dit heeft te maken met de verscheidenheid aan doelen en belangen en daaruit voortvloeiende (potentiële) conflicten over de verdeling van kosten en baten van problemen en oplossingen. Ten tweede kan gezamenlijk handelen worden bevorderd door te zorgen voor prikkels tot samenwerking, door proces- en conflictmanagement en door reductie van risico's verbonden aan samenwerking.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

De netwerkmanager kan verschillende strategieën hanteren. Deze strategieën kunnen worden onderscheiden in twee groepen, waarbij het verschil zit in het niveau waarop ze ingrijpen. Aangrijpingspunten kunnen liggen op het niveau van het spel en op het niveau van het netwerk zelf. Op het niveau van het spel onderscheiden Bruijn *et al* (1993) de volgende strategieën: selectieve activering van actoren; het activeren van het vervullen van een bepaalde rol door specifieke actoren; het vergroten van de bereidheid en mogelijkheid van samenwerking door het bevorderen van open informatie-uitwisseling en het ontwikkelen van een gezamenlijke taal of van gemeenschappelijke omgangsvormen; met betrokkenen overeenstemming bereiken over rechtvaardige procedures; het arrangeren van interactieprocessen door middel van convenanten, contracten, procedure-afspraken, etcetera; het zoeken naar gemeenschappelijke belangen waardoor doelen vervlochten kunnen worden; het bewerkstelligen van commitment; en het strategisch gebruik van sturingsinstrumenten. Daarnaast bestaat een aantal strategieën voor netwerkconstituering: veranderen van de verhoudingen tussen actoren door het wijzigen van de verdeling van hulpbronnen of van organisatorische arrangementen binnen het netwerk; het toelaten of uitsluiten van actoren of de creatie van een nieuw netwerk; wijziging van bestaande regels of de introductie van nieuwe regels; wijzigen van de percepties binnen het netwerk door middel van voorlichtingscampagnes of het organiseren van een open debat. De hiervoor genoemde strategieën geven de overheid zowel een manipulerende als een faciliterende rol. Vooral de eerstgenoemde rol vereist een hoge mate van transparantie omtrent het gedrag van de overheid, zodat duidelijk is of de overheid wel het maatschappelijk belang vertegenwoordigt.

#### **4 Beleidsnetwerken inzake sociale zekerheid en toegang tot zorgvoorzieningen**

De actoren in de beleidsomgeving ('policy community') inzake sociale zekerheid en tweedeling in de zorg zijn de volgende: de overheden op het terrein van VWS, de overheden op het terrein van SZW, werkgevers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patinten

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

en werknemers. Deze actoren verschillen allen in hun posities en rollen, in hun belangen en doelen en in hun middelen en macht. Door aan deze aspecten een concrete invulling te geven in deze casus, wordt het duidelijker wat er wordt bedoeld wanneer we zeggen dat de verschillende partijen onderling van elkaar afhankelijk zijn en waarom samenwerking zo belangrijk is.

#### *Posities en rollen*

*Overheid:* is de vertegenwoordiger van het maatschappelijk belang. Voor de overheden op het terrein van VWS betekent dit echter iets anders dan voor de overheden op het terrein van SZW. Het vertegenwoordigen van het maatschappelijk belang richt zich in dit geval bij overheden van VWS vooral op gelijkheid in de toegang tot de zorg, terwijl overheden van SZW zich vooral inzetten voor een doelmatige uitvoering van de sociale zekerheid. Vandaar dat de overheid op macroniveau in deze casus is onderscheiden in twee actoren.

*Werkgevers:* hebben voornamelijk een rol als producent van goederen en diensten en verschaffer van werkgelegenheid. Werkgevers hebben zich georganiseerd in werkgeversorganisaties.

*Zorgverzekeraars:* hebben een soort dubbelrol. Aan de ene kant zijn het ondernemers die een goed bedrijfsresultaat willen halen. Zij zijn daarbij niet alleen actief in de zorg, maar bieden ook andere verzekeringsvormen aan, die over het algemeen commercieel gezien interessanter zijn dan zorgverzekeringen. Met name de 'employee benefits' zijn voor de verzekeraars een aantrekkelijke nieuwe markt. De commerciële verzekeraars hebben zich verenigd in het Verbond van Verzekeraars.

Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars ook een positie in het zorgstelsel als verzekeraar met een sociale functie. De sociale en commerciële zorgverzekeraars hebben zich georganiseerd in de branche-organisatie Zorgverzekeraars Nederland.

*Zorgaanbieders:* hebben vooral een rol als aanbieder van gezondheidszorg van goede kwaliteit, die voor iedereen toegankelijk is. Zij hebben zich verenigd naar sector, naar beroepsgroep en naar instelling met als overkoepelend orgaan de Nationale Zorgfederatie.

*Patiënten:* zijn degenen die geconfronteerd worden met de ongelijkheid in de toegang tot de zorg als ontvangers van die zorg en

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

degenen die de zorg uiteindelijk betalen. Zij worden vertegenwoordigd door allerlei patiënten- en consumentenorganisaties verenigd in de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. *Werknemers*: zijn degenen waaraan voorrang wordt verleend en zijn vertegenwoordigd door werknemersorganisaties.

#### *Belangen en doelen*

*Overheid*: overheden op het terrein van VWS vertegenwoordigen het maatschappelijk belang van gezondheidszorg en dat betekent in dit geval dat zij ongelijkheid in de toegang tot de zorg op basis van het feit dat iemand werknemer is willen voorkomen, omdat dit leidt tot een tweedeling in de samenleving. Ze richten zich daarbij op de belangen van de patiënt of zieke.

Overheden op het terrein van SZW vinden het van belang dat werkgevers in grote mate verantwoordelijk zijn voor het ziekteverzuimbeleid op microniveau, zodat de werkgevers zich ook in zullen spannen om het ziekteverzuim terug te dringen. Het doel hiervan is de kosten voor sociale zekerheid te verminderen. SZW-overheden richten zich dan ook vooral op het belang van werk en de belangen van de werkenden.

*Werkgevers*: moeten de kosten vanwege ziekteverzuim voor een groot deel zelf opbrengen en willen daarom het vóórkomen en de duur van ziekteverzuim zoveel mogelijk beperken. In het geval van ziekteverzuim hebben werkgevers er belang bij dat hun werknemers zo snel mogelijk geholpen worden. Daarvoor doen zij een beroep op zorgverzekeraars.

*Zorgverzekeraars*: concurreren om de collectieve contracten, waarmee werkgevers hun werknemers voor ziektekosten verzekeren. Het doel van een zorgverzekeraar is aantrekkelijke verzekeringscontracten aan te bieden. Gezien de enorme kosten die er aan ziekteverzuim verbonden zijn, zal de verzekeraar die de werknemers het snelst kan helpen het collectieve contract mogen aanbieden. Dit is een prikkel voor zorgverzekeraars om afspraken met zorgaanbieders te maken, met het doel werknemers sneller van hulp te voorzien.

*Zorgaanbieders*: richten zich op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dit moeten zij bewerkstelligen binnen bepaalde financiële kaders. Daarnaast is voor hen het behoud van hun positie in het zorgstelsel van belang, dat wil zeggen het voortbestaan van de

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

organisatie. Het financiële kader kunnen zij maar in beperkte mate zelf beïnvloeden. Gezien de financiële krapte aan de kant van de zorgaanbieders en het feit dat het maken van voorrangsafspraken met verzekeraars erg lucratief kan zijn voor zorgaanbieders, is er voor zorgaanbieders een prikkel om de verzekeraars tegemoet te komen in hun wensen. Daarnaast veroorzaakte de dreiging van privé-klinieken in het verleden een extra prikkel voor zorgaanbieders ten aanzien van het verlenen van voorrang aan werknemers. Door de bedreiging van hun positie, vanwege het feit dat privé-klinieken zorg aan werknemers konden verlenen buiten het reguliere stelsel om, lieten zorgaanbieders een pragmatische benadering prevaleren boven een meer principiële benadering.

*Patiënten:* hebben in principe als doel zo snel mogelijk geholpen te worden. Daarnaast wil iedere individuele patiënt dat zij even snel worden geholpen als een ander.

*Werknemers:* hebben een belang dat voornamelijk verbonden is met het werkgelegenheidsaspect. Hun doel kan worden gezien als het optimaliseren van hun arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden. Wanneer voorrang voor werknemers leidt tot lagere kosten voor werkgevers en een betere concurrentiepositie, dan heeft dat een positief effect op hun eigen positie.

#### *Middelen en macht*

*Overheid:* heeft een zeer belangrijk instrument in wet- en regelgeving om te sturen in de beleidsuitvoering. Van belang daarbij is wel dat de uitvoerende partijen het nut van de wet- en regelgeving inzien. Er moet draagvlak voor zijn binnen het netwerk. Dit wil niet zeggen dat de wet- en regelgeving moet overeenstemmen met de belangen en doelen van alle partijen, maar een ruime meerderheid moet er op z'n minst begrip voor op kunnen brengen. Naast wet- en regelgeving is een belangrijk middel voor de overheid, dat zij de beschikking heeft over de collectieve financiën in de sector en dat de overheid de bevoegdheid heeft deze middelen te verdelen. Ze kan 'sturen met geld'.

*Werkgevers:* hebben een middel door de concentratie van financiële middelen en de gunstige risico 'pool' die zij zorgverzekeraars kunnen aanbieden in ruil voor een collectief zorgverzekeringscontract. Daarnaast hebben zij door de concentratie van macht in hun werkgeversorganisaties en de belangrijke rol die

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



werkgevers spelen in de economische ontwikkeling van ons land, een stevige positie aan de onderhandelingstafel met de andere partijen in het netwerk.

*Zorgverzekeraars:* kunnen de concentratie van premiegelden voortkomend uit de collectieve contracten gebruiken om voorrang voor de werknemers die onder het collectieve contract vallen te verkrijgen van zorgaanbieders. Ook hier zijn financiën dus een belangrijk middel. Echter, ook de concentratie van macht in Zorgverzekeraars Nederland en de rol in de uitvoering van ons sociale verzekeringsstelsel geven de zorgverzekeraars een stevige positie.

*Zorgaanbieders:* hebben in principe de verantwoordelijkheid voor en de controle over de levering van zorg, waarbij er een grote mate van professionele autonomie bestaat. Zorgaanbieders hebben zich ook zeer goed georganiseerd en vormen een sterk machtsblok. Wet- en regelgeving van de overheid is in de praktijk niet altijd in staat het gedrag van zorgaanbieders te dirigeren, aangezien zorgaanbieders vanwege hun sterk collectief in staat zijn beleid te blokkeren of te negeren. Dit komt ook omdat het gedrag van individuele zorgverleners ook niet altijd goed is te controleren. Vooral wanneer er onduidelijkheid is over wat wel en niet kan of mag, wordt het gemakkelijker wet- en regelgeving te omzeilen.

*Patiënten:* hebben in theorie een machtig middel om invloed uit te oefenen in het netwerk. Zij zijn namelijk degenen die uiteindelijk voor de zorg betalen. Maar deze financiële middelen zijn niet geconcentreerd, waardoor er geen gerichte beïnvloedingsmogelijkheden zijn. De vereniging van patiëntenbelangen in de NP/CF levert ook geen substantiële verbetering in de machtspositie van patiënten op, omdat zij een achterban vertegenwoordigen die sterk verdeeld is. Vandaar dat de NP/CF geen sterke positie aan de onderhandelingstafel inneemt.

*Werknemers:* zijn ook patiënten, maar omdat zij aan de andere kant een belangrijke factor in het productieproces van het bedrijfsleven vormen en zich verenigd hebben in werknemersorganisaties, hebben zij een sterkere positie aan de onderhandelingstafel dan de andere patiënten.

Hierboven is de beleidsomgeving geschetst als netwerk. Dit zijn de abstract geformuleerde partijen die van belang zijn in de ma-

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

crobeleidsvorming. Zij hebben macht en middelen waarmee zij invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling van het macrobeleid en de uitvoering daarvan. Op het mesoniveau hebben we te maken met twee typen netwerken, namelijk het sectornetwerk ('sub-governmental') en het overheidsnetwerk ('intergovernmental'). Deze twee typen netwerken geven een meer concrete invulling aan het abstracte macronetwerk.

Het overheidsnetwerk bestaat uit de verschillende organisaties aan de kant van de overheid. In dit geval gaat het om het ministerie van VWS, de ZFr, het COTG, de CTU, het CvZ, de RVZ, de Gezondheidsraad, het ministerie van SZW, het LISV, de CTSV en de SER. Deze laatste partijen zijn verantwoordelijk voor de advisering, voorbereiding, uitvoering en toetsing van beleid. In dit netwerk zijn er twee zaken van belang. Ten eerste, is het belangrijk dat er tussen de verschillende organisaties binnen ieder beleidsterrein duidelijkheid is over het te voeren beleid. In de hedendaagse praktijk bestaat er een zekere geslotenheid tussen de verschillende overheidsactoren binnen een sector. Toch is het wenselijk dat er in iedere fase van de beleidsvorming duidelijkheid is over de doelen en strategieën van de overheid in die sector, zodat de beleidsvoorbereiding en de beleidsuitvoering aansluiten en op elkaar afgestemd zijn. Hierbij is het belangrijk dat de resultaten van de beleidsvoorbereiding nauwkeurig worden toegepast in de beleidsuitvoering, maar moet er ook lering worden getrokken uit de knelpunten bij de beleidsuitvoering voor de beleidsvoorbereiding. Ten tweede, moet er tussen de verschillende beleidsterreinen ook afstemming zijn ten aanzien van de beleidsvoering. Het moet in een vroegtijdig stadium duidelijk zijn welke gevolgen het beleid op andere terreinen hebben op het eigen beleidsterrein. Hierbij kan door het ministerie van VWS bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van 'gezondheidseffectscreening' (Roscam Abbing et al, 1995; Putters, 1996) om eventuele gevolgen van beleidsvoornemens in andere sectoren vroegtijdig te onderkennen. Dit is overigens maar één voorbeeld van een instrument om overheidsbeleid meer integraal te benaderen. Belangrijker is dat de verschillende ministeries een meer integrale benadering van overheidsbeleid als uitgangspunt gaan hanteren.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Het andere type mesonetwerk is het sectornetwerk. Het netwerk beperkt zich tot een bepaalde beleidssector en bevat politieke actoren vanuit zowel de overheid als de andere partijen. Het gaat hierbij dus vooral om de uitvoering van beleid en de terugkoppeling daarvan naar de beleidsvorming. Waar het bij het overheidsnetwerk vooral gaat om de samenwerking tussen de verschillende overheidsactoren wat betreft beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering, gaat het in het sectornetwerk vooral om de samenwerking tussen actoren die gelieerd zijn aan de overheid en private actoren. We zullen ons hier richten op de sector gezondheidszorg. Dan hebben we te maken met het ministerie van VWS, de ZFr, het COTG, de CTU, het CvZ, ZN, werkgeversorganisaties, vertegenwoordigende organen van zorgaanbieders, de NP/CF, werknemersorganisaties en zeer grote zorgverzekeraars, zorgaanbieders en werkgevers. Dit is het netwerk waarbinnen interactie plaatsvindt ten aanzien van het beleid in de zorgsector aangaande ongelijkheid in de toegang tot de zorg. Dit betekent dat de partijen binnen dit netwerk bij zowel bij de beleidsvoorbereiding, als bij de beleidsuitvoering structureel betrokken moeten zijn, aangezien zij de verschillende maatschappelijke belangen vertegenwoordigen en een aantal van deze partijen ook de macht en de middelen hebben om invloed uit te oefenen op de effectiviteit van het beleid. Zonder communicatie met deze partijen kan de overheid onmogelijk tot een evenwichtige afweging van belangen komen. Daarnaast is het voor de effectiviteit van politieke besluitvorming van belang om met deze partijen te overleggen, aangezien velen van hen middelen tot hun beschikking hebben waarmee ze in staat zijn die effectiviteit te beïnvloeden. Dit overleg kan worden vormgegeven al naar gelang het doel wat de overheid met het overleg heeft en daarbij kan zij gebruik maken van de strategieën die zij als 'netwerkmanager' tot haar beschikking heeft (beschreven in hoofdstuk 2).

Het micronetwerk bestaat uit individuen, namelijk zorgaanbieders, zorgvragers, individuele werkgevers en individuele verzekeraars. De beleidsvorming op macroniveau en de effectuering daarvan op mesoniveau vindt zijn uiteindelijke uitwerking in de interacties tussen deze individuen. In dit geval gaat het erom dat ieder individu gelijke toegang tot zorg heeft. Dat is hier wat het

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

ministerie van VWS met haar beleid wil bereiken. Maar in de praktijk zien we dat er ongelijkheid tussen individuen ontstaat in de toegang tot de gezondheidszorg.

## **5 De effectiviteit van beleidsnetwerken en de rol van de overheid**

De bovenstaande beschrijving van de in deze casus relevante beleidsomgeving, de netwerken op mesoniveau en de basale relaties op microniveau kunnen voor de overheid een begin vormen van een andere benadering van besturing. Om de legitimiteit en de effectiviteit van die besturing te verhogen is het belangrijk te weten welke rollen, belangen, doelen en middelen de verschillende partijen hebben die in de relevante beleidsomgeving actief zijn. Vervolgens kan de overheid in haar rol van 'netwerkmanger' deze kennis strategisch gaan aanwenden om het maatschappelijk belang zo effectief mogelijk te vertegenwoordigen. Overleg binnen de netwerken speelt hier een zeer belangrijke rol bij. Het is de taak van de overheid het overleg binnen de verschillende netwerken vorm te geven, via formalisering en institutionalisering. Daarbij kan overleg in het 'overheids'netwerk op twee manieren de effectiviteit van het beleidsnetwerk vergroten. Ten eerste ontstaat er een meer eenduidige perceptie van de doelen van het te voeren beleid, waardoor een betere koppeling wordt aangebracht tussen het functioneren van de overheidsactoren die in verschillende fasen van de beleidsvoering een rol spelen. Daarnaast faciliteert dit overleg een meer integrale benadering van het overheidsbeleid. Tevens vindt er overleg plaats in het 'sector' netwerk. Ook hier kan in grote lijnen op twee punten de effectiviteit van besturing worden vergroot. Doordat overheid en veldpartijen elkaar informeren over wederzijdse doelen en bedoelingen. Dit geeft met name de overheid, maar ook de andere partijen, een beter beeld over de mogelijkheden en beperking ten aanzien van de beleidsvoering. Daarnaast kan de overheid via het overleg ook draagvlak toetsen en verwerven. Voor de effectiviteit van beleid is het goed al in een vroeg stadium draagvlak bij de veldpartijen ten aanzien van bepaalde beleidsvoornemens toetsen. Een instrument dat het ministerie van VWS daarvoor wil gaan

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

gebruiken is de zogenaamde Elandproef. Voor het verwerven van draagvlak kan het middel 'commitment' gebruikt worden. Door van veldpartijen 'commitment' te verkrijgen ten aanzien van bepaalde beslissingen, wordt de kans op een goede samenwerking met deze partijen vergroot. Het verkrijgen van 'commitment' kan gepaard gaan met onderhandelingen.

De partijen in de beleidsnetwerken op mesoniveau spelen een rol in zowel de beleidsvoorbereiding als in de beleidsuitvoering. Tussen deze twee fasen in het beleid ligt de beleidsvaststelling. Daarin vindt de parlementaire besluitvorming plaats. Alleen hier geldt het 'primaat van de politiek'. Daarbij kunnen veldpartijen wel gehoord worden, maar is er geen sprake van overleg.

Wanneer we de rol van de overheid als 'netwerkmanager' toepassen op de casus van sociale zekerheid en tweedeling in de zorg, dan kunnen we ons hierbij de volgende voorstelling maken. De overheid had via het vormgeven van het overleg (informatie-uitwisseling) tussen overheidsactoren in het 'overheids'netwerk en het overleg met veldpartijen in het 'sector' netwerk in een vroeg stadium kunnen constateren dat de belangen van vele actoren in het gehele relevante (macro)netwerk als gevolg van de ontwikkelingen in de sociale zekerheid in conflict kwamen met gelijke toegang tot de zorg. Het enige middel dat het ministerie van VWS tot dan toe gebruikte om die actoren toch te laten vasthouden aan gelijke toegang was de bestaande wet- en regelgeving. Gezien de rollen, belangen, doelen en middelen van de veldpartijen was dit een onhoudbare situatie. Daar kwam nog eens bij dat binnen de overheid, dus in het 'overheids'netwerk, er verschillende ideeën bestonden bij verschillende personen op verschillende tijdstippen. Zo toonde de minister-president zich in het voorjaar van 1996 een aarzelend voorstander van voorrang voor werknemers, sprak minister Borst van Volksgezondheid in diezelfde tijd van 'gedogen' en 'voorwaarden waaronder voorrang verleend mag worden' en stelde diezelfde minister in de zomer van dat jaar vast dat voorrang op niet-medische gronden niet kan. Mede door deze wisselende opstelling van de overheid ontstond er op sommige plaatsen voorrang voor werknemers.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Echter, op het moment dat de spanning tussen de belangen werd gesignaleerd, had de overheid gelijke toegang al beter kunnen bewaken door te overleggen met de verschillende partijen. Dit overleg was al eerder op gang gekomen ten behoeve van de informatie-uitwisseling. Over de informatie die daaruit voortkomt, moet vervolgens politieke besluitvorming plaatsvinden. Als daaruit was voortgekomen dat het in het algemeen maatschappelijk belang is om geen voorrang aan werknemers te verlenen, dan moet dat voor de overheid de inzet in het volgende overleg zijn.

Een mogelijke strategie daarbij had kunnen zijn dat de overheid 'commitment' van de veldpartijen probeerde te verkrijgen ten aanzien van gelijke toegang tot zorgvoorzieningen. Over dit 'commitment' had de overheid kunnen onderhandelen, bijvoorbeeld door in ruil voor dit 'commitment' de partijen een structurele rol te geven in de opstelling van het Jaaroverzicht Zorg (daarbij wordt hier overigens niet bedoeld op een rol in de besluitvorming omtrent het JOZ, maar op een structurele informerende rol of inspraak). Op die manier worden zij niet alleen geconfronteerd met de problemen van tekorten in financiële middelen, zoals het ontstaan van wachtlijsten, maar krijgen zij een (beperkte) rol in het omgaan met deze problematiek.

Het strategisch gebruik van sturingsinstrumenten is een andere mogelijke strategie. Het 'sturen met geld' is hier een voorbeeld van. Zo kun je instellingen die voorrang verlenen, korten op hun budget, waardoor het niet meer lucratief is voor die instellingen om voorrang te verlenen. Deze oplossing is misschien erg drastisch, maar de overheid kan dit soort maatregelen ook gebruiken bij de onderhandelingen als 'stok achter de deur'. Je zou de maatregel ook op een meer stimulerende manier kunnen gebruiken, waarbij je instellingen beloont die geen voorrang verlenen. Andere strategieën die een 'netwerkmanager' kan hanteren staan in hoofdstuk twee van deze casus.

## **6 Conclusie**

In deze studie is een praktisch voorbeeld gehanteerd om te laten

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

zien welke bijdrage de beleidsnetwerkbenadering kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van de besturing van de zorgsector. Daarbij hadden we ons in de inleiding de volgende vraag gesteld: had beleidsvorming via de beleidsnetwerkbenadering, met de overheid in de rol van beleidsnetwerkmanager, het ontstaan van ongewenste en onvoorziene ontwikkelingen ten aanzien van de toegang tot de zorg als gevolg van herzieningen in de sociale zekerheid kunnen voorkomen?

Op deze vraag hebben we in deze studie geen definitief antwoord kunnen geven. Het is wel zo, dat door gebruik te maken van de netwerkbenadering de overheid de gevolgen van de veranderingen in de sociale zekerheid voor de zorgsector eerder had kunnen zien aankomen. Door overleg in het 'overheids'netwerk kan er in een vroeg stadium inzicht zijn in kansen en bedreigingen. Dit betekent dat in dat stadium de overheid al een integrale visie op de problematiek kan vormen en er naar de veldpartijen duidelijkheid is over wat de zij wil.

Daarnaast is duidelijk geworden, dat de overheid via het 'sector' netwerk een duidelijker beeld kan krijgen van de posities en rollen, belangen en doelen, en de middelen en macht van de verschillende veldpartijen. Hierdoor ontstaat inzicht in de mogelijke effectiviteit van beleid. Door middel van het toetsen van draagvlak kan dit inzicht nog vergroot worden.

Vervolgens is aangegeven dat de overheid de effectiviteit van haar beleid kan vergroten door meer strategisch om te gaan met haar middelen en met de verschillende partijen. Het verkrijgen van 'commitment' en het 'sturen met geld' waren hier twee voorbeelden van. Echter, het strategisch gebruik van haar middelen geeft de overheid geen garantie dat zij de doelen die zij voor ogen heeft ook daadwerkelijk zal bereiken. En dat is maar goed ook. Want naast effectief, moet het beleid ook nog eens legitiem zijn. De netwerkbenadering en overleg zijn vooral ook bedoeld om tot een goede belangenafweging te komen. Wanneer zou blijken dat een overgrote meerderheid van de belanghebbenden in deze casus de opvatting zou hebben dat een zekere mate van voorrang voor werknemers wenselijk is, dan moet het niet zo zijn dat de overheid daar een stokje voor gaat steken. Wel is het de taak van de overheid ervoor te zorgen dat alle belanghebbenden bij het 'sector'

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

overleg betrokken zijn, zodat er ook een evenwichtige belangenafweging plaats kan vinden.

Daarbij kan de overheid de belangen van partijen die weinig of geen macht of middelen hebben ondersteunen. Op deze wijze zal het strategisch gebruik van macht en middelen door de overheid bijdragen aan een grotere effectiviteit en legitimiteit van beleid.

Door gebruik te maken van de beleidsnetwerkbenedering en het daarbij horende overleg had de overheid beter in kunnen spelen op het ontstaan van ongelijkheid in de toegang tot zorg als gevolg van herzieningen in de sociale zekerheid. Vroegtijdige signalering, integrale visievorming, inzicht in de beleidsomgeving, evenwichtige belangenafweging en strategische beleidsvoering zijn daarbij de voornaamste resultaten. De kans op het voorkomen van ongelijkheid in de toegang tot de zorg is daarmee vergroot. Nog voornamer is echter dat deze benadering zowel de effectiviteit van het beleid als de legitimiteit van het beleid vergroot. Hierdoor kan de overheid in haar rol als netwerkmanager niet alleen beter bepalen op welke manier, maar ook of ongelijkheid in de toegang tot de zorg moet worden voorkomen. Een dergelijke benadering van de besturing van de zorgsector lijkt onmisbaar in onze huidige dynamische samenleving.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## Bijlage 7

### Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen

AZ	Ministerie van Algemene Zaken
ARBO	Arbidsomstandigheden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
COTG	Centraal Orgaan Tarieven
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie
CvZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
EZ	Ministerie van Economische Zaken
EMU	Europese Monetaire Unie
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IT	Informatie Technologie
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LISV	Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SER	Sociaal-Economische Raad
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK	Tweede Kamer
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan

ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON	Zorgonderzoek Nederland

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

## Bijlage 8

### Literatuur

Balkenende, J.P., *Overheidsregelgevingen maatschappelijke organisaties*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1992.

Berg, J.Th.J. van den. In: *Handelingen Eerste Kamer*, 1 juli 1996, nr. 37, p. 1852.

Berting, J. Over rationaliteit en complexiteit. In: Nijkamp, P. *et al. Denken over complexe besluitvorming: een panorama*. 's-Gravenhage: Sdu 1996.

Boxum, J.L. Zelfstandige bestuursorganen: vormen en perspectieven. *Strategie en beleid in de publieke sector*. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, december 1995.

Brandsma, M. *Zelfstandige Bestuursorganen*. 's-Gravenhage: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1996.

Bruijn, J.A. de, Kickert, W.J.M. en Koppejan, J.F.M. Netwerkmanagement in het openbaar bestuur: Slotbeschouwing. In: *Netwerkmanagement in het openbaar bestuur*. 's-Gravenhage: VUGA, 1993.

Dam, A. van en Sloots, W. De herziening van het adviesstelsel. De achterkant van de kritiek. *Socialisme en Democratie*, 1995, p. 273-277.

Dartel, H. van. De wachtende werknemer: voor welke gezondheid kiest de gezondheidszorg? *Beleid & Maatschappij*, 1997, p. 221-230.

Donner, J.P.H. *Staat in beweging*. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij (WRR), 1998.

Fortuyn, W.S.P. *Ordering door Ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid*. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.

Gouw, S. de en Westering, J.C. van. Zorginstellingen gaan voor maatschappelijk ondernemerschap! *Gezondheidszorg & Management*, juli/augustus 1997, p. 3-6.

Grinten, T.E.D. van der. Veranderingen in het maatschappelijk middenveld. *Medisch Contact*, 1994, 49, p. 388-390.

Grinten, T.E.D. van der. *Pendelen tussen overheid, markt en middenveld*. Tien jaar hervormingsbeleid. In: Elsinga, E en Kemenade, Y.W. van. Van revolutie naar evolutie. Maarssen: De Tijdstroom, 1997, p. 162-178.

Grinten, T.E.D. van der. *Scope for Policy*. Rotterdam: Institute for Health Policy and Management, 1997.

Haan, P. de. Herstructurering van de adviesraden. Een vrijbrief voor technocratie en corporatisme. *Nederlands Juristenblad*, 1993, 21, p. 778-783.

Heffen, O. van en Kerkhoff, A.H.M. Gezondheidszorg tussen staat, markt en middenveld. *Medisch Contact*, 1996, 51, p. 1551-1552.

Hemerijck, A.C. Hardnekkigheid van corporatistisch beleid in Nederland. *Beleid & Maatschappij*, 1994, 1-2, p. 23-47.

Hovius, M. In het spoor van de Eland. *Op koers*, 1998, nr. 6.

Idenburg, P. Na 'ontvlechting'; komt 'hervlechting'. *ZorgVisie*, 1997, 4, p. 10-13.

Idenburg, P. en Algra, W. Veld zoekt transparante overlegstructuur. *ZorgVisie*, 1997, 5, p. 6-11.

Iersel, B. van. *Privatisering van de ziektewet: voorrang voor werknemers in de toegang tot de gezondheidszorg?* Utrecht: universiteit Utrecht, vakgroep sociologie, 1996.

Kalma, P. Inleiding ARD-debat ministerie van BiZa. In: Van Dam en Sloots. *De verplaatsing van de politiek: een agenda voor democratische vernieuwing*, 1995.

Kastelein, J. Inrichting en sturing van complexe besluitvorming.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

In: P. Nijkamp *et al.* *Denken over complexe besluitvorming: een panorama.* 's-Gravenhage: Sdu 1996.

Kickert, W.J.M. Overheidsturing. In: Kickert, W.J.M. *et al.* *Verandering in management en organisatie bij de rijksoverheid.* Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1993.

Kickert, W.J.M., Klijn, E.H. en Koppejan, J.F.M. *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector.* London: SAGE Publications, 1997.

Klijn, E.H. en Koppejan, J.F.M. Beleidsnetwerken als theoretische benadering: Een tussenbalans. *Beleidswetenschap*, 1997, 2, p. 143-181.

Kohnstamm, J. In: *Handelingen Eerste Kamer*, 2 juli 1996, nr. 38, p. 1865.

Kuypers, P. *Speech gehouden tijdens de bijeenkomst 'Met raad voor de toekomst' in het Museon te 's-Gravenhage, 14 april 1997.* 's-Gravenhage: ministerie van Binnenlandse Zaken, 1997.

Lako, C.J. en Smelik, J. Maatschappelijk draagvlak voor beleid. *Openbaar bestuur*, 1997, 9, p. 27-29, 32-35.

Londen, J. van en Vos, P. *Notitie Waartoe adviseren aan de overheid? De functie van externe adviescolleges.* Zoetermeer: RVZ, 1997.

Machiavelli, N. *De Heerser.* Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Gennep, 1991.

Mertens, F. *Vriendelijk converseren en krachtig optreden: over vakmanschap in de beleidsadvisering.* Rotterdam: s.n., 1996.

Ministerie van Binnenlandse Zaken. *Kabinetsreactie op advies 'Besturen op de tast' van de Raad voor het binnenlands bestuur.* Leiden: Drukkerij De Bink, oktober 1997. Nr. 97338.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Ministerie van Binnenlandse Zaken. *Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over positie openbaar bestuur, d.d. 6 mei 1998.* 's-Gravenhage: BiZa, 1998.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Brief van de staatssecretaris van WVC aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Raad op maat: beleidscluster volksgezondheid d.d. 2 december 1993.* Rijswijk: VWS, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief van de minister van VWS aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Implementatie Raad op Maat d.d. 12 april 1995.* Rijswijk: VWS, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Aanbieding nota 'toezicht op het beleidsterrein van VWS: een algemene visie' en de nota 'toezicht op verzekeringen in de gezondheidszorg' d.d. 15 april 1997.* Rijswijk: VWS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer over 'gestructureerde entree' d.d. 27 oktober 1997.* Rijswijk: VWS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ministerie van Economische Zaken. *Mededinging in de Gezondheidszorg.* Rijswijk: VWS, 1997.

Möller, J.O. Interdependentie in de gezondheidszorg. *Medisch contact*, 1994, 27/28, p. 913-915.

Montfort, J.C. van en Andeweg, A.M. Toetspunten voor de hybride organisaties en een toepassing op de terreinen zorg en zekerheid. *Beleidsanalyse*, 1998, 1, p. 5-13.

Munster, O. van, Berg, E.J.T. van den en Veen, A. van der, *De*

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



*toekomst van het middenveld.* 's-Gravenhage: Delwel Uitgeverij B.V., 1996.

Putters, K. *Gezondheidseffectscreening: rationele modellen in hun bestuurlijke context.* Rijswijk: ministerie van VWS, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Sociale Zekerheid en Zorg.* Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Verzekeraars op de zorgmarkt.* Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Naar een meer vraag-gerichte zorg.* Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor het binnenlands bestuur. *Besturen op maat.* 's-Gravenhage: Rbb, 1996.

Raad voor het openbaar bestuur. *Verscheidenheid in vervlechting.* 's-Gravenhage: Rob, 1997.

Rhodes, R.A.W. Policy Networks: A British Perspective. *Journal of Theoretical Politics*,: 1990, p. 293-317.

Roscam Abbing, E.W., Smits, L. en Tax, B. *Gezondheidseffectscreening: een verkenning.* Rijswijk: ministerie van VWS, 1995.

Ru, H.J. de. Het schijngevecht om open of gesloten overlegstelsels. In: Eijck, M.C.P. van *et al. Gesloten of open overlegstelsels.* 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, 1993.

Sociaal-Economische Raad. *Advies: Beheersstructuur gezondheidszorg.* 's-Gravenhage: SER, 1987. Nr. 07.

Strange, S. De metamorfose van de moderne staat. Interview door K. Colijn en P. Rusman. *Vrij Nederland*, 18 januari 1997.

Swaan, A. de. De getemperde loonstrijd. In: *Over de Stichting van*

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

*de Arbeid gesproken*. 's-Gravenhage: Stichting van de Arbeid, 1995.

Treekoverleg. *De besturing van de zorgsector: de Treek-zeven. De sturing van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De Treek-acht*. Zeist: september 1997.

Tromp, B. Infrastructuur en het primaat van de politiek. *Socialisme en Democratie*, 1997, p. 392-395.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Regeringsstandpunt. Advies en uitvoeringsorganen in de volksgezondheid*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1991-1992. Nr. 22 449, 1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Raad op maat. Rapport van de bijzondere commissie (De Jong) vraagpunten adviesorganen*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1992-1993. Nr. 21 427, 29.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Notitie reikwijdte en betekenis van artikel 79 van de Grondwet*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1994 - 1995. Nr. 23 725, 7.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Staatkundige, bestuurlijke en staatsrechtelijke vernieuwing*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. Nr. 21 427, 165.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Sociale zekerheid en zorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1996 - 1997. Nr. 25 253, 1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Decentralisatie. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, vergaderjaar 1997-1998. Nr. 22 236, 48.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Veen, E. van der. *Toespraak uitgesproken op het symposium t.g.v. het 25-jarig bestaan van het College voor ziekenhuisvoorzieningen, d.d. 30 juni 1997*. Utrecht: College voor ziekenhuisvoorzieningen, 1997.

*Verandering in management en organisatie bij de Rijksoverheid*. Alphen a/d Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1993. ISBN 90 6092 638 2.

Wiercx, R. Krappe zes voor paars. *Markant*, september 1997, p. 6-9.

Zijlstra, M.E. *Advies en overleg in het onderwijs*. In: Eijck, M.C.P. van *et al.* *Gesloten of open overlegstelsels*. 's-Gravenhage: SDu Uitgeverij, 1993.

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

## Bijlage 9

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,-.

#### Werkprogramma 1995

-

Volksgezondheid met beleid  
gratis

95/WZV Een nieuw accommodatiebeleid voor de  
zorgsector: advies over de herziening  
van de Wet ziekenhuisvoorzieningen 15,00

#### Werkprogramma 1996

96/01

Programmatische jeugdzorg

20,00

96/02

Planning en bouw in België en Duitsland

15,00

96/03 Persoonlijke levenssfeer:  
privacy in verpleeghuizen 20,00

96/04

Sociale zekerheid en zorg

20,00

96/05

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

Besturen in overleg

Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

15,00

96/06

Fysiotherapie en oefentherapie

20,00

96/07

Preventie en ouderen

25,00

96/08 Stand van zaken preventie en ouderen  
(achtergrondnota)

25,00

96/09

Informatietechnologie in de zorg

30,00

96/10

Strategische beleidsvragen zorgsector

15,00

96/11 Het ziekenhuis als maatschappelijke  
onderneming

25,00

96/12

Thuis in de ggz

30,00

96/13

Achtergrondstudie Thuis in de ggz

25,00

### **Werkprogramma 1997**

97/01

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Adviesprogramma 1997 RVZ

gratis

97/02

Jaarverslag 1996

gratis

97/03 Waardebepaling geneesmiddelen als  
beleidsinstrument 25,00

97/04 Internationale dimensie volksgezond-  
heidsbeleid 25,00

97/05

Met zorg wonen

25,00

deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg,  
dienstverlening en huisvesting

97/06

Beter (z)onder dwang

25,00

97/07

Achtergrondnota Beter (z)onder dwang

20,00

97/08

Adviesprogramma 1998 RVZ

gratis

97/09

De toekomst van de AWBZ

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

30,00

97/10

Medische hulpmiddelen

30,00

97/11

Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw

20,00

97/12

Met zorg wonen

40,00

deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen  
gezondheidszorg, dienstverlening en  
huisvesting

97/13 Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids-  
zorg in de 21e eeuw 40,00  
97/14

Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)

25,00

97/15 Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-  
voorziening (achtergrondstudie bij  
Farmaceutische zorg) 25,00

97/16 De ggz als vuilharmonisch orkest : essay  
door Herman Vuijsje 10,00  
97/17

Prikkels tot doelmatigheid

20,00

97/18 Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond-  
nota bij Prikkels tot doelmatigheid) 20,00  
97/19

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Verzekeraars op de zorgmarkt

20,00  
97/20

Besturen in overleg

30,00

**Werkprogramma 1998**

98/01

Naar een meer vraaggerichte zorg

30,00  
98/02

Jaarverslag 1997

gratis

Besturen in overleg

**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**



**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Besturen in overleg

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman  
Drukkers,  
Dordrecht, omslag  
Uitgave: 1998  
ISBN: 90-5732-035-5

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f 30,-  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer  
onder vermelding van publicatienummer 97/20*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg