

Institutionele hervorming in de Nederlandse en Engelse huisartsenzorg



Een vergelijkende casestudy naar de veranderende positie van de huisarts in de Nederlandse en Engelse gezondheidszorg.

Masterthesis | Radboud Universiteit Nijmegen | Bestuurskunde |
Specialisatie: Organisatie en Management |

Auteur: **Hans Dijkstra**,
Studentnummer: **0721565**
Eerste lezer: **Dr. J.K. Heldern**
Tweede lezer: **Dr. P.J. Zwaan**

11/2/14

Voorwoord

Dit onderzoek is geschreven uit nieuwsgierigheid, vanwege het opmerkelijke fenomeen dat huisartsen in de loop der jaren in Nederland en Engeland een steeds sterkere institutionele positie hebben gekregen. Het is relevant om deze institutionele ontwikkelingen, die traag maar gestaag nieuwe problemen en nieuwe oplossingen genereren in de eerste lijn gezondheidszorg, te onderzoeken.

In Nederland is de huisarts een zelfstandige zorgprofessional en ondernemer. Zijn unieke capaciteit om met alle zorgaanbieders samen te werken is een typisch Nederlands verschijnsel. De huisarts stuurt zijn eigen aanbod door middel van een contractrelatie met zorgverzekeraars. Dit doet hij om zijn populatie patiënten zo goed mogelijk van dienst te zijn. In het zorgstelsel van Engeland is de huisarts ook een centrale stakeholder. De huisarts wordt gecontracteerd door het NHS England (NHSE) aan de hand van een aantal prestaties die de huisarts kan leveren. Dit zijn diensten die de huisarts dient te verlenen en waar een substantieel deel van het honorarium afhankelijk is van Patient Recorded Outcome Measurements (PROM's). De huisarts is vrij om specifieke aanvullende services wel of niet te verlenen zoals bijvoorbeeld bereikbaarheid buiten kantooruren en in het weekend, hiervoor gelden ook toeslagen. De huisarts als zorgprofessional kan onderdeel zijn van zorginkoopstructuren (Clinical Commissioning Groups, CCG's) die tot wel 60% van het totale zorgbudget beheren.

Bestaan er universele drijfveren voor institutionele verandering en liggen deze verscholen in de politieke en bestuurlijke contexten en de eigenschappen van de instituties? Geven instituties ruimte aan betrokken stakeholders om een strategie te ontwikkelen? De 'gehoorzaamheid' van stakeholders (compliance) en 'consensus' tussen stakeholders in beide stelsels creëren verschuivingen van de input van instituties die nodig is om instituties te ontwikkelen. De politieke en bestuurlijke context, zoals deze vaak in internationaal vergelijkend onderzoek centraal staat, speelt daar vanzelfsprekend een belangrijke rol. Instituties dragen vetokrachten die stakeholders kunnen verwerven. Stakeholders spelen in de interpretatie, handhaving en gehoorzaamheid aan institutionele regels een actieve rol (discretionaire bevoegdheid). Beide geselecteerde stelsels lenen zich voor een vergelijking, daaruit vloeien verklaringen voor de karakteristieke institutionele veranderingen.

Met dit onderzoek komt er een einde aan mijn opleiding bestuurskunde in Nijmegen. Ik ben dankbaar voor het geduld van mijn docenten omdat ik naast mijn studie veel nevenactiviteiten heb mogen ontplooien. Een bestuursjaar, opleidingscommissie-werk en tijdens mijn afstuderen heb ik zorg-gerelateerde nevenactiviteiten kunnen ontplooien die me aanvullende kennis over het onderwerp in dit onderzoek hebben opgeleverd. Ik mag werken als consultant-zorginnovatie (Sovation), zorginnovatiebijeenkomsten met alle stakeholders in de Nederlandse zorg organiseren voor Health2.0 Amsterdam en Health2.0 Europe. Daarnaast heeft het begeleiden van een grote groep jonge ondernemers in de zorg samen met een team van The Sustainable Healthcare Challenge en het werken in een internationale denktank (The ThinkTrain & Fourmore Innovation) voor de gezondheidszorg in verschillende Europese landen mij veel ervaring opgeleverd. Ik gedij goed in een multidisciplinair team van zorginnovatie betrokkenen gericht op het beleidsveld, maar nu is het moment aangebroken om met deze masterthesis een punt achter de mooie studententijd te zetten.



Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1. Introductie	3
1.1 Doel en onderzoeksvragen	5
1.2 Begrippen	5
1.3 Methoden van onderzoek	6
1.4 Relevantie	7
1.5 Leeswijzer	7
2. Institutioneel analysekader	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Drie vormen van nieuw institutionalisme	9
2.2.1 Beperkingen van de 'nieuwe institutionalismen'	10
2.3 Actor gecentreerd institutionalisme	11
2.4 Graduele institutionele verandering	12
2.4.1 Institutionele verandermechanismen	14
2.4.2 Stakeholders in processen van institutionele verandering	17
2.4.3 Veto- en discretionaire bevoegdheid	18
2.5 Politieke en bestuurlijke context	19
2.6 Typen gezondheidszorgstelsels	21
2.6.1 Sociale of 'Bismarck' verzekeringsstelsels	21
2.6.2 Nationale zorgstelsels, ook wel Beveridgezorgstelsels	22
2.7 Conclusies	23
3. Methodologische verantwoording	24
3.1 De vergelijkende casestudy	24
3.2 Dataverzameling en selectie van onderzoekseenheden	25
3.3 Operationalisatie	26
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	28
3.5 Conclusies	28
4. Zorgstelsels	30
4.1 Het Nederlandse zorgstelsel	30
4.2 De politieke en bestuurlijke context van het Nederlandse zorgstelsel	35
4.2.1 Politieke context	35
4.2.2 Bestuurlijke context	37
4.3 Het Engelse zorgstelsel	38
4.4 De politieke en bestuurlijke context van het NHSE	47
4.4.1 Politieke context parameters	47
4.4.2 Bestuurlijke context parameters	48
4.5 Conclusies	49
5. Hervorming van de huisartsenzorg in Nederland	51
5.1 1974-1992	51
5.2 1993 – 2006	54

5.3	2006-2011	55
5.3.1	Marktwerking en de positie van de huisarts.....	56
5.4	Convenant huisartsenzorg 2012-2013.....	57
5.5	Totstandkoming van het ‘Zorgakkoord’ 2013	60
5.6	Analyse	63
5.7	Samenvatting	66
6.	Stelselhervormingen in het Engelse NHS.....	67
6.1	Politieke invloed op hervormingsagenda	67
	<i>Regeringen: Conservatives</i>	67
	<i>Regeringen: Labour</i>	67
6.2	1979 - 1991	68
6.3	1991 - 2006	68
6.4	2006 – 2011	70
6.5	Aanleidingen tot ‘The Health and Social care act’	72
6.6	Het ‘Health and Social Care Act’	74
6.7	Analyse.....	76
6.8	Samenvatting	80
7.	Conclusies	82
7.1	Inleiding.....	82
7.2	Beantwoording deelvragen.....	82
7.3	Beantwoording hoofdvraag.....	85
7.4	Discussie	87
	7.4.1 Zorgstelsels.....	87
	7.4.2 Huisartsenzorg	87
	7.4.3 Graduele hervormingen in beide stelsels	88
7.5	Theoretische reflectie.....	90
7.6	Reflectie op gebruikte methoden.....	91
7.7	Reflectie op gebruikte casussen	92
	7.7.1 Nederland	92
	7.7.2 Engeland.....	93
8.	Literatuur	94
8.1	Boeken en wetenschappelijke publicaties	94
8.2	Overheidspublicaties en onderzoeksrapporten	99
8.3	Krantenartikelen.....	101
8.4	Overige bronnen.....	101
	8.4.2 Onderzoek-ondersteunende publicaties zonder vermelding	101
8.5	Observaties.....	102
9.	Bijlagen	103
	Lijst met belangrijkste afkortingen	104
	Interview protocol.....	105
	Lijst met geïnterviewde sleutelstakeholders.....	105

Samenvatting

De huisarts heeft een sterkere institutionele positie gekregen na grootschalige hervormingen in de gezondheidszorg in Nederland en Engeland. De beide stelsels verschillen fundamenteel, maar twee zeer grootschalige hervormingen in beide stelsels hebben soortgelijke gevolgen gehad voor de institutionele positie van de huisarts. De huisarts fungeert als ondernemer of zelfstandig zorgprofessional en heeft de mogelijkheid om specialistische zorg in te kopen. Daarnaast werkt de huisarts in een andere politieke, bestuurlijke en economische structuur dan grofweg 10 jaar geleden. Het organisatiemodel van de huisarts is hervormd; de huisarts wordt gecontroleerd in plaats van gereguleerd of werkt in een marktomgeving met markttregels. De Engelse general practitioner werkt vanuit een centraal regulerend overheidsperspectief met dito contracten.



De status van het NHS wordt steeds meer door mechanismen beïnvloed om huisartsen een onafhankelijkheid van nationaal(politieke) instituties te geven. In Nederland moet de huisarts concurreren voor de inschrijving van de patiënt. Het is voor patiënten vaak onduidelijk wat er precies valt te kiezen. De mate waarin de huisarts zich met zijn aanbod of werkwijze kan onderscheiden van zijn collega's wordt daarom de volgende stap van marktwerking in de toekomst door middel van het driesegmentenmodel. Het Nederlandse stelsel wordt gekenmerkt door relatief onafhankelijk opererende marktpartijen in de gezondheidssector. Er is sprake van wettelijke kaders voor samenwerking met daarop verschillende toezichthouders. In Nederland is gekozen voor een gezondheidszorgmodel waarin het verzekeringsstelsel gekenmerkt wordt door een hoge keuzevrijheid voor patiënten door concurrentie toe te staan onder zorgaanbieders en verzekeraars. In het Engelse NHS staat juist de inclusie centraal.

Om deze complexe werkelijkheid (de complexiteit van zorgstelsels) op valide wijze te onderzoeken is in dit onderzoek gebruik gemaakt van graduele institutionele hervorming theorieën. Deze hebben oog voor de graduele veranderingen van instituties via betrokken stakeholders. Dit houdt in dat behalve het identificeren van vormen van graduele institutionele verandering er ook oorzaken vanuit de context en de eigenschappen van instituties naar voren komen als verklarende factoren. In zijn algemeenheid kan geconstateerd worden dat onzekerheid van toegankelijke en kwalitatieve zorg en de daarbij behorende risico's voor populaties patiënten het politieke leidmotief zijn voor de beleidsontwikkelingen tijdens de hervormingen van beide zorgsystemen.

In dit onderzoek heeft een reconstructie van de hervormingspaden van twee verschillende stelsels geleid tot een narratief. De vergelijking leert ons dat in het Engelse stelsel het politiek-ideologische karakter een sleuteldeterminant is voor golven van hervormingen van de gezondheidszorginstituties. Achtereenvolgens zijn in 1997, 2000 en 2005 grote hervormingen in gang gezet; tegelijkertijd vond een verschuiving van het politieke-ideologische referentiekader van het establishment plaats. Het opmerkelijke is dat in 2010 het beleid ten aanzien van de zorg zich ongewijzigd voorzetten, ondanks het feit dat de politiek-ideologische oriëntatie van de regering was veranderd. De Labourregering heeft tussen 2005 en 2010 initiatieven ontplooid die in het verlengde van de ideeën van eerdere Conservative-regeringen lagen waardoor op zorggebied ineens opmerkelijke continuïteit was na de machtswisseling.

Regeringen met voornamelijk liberale/conservatieve politieke signatuur hebben in Engeland ingezet op prestatie-bekostigd beleid in de zorgsector. In Nederland heeft een coalitie van liberale en conservatieve regeringspartijen op een versterking van de keuzevrijheid en patiëntgeoriënteerde instituties ingezet. In het Engelse stelsel is al vroeg ingezet op een integratie van verschillende componenten van het zorgstelsel onder New Labour (1997-2002) met in 1999-2000 het *NHS Plan* (2000). Hier is in Nederland iets anders aan de hand, een centrumrechtse coalitie onder Balkenende (I;II) heeft het sluitstuk op 20 jaar beleidsvoorbereiding doorgezet tot het huidige zorgverzekeringsstelsel. Toch zijn de hervormingen in beide stelsels exemplarisch voor meer dan het ideologische karakter van regeringen.

Over het algemeen kan gezegd worden dat zowel het Nederlandse als het Engelse NHS-stelsel in de afgelopen decennia ondanks financiële beperkingen een aantal omvangrijke hervormingen hebben doorgemaakt waarbij grote investeringen vereist waren om kwaliteit, toegankelijkheid en effectiviteit te realiseren. Zowel het Nederlandse als het Engelse stelsel hebben het gros van de hervormingen doorgemaakt met als oogmerk het beteugelen van de stijgende zorgkosten. Beide stelsels hebben onder publieke druk moeten handelen vanwege een groeiend eisenpakket dat burgers ten opzichte van de technologische mogelijkheden in de zorg ontwikkelden en om een decentralisatiegang op te vangen in de eerste lijn gezondheidszorg. Andere demografische of epidemiologische motieven voor hervormingen hebben ook herkenbaar geleid tot veel hervormingen in de afgelopen decennia. Problemen die zich in begin jaren '90 in Engeland en Nederland voordeden hebben vanuit compleet verschillende politieke en bestuurlijke contexten geleid tot vergelijkbare trends in de beleidsontwikkelingen anno 2014. Deze ontwikkelingen hebben een sterk verband met de hoeveelheid vetokrachten die stakeholders kunnen ontwikkelen vanuit hun posities in instituties en de mate van discretionaire bevoegdheden die zij dragen in het uitvoeren van de beleidsregels.

De vergelijking van beide stelsel heeft daarnaast ook geleid tot een aantal conclusies. De ontwikkelingen in beide stelsels hebben niet volgens een lineair proces plaatsgevonden, wat in de lijn der verwachting ligt krachtens menig institutionele theorie. De politieke contextveranderingen maken dat hervormingen in beide stelsels een grote mate van herhaling of zelfs een cyclisch proces vertonen. De wisseling van politieke ideologieën heeft invloed gehad op de ontwikkeling van de hervormingsagenda in beide stelsels. Bij de wisseling van regeringen vindt niet zelden een zich van het door de voorgaande regering gevoerde beleid afkerende beleidsreactie plaats. Dat wil zeggen dat oppositie zich in veel gevallen ook genoodzaakt voelde om bij de volgende zittingstermijn een tegenovergestelde hervorming te introduceren (Paars 1 in het Nederland van 1994, Labour in het Engeland van 1997). De belangrijkste verklaringen voor hervormingen waren in beide stelsels de opvallende institutionele scheidslijnen die reeds in de jaren '70 van de vorige eeuw zijn aangebracht een discours ontwikkelden waar specifieke hervormingen door de sterke discretionaire bevoegdheden van huisartsen mogelijk werden. Deze werden door politieke en bestuurlijke context versterkt en gekenmerkt door perioden van vernieuwing door nieuwe institutionele lagen naast bestaande instituties of geleidelijke adaptatie van nieuwe institutionele doelen in bestaande instituties.

1. Introductie

Van oudsher is de huisarts het primaire aanspreekpunt voor patiënten. De huisarts is een zorgprofessional in de gezondheidszorg met een generalistisch karakter. De huisarts verwijst op basis van medische noodzakelijkheid patiënten door naar medische professionals in eerste, tweede of derde lijns gezondheidszorg. In optimale omstandigheden oefent de huisarts onafhankelijk van bekostigings- of beloningsprikkel zijn functie uit (Boot, 2013). Het Nederlandse zorgstelsel is (sinds 2006) grotendeels een sociaal verzekeringsstelsel, wat inhoudt dat de gezondheidszorg ingekocht wordt door private verzekeraars. Dit wordt door hen bekostigd uit premiebat en subsidies van de overheid.

In de afgelopen jaren zijn er medisch-specialistische taken naar de huisartsenpraktijk verschoven; dit zet vanwege de introductie van vergoedingen per verrichting de onafhankelijkheid van de huisartsen onder druk. Mede daarom is in Nederland op 24 september 2013 een omvangrijk zorgakkoord gesloten tussen het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en een aantal relevante sleutelpartijen uit de Nederlandse gezondheidszorg. Dit *Zorgakkoord eerste lijn 2014-2017* (2013), vanaf hier: ‘*Zorgakkoord*’ leidt in de Nederlandse eerste lijn gezondheidszorg tot een omvangrijke institutionele hervorming. Het Zorgakkoord introduceert een alternatieve organisatie en zorg- inkoop en beloningsstructuur voor de eerste lijn gezondheidszorg; het ‘driesegmentenmodel’. Er wordt met dit akkoord een prestatie- en populatiebekostiging geïntroduceerd en er wordt meer organisatorische druk gelegd op het realiseren van integrale zorg.

Deze ingrijpende wijzigingen in de organisatiestructuur van de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland roepen de vraag op of dergelijke hervormingen ook in andere zorgstelsels hebben plaatsgevonden. Het Engelse gezondheidszorgsysteem is een nationaal zorgsysteem, dat wil zeggen dat de zorg grotendeels uit algemene belastingen bekostigd wordt. In het Engelse NHS-stelsel wordt al langere tijd met vormen van prestatie- en populatiebekostiging in de eerstelijns zorg(inkoop) gewerkt. De twee typen zorgstelsels verschillen qua politieke en bestuurlijke context en kennen andere instituties en stakeholders. In het *NHS England* is bovendien de lokale/regionale budgettering gedelegeerd naar huisartsenconsortia (Clinical Commissioning Groups of CCG’s). Deze consortia, die voornamelijk bestaan uit huisartsen, managers en bedrijfseconomen, dragen de verantwoordelijkheid voor zorginkoop van acute en specialistische zorg.

Engeland kampt net als Nederland met problemen aangaande de financiering van de zorg; de collectieve solidariteit is in het gedrang gekomen door exorbitant stijgende kosten van de gezondheidszorg. Sinds de introductie van de interne markt (1983) en de scheiding van zorginkoop en zorgaanbod in 1992 ontstonden problemen door de wisselwerking tussen sturingsmechanismen en beloningsstructuren (Timmins, 2012). Vanaf het in werking treden van het Health and Social Wellbeing plan tijdens de New-Labour (2000) regering stegen de uitgaven aan de gezondheidszorg met gemiddeld 7% op jaarbasis (Klein, 2013). De Britse regering (Coalition government) heeft in 2010 voor een grootschalige stelselverandering gekozen waarbinnen prestatiebekostiging en zorginkoop vanuit huisartsenconsortia mogelijk wordt. De hervorming in het NHS-England is ontgonnen in het white paper *Liberating the NHS* (2010) en tot stand gekomen in het daaruit volgende wettelijke kader; het “*Health and Social care Act*” (2012).

De huisarts heeft zowel in het Engelse NHS als in Nederland al decennialang een sterke positie (Boot, 2013 p.111; Klein, 2013). Zijn positie is sterk omdat zowel in het Nederlandse als het Engelse stelsel de

huisarts een poortwachterspositie vervult die voorkomt dat patiënten onnodige toegang krijgen tot tweede- en derdelijns gezondheidszorg. De huisarts geeft als voorwaarde voor vergoeding van de geconsumeerde zorg eerst een medische verwijzing af voor patiënten die bij specialistische zorginstellingen aankloppen.

Het gevolg van de modernisatie/technologisering van de geneeskunde en het vergroten van de taakstelling van huisartsen in de afgelopen jaren is dat het generalistische karakter van de huisarts plaats maakt voor los gecontracteerde en los gefinancierde, specialistische taken. Daarbij komt er ook een focus te liggen op (aantallen) verrichtingen/consulten waarvan huisartsen voor hun honorarium afhankelijk zijn. Wanneer de huisarts minder verwijst omdat het aanbod van zorg naar de huisartsenpraktijk verplaatst en er meer medische verrichtingen in de huisartsenpraktijk mogelijk worden, ontstaat er een prikkel om meer verrichtingen uit te voeren. Zowel het Nederlandse als het Engelse stelsel trachten de effecten van deze prikkels op een eigen wijze aan te pakken.

In het Nederlandse gezondheidszorgstelsel is ‘meer marktwerking’ gekozen als oplossing voor bovenstaande problematiek. Het Engelse NHS model houdt datzelfde mechanisme angstvallig af. Toch is er ook sprake van een zekere mate van convergentie. Beide stelsels introduceren onder andere prestatiebekostiging, substitutie van zorgtaken uit de tweede lijn gezondheidszorg en populatiegerichtheid in de eerste lijn gezondheidszorg. Het Engelse NHS gaat nog een stap verder door 60% van de volledige zorginkoop bij speciaal opgerichte inkoop-consortia neer te leggen (Clinical Commissioning Groups of CCG's). Deze CCG's bestaan uit klinische (huisartsen) en niet klinische functionarissen die voor 211 regio's medisch-specialistische zorg inkopen. Vanuit de in 2013 ingevoerde architectuur van het Engelse gezondheidszorgstelsel wordt dit mogelijk gemaakt, iets wat in de Nederlandse institutionele context onwaarschijnlijk is omdat zorgverzekeraars deze taak reeds vervullen.

In beide stelsels hebben hervormingen in de afgelopen decennia het gevolg gehad dat het aantal zorginkoop- en medisch-specialistische taken van de huisarts is gegroeid. In beide stelsels krijgen huisartsen meer autonomie om zo de zorgprestaties te bevorderen. Door de uitgangspunten en achtergronden van stakeholders en institutionele verandermechanismen te analyseren kan een verklaring worden gegeven voor de recente hervormingen in beide casussen (het Zorgakkoord in Nederland en de Health and Social Care Act in het Engelse NHS-stelsel).

Bij de vergelijking tussen beide stelsels wordt het stakeholderperspectief relevant gevonden omdat hervormingen in de gezondheidszorg vaak een aaneenschakeling van compromissen tussen stakeholders zijn. Vervolgens worden deze compromissen geïmplementeerd en worden in meerdere of mindere mate de discretionaire bevoegdheden en veto-krachten verdeeld. In het Engelse NHS-stelsel spelen politieke vetomomenten met als gevolg duidelijke stop-of-gomomenten een noemenswaardige rol. Publieke instituties verplichten ook tot consensus via macro-economische sturingsmechanismen zoals in de Nederlandse context de beperkingen aan vrije-marktwerking. Additioneel kan een mate van informatie-asymmetrie tussen stakeholders tot compromissen dwingen (Freeman, in Mintzberg et al, 2009 p.260). Daarbij is het opmerkelijk dat stakeholders in de gezondheidszorg streven naar vaak wederzijds uitsluitende preferenties; zekerheid van geleverde zorg, een zo groot mogelijk zorgaanbod, betaalbaarheid van gezondheidszorg of keuzevrijheid van de patiënt (NZa, 2012 p.9, Boot, 2013).

1.1 Doel en onderzoeksvragen

In beide gezondheidszorgstelsels is de positie van de huisarts versterkt door recente hervormingen. Het is daarom wetenschappelijk relevant om deze hervormingen in de eerstelijns gezondheidszorg te vergelijken. Het doel van het onderzoek is daarom: *door een institutionele stakeholder analyse van hervormingen in de Nederlandse en Engelse (NHS) gezondheidszorg verklaringen vinden voor de versterkte positie van de huisarts*. In recente wetenschappelijke literatuur is er aandacht ontstaan voor meer graduele verandermechanismen die dit soort institutionele veranderprocessen kunnen verklaren. Mahoney en Thelen (2010) schetsen een analysekader aan de hand van de eigenschappen van de politieke en bestuurlijke context van instituties en de kenmerken van de instituties zelf om verklaringen voor hervormingen te vinden. Daarbinnen houden zij rekening met de sleutelrollen die stakeholders in instituties kunnen spelen. De hoofdvraag voor dit onderzoek die van het doel is afgeleid luidt hierdoor:

- *Op welke wijze en in welke mate hebben hervormingen in de Nederlandse en Engelse gezondheidszorgstelsels geleid tot de versterking van de positie van de huisarts en hoe kunnen we deze hervormingen verklaren?*

Om deze vraag te beantwoorden is het noodzakelijk de volgende deelvragen te beantwoorden:

1. *Hoe kunnen processen van institutionele verandering worden geanalyseerd en verklaard?*
2. *Welke stakeholders zijn in beide gezondheidszorgstelsels betrokken bij de huisartsenzorg?*
3. *Welke institutionele veranderingen hebben plaatsgevonden in de Nederlandse en Engelse gezondheidszorgstelsels met betrekking tot de positie van de huisarts sinds 1974?*
4. *Hoe hebben hervormingen van de huisartsenzorg binnen de politiek-bestuurlijke context van de Nederlandse en Engelse gezondheidszorgstelsels plaats kunnen vinden?*
5. *Welke consequenties hebben deze hervormingen voor de positie van de huisartsenzorg in beide gezondheidszorgstelsels?*

1.2 Begrippen

Binnen dit onderzoek staat institutionele verandering centraal. Instituties kunnen gedefinieerd worden als ‘groepen informele regels, formele regels, normen en gebruiken’ waaraan betrokken stakeholders zich gebonden voelen (vrij naar: Hall en Taylor, 1996). Volgens Berger en Luckmann (1991) ontstaan instituties door de wederzijdse gewinning van stakeholders aan elkaar. Deze interactie wordt herhaald zonder veel van de eerste interactie af te wijken en op een gegeven moment is de structuur van de interactie als sjabloon in werking. Instituties spelen daarbij geen neutrale rol in de totstandkoming van beleid (Streeck en Thelen, 2005; Ahrne, 1994, in Mahoney en Thelen 2010 p.3,4). Dit maakt dat instituties onderwerp van onderzoek kunnen worden. Een vergelijkende analyse van hervormingsreacties over een langere tijd maakt het mogelijk om verklaringen te vinden voor de institutionele verandering (Scharpf, 1997). De twee hervormingen in dit onderzoek zijn afhankelijke variabelen; ze zijn bijvoorbeeld afhankelijk van stakeholderposities in het casusspecifieke beleidsveld, de politiek-bestuurlijke context en van de eigenschappen van de instituties die aan het veranderen zijn. Wat in dit onderzoek centraal staat is welke rol stakeholders hebben gehad in de hervorming van de huisartsenzorg in Engeland en Nederland.

Graduele institutionele verandering is het cumulatieve effect van kleine veranderingen in de institutionele context of politieke strijd die uitmondt in een duidelijk merkbare institutionele verandering (Mahoney en Thelen, 2010). Dit staat in contrast met gangbare institutionele theorieën die voornamelijk de oorsprong en constructie van instituties verklaren of die een hervorming als een reactie op alleen maar exogene

schokken zien. Deze ‘radicalere’ theorieën, zoals: March en Olson (1989) en Hall en Taylor (1996) zijn beperkt bruikbaar voor institutionele veranderingen die vermoedelijk ook door endogene oorzaken plaatsvinden (Mahoney en Thelen, 2010). Mahoney en Thelen (2010) onderscheiden ten aanzien van institutionele verandermechanismen verschillende vormen. Graduele institutionele verandering past bij de aard van de instituties die centraal staan in dit onderzoek.

Behalve instituties en de manier waarop zij gradueel veranderen, spelen de verschillende betrokken stakeholders een belangrijke rol bij de totstandkoming van hervormingen. In politiek-bestuurlijke contexten en in hervormende instituties zijn stakeholders betrokken die ieder hun eigen preferenties ten aanzien van hervormingen hebben (Mahoney en Thelen, 2010 p.18). Elke institutie heeft inherent een uniek en stakeholderafhankelijk discours waarbinnen slechts bepaalde beleidsuitkomsten mogelijk zijn en andere uitgesloten worden (Freeman in Mintzberg et al., 2009 p.262). In de zorgsector behartigen stakeholders behalve hun eigen organisatorisch eigenbelang ook institutionele belangen.¹ Daarnaast zijn instituties zijn het resultaat van intentionele acties van stakeholders (Scharpf, 1997). Een zorgstelsel geeft meer onderhandelingskracht voor publieke stakeholders omdat zorg een typisch publieke taak is. Publieke stakeholders hebben minder hinder van een risico op exclusie (ibid. p.38). Door het toepassen van het stakeholderperspectief kunnen verschillende elementen van institutionele verandering ook beter worden gekwalificeerd (ibid. p.1-22).²

1.3 Methodes van onderzoek

De vergelijking van beide casussen valt onder de methode van een most-different-cases design. Dat houdt in dat beide stelsels fundamenteel verschillend kunnen zijn, maar wel een beperkt aantal convergerende beleidsontwikkelingen of beleidsproblemen doormaken. Dit onderzoek is daarbij retrospectief van aard, het resultaat van het onderzoek is een verklaring voor een tweetal afhankelijke variabelen: een recente hervorming in beide gezondheidszorgstelsels waardoor de positie van de huisartsen daarbinnen verder versterkt is. Het onderzoek beoogt door een analyse van de eigenschappen van instituties en hun stakeholders tezamen met de contexten van beide casussen deze hervormingen te kunnen verklaren. Er wordt daarvoor een vergelijkende analyse uitgevoerd door gebruik te maken van documentanalyse en semigestructureerde interviews met sleutelfiguren in beide casussen.

De theoretische basis zal worden gevormd door institutionele verandertheorieën, aangevuld met toegepaste stakeholdertheorieën. Door bestaande theorieën aangaande de graduele ontwikkeling van instituties toe te passen wordt de mogelijkheid geboden om de afhankelijke variabelen te analyseren. De casestudy-oriëntatie maakt het mogelijk om institutionele ontwikkelingen over een langere periode te analyseren (Boeije, 2005). Het stakeholderperspectief helpt toe te spitsen op de institutionele rollen die de stakeholders spelen. Gezien de onderzoeksvragen is het casestudy-onderzoek gangbaar omdat er sprake is van complexe instituties. Hiervoor is een kwalitatieve onderzoeksbenadering het meest geschikt, met te verklaren hervormingen centraal. Vanuit methodisch oogpunt is het onwaarschijnlijk dat de gevonden verklaringen te generaliseren zijn naar andere empirische casussen. De gevonden verklarende factoren voor institutionele verandering zijn namelijk afhankelijk van de specifieke context (Scharpf, 1997, p.2). Wel zijn er eigenschappen uit beide cases die zich goed lenen voor verdere theorieontwikkeling.

¹ Een stakeholderanalyse is in dit onderzoek van een ander ‘soort’ dan een bedrijfsmatige reconstructie van een vrije markt zonder verplichting van collectieve solidariteit zoals in de gezondheidszorg wel aan de orde is (Freeman, 2010 p.285).

² De geobserveerde intentionaliteit is volgens Scharpf (1997, p.10-12 en Korpi, 2001) afhankelijk van subjectieve voorkeuren van stakeholders.

1.4 Relevantie

Met dit onderzoek wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de academische kennis aangaande institutionele veranderingen door het doen van een vergelijkende casestudy van complexe institutionele configuraties (gezondheidszorgstelsels). De bestuurskunde heeft tot doel bij te dragen aan het begrip van deze instituties zodat de transparantie ervan toeneemt en kwetsbaarheden en ongewenste neveneffecten ervan zichtbaar worden. Er wordt vergeleken tussen systemen waarbinnen vergelijkbare kwaliteit, toegang en efficiëntie-eisen gelden. Dit maakt het dat, ondanks dat de instituties en stakeholders fundamenteel van elkaar verschillen, een vergelijking mogelijk is. Door de trend van stijgende kosten in de gezondheidszorg is in beide stelsels institutionele hervormingen onvermijdelijk. Het doel van hervormingen in beide stelsels is de collectieve solidariteit bestendigen door te streven naar efficiëntere toepassing van middelen. Daarmee proberen de beide stelsels de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg duurzaam te bestendigen. De convergerende beleidsreacties die waargenomen kunnen worden in beide stelsels, zoals: populatiebekostiging, de sterke positie van de huisarts en prestatiebekostiging maken een vergelijking interessant. De twee casussen verschillen verder fundamenteel van elkaar qua metastructureringsmechanisme (marktwerkingsmodel versus nationaal/collectief zorgsysteem). De kwalitatieve uitdieping van de casussen biedt de gelegenheid om bestaande theoretische proposities gaandeweg te koppelen aan de empirische werkelijkheid. Het betrekken van stakeholders en politieke en bestuurlijke context bij het onderzoek kan, mits juist toegepast, nieuwe kennis omtrent de obstakels bij en risico's van institutionele verandering opleveren.

1.5 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk zet de theoretische basis in een analysekader uiteen. Daarbinnen staan institutionele perspectieven, graduele institutionele verandermechanismen en een stakeholder gecentreerde benadering centraal. Dit hoofdstuk zal een overzicht geven van wat er in de wetenschappelijke literatuur leidend is op het gebied van verklaren van institutionele veranderingen. De belangrijkste variabelen die hierin een rol spelen zullen worden toegelicht. Ook zal er worden nagegaan of er naast hetgeen de actuele theorieën aandragen er theoretische aanvullingen gedaan kunnen worden om dit model te verfijnen. Het derde hoofdstuk zal de methoden van het onderzoek verantwoorden. Een onderzoekstechnische operationalisatie van de theoretische begrippen die in het onderzoek centraal staan maakt ook onderdeel uit van dit hoofdstuk. Door dit kader wordt het mogelijk om ook de methode van dataverzameling te koppelen aan concrete onderzoekseenheden, analyse-eenheden en methoden van dataverzameling. In dit hoofdstuk staan tevens de bedreigingen of versterkende elementen voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek centraal. Het vierde hoofdstuk zet de zorgstelsels centraal en beschrijft deze op basis van toegang, regulering, aanbod en financieringsstructuren. Daarnaast worden in dit hoofdstuk de relevante politieke en bestuurlijke parameters van beide stelsels benoemd. De op dit hoofdstuk volgende hoofdstukken zetten via retrospectieve beleidsanalyse de belangrijkste hervormingen in beide casussen uiteen. Het hoofdstuk dient als uitgebreide probleemverkenning van dit onderzoek en werkt toe naar de aanleiding van beide centrale hervormingen die als afhankelijke variabelen worden beschouwd. Het hoofdstuk dat hier op volgt vormt de vergelijkende analyse van beide casussen. In het concluderende hoofdstuk worden de resultaten van de analyse van beide hervormingen beschreven. De verzamelde en gecombineerde data uit verschillende bronnen vormen de beantwoording van de onderzoeksvragen.

2. Institutioneel analysekader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de wetenschappelijke literatuur op het gebied van institutionele verandering. In dit hoofdstuk wordt tevens de eerste deelvraag van dit onderzoek beantwoord; *hoe kunnen processen van institutionele verandering worden geanalyseerd en verklaard?* Om tot verklaringen van institutionele verandering te komen is een omschrijving van de instituties zelf onontbeerlijk. Volgens DiMaggio (1991) zijn instituties groepen regels met ‘normatieve, imitatieve en dwingende eigenschappen’. Volgens Scott (2008) vallen hier bij voorkeur ook cognitieve en culturele invloeden onder, als afspiegeling van historische regelbepalende factoren. In dit onderzoek wordt de volgende definitie van een institutie gehanteerd: *een systeem van formele en informele regels dat geaccepteerd wordt door betrokken stakeholders teneinde een beleidsomgeving te creëren waarbinnen beleidsregels kunnen veranderen of nieuwe beleidsregels kunnen ontstaan* (vrij naar Mahoney en Thelen, 2010, p.8; North, 1990). Instituties zijn in deze definitie niet alleen voorschrijvende beleidsregels, er wordt belang aan gehecht door betrokken stakeholders. Op basis van deze definitie wordt het voorspelbaar welke stakeholders deelnemen aan instituties en hoe zij handelingstrategieën toepassen voor het veranderen ervan.

Doordat instituties door stakeholders worden gedefinieerd bepalen instituties in belangrijke mate de middelen waarmee zij opereren. De mogelijkheid om instituties te veranderen is vanuit de politieke en bestuurlijke context geen constante. Een bevoorrechte of dominante groep stakeholders kan haar invloed op instituties en beleidsuitkomsten verliezen (Mahoney en Thelen, 2010). De sleutel tot institutionele verandering ligt in het mobiliseren van meerderheden (coalities). Ook bestaan er binnen de instituties vaak subinstituties waarop politieke stakeholders momentum voor een gemobiliseerde meerderheid kunnen realiseren (ibid.). Zo worden instituties gebogen, verplaatst en geherinterpreteerd naar gelang (politieke) meerderheidsgroeperingen deze veranderingen aan hun preferenties kunnen koppelen. Stakeholders hebben hierbij ook eigen voorkeuren die onderhavig zijn aan politieke en historische contingenties (Scharpf, 2000). Een institutionele verandering ontstaat vaak met het voornemen om elementen die onwenselijk worden geacht door een op dat moment dominante coalitie van stakeholders te verwijderen (Streeck en Thelen, 2005). Zo’n dominantie kan vanuit de politieke en bestuurlijke context ontstaan, bijvoorbeeld uit een overtuiging van de noodzaak tot kostenbesparing die de stakeholders met elkaar delen (Hays, 2006). Instituties scheppen door middel van de beleidsregels en conventies de noodzakelijke voorwaarden voor consensusvorming bij de besluitvorming van stakeholders. De betrokken partijen komen niet altijd tot consensus; ook dit is een kenmerk van de institutionele ontwikkeling.

De volgende paragraaf zet globaal de primaire theoretische constructies van institutionalisme uiteen aan de hand van Hall en Taylor (1996). De daarop volgende paragraaf belicht de toevoeging op deze institutionalismen door Scharpf (1997,2000). Deze paragraaf vormt een brug naar de volgende, die de graduele vormen van institutionalisme uiteenzet. Binnen deze paragraaf worden ook verandermechanismen van instituties in theoretische zin uiteengezet aan de hand van Streeck en Thelen (2005) en Mahoney en Thelen (2010). Dit alles zet de deur open voor in kaart brengen van verzorgingsstaten en hun instituties wat door de combinatie van het bovenstaande mogelijk wordt. Het geheel wordt kort samengevat in de laatste paragraaf.

2.2 Drie vormen van nieuw institutionalisme

In dit onderzoek zullen verschillende theoretische benaderingen besproken worden. Hall en Taylor (1996) geven drie fundamenteel verschillende vormen van ‘institutionalisme’. Deze drie vormen van institutionalisme zijn het historisch institutionalisme (HI), het rationele keuze-institutionalisme (RKI) en het sociologisch institutionalisme (SI). Deze drie vormen van institutionalisme verschillen van elkaar wat betreft de gedane basisaannames en de aannames ten opzichte van menselijke interactie en motivatie (mensbeeld). Hall en Taylor (1996) zien de drie vormen van institutionalisme als fundamenteel verschillend. Ze zien deze echter niet als verschillend genoeg waar het de werking (continuerend) van instituties betreft. Daarom worden na deze vormen van instituties ook andere theoretische benaderingen uiteengezet.

Het rationele keuze-institutionalisme kan gezien worden als een van de klassieke (economische) vormen van institutionalisme. Het doel van dit institutionalisme is het oplossen van collectieve actiedilemma's via het voorspellen van door stakeholders gedragen voorkeuren. Het streven naar maximalisatie van de eigen preferenties gaat doorgaans gepaard met de assumptie dat actoren geïnformeerd zijn over beleidsalternatieven en deze instrumenteel toepassen aan de hand van de *logic of instrumentality*³ (ibid 8-10). Strategisch gedrag van actoren is daarbij een belangrijk mechanisme. Deze strategische interactie wordt volgens Hall en Taylor (1996a, p.946) mogelijk gemaakt doordat instituties de omvang en aard van beleidsalternatieven op de beleidsagenda plaatsen. Regelhandhaving en sancties zijn structureringsmechanismen die worden gehanteerd door het RKI. De logica ervan is het speltheoretische effect⁴ dat zij heeft op individuele actoren. Actoren berekenen in welk gedrag zij meer of minder preferenties kunnen verwezenlijken en passen hun gedrag daar op aan. Het RKI richt zich primair op de causale verbanden tussen instituties en politieke besluitvorming. Het onderzoeken van instituties volgens dit perspectief richt zich op de verbetering van de voorspelbaarheid van het gedrag van actoren door de optimale preferenties te identificeren. Het mensbeeld in deze vorm van institutionele analyse is dus gebaseerd op de intentionaliteit. De institutionele structuur in het RKI wordt door perioden van beleidsevenwichten (equilibria) gevormd.

Het sociologisch institutionalisme stelt het culturele aspect centraal en argumenteert dat instituties in een veel bredere zin bestaan uit cognitieve constructen die duiding geven aan het gedrag van actoren (Scott in Hall en Taylor, 1996 p.947). Door dit perspectief worden instituties culturele constructen die op basis van sociale normen opereren. Sociale normen functioneren door rollen toe te delen aan actoren aan de hand van een ‘logic of appropriateness’ (March en Olson, 1989, p.25). Dit houdt in dat de actoren in hun rol de geldende normen binnen instituties internaliseren. Het gedrag, maar ook de institutionele verandermogelijkheden zijn afhankelijk van de mogelijkheid om van deze geïnternaliseerde normen af te wijken. Volgens Hall en Taylor (1996, p.948-949) worden actoren wel gezien als rationeel handelende actoren maar wat door actoren gezien wordt als rationeel, ontstaat uit sociale normen. Deze sociale normen worden ‘cultural authority’ genoemd door March en Olsen (1989, p.32) en gelden tevens als een legitimering voor institutionele verandering.

³ door middel van een economische kosten-baten analyse

De kracht van het sociologisch institutionalisme ligt met name in de plaats die de identiteit van individuele actoren krijgt in de methodologie van de institutionele analyse. Als verschil met het RKI, waar een puur instrumenteel en materieel beeld van actoren geschapen wordt, is er binnen het sociologisch institutionalisme plaats voor culturele en psychologische aspecten van gedrag. Deze institutionele omgeving bestaat uit een continue wederzijdse feedback tussen actoren en instituties, waar binnen het RKI geen plaats voor is omdat preferenties daar stabiel en (economisch) te calculeren zijn.

Het historisch institutionalisme kent een breder en meer empirisch institutioneel perspectief dan het voorgaande rationele-keuze-institutionalisme of het sociologisch institutionalisme. Volgens het perspectief van het historisch institutionalisme zijn instituties opgebouwd uit routines, padafhankelijkheid, normen en conventies binnen in de formele en informele organisatiemodellen van de politieke economie. Binnen het historisch institutionalisme wordt een grote rol toebedeeld aan de macht van sociale groepen (die inherent asymmetrisch verdeeld is). Instituties geven de mogelijkheid aan actoren om te leren voorspellen wat andere actoren prefereren. Instituties creëren volgens het HI cognitieve randvoorwaarden als filter voor mogelijke beleidsuitkomsten doormiddel van padafhankelijkheid. Verandering van instituties is mogelijk door consequenties van niet-geanticiperde gebeurtenissen, welke voornamelijk exogeen van aard zijn.

Het HI houdt in tegenstelling tot het RKI rekening met de onvoorspelbaarheid van institutionele werking en beperkte capaciteit van actoren om een voldoende berekening te maken van beleidsalternatieven en hun gevolgen. In het kader daarvan wordt er in het HI een cultureel element toegevoegd aan het sturingsmechanisme, namelijk de hang naar het behoud van huidige instituties (status quo) omdat deze (politieke)zekerheden bieden. Het afrekenen met en vervangen van bestaande instituties wordt volgens Hall en Taylor (1996, p.947) mogelijk door crises (critical junctures) welke openingen (branching points) creëren. De verklaring voor institutionele verandering ligt daarom in het bijzonder in het lokaliseren en identificeren van de 'critical junctures' (ibid.).

2.2.1 Beperkingen van de 'nieuwe institutionalismen'

Het RKI wordt vaak verweten een overfunctionalistisch mensbeeld te hebben, sommige variabelen worden chronisch over- en ondergewaardeerd (Korpi, 2001 p.7). De economische voor- en nadelen worden overgewaardeerd omdat deze instrumenteel van aard zijn. Daarentegen worden beleidsuitkomsten die gerealiseerd worden door de collectieve motivaties van actoren onderschat en de invloed van actoren vanwege historische contingenties genegeerd (Mahoney en Thelen, 2010). Het historisch institutionalisme lijkt dan weer een ideale combinatie van de harde instrumentele lijn die het RKI trekt en de meer psychologische perspectieven op instituties die 'conventies' en 'cultuur' binnen het SI krijgen. Bij deze benadering wordt de focus beperkt tot de crises en grootschalige exogene veranderingen, waardoor endogene veranderingen te weinig aandacht krijgen. Bij het HI en het SI is een grote rol weggelegd voor de beleidserfenis en padafhankelijkheid, hetgeen de mogelijke oorzaken voor institutionele verandering in hoge mate limiteert. Volgens het SI ligt de verklaring van institutionele verandering in de logica van hulpbronnen van sociale legitimiteit (het passen binnen de omgangsvormen en culturele afspraken). Deze worden ontleend uit diffuse beleidserfenissen waar eigenlijk geen eenduidig empirisch bewijs vindbaar voor is. Hall en Taylor (1996, p.954) identificeren zelf ook dit probleem omdat het de mate van actuele invloed van actoren op de vorming van instituties bagatelliseert. In het HI krijgt deze invloed van actoren op institutionele verandering terug, maar lijkt spontaan en exogeen te ontstaan.

De drie institutionele benaderingen verschillen van elkaar in de gekozen oorsprong van verklaringen voor institutionele ontwikkelingen. Dit kan geïllustreerd worden met een voorbeeld: het SI legt de nadruk op de regelgevende mechanismen binnen sociale constructen zoals professionalisering of de werking van netwerken op de vorming en continuering van institutionele arrangementen. Het HI draait dit mechanisme als het ware om door te kijken hoe instituties de werking van actoren beïnvloeden. Dit is onmogelijk in het RKI vanwege de vanzelfsprekendheid van de oorsprong van de preferenties van actoren, namelijk (materieel) eigenbelang. In het HI wordt het RKI argument omgedraaid en ligt de verklaring juist in de analyse van zeer instrumentele actoren (bijvoorbeeld met een wettelijke verankering of toezicht functie). Deze actoren adapteren culturele strategieën om tot beleidsuitkomsten te komen (ibid. p.950). In principe sluiten deze visies elkaar dus uit. Algemeen kan gezegd worden dat de vormen van institutionalisme beperkt worden door de té specifieke oorsprong van verklarende variabelen. Daarnaast neemt de verklaringskracht van de analyse af doordat in de empirie deze variabelen elkaar overlappen of niet uit elkaar gehaald kunnen worden (Scharpf, 1997). Als fundamenteel institutioneel perspectief biedt het bovenstaande wel noodzakelijke theoretische basis voor de ontwikkeling van dit analysekader. Eerst voegt dit onderzoek Scharpf's (1997,2000) 'actor centred institutionalism' toe aan het bestaande vormen van institutionalisme om vervolgens de graduele benaderingen van institutionele veranderingen met verandermechanismen toe te passen.

2.3 Actor gecentreerd institutionalisme

Instituties benaderen als eenheid van analyse is mogelijk door beleidsanalyse met een historisch perspectief (Scharpf, 1997). Dit theoretisch raamwerk is gestoeld op twee dimensies (ibid.37); beleidsregels en instituties. De nadruk in het model ligt op de interacties tussen stakeholders, alsmede de kenmerken van instituties die hun vermogen begunstigen of belemmeren. Binnen het beleidsperspectief bestaan als sub-dimensies de *interactiegeoriënteerde- en probleemgeoriënteerde* analyses van instituties. Het interactiegeoriënteerde perspectief stelt stakeholders centraal in de totstandkoming van nieuwe instituties (ibid. p37,38). De verklaring van beleidsuitkomsten komt in een dergelijk model uit de uitkomsten van interactie tussen betrokken stakeholders welke gestructureerd worden door de eigenschappen van instituties waarbinnen deze interacties plaatsvinden (Scharpf, 1997; Hacker, 2004; Mahoney en Thelen, 2010). In de dimensie van het institutionele perspectief staan de consequenties van institutionele regels op stakeholders centraal. Daarnaast staat het ontstaan en/of de transformatie van institutionele arrangementen (genetisch) (Scharpf, 2000). In deze interactiegeoriënteerde benadering gaat het om de analyse van de interacties tussen stakeholders en de condities waarbinnen nieuwe institutionele arrangementen kunnen ontstaan.

		Institutioneel-	Perspectief
		<i>Genetisch:</i>	<i>Consequentioneel:</i>
Beleids-perspectief	<i>Probleem georiënteerde analyse:</i>	Institutioneel ontwerp (1)	Politieke economie (2)
	<i>Interactie georiënteerde analyse:</i>	Historisch institutionele evolutie (3)	Stakeholder gecentreerd institutionalisme (4)

Figuur 1. Verkregen uit Scharpf (2000 p.763)

In de eerste cel behoren de functionalistische pogingen om het bestaan(/ontstaan) van specifieke instituties te verklaren door hun vermogen om bepaalde sociale of economische problemen op te lossen in kaart te brengen. De genetisch probleemgeoriënteerde vraag is de institutionele ontwerpvrage. Dit is een analyse die een functionele verklaring zoekt voor het bestaan en functioneren van een institutie.

In de tweede cel is het perspectief echter omgedraaid, hierbij kan men zich afvragen of en hoe bepaalde instituties bijdragen aan het ontstaan of voorkomen van sociale en/of economische problemen. In de derde cel houdt onderzoek zich bezig met institutionele veranderingen naar aanleiding van de uitkomst van strategische interactie tussen doelgerichte stakeholders. De vierde cel laat het perspectief zien op instituties dat wordt gekenmerkt door interactie georiënteerd beleidsonderzoek. Het behandelt instituties als een set van factoren die de interacties tussen (beleid)stakeholders beïnvloedt en hiermee hun capaciteit om effectief te reageren op beleidsproblemen.

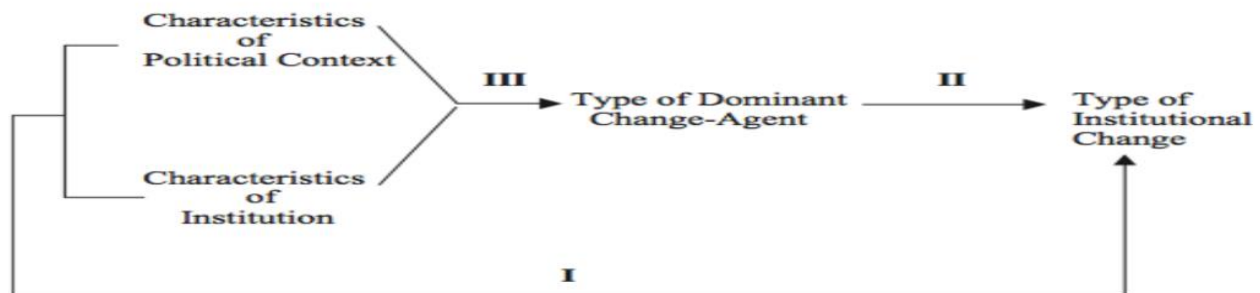
Dit onderzoek positioneert zich binnen het interactiegeoriënteerde beleidsonderzoek en stelt daarbinnen de evolutie van historische institutionele ontwikkelingen (cel3) naar stakeholder gecentreerd institutionalisme centraal (cel4). Het onderzoek richt zich op de resultaten van stakeholder configuraties. Stakeholders staan in zekere mate autonomie af aan de structuren van gevormde instituties om in de overgebleven beleidsruimte discretionaire bevoegdheid uit te oefenen. Hiervan lijkt ook sprake te zijn in de twee casussen binnen dit onderzoek. Het is relevant om institutionele hervormingen te verklaren aan de hand van de instituties en stakeholders als analyseobject. Ten einde deze institutionele analyse (aan de hand van historische institutionele ontwikkelingen en stakeholders) mogelijk te maken is kennis over institutionele verandermechanismen noodzakelijk. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in. Het resultaat van de combinaties van theorieën is een holistisch interactie-georiënteerd analysekader dat in beide casussen toegepast kan worden om de onderzoeksvragen van dit onderzoek te beantwoorden.

2.4 Graduele institutionele verandering

Sinds enkele jaren hebben analytische varianten met de nadruk op endogene veranderprocessen aan terrein gewonnen (Helderman en Stiller, 2014). Deze benaderingen concluderen dat institutionele verandering kenmerken van een *gradueel en evolutionair proces* hebben (Streeck en Thelen, 2005, Thelen, 2004, Hacker, 2005, Mahoney en Thelen, 2010). In onderzoeken naar institutionele veranderingen heeft het accent vaak gelegen op de pad-afhankelijkheid van instituties (vrij naar: Helderman en Stiller, 2014). Instituties als zodanig zijn in deze theorieën stabiele fenomenen die, tenzij abrupt gewijzigd door ‘punctuations’ van externe aard, te analyseren zijn vanuit de beleidserfenis (Hall en Taylor, 1996, DiMaggio, 1991, March en Olson, 1989). De stabiliteit van instituties en verdeeldheid van de stakeholders institutionele ontwikkelingen als gevolg van endogene ontwikkelingen worden daarbinnen onderbelicht. Kenmerkend aan de benadering van Mahoney en Thelen (2010) en Helderman en Stiller (2014), in tegenstelling tot deze andere theoretische analysekaders van instituties, is dat institutionele veranderingen bij Mahoney en Thelen (2010) in het bijzonder endogene oorzaken hebben. In het graduele perspectief is actieve gemobiliseerde meerderheidssteun nodig voor het invullen van instituties (Thelen, 2004 p.3). Door een continue strijd om voldoende dominantie om beleidsveranderingen te bewerkstelligen of tegen te houden probeert een (coalitie van) stakeholder(s) instituties te forceren. Er ontstaat altijd strijd over de geldende institutionele configuraties omdat instituties machten verdelen (Mahoney en Thelen, 2010).

Een (politieke)coalitie van stakeholders is niet permanent of stabiel genoeg om een definitieve invulling van een institutie af te dwingen. Het vasthouden aan een hervormingsstrategie heeft een continue (politieke) meerderheidssteun nodig (Mahoney en Thelen, 2010). Deze afhankelijkheid van gemobiliseerde steun van de betrokken stakeholders geven instituties een reden om te veranderen en stakeholders redenen om de verandering te bewerkstelligen (ibid p.18).

Tijdens de beslissingsprocessen in institutionele configuraties is een coalitie van (eventueel tot voor kort niet-dominante) stakeholders in staat zich te mobiliseren waardoor institutionele verandering mogelijk wordt (Mahoney en Schneider, 1991). Als er middelen (input) voor nieuwe instituties ontstaan, bijvoorbeeld via een politiek- of bestuurlijk proces dan creëren stakeholders dat zij aansluiten op de (vernieuwde) input (Scharpf, 1997). Het resultaat is dat de institutionele configuratie voortdurend in transitie is.



Figuur 2. Verkregen uit Mahoney en Thelen, 2010, p.18

In dit model worden de eigenschappen van zowel de politieke context en die van de betreffende institutie gebruikt om de dominante veranderagent de mogelijkheid te geven de strategieën uit te diepen die institutionele verandering mogelijk maken. De drie processen in het model (I, II en III) geven aan waar verander-agenten interveniërende variabelen worden. Hierdoor wordt de institutionele verandering of de status quo mogelijk. De eerste relatie (I) geeft aan hoe de eigenschappen van bestaande institutionele regels en de huidige politieke context de capaciteit van verandering mogelijk maakt. Om te conceptualiseren welke veranderingsstrategie toepasbaar is, stellen Mahoney en Thelen (2010, p.18) twee vragen:

1. *Geeft de politieke context de verdedigers van de status quo voldoende veto-mogelijkheden?*
2. *Laten de betreffende instituties stakeholders de mogelijkheid om discretionaire bevoegdheden uit te oefenen?*

De tweede relatie (II) kwalificeert hoe het type verander-agent institutionele verandering beïnvloedt. Mahoney en Thelen (2010, p.23) constateren dat directe gehoorzaamheid aan een nieuwe institutionele regel niet waarschijnlijk is. De motivatie van een verander-agent is gericht op transformatie, de verandering van instituties een semi-afhankelijk gevolg daarvan. Er worden voor het invullen van dit proces wederom twee vragen gesteld door Mahoney en Thelen (ibid.):

1. *Willen betrokken stakeholders de huidige instituties behouden zoals ze zijn?*
2. *Gehoorzamen de betrokken stakeholders aan de bestaande institutionele regels en zijn er mechanismen die dat afdwingen?*

Institutionele verandering ontstaat onder andere door machts-distribuerende elementen, de afwisseling tussen gehoorzaamheid aan de formele regels en het streven naar consensus. Hierdoor hoeft de institutionele verandering niet volledig overeen te komen met de vorm en inhoud van de verandering die de verander-agent oorspronkelijk voor ogen had (Streeck en Thelen, 2005, Mahoney en Thelen, 2010 p.20). Er kan ook een compromis ontstaan. In het model wordt dit ondergebracht onder de derde relatie (III). Dit proces bemiddelt tussen de eigenschappen van instituties die ruimte scheppen voor stakeholderinitiatief en de politieke en bestuurlijke contexten van instituties (ook in beleidssubsystemen) waarbinnen veto-krachten en discretionaire bevoegdheden voor stakeholders gelden. De politieke en institutionele context bepalen hierin ook de mogelijkheden voor stakeholders om de bestaande instituties ter discussie te stellen.

2.4.1 Institutionele verandermechanismen

Streeck en Thelen (2005) in Mahoney en Thelen (2010) benoemen vier verschillende typen verandermechanismen welke, afhankelijk van de bestaande instituties (b.v. politiek, professioneel, historisch) en de eigenschappen van de betreffende stakeholders, institutionele verandering veroorzaken (ibid:27). De institutionele configuraties zijn een verzameling van spelregels waarbinnen het spel wordt gespeeld. Deze zijn in de Nederlandse en Engelse gezondheidszorg niet abrupt, of vanuit een enkele dominante stakeholder en/of vanuit een exogene oorzaak tot stand gekomen. Hierdoor zijn de geselecteerde hervormingen te analyseren met de verandermechanismen zoals die in het model van Mahoney en Thelen (2010) centraal staan. De mechanismen van institutionele verandering die in dit onderzoek als institutioneel analysekader dienen zijn: *Displacement*, *layering*, *conversion* en *drift*. De verschillende mechanismen worden gekenmerkt door het feit dat betrokken stakeholders vetomogelijkheden en discretionaire bevoegdheden hebben.

		Kenmerken van de hervormende institutie	
		Beperkte discretionaire bevoegdheid	Grote discretionaire bevoegdheid
Kenmerken van de politieke- en bestuurlijke context	Sterke veto mogelijkheden	Layering	Drift
	Zwakke veto mogelijkheden	Displacement	Conversion

Figuur 3. Bron: Mahoney en Thelen (2010,p.22)

Drift: Veel veto mogelijkheden en hoge discretionaire bevoegdheid van betrokken stakeholders leidt tot hervormingen zonder een specifieke set nieuwe institutionele regels. (Mahoney en Thelen 2010 p.9).

Drift is in principe de ‘*default condition*’ van institutionele verandering. Hoewel instituties gezien worden als stabiele fenomenen is verandering in de kleinste details altijd aanwezig (Streeck en Thelen, 2005 p.24). Wanneer betrokken stakeholders verschillende, wederzijds uitsluitende, doelen nastreven zoals collectieve solidariteit versus marktwerking, is er geen zuivere weg meer naar een van deze twee doelen. Het proberen van een combinatie tussen beide doelen zorgt dat de institutie zelf op drift raakt van de originele positie zonder dat dit een direct effect afkomstig van handelingen door betrokken stakeholders hoeft te zijn.

Door weerstand te bieden kunnen de bestaande instituties veranderen zonder dat dat opgevangen wordt met beleid en/of het beleid-narratief, bijvoorbeeld in politiek opzicht (Hacker, 2004 in Mahoney en Thelen, 2010 p.19). De oorzaak hiervan ligt in de identiteit van de stakeholderconfiguratie die niet voor iedere partij optimaal vertegenwoordigd wordt in de eigenschappen van de weerstand biedende instituties (Hall, 2009 in Mahoney en Thelen, 2010 p.204). Ook de ‘uitvinders’ van de instituties participeren niet meer in de huidige setting.⁵ Ook populatie kenmerken en de configuratie van betrokken stakeholders veranderen.⁶ Onder ‘drift’ vallen onder andere de ontwikkelingen: erosie, bewust negeren van institutionele veranderingen, opportuun leeglaten van handelingstrategieën voor nieuwe institutionele contexten, politieke manoeuvres en niet ondervangen van de verantwoordelijkheid voor instituties bij stakeholders (Streeck en Thelen, 2005 p.24, Mahoney en Thelen, 2010 p. 169).

⁵ Zoals minister-president Otto von Bismarck in het sociaal verzekeringsstelsel van sociaal corporatistisch Duitsland.

⁶ Zoals het aantal onverzekerden in een sociaal verzekeringsstelsel door groeiende werkloosheid of armoede.

Displacement: Weinig veto mogelijkheden en lage discretionaire bevoegdheid van betrokken stakeholders leidt tot het vervangen van instituties.

Wanneer stakeholders op alternatieve wijze institutionele invulling zoeken door te breken met geldende vormen van invulling door hun betrokkenheid te intensiveren vindt displacement plaats. Er ontstaat ruimte voor afwijkende invulling wanneer een nieuwe logica, denkkaders, cognitieve stroming of context vanuit een latente positie op de voorgrond treden (Mahoney en Thelen, 2010 p.16). Bij displacement als verandermechanisme worden instituties door hun stakeholders vervangen. Streeck en Thelen (2005) identificeren van groeiende steun door stakeholders aan een tot voorkort ondergewaardeerde institutionele configuraties als basis van displacement.⁷ Het graduele verandermechanisme dat door displacement optreedt, kent een systematischer karakter dan ‘drift’ omdat het optreedt wanneer er ruimte ontstaat voor niet-dominante stakeholders om oude regels door nieuwe institutionele regels te vervangen (Mahoney en Thelen, 2010). Helderma en Stiller (2014 p.13) noemen displacement om deze redenen een effect van dreigende drift, aangevuld met verandermechanismen zoals layering en conversion. Voorbeelden van middelen zijn: het toevoegen van institutionele regels (layering) of het veranderen van de totale invulling van instituties (conversion). Instituties die dit verandermechanisme doormaken worden gekenmerkt door hoge veto mogelijkheden en lage discretionaire bevoegdheden van stakeholders. Er is sprake van een verschuiving van dominante actoren die middelen om macht te behouden hebben uitgeput.

Layering: Veel vetomogelijkheden en lage discretionaire bevoegdheid van betrokken stakeholders leidt tot nieuwe institutionele regels naast oude institutionele regels.

De transactiekosten om een institutionele verandering plaats te laten vinden kunnen in displacement erg hoog zijn, waardoor een additionele of amenderende institutie aantrekkelijker wordt. Er is institutioneel sprake van een zgn. *lock-in effect* (Pierson, 2004). De onveranderlijkheid van instituties maakt alleen ruimte voor een extra laag bovenop de oude configuratie. Hoe hoger de schijnbare onveranderlijkheid van de institutie, des te groter de kans op het endogeen ontstaan van nieuwe ‘lagen’ (Pierson et al, 2001 p.4). Stakeholders die veranderingsgezind zijn proberen strategieën toe te passen om aan de onwenselijke eigenschappen van onveranderbare instituties te ontsnappen (Streeck en Thelen, 2005 p.23). De verandering heeft impliciet het ontwrichten van de institutionele configuratie tot doel.

Het primaire mechanisme dat plaatsvindt binnen layering is differentiële groei (Hacker, 2004 in Streeck en Thelen, 2005). Layering is geen frontale aanval op traditionele invullingen van instituties (Streeck en Thelen, 2005 p.23) maar het samenvoegen van stakeholders met verschillende denkkaders die gezamenlijk wel met een gemobiliseerde meerderheid het optimaal inzetten van hun gedragen handelingsvrijheden bereiken. In dit perspectief kan layering ook in de praktijk leiden tot het ontginnen van mogelijkheden tot amenderen (Hacker, 2004 in Streeck en Thelen, 2005 p.40). Als zodanig is layering de verfijning van draagkracht voor instituties en niet de ondermijning ervan (ibid p.23). Het effect op de middellange termijn door layering (afhankelijk van complementaire vormen van institutionele verandering) is het veranderen van de structuur en status van instituties (ibid p.31).

Conversion: Weinig vetomogelijkheden en verregaande discretionaire bevoegdheid van betrokken stakeholders leidt tot het evolueren van instituties.

Bij conversion als verandermechanisme, waar lage vetomogelijkheden voor dominante stakeholders gepaard gaan met een hoge mate van discretionaire bevoegdheden in de uitvoering, is er sprake van het

⁷ In feite worden her-uitvinding, reactivering, uitputting, openlijk afvallen en onderdrukte historische belangstelling als vormen van displacement gezien (o.a. Moore, 1979 in Streeck en Thelen, 2005 p.20).

toevoegen van nieuwe doelen en functies aan bestaande instituties (Helderman en Stiller, 2013). Er komen geen nieuwe institutionele regels bij, zoals bij layering wel het geval is. In de gezondheidszorg geeft conversion als mechanisme invulling aan de wens om instituties op een alternatieve manier in te vullen met nieuwe prioriteiten aan toegankelijkheid, kwaliteit en kosten-efficiëntie of de positie van verschillende stakeholders. Dit type verandering is het duidelijkst van alle op zoek naar nieuwe doelen en toepassingen van instituties als eigenschap van institutionele verandering. De politieke en bestuurlijke bronnen (input) en steun van stakeholders legt van binnenuit de institutionele configuratie druk op om tot vernieuwde invullingen te komen. Een veranderende machtsdistributie is aanleiding tot een dergelijke verandering. Nieuwe doelen worden gekoppeld aan oude institutionele structuren (Streek en Thelen, 2005 p.31). Deze herinterpretatie van functies wordt uitgelokt door de ambiguïteit van bestaande configuraties.

De toepassing van verandermechanismen

De toepassing van de verandermechanismen op beide casussen vergt verdere nuancering. Drift is bijvoorbeeld de aangewezen consequentie van (bewust) niets doen. Hacker (2004) noemt 'drift' als zodanig de conditie waar politieke en bestuurlijke actoren niet actief op instituties die andere werking hebben gekregen kunnen of willen reageren. Hervormingen kunnen dit gevolg hebben wanneer de ontwikkelingen neveneffecten met zich meedragen. Wanneer 'drift' gecorrigeerd wordt door de verandering van het welvaartstaat model door layering of conversion, welke vervolgens voor een meerderheid aan stakeholders onacceptabel is, kan dit leiden tot bewuste displacement (vrij naar: Ferrera et al. 2000 in Helderman en Stiller, 2014).

Displacement is in een andere optiek een natuurlijke ontwikkeling van instituties omdat instituties af en toe volledig afgeschaft en vervangen worden door nieuwe instituties, als verandermechanisme is displacement daarom relatief gemakkelijk identificeerbaar. Displacement is vanuit twee verschillende optieken te identificeren (Mahoney en Thelen, 2010 p.16). Enerzijds vanuit een gradueel veranderperspectief en anderzijds vanuit een schok of het 'punctuated equilibrium' model (Baumgartner en Jones, 2009). De graduele vorm van displacement als institutionele verandering vindt plaats wanneer geleidelijk een alternatieve logica in de institutionele configuratie aan invloed wint, zoals liberalisering ook een alternatieve logica kan zijn (Streek en Thelen, 2005). Helderman en Stiller (2014) typeren deze vorm van displacement als herkenbaar door bijvoorbeeld elementen van layering en conversion die als strategieën door stakeholders worden toegepast. Het cumulatieve effect van layering en conversion kan dan grote institutionele gevolgen hebben. De verandermechanismen in de hervormingen zijn niet zelden combinaties van layering en conversion. Dit is vaak de 'toegepaste' strategie van de betrokken stakeholders (Helderman en Stiller, 2014). De mechanismen worden daarom voornamelijk in de beide stelsels geïdentificeerd vanuit de empirie. Conversion ontstaat uit de ambiguïteit van evoluerende instituties. Door veranderende aanverwante institutionele configuraties of juist ontwikkeling door de tijd (door de werking van de institutionele configuratie) kunnen alternatieve interpretaties en doelen voor de instituties geformuleerd worden.

Een andere aspect van verandermechanismen is het leervermogen van betrokken stakeholders. Dit is iets dat Helderman en Stiller (2014) pragmatisch toepassen om de belemmeringen van de theorie van graduele institutionele verandering weer te geven. De verandermechanismen worden beïnvloed door de ervaringen die stakeholders met bepaalde strategieën hebben meegemaakt en daardoor daalt de voorspelbaarheid van institutionele verandering. Wanneer het lerend vermogen effect heeft op het gedrag van stakeholders

(coördinatie), stijgt de voorspelbaarheid van institutionele veranderingen. De verandering kan geclassificeerd worden door nauwlettender naar de layering en conversion van instituties te kijken en minder naar drift en displacement op macro niveau.

Door de coördinatie van de verwachtingen van instituties (layering en conversion) passen stakeholders vergelijkbare institutionele veranderstrategieën in de toekomst waarschijnlijker toe. Helderma en Stiller (2014) argumenteren verder dat de rigide scheiding van verandermechanismen niet veel ruimte laat voor de empirie. Het toevoegen van nieuwe regels aan bestaande institutionele configuraties (layering) is de deur op een kier zetten voor transformatie (conversion) van deze instituties (ibid.15). Het wennen van actoren aan de volgorde van gebeurtenissen geeft een verstrend effect, het lerend vermogen van betrokken stakeholders wordt aangesproken waardoor strategisch gedrag voorspelbaarheid van theoretische verwachtingen doet verminderen. Zo kan institutionele verandering tegengehouden worden wanneer nieuwe regels tegen de processen van conversion ingezet worden.

2.4.2 Stakeholders in processen van institutionele verandering

Het stakeholderperspectief is de koppeling tussen het graduele institutionele perspectief met verandermechanismen (Mahoney en Thelen, 2010), de archetypische institutionele perspectieven (Hall en Taylor, 1996) en het actor gecentreerd institutionalisme (Scharpf, 1997). Institutionele regels zorgen voor een beperking van de toegestane handelingstrategieën van stakeholders en hebben hierdoor een direct effect op de werking van andere subinstituties. De mate waarin dominante stakeholders kunnen bepalen wie mogen participeren in het proces en welke vetorechten zij hebben zijn relevante factoren van stakeholders in institutionele verandermechanismen. Het toegestane handelen van stakeholders vindt op een specifieke wijze plaats. Bijvoorbeeld door wederzijdse toenadering, onderhandelde afspraken, door te stemmen of door dwang (Scharpf, 2000). Een andere relevante factor hiervoor is de mate waarin stimulansen (incentives) het gedrag van de participerende stakeholders kunnen sturen. In een systeem met een duidelijke dominante stakeholders hebben de stimulansen een direct effect op de politieke keuzes (Scharpf, 2000 p.771). Deze assumptie is gestoeld op het mechanisme van politieke verantwoordelijkheid (context).

In systemen met veel stakeholders is de politieke verantwoordelijkheid vaak verslapt en zijn beleidsuitkomsten sterker beïnvloedbaar voor conflicten tussen veto-kracht dragers (Scharpf, 1997 p.39). Het effect dat plaatsvindt is beleidsfragmentatie (ibid.). De middelen die tot een nieuwe institutionele configuratie moeten leiden zijn verspreid over verschillende, autonome maar onderling afhankelijke stakeholders (waardoor er dus nooit één stakeholder alleen een besluit kan nemen). In een duidelijk corporatistisch consensus-systeem, Nederland, kunnen hierdoor geen van de betrokken stakeholders zelf een besluit nemen, hier moet eerst een overeenkomst worden gevonden. Dit impliceert gezamenlijke besluitvorming (ibid. p.38-44). Dit beperkt de mate waarop toekomstige beleidsregels gevormd worden. Het stakeholderperspectief legt initiatief voor institutionele verandering bij stakeholders die de institutionele regels beïnvloeden door beleidsmaatregelen die de stimulansen (incentives) van publieke stakeholders structureren (vrij naar: Scharpf, 2000 p.772).

Een dergelijk mechanisme vindt ook in eerder genoemde institutionele perspectieven plaats. Zoals in het rationale keuze-institutionalisme bijvoorbeeld, waar stakeholders de waarden van het materieel eigenbelang in het beleidsproces centraal stellen als incentives. In lijn van deze argumentatie kunnen

stakeholders in een tweepartijensysteem relatieve beleidsvrijheden kennen vanwege de gelegenheid om zelf de institutionele voorwaarden te stellen. Binnen een institutionele configuratie met een context van een meerpartijensysteem wordt verwacht dat deze vrijheden zijn beperkt. Echter, in meerpartijensystemen wordt de verantwoordelijkheid zeer gefragmenteerd waardoor meer regelintrepretatie ruimte ontstaat (Howlett en Ramesh, 2002, p.32). Een gevolg daarvan, door pad-afhankelijkheid, is dat het aantal handhavingmechanismen via regeluitvoering stijgt (en gecentraliseerd versus gedecentraliseerd is). Autoritaire barrières voor de beleidsverandering vinden plaats in de institutionele configuraties die een hoge mate van idiosyncrasie (unieke, uitzonderlijke of complexe processen) kennen (Hacker, 2004 in Streeck en Thelen, 2005 p.61).

2.4.3 Veto- en discretionaire bevoegdheid

Vetokrachten zijn afhankelijk van de coördinatie en fragmentatie van stakeholders (Mahoney en Thelen, 2010 p.18). Verwacht wordt dat in institutionele configuraties met een hoge fragmentatie van stakeholders relatief veel veto-momenten plaatsvinden en configuraties met een hoge coördinatie relatief weinig, waardoor hervormingen minder belemmeringen ervaren (vrij naar: Tsebelis, 2002). In lijn met Tsebelis (2002) maakt dit onderzoek onderscheid tussen institutionele stakeholders met veto-krachten en politieke veto-krachten. Een institutionele veto-kracht kan een stakeholder zijn van wie deze bevoegdheid opgenomen is in een wettelijk kader, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) of Zorginstituut Nederland en Wellbeing-boards in het Engelse NHS stelsel.

Te veel institutionele vetokrachten belemmeren de hervormingsmogelijkheden van instituties. Politieke vetokrachten verschillen hier fundamenteel van. In regeringen kunnen vetokrachten liggen bij onderhandelingen (tradeoffs); dit zijn zeer diffuse processen. In principe komt een politiek veto dan op dat er voorwaarden gesteld worden bij de hervorming, en niet op een poging tot het voorkomen van verandering. Verwacht wordt dat in de beide cases institutionele configuraties die een hoge mate van hervormingen in de interne operatie van instituties hebben ervaren (bijvoorbeeld vernieuwde interne focus) weinig interne barrières voor beleidsconversie kennen en juist hoge externe. Deze externe barrières zijn zoals Peters in Boogaard (2013 p.141) stelt de ‘regulatory capture’. Deze kan ontstaan door attributie van institutionele veranderingen aan specifieke stakeholders (en niet aan andere), daardoor ontstaan weer afgebakende bevoegdheden voor interne beleidsconversie. Dit vindt voornamelijk plaats in instituties die bestaan uit een mix van publieke en private stakeholders. Zo ontstaat consensus als een determinerende eigenschap van discretionaire bevoegdheid. Daarnaast geeft consensus een mate van inclusiviteit weer; de noodzaak tot een verplichtende consensus te komen alvorens instituties kunnen veranderen of hervorming kan plaatsvinden met afgebakende betrokken stakeholders. In het verlengde van dit argument zijn expliciete vetokrachten, gedragen door stakeholders, eigenschappen van de veranderingsgevoeligheid van instituties. Wanneer consensus een rol gaat spelen komt automatisch de gehoorzaamheid van stakeholders ter sprake, in de literatuur aangeduid als ‘compliance’ (Mahoney en Thelen 2010 p.10). Het is de mate van autoriteit (in veel opzichten) van degenen die het status quo willen behouden in institutionele configuraties en de mate waarin andere stakeholders daar in meegaan. Instituties worden door het stakeholderperspectief gezien als instrumenten om de gedragingen en handelingstrategieën te structureren (ibid.). Stakeholders construeren strategieën waarmee de regels en normen van instituties zo goed mogelijk aansluiten op het bereiken van hun agenda. De gehoorzaamheid van stakeholders als zodanig kan worden bepaald door de mate waarop stakeholders benadeeld worden wanneer zij niet gehoorzamen (consequentieel).

2.5 Politieke en bestuurlijke context

Het graduele institutionele perspectief heeft reeds de politieke en bestuurlijke context geïdentificeerd als belangrijke dimensies, vervolgens komt deze context ook in de verandermechanismen en de positie van stakeholders zelf voor. Het is noodzakelijk om deze context tastbaar te maken. Deze paragraaf zet voor zowel politieke en bestuurlijke contexten een aantal primaire eigenschappen uiteen. Het domein van de bestuurlijke en politieke context is breed. De selectie relevante kenmerken is gebaseerd op de plausibiliteit van het effect op geïntroduceerde institutionele verandermechanismen. Voor de politieke context is dit onder te verdelen in: *het parlementaire systeem, de machtsverdeling mechanismen en mechanismen van belangenbehartiging*. Voor de bestuurlijke context zijn relevante eigenschappen onder te verdelen in de *besluitvormingsprocessen, de inhoud van hervormingen, de implementatie ervan en de resultaten die bereikt worden met de hervormingen*. De bestuurlijke context hanteert hierbij ter ondersteuning het regimemodel van Politt en Bouckaert (2011). De door Scharpf (1997) voorgestelde dichotomie van meerpartijensystemen en meerderheidssystemen alleen is niet dekkend voor de kenmerken van verschillende zorgstelsels en hun politieke context. Daarom worden verschillende eigenschappen van de politieke context ook als geheel beschreven per casus. Het voordeel van dit perspectief is dat bijvoorbeeld de belangenbehartiging en machtsverdeling als integraal onderdeel van de werking van het politieke stelsel meegewogen kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de bestuurlijke context.

Beleidsnetwerken, bestuurlijke structuren of regimes, zoals het type gezondheidszorgregime zijn theoretische constructen die de onderlinge verhoudingen tussen stakeholders/politieke actoren en instituties schapen (Politt en Bouckaert, 2011). De resultaten (output) van instituties zijn het gevolg van onderhandelingen tussen de stakeholders in een setting van bestuurlijke contextfactoren. Het regimemodel van Politt en Bouckaert (2011) bevat een invulling voor de bestuurlijke context zodat deze context transparant gemaakt kan worden in het vergelijken van twee stelsels. In deze benadering wordt het openbaar bestuur van een regime of stelsel onderverdeeld in een socio-economische dimensie, een politieke dimensie, een dimensie waarbinnen de besluitvorming plaatsvindt, een administratieve dimensie en de dimensie der toevallige gebeurtenissen. In dit onderzoek wordt met name de administratieve dimensie gebruikt om kenmerken van de bestuurlijke context van instituties te verkrijgen.⁸

De politiek reguleert de institutionele ontwikkelingen met het doel om oplossingen te vinden voor collectieve actie dilemma's (Ostrom, 1990; Howlett en Ramesh, 2009). Het kan ook zo zijn dat de politiek de ontwikkelingen in de instituties zelf beheerst. In elk geval liggen binnen de politieke context incentives voor stakeholders ten aanzien van institutionele verandering of voor behoud van de status quo. De architectuur van de politieke context bevat verschillende relevante kenmerken volgens Scharpf (1997 p.22). Zo kunnen politieke systemen “*unitair of federaal zijn, parlementair of presidentieel, uit twee of meer-partijen systemen bestaan en daarbinnen kunnen de interacties tussen stakeholders competitief of consontioneel zijn, met pluralistische of neocorporatistische vormen van belangenafweging.*” Dit onderzoek hanteert eenzelfde onderscheid om daarbinnen relevante eigenschappen voor de politieke context van instituties te kwalificeren. Een belemmering bij het isoleren van deze eigenschappen is dat, net als bij de bestuurlijke context, de wisselwerking ertussen medebepalend is voor de duiding van één (Ostrom, 1990, p.10; Schuster, 2003).

⁸ Een overzicht van het regimemodel is vindbaar in de bijlagen.

Parlementair systeem

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen twee parlementaire systemen, te weten het tweepartijensysteem en het meerpartijen- of coalitiesysteem. Het verschil tussen beide stelsels is dat waar een meerpartijensysteem te maken heeft met hervormingsbelemmerende factoren waaronder het overtuigen van een voldoende grote meerderheid van de noodzaak de hervorming, terwijl een het in een non-constitutioneel meerderheidsparlementsmodel (à la het Verenigd Koninkrijk) relatief gemakkelijk om via secundaire wetgeving op decentraal (of federaal) niveau hervormingen te bewerkstelligen (Politt, 2007). Een gevolg van het meerderheidssysteem is wel dat er in de opvolging van regeringen met andere partijen, ook hervormingen teruggedraaid of sterk gewijzigd kunnen worden. Dus meerderheidsparlementen hervormen gemakkelijker maar de opvolging van regeringen met verschillende partijen draaien hervormingen terug en coalitie regeringen introduceren hervormingen die het afgewogen gemiddelde van de meerderheid zijn maar niet ver afwijken van het status quo.

Machtsverdeling

In het domein van de politieke context is de machtsverdeling tussen stakeholders van belang. Machtsverdeling blijkt onder meer uit de mate van conflict. Wanneer er in een consensusdemocratie een lage conflictsituatie omtrent een voorgestelde hervorming plaatsvindt, verwacht men dat deze ook zal doorzetten (Provan en Kenis, 2008). Wanneer in een meerderheid- of twee partijen democratie een hoge mate van conflict plaatsvindt, zal dat echter ook kunnen leiden tot hervormingen (Adam, 2007 in Sabatier, 2009). Daarnaast hebben verschillende stakeholders eigen opvattingen over de aard van beleidsproblemen en potentiële oplossingen ervan (Scharpf, 1997). Hoe meer deze opvattingen uit elkaar liggen, hoe hoger de mate van conflict. Binnen machtsverdeling kan er ook sprake zijn van samenwerkingstradities. Bijvoorbeeld een corporatistisch systeem kan door de grote hoeveelheid betrokken partijen wederzijds uitsluitende inzichten onder stakeholders dragen waardoor een hoge mate van conflict de hervormingen kan vertragen of verhinderen (ibid.). Naast conflict is het van belang om bij machtsverdeling ook de cohesie onder stakeholders mee te nemen in de analyse. De verwachting is dat hervormingen niet ver afwijken van de status quo wanneer stakeholders een hoge mate van conflict dragen en weinig cohesie vormen. Daarnaast, als er een lage mate van conflict plaatsvindt, is de verwachting dat de ontwikkeling van instituties voor een dominante meerderheid van stakeholders wenselijk is en dat hervormingen dus ook in het verlengde van de bestaande invulling liggen (pad-afhankelijkheid). Hierbinnen vinden veto mogelijkheden plaats, voornamelijk in geformaliseerde samenwerkingsverbanden (Mahoney en Thelen, 2010; Immergut, 1992). Machtsverdeling blijkt ook door vormen van samenwerking. Politieke systemen met een corporatistische traditie kennen een stakeholder-afhankelijkheidsrelatie, een relatie die zich in het verleden al heeft bewezen en op die samenwerking wordt hervorming waarschijnlijk of juist niet. Op deze samenwerkingen wordt in een bepaalde mate ook de toekomstige samenwerking beoordeeld (Provan, 2009).

De politieke context als zodanig vormt de bandbreedte van de hervormingsmogelijkheden, bepaald door de mate waarin de betrokken stakeholders een historische samenwerking dragen. Daarnaast is samenwerking in consensusdemocratieën (Nederland) continu noodzakelijk om voldoende politieke meerderheidsmobilisatie te realiseren, waar dat in absolute meerderheidssystemen (Engeland) niet noodzakelijk is tijdens de politieke zittingstermijn.

Een probleem is dat moderne Westerse democratieën in het algemeen een gefragmenteerd beleidsveld kennen vanwege technische of complexe regelgeving. Hierdoor kan een stakeholder ongeacht het politieke systeem geen doorslaggevende invloed dragen in de totstandkoming van hervormingen (Scharpf, 1997; Schneider, 2003). In een corporatistische beleidsstructuur dragen stakeholders wel meer een samenwerkingsgeschiedenis met zich mee die bepaalde machten onderling verdeelt (Korsten, 1988). Er zijn binnen de ontwikkeling van zorgsystemen ook onderscheiden te maken tussen publieke en private partijen met daaraan gelieerde machtsposities. De dominante coalitie kan zijn voorkeuren doorzetten wanneer deze gesteund wordt door wetgevend vermogen. Echter, wanneer twee even dominante groepen tegen over elkaar staan (bijvoorbeeld: voorstanders van marktwerking versus tegenstanders van marktwerking in de zorg) kan ook deze macht tegenwerkende gevolgen hebben omdat er geen wetgeving gerealiseerd kan worden zonder gemobiliseerde meerderheid (Scharpf, 1997, p43-45). Objectief gezien kan de publiek-privaat dichotomie en patstelling van de daadwerkelijke uitwerking verholpen worden door de noodzaak voor partijen om compromissen te sluiten (Lijphart, 1968). Deze verplichtende consensusrelaties bepalen ook de hervormingsmogelijkheden voor publiek-private mix systemen (Sabatier, 2009, Baumgartner en Jones, 1991).

2.6 Typen gezondheidszorgstelsels

Institutionele verandering als zodanig is het in werking stellen van alternatieve beleidsregels in instituties en het insluiten of uitsluiten van stakeholders. Gezondheidszorgstelsels zijn niet van het type dat regelmatig opnieuw geïnstitutionaliseerd wordt, vaker vinden er binnen gezondheidszorgstelsels graduele institutionele ontwikkelingen plaats (Helderman en Stiller, 2014). Om de context van institutionele ontwikkelingen goed in beeld te krijgen is het van belang om typen verzorgingsstaten te definiëren. Praktisch gezien zijn er twee typen verzorgingsstaten, zij die zich verregaand mengen in de zorgsector en verzorgingsstaten die door regulering de instituties op afstand beïnvloeden. Het eerste type wordt aangeduid als het Beveridge stelsel en het tweede als Bismarck stelsel. West-Europese gezondheidszorgstelsels worden ondergebracht in deze twee verschillende categorieën typen zorgstelsels.⁹ Het eerste type verzorgingsstaat zal proberen instituties, beleidsprogramma's of de gehele sector te hervormen en het tweede zal een bestuurlijke afstand tot de zorgsector hebben en daardoor geen integrale hervormingen inzetten maar meer gericht zijn op het hervormen van de regels die in de sector gelden.¹⁰ Bismarckstelsels typeren zich door een verzekeringsmarkt waarop ofwel publieke of semipublieke verzekeraars doormiddel van concurrentie voor verzekerden zo goed(koop) mogelijke zorg inkopen. Beveridge-stelsels daarentegen leggen de verantwoordelijkheid van de inkoop bij nationale instellingen, bekostigd door belastingopbrengsten. In deze paragraaf staan beide zorgstelsels centraal.

2.6.1 Sociale of 'Bismarck' verzekeringsstelsels

De basisassumpties van het Bismarckstelsel en gelijkaardige stelsels zijn; een sociale basisverzekeringsstructuur met verplichte afname van zorgverzekeringen door de volledige populatie, waarbij specifieke demografische groepen compensatie voor de kosten van zo'n verzekering kunnen ontvangen via de overheid (Hassenteufel en Pallier, 2007). Daarnaast is een dergelijk stelsel gestoeld op *keuzevrijheid*, een mechanisme waardoor door concurrentie op prijs en kwaliteit het optimale zorgaanbod kan ontstaan (ibid.). De verzekeraars contracteren de zorgaanbieders op basis van een inschatting van de

⁹ De Westerse democratieën die een dergelijk stelsel hanteren, doen dit al decennia Hassenteufel en Pallier (2007 p.575).

¹⁰ William Beveridge is een van de oprichters van het National Health Service in het Verenigd Koninkrijk en Bismarck stelsels zijn vernoemd naar Otto von Bismarck, voormalig minister-president van Duitsland.

vraag van patiënten. De zorgaanbieders zelf kunnen publieke en private ondernemingen zijn. De rol van de staat is in dit type zorgstelsel regulerend en in mindere mate uitvoerend. Bismarckstelsels verkrijgen via heffingen op loon via werkgevers een deel van de kosten van de zorg. In de 20^{ste} eeuw leidde dat tot privileges voor verzekerden zoals een uitgebreider verzekerd zorgaanbod (Amelung et al. 2003). In de hedendaagse Bismarckstelsels is de primaire- of basiszorgverzekering meer universeel van aard.

Er wordt bij werknemers en werkgevers wel nog steeds een gedeelte van het loon ingehouden (tot een bepaald percentueel plafond) om de gehele zorgconsumptie te bekostigen. De hedendaagse Bismarckstelsels zijn gedecentraliseerd vanwege de regionaal opererende zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Hassenteufel en Pallier, 2007 p.574-576). Toezicht en reguleringssystemen daarentegen zijn wel gecentraliseerd. In de Bismarck stelsels is er doorgaans naast het algemeen basisverzekerd-deel een additioneel te verzekeren deel (vrijwillig)¹¹. Hassenteufel en Pallier (2007) benoemen verder dat ‘niet nationaliseren’ van de gezondheidszorg in Bismarck stelsels komt door het hechten aan keuzevrijheid voor patiënten. De premiebatens van zorgverzekeraars worden aangewend voor het betalen van te consumeren zorg van verzekerden na declaratie van de zorgaanbieder (Zorginstituut Nederland, 2014¹²). Stelsels met een Bismarckconfiguratie zijn bijvoorbeeld Duitsland, Nederland en Frankrijk.

2.6.2 Nationale zorgstelsels, ook wel Beveridgezorgstelsels

Het Beveridgestelsel kent een fundamenteel andere configuratie dan het Bismarckstelsel. Allereerst worden opbrengsten van algemene belastingen gebruikt om het zorgaanbod te financieren. De zorgaanbieders verkrijgen een budget en bestedingsbevoegdheid wanneer zij kunnen aantonen aan de kwaliteitscriteria te kunnen voldoen. Deze worden gesteld door de overheid of de verzelfstandigde organisaties waarop deze taak rust. Voor deze gunning of contracten moeten zij, vaak regionale, populaties voorzien van gezondheidszorgdiensten. Het Beveridgesysteem streeft ernaar om zoveel mogelijk dekking van de populatie te realiseren (inclusie) (Burau en Blank, 2004). Toegang tot zorginstituten is binnen Beveridge systemen in principe vanzelfsprekend voor iedereen die legaal in het land verblijft (ibid. 578).

Beveridge systemen kennen een hoge mate van centralisatie van beleid. De Beveridge systemen kennen in plaats van keuzevrijheid een primaire focus op gelijkheid. De kosten van een Beveridge systeem liggen door dit universele streven lager, maar kwaliteit van dienstverlening, wat tevens kosten met zich meebrengt, kan daardoor haperen door bijvoorbeeld lange wachtlijsten (Hassenteufel en Pallier, 2007 p.576). De regulering vindt doorgaans plaats door management van overheden of onafhankelijke toezichthouders. De verzekerde zorgdiensten zijn impliciet en worden publiek gecontracteerd wat resulteert in een hoge mate van beschikbare parameters aangaande de kosten (transparantie) (Burau en Blank, 2004). De zorgstelsels van Nieuw-Zeeland, Engeland (Verenigd Koninkrijk) en Canada zijn voorbeelden van Beveridgestelsels.

¹¹ Toegang tot de niet door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders wordt in Bismarckstelsels in principe gedeeltelijk gecompenseerd (in Nederland, artikel 13 Wmg). De verzekerde betaalt het niet-gecompenseerde gedeelte daarna zelf.

¹² www.zorginstituutnederland.nl/bestedingpremiebatens

2.7 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft uiteengezet hoe in theoretisch-analytische zin instituties de stakeholders beïnvloeden en vice versa. Ten aanzien van instituties geldt in dit onderzoek dat de configuratie ervan op basis van de politieke- en bestuurlijke context en de eigenschappen van de hervormende instituties wordt beschreven. Instituties veranderen, ook dat een institutie verandering lijkt te weerstaan is een karakter van het verandermechanisme. Aan de basis van de per definitie hervormende instituties, in dit onderzoek is dit de huisartsenzorg van Nederland en het Engelse NHS, liggen volgens het analysekader van dit onderzoek institutionele verandermechanismen welke door gemobiliseerde meerderheden worden ingezet. Deze mechanismen worden dus gedragen door (coalities van) stakeholders met handelingstrategieën. Stakeholders zijn deels gebonden aan bestaande instituties met bijbehorende beleidsregels.

Om tot een beeld van institutionele verandermechanismen te komen zijn verschillende vormen van institutionalisme belicht, deze zijn aangevuld met het actoren gecentreerd. De brug naar het stakeholderperspectief wordt gelegd met theoretische concepten omtrent graduele verandering van instituties. Deze graduele mechanismen leggen de nadruk op twee dimensies; de contexten van instituties en de eigenschappen van instituties zelf. De eigenschappen van instituties zelf zijn in dit onderzoek gevormd omtrent de handelingstrategieën van stakeholders.

De koppeling tussen stakeholders en verandermechanismen bestaat uit eigenschappen van de betrokken instituties die ruimte geven aan specifieke verander-agenten (stakeholders) om hervorming in gang te zetten of tegen te houden (status quo). De interactiegeoriënteerde beleidsanalyse, eerder geïntroduceerd, van Scharpf wordt toepasbaar als analytisch kader wanneer cognitieve elementen zoals de mate van consensus, meegaandheid of inclusie en exclusie van stakeholders een centrale rol krijgen binnen de analyse van instituties. Gedurende onderhandelingen over de beleidsregels kunnen minder dominante stakeholders uitgeschakeld of vervangen worden door mechanismen zoals de manier waarop stemmen gewogen worden (door bijvoorbeeld veto) of de noodzaak om tot een consensus te komen versus meerderheidsstemmen, delegatie of discretionaire bevoegdheid.

Voor het bereiken van het onderzoeksdoel is het relevant om met dit theoretisch analysekader de beleidsontwikkelingen uit het verleden te analyseren. Bovendien is het door dit kader mogelijk om te determineren welke type strategieën door stakeholders toegepast zijn bij momenten van institutionele veranderingen. De stakeholders spelen een rol door veto-krachten en discretionaire bevoegdheid bij het vaststellen van nieuwe beleidsregels. Beleidsregels zijn samensmeltingen van preferenties van stakeholders die met een specifieke intentie bij het beleidsproces betrokken zijn en momentum gecreëerd hebben.

3. Methodologische verantwoording

Bij de totstandkoming van dit onderzoek lag de focus hoofdzakelijk op empirisch onderbouwde verklaringen die duidelijkheid geven omtrent de invloed van een variëte van instituties en stakeholders op hervormingen in twee zorgstelsels. Dit doel kan bereikt worden door de vergelijkende casestudy te richten op contingenties die van invloed kunnen zijn op instituties. Om dat te doen moet het theoretisch perspectief uit het institutioneel analysekader vertaald worden naar in de casussen aanwezige variabelen. Doordat het onderzoek slechts twee casussen vergelijkt (N=2) is het noodzakelijk veel eigenschappen van de beide stelsels te betrekken om tot valide uitspraken te komen (Scharpf, 1997).

In de basis worden in beide cases dezelfde variabelen onderzocht, echter wanneer de resultaten van de empirische analyse richting geven worden additionele contextvariabelen in de casus betrokken. Dit is wat in kwalitatief onderzoek wordt verstaan onder ‘verklarend onderzoek’ (Yin, 1994 in Boeije, 2005). Dit is een deductieve en theoriegeoriënteerde methode met elementen van inductieve- datageoriënteerde toetsing. Wat een dergelijke verklaring uiteindelijk kan bieden is het vinden van condities waaronder een bepaalde beleidsreactie (c.q. hervorming) heeft plaatsgevonden. Door gebruik te maken van retrospectieve beleidsanalyse van historische databronnen en interviews met betrokken stakeholders probeert dit onderzoek tot verklaringen voor de centrale hervormingen te komen. Zo’n analyse resulteert in veel variabelen (met veel indicatoren) voor slechts twee te verklaren fenomenen, te weten; het ‘Zorgakkoord’ in de Nederlandse context en ‘The Health and Social care Act’ in de Engelse context.

Een interactiegeoriënteerd empirisch onderzoek met daarin als afhankelijke variabele een beleidsreactie kan deze (ceteris paribus) omstandigheden niet bewerkstelligen waardoor dergelijke analyse niet zinvol is. Door de interactie, handelingsmotieven en bronnen van stakeholders centraal te stellen is het in mogelijk om tot verklaringen binnen de casussen te komen. De vraag hoe het theoretische institutionele analysekader kan worden toegepast in de geselecteerde casussen staat in dit hoofdstuk centraal. Allereerst wordt de vorm van het onderzoek besproken, vervolgens wordt uiteengezet waar de gebruikte data van afkomstig is. De operationalisatie van de in het vorige hoofdstuk genoemde theoretische dimensies van institutionele hervorming volgen hierop en daarna wordt de betrouwbaarheid en validiteit besproken. Ten slotte, worden er conclusies over de invulling van methoden in dit onderzoek geformuleerd.

3.1 De vergelijkende casestudy

De casestudy is bij uitstek geschikt om in de gegeven omstandigheden van het onderzochte fenomeen met inhoudelijke verklaringen te komen, ze zijn echter alleen geldig voor het geïsoleerde fenomeen (beperkte externe validiteit). Bij veelvuldige herhaling bewijzen deze verklaringen wel generaliseerbaarheid (Yin, 1994). Vergelijkende casestudies worden in de bestuurskunde toegepast om beleidsverschillen en overeenkomsten, tussen gezondheidszorgstelsels te analyseren (Kohn, 1989). De vergelijking resulteert in verklaringen omtrent de eigenschappen van hervormende instituties en de gevolgen van configuraties van betrokken stakeholders.

In plaats van de, vaak diffuse, begin- en eindpunten van een bepaalde hervorming staat het proces van hervorming centraal in deze vergelijkende casestudy. In deze transitie kunnen door de geoperationaliseerde theoretische begrippen verklaringen gezocht worden in beide casussen. Een gevolg van dit type onderzoek is dat in het algemeen vergelijkingen tussen institutionele ontwikkelingen tussen verschillende systemen, bijvoorbeeld staten, van abstracte aard zijn (Gaiamo en Manow, 1999). De

onderzoekseenheden zelf zijn bijvoorbeeld zelden vergelijkbaar omdat eigenschappen van instituties en stakeholders heterogeen zijn (Hantrais & Mangen, 1996 p.3). Ditzelfde geldt ook voor instituties vandaag de dag in vergelijking met twee decennia geleden. Ook kunnen interacties met omringende instituties maar tot een bepaalde hoogte meegenomen worden in de analyse vanwege de multicausale complexiteit van de institutionele evolutie (Scharpf, 1997).

De aard van de vergelijking met een dergelijke hoge empirische complexiteit (veel verschillende variabelen en een relatief beperkt aantal vergelijkbare cases) vraagt daarom om een retrospectief¹³ onderzoek (Ragin, 1987, 2013). Het retrospectieve perspectief kan door een analyse van de opvolging van gebeurtenissen verklaringen vinden voor een afhankelijke variabele (Scharpf, 1997). Er is slechts een beperkt aantal vergelijkingen mogelijk tussen beide cases, dus de focus van het onderzoek ligt op verklaringen binnen de casussen zelf, temeer omdat binnen een casus er al sprake van een groot aantal institutionele configuraties is. Het type vergelijking dat hiervoor wordt gebruikt is een ‘most-different’-casusbenadering.

De cases Engeland en Nederland verschillen qua politieke en bestuurlijke context, type gezondheidszorgstelsel en posities van betrokken stakeholders. Enkele factoren komen echter wel overeen, bijvoorbeeld de opvallend sterke positie van de huisarts. Vanwege het centraal stellen van deze convergerende fenomenen is een vergelijkende casestudy met een ‘most-different’-onderzoeksontwerp mogelijk. De convergerende beleidsontwikkelingen staan centraal, de verschillen ertussen ook. Het is van belang om te achterhalen bij deze historisch-institutionele ontwikkelingen of er lerend vermogen is ontstaan bij de betrokken stakeholders door ervaringen met eerdere pogingen van institutionele verandering. Echter is dit zeer complex. De uitdaging hiervan zal in eventueel vervolgonderzoek moeten blijken. De analyse van deze vergelijkende casestudy gaat niet verder dan het type stakeholder interactie (wederzijdse aanpassing, consensus, meerderheidsregels, of hiërarchische dwang) en het type institutionele verandermechanisme (drift, layering, conversion of displacement).

3.2 Dataverzameling en selectie van onderzoekseenheden

Voor het verzamelen van de onderzoeksgegevens is geput uit empirische bronnen en document/literatuurstudie. Gezien de beperkingen die aan een dataverzameling zitten, zoals voor elk onderzoek, wordt in deze vergelijkende casestudy ook gebruik gemaakt van geaggregeerde (nationale) cijfers waar deze nodig zijn.¹⁴ Interviews met stakeholders (zie bijlage voor lijst met respondenten) hebben een verdiepende en validerende werking. De stakeholders zijn gekozen op hun posities; beleidsmakers, onderzoekers, huisartsen, toezichthouders en zorgverzekeraars. Daar is voor de Nederlandse context ook een drietal observaties aan toegevoegd¹⁵. Voor de Nederlandse context is daardoor triangulatie gerealiseerd (volgens de definitie van Bennet et al., 2005). Voor de Engelse eerste lijn gezondheidszorg zijn er interviews verricht met experts werkzaam binnen het Engelse NHS en is er tevens document en data-analyse verricht via de diverse publicaties van de NHS.

¹³ Scharpf (1997) noemt dit het ‘backward looking case design’.

¹⁴ Bijvoorbeeld van het CPB, CBS en Vektis, NIVEL, NHS England, Monitor, CQC, NICE en het Department of Health.

¹⁵ Ledenraadpleging LHV omtrent het huisartsenakkoord op 9 september 2013, een bijeenkomst over zorgcontractering van Cure4 met verschillende stakeholders op 12 juni 2014 en een bijeenkomst van de LOVAH omtrent de toekomst van de huisarts genaamd Coach, cure care 2025 op 25 November 2013.

De vindbaarheid van de diverse beleidsdocumenten en onderliggende onderzoeken is mogelijk gemaakt door diverse zoekmachines.¹⁶ Algemene beschrijvingen van stelsels zijn onder andere afkomstig uit ‘Health systems in transition’ (Boyle et al., 2011; Schäfer et al., 2010) en daarnaast enkele standaard werken omtrent de geselecteerde gezondheidszorgstelsels (Boot, 2013; Klein, 2013). Voor institutionele parameters zijn voor beide casussen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken geanalyseerd op basis van de in hoofdstuk twee geïdentificeerde institutionele analysekaders. Deze zijn afkomstig van onder andere het Nuffield Trust, Kings Fund, Monitor, NICE, LHV, NHG, IGZ, NZa, het Ministerie van VWS, ZN, ZVN, Vektis en diverse documenten en beleidsakkoorden rondom de centrale hervormingsbesluiten in beide casussen. Andere institutionele analyseonderzoeken van Helderma et al. (2005, 2007, 2008, 2012, 2014), Timmins (2012), Reynolds (2009) en Politt (2009) en Politt en Bouckaert (2011) zijn richtinggevend geweest. De waargenomen relaties in de cases zijn nog steeds gebaseerd op gelimiteerde verkregen empirische informatie vanwege de beschikbaarheid van gegevens en omvang van dit onderzoek. Sommige empirische gegevens zullen niet beschikbaar zijn voor alle relevante elementen in de complexe institutionele configuraties die in dit onderzoek betrokken zijn. Zo bestaat er geen generieke theorie die het mogelijk maakt voorspellingen te doen over het ontstaan van beleidsproblemen of de karakteristieken van effectieve oplossingen.

3.3 Operationalisatie

Het doel van deze paragraaf is het structureren van de dataverzameling naar de kenmerken van de onderzoeksvragen. De dimensies van institutionele verandering zijn in het institutioneel analysekader geïdentificeerd. De eerste dimensie van institutionele verandering is de *politieke en bestuurlijke context* van instituties, de tweede; *eigenschappen van de hervormende instituties (typen zorgstelsels)*. De tweede dimensie bestaat uit kenmerken die stakeholders dragen op het gebied van discretionaire bevoegdheid en veto-krachten. Verklaringen voor de manier waarop betrokken stakeholders strategieën (handelingsbronnen) toepassen om institutionele verandering te beïnvloeden, gegeven een politieke- en bestuurlijke context, worden door de getypeerde vier verandermechanismen zichtbaar. De regelinterpretatie en regelhandhaving wordt in beide stelsels verricht door grofweg dezelfde instituties en stakeholders in hetzelfde tijdframe dat dit onderzoek betreft om tot verklaringen voor de sterke positie van de huisarts te komen.

De stakeholders opereren in een omgeving van instituties, welke veranderingen doormaken. Deze zijn dan weer te identificeren aan de hand van de eigenschappen van de verandermechanismen van Streeck en Thelen (2005 p.1-34). Het samenspel tussen kenmerken van stakeholders en de verandermechanismen zijn in dit onderzoek de eigenschappen van de hervormende instituties. Door het interpreteren van de eigenschappen van instituties in perioden van relatieve stabiliteit en in perioden van radicale verandering worden de verklaringen voor posities van stakeholders zichtbaar. Per verandermechanisme wordt hieronder de structuur en vervolgens iets over de eigenschappen van deze structuur en hoe dat zou kunnen plaatsvinden in de hervormende instituties van dit onderzoek uiteengezet.

¹⁶ Het totaal overzicht zoektermen en vindplaatsen is te vinden in de bijlagen.

Drift	De verwaarlozing van institutionele aanpassing ondanks verandering in institutionele configuraties.
Kenmerken	- Bewust negeren van druk door minderheden op instituties; - Heronderhandelen van stakeholders met dwingende consensusmechanismen; - Politiek manoeuvreren door gemobiliseerde meerderheden; - Cultiveren van een institutionele logica; - Niet-besluiten; beleidsbesluiten die bepaalde instituties niet ondervangen in het beleid.
Displacement	Bestaande niet-dominante institutionele configuraties winnen aan dominantie.
Kenmerken	- Heruitvinden of reactiveren van instituties; - Uitputten van oude institutionele verbanden in ruil voor nieuwe; - Afvallen van institutionele configuraties; - Bestaande onderdrukte historische belangstellingen koesteren.
Layering	Nieuwe elementen van instituties worden toegevoegd aan bestaande institutionele configuraties. ¹⁷
Kenmerken	- Gedifferentieerd groeien van instituties aan de randen van bestaande configuraties; - Amenderen van institutionele regels op bestaande configuraties; - Divisioneren van institutionele configuraties maar niet scheiden; - Additioneren of aanvullen van institutionele configuraties met meer functies; - Reviseren of het op dezelfde manier laten werken met hernieuwde verbanden; - Insluiten (lock-in effecten) waardoor niet de kwaliteit of de prestaties belangrijk zijn maar de schaal van de institutionele configuraties enkel nieuwe elementen toelaat.
Conversion	Ontvouwen van nieuwe institutionele doelen en taken in bestaande configuraties. ¹⁸
Kenmerken	- Herinterpreteren van bestaande configuraties om tot nieuwe doelen en verantwoordelijkheden te komen; - Ombuigen van bestaande institutionele configuraties tot nieuwe functies; - Politieke stabiliteit vinden tussen stakeholders waardoor nieuwe gemobiliseerde meerderheid voor de invulling van een institutie kan worden gevonden; - Liberaliseren van de institutionele configuratie (nieuw paradigma).

Figuur 4. Elementen van institutionele verandermechanismen afkomstig uit Streeck en Thelen, 2005 p.1-34.

Het stakeholderperspectief definiëren is mogelijk door een aantal empirische vragen te stellen:

- Bieden de hervormende instituties mogelijkheden voor stakeholders om discretionaire bevoegdheid uit te oefenen in de regelinterpretatie en uitvoering?
- Liggen er binnen de hervormende instituties voor stakeholders die de status quo willen bewaren veto-mogelijkheden?
- In welke mate kunnen stakeholders beperkingen opleggen aan de verandering?
- In welke mate kunnen stakeholders bepalen wie mag participeren in het proces van beleidsbepaling?
- In welke mate ontstaan stimulansen om het gedrag van de participerende stakeholders te sturen en welke veto-mogelijkheden dragen zij daarbij?

Figuur 5. Empirische vragen van dit onderzoek

Deze vragen staan centraal in de empirische hoofdstukken ter ondersteuning van de beantwoording van de onderzoeksvragen.

¹⁷ In principe is layering bedoeld als een oplossing voor een destabiliserende institutie (Streeck en Thelen, 2005 p.31). Het compromis tussen de nieuwe laag en de oude kern leidt uiteindelijk tot het vernietigen van een aantal institutionele configuraties van het oude type (ibid.).

¹⁸ De verschillende opvattingen over de institutionele regels en de handhaving ervan resulteren in beperkte voorspelbaarheid van institutionele ontwikkeling (Streeck en Thelen, 2005 p.31). De architectuur van instituties laat bottom-up herinterpretaties toe (ibid.).

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Variabelen in dit onderzoek zijn door een operationalisatie van eigenschappen voorzien zodat ze uit beide casussen empirisch kunnen worden onttrokken. De betrokken theorie voor de operationalisatie is een dermate ‘body of knowledge’ dat deze betrouwbaar kan worden geacht. Door afhankelijkheid van secundaire, geaggregeerde (nationale) data voor het vullen van twee verdiepende casestudies valt er wel af te dingen op de algemene betrouwbaarheid van het onderzoek.

Ten eerste worden de begrippen die gemeten worden niet altijd in diepte beschreven in de bronnen waaruit deze geput worden. Het is noodzakelijk om vergelijkingen op valse oorsprong te vermijden door triangulatie toe te passen. Dit voorkomt toevallige meetfouten.

Ten tweede, er zullen altijd grenzen zitten aan de capaciteit van onderzoek zijn. Daarom biedt secundaire data, in beperkte mate, de mogelijkheid om toch tot een allesomvattende stelselvergelijking te komen.

Ten derde laten de kwaliteit van de resultaten omtrent de mate van intentionaliteit (van stakeholders en daardoor institutionele verandering) zich van nature slecht meten (zeer kwalitatief en stipulatief van aard). Dit blijft in het kwalitatief onderzoek onderwerp van discussie omdat de resultaten van dergelijke zoektochten in de empirie zich tevens moeilijk laten herhalen.

Ten vierde, heeft vergelijkende perspectief in internationaal opzicht ook als gevolg dat er gelimiteerde empirische verbanden onderzocht kunnen worden. De variabelen van deze verbanden zijn moment- en casus-specifiek en daarbij groot in aantal indicatoren. Een operationalisatie die de diversiteit in beide casussen betreft doet daarom per definitie af aan de meting van onderzoek-variabelen in één van beide cases. Dit is een gevolg van de afweging die een onderzoeker moet maken tussen nauwkeurigheid en bereiken van een onderzoeksdoel.

Een vijfde valkuil is het aan het institutioneel analysekader inherente macroperspectief, waardoor de lokale variatie te weinig aandacht dreigt te krijgen.

De zesde belemmering is dat de historische gebeurtenissen in beide casussen slechts geïdentificeerd kunnen worden aan de hand van door de onderzoeker gekozen relevante bronnen van bewijs voor de institutionele ontwikkelingen in beide casussen. Deze zullen per definitie arbitrair gekozen zijn door de beschikbaarheid van informatie en het gewicht dat andere onderzoekers eerder al aan deze ontwikkelingen hebben gegeven.

3.5 Conclusies

Dit hoofdstuk heeft uiteengezet hoe een backwardlooking casedesign werkt. De te verklaren hervormingen worden aan de hand van de beleidsontwikkeling uit het verleden en het theoretisch analysekader geanalyseerd. Met het grondig operationaliseren van de politieke en bestuurlijke context en de kenmerken van handelingsstrategieën van stakeholders in de verschillende verandermechanismen (de eigenschappen van veranderende instituties) is het mogelijk om door de gegenereerde data uit beide casussen verklaringen te vinden. Waar data vandaan gehaald wordt staat ook in dit hoofdstuk centraal, met daarbij juiste de aandacht voor betrouwbaarheid en validiteit in acht genomen.

De in dit onderzoek gehanteerde constructie van ‘institutie’ is toegankelijk gemaakt voor diverse handelingsmotieven van stakeholders. Daarnaast wordt door deze interpretatie van instituties het verschil tussen beleid en instituties duidelijker. Dat beleidsobjectieven niet aansluiten op institutionele objectieven is door de architectuur van dit onderzoek geen bezwaar meer. De eigenschappen van de verandermechanismen zoals deze getheoretiseerd zijn, kunnen door de empirische hoofdstukken toegepast worden op de eigenschappen van de veranderende instituties in beide casussen.

De centrale hervormingen van de huisartsenzorg in beide casussen zijn de primaire te verklaren institutionele configuraties met stakeholders en daarbinnen geldt de versterkte positie van de huisartsen in beide stelsels als opvallend convergerend verschijnsel. Het volgende hoofdstuk geeft de beschrijving van de relevante parameters die in dit hoofdstuk voor de cases zijn geoperationaliseerd. De hoofdstukken die er op volgen plaatsen deze parameters in de hervormingen die hebben plaatsgevonden om de vergelijking tussen beide stelsels daarna mogelijk te maken. In de komende hoofdstukken worden van beide stelsels een beschrijving gegeven waarbinnen gefocust wordt op het proces en de inhoud van drie zaken: basale parameters van de politieke en bestuurlijke contexten van beide casussen¹⁹, de structuurkenmerken van de gezondheidszorgstelsels, de positie van de huisarts en een aantal relevante ontwikkelingen van beide stelsels. Hierna volgt het empirische gedeelte van dit onderzoek.

¹⁹ In de huidige configuratie.

4. Zorgstelsels

4.1 Het Nederlandse zorgstelsel

Het Nederlandse stelsel is te kenmerken als een gereguleerd sociaal zorgverzekeringsstelsel. Dit verzekeringsaspect komt tot uitdrukking in de gescheiden markten voor zorginkoop en zorgaanbod en in het reguleringsaspect. De Nederlandse gezondheidszorg is onder te verdelen in drie lijnen. Onder de eerste lijn vallen de vrij toegankelijke gezondheidszorgprofessionals zoals de huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, apothekers, tandartsen, consultatiebureaus en wijkverpleegkundigen. De tweede lijn bestaat uit de medisch specialistische zorginstellingen zoals ziekenhuizen en focusklinieken. De derdelijns zorg wordt verleend door instellingen voor sterk somatische aandoeningen. Dit zijn verzorgingsinstellingen waar patiënten voor langere tijd verblijven. De markt waar patiënten de zorgaanbieders selecteren is onderhevig aan frequente regulatieve veranderingen.

In het Nederlandse systeem wordt prioriteit gegeven aan de keuzevrijheid van patiënten (Lako en Dortant, 2013 p.2). Het Nederlandse zorgaanbod wordt gestuurd door een ‘standaard’ verplicht basis zorgverzekeringspakket met mogelijkheid tot vrijwillige aanvulling. Concurrentie tussen zorgaanbieders dient als mechanisme om de balans tussen aanbod en vraag te realiseren. Naast keuzevrijheid zijn ook kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid beleidsmatige kernwaarden van het Nederlandse stelsel (Van de Ven et al. 2009, p.26). Het Nederlandse stelsel staat bekend om de ‘gereguleerde marktwerking’ en een sterke decentralisatiebeweging sinds 2006-2007. Dit laatste is vanwege een gemeentelijke maatschappelijke wet die is ingevoerd, de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO), die meer zorgtaken toeschrijft aan gemeenten. Deze bewegingen zijn een reactie op de politieke wens om een ‘vraaggestuurde zorg’ te creëren (Boot, 2013; Ministerie van VWS, 2001). Redenen hiervoor zijn problemen met lange wachtlijsten, het stimuleren van zorginnovatie, aandacht voor de patiënt, efficiëntie en verminderde bureaucratie.

De zorgmarkt opereert via drie submarkten en is afhankelijk van de betreffende ‘zorgvraag’ en werkt daarbij in op aanwezige informatieasymmetrie tussen de marktpartijen. De submarkten zijn: de verzekeringsmarkt (tussen verzekeraar en verzekerde), de zorgaanbodmarkt (tussen zorgaanbieder en patiënten) en de inkoopmarkt (tussen verzekeraars en zorgaanbieders). Het woord ‘markt’ impliceert dat er sprake is van een prijsmechanisme; dit prijsmechanisme is indirect zichtbaar. De zorgaanbieders vragen geen directe prijs voor een verrichting maar declareren de kosten van de diagnose en de daarbij behorende zorgprestaties bij de betreffende zorgverzekeraars die op hun beurt het zorgaanbod op voorhand inschatten en inkopen bij de aanbieders. De verzekerde heeft wel te maken met een directe prijs (de zorgpremie) maar ervaart slechts indirect de prijsverschillen voor het aanbod per aanbieder omdat dit afhankelijk is van het type verzekering. Werkgevers en werknemers doen een op het inkomen gebaseerde afdracht bovenop een wettelijk verplichte bijdrage aan gezondheidszorg die elke Nederlander boven 18 jaar verplicht betaalt. Zorgaanbieders hebben in Nederland de verplichting om het aanbod af te stemmen op de vraag van de patiënten. Over het in te kopen zorgaanbod wordt jaarlijks onderhandeld tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder aan de hand van de declaratiegegevens die de zorgverzekeraars hebben binnengekregen van de gecontracteerde zorgaanbieders en algemene demografische en epidemiologische trends (persoonlijke communicatie, Frans Schaepkens, Achmea, Cure4 2014). Van verzekeraars wordt geëist inzichtelijk te maken wat de inkomsten en uitgaven zijn. Deze gegevens worden opgeslagen in het databaseprogramma Vektis. Voor de inkoop van zorg bij de verschillende echelons wordt per

zorgprestatie een afspraak gemaakt.²⁰ Beleidsfluctuaties zijn op de inkoopmarkt frequent aanwezig. Er zijn in opkomst zijnde integrale inkoopstromingen waarbij volledige ziektekens voor populaties worden ingekocht en daarnaast zijn er gefragmenteerde inkoopstromen voor bijvoorbeeld de diagnostiek eerste lijn (persoonlijke communicatie, Frans Schaepkens, Achmea). De contracten die door de zorgverzekeraars worden afgesloten met zorgaanbieders hebben doorgaans een termijn van een jaar.²¹

Toegang tot het zorgsysteem

Met toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt de financiële en fysieke toegankelijkheid van zorg bedoeld. De betaalbaarheid van de zorg richt zich vooral op de globale betaalbaarheid van het totale gezondheidszorg systeem. Hier verschuift de focus de laatste jaren naar individuele behandelingen (Ministerie van VWS, 2012 p.26). Het sociale element van dit verzekeringsstelsel is vindbaar in het verplichte basiszorgverzekeringspakket dat voor alle inwoners bij elke zorgverzekeraar afgesloten kan worden. Alle inwoners van Nederland zijn wettelijk verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Voor het afsluiten van de basisverzekering wordt iedere Nederlandse burger ongeacht zijn zorgrisicoprofiel door elke zorgverzekeraar geaccepteerd (zorgplicht). De verzekeraars zelf concurreren op de prijs van verzekeringen, de omvang van aanvullende verzekerde pakketten en de aangesloten aanbieders van het verzekerde zorgaanbod. Het basispakket met een (verplicht) eigenrisico en eventuele toeslag op de zorgpremie wordt vastgesteld door de Nederlandse regering via de belastingdienst. De verzekeringspremies worden afgedragen aan zorgverzekeraars die op hun beurt voor de inkoop verantwoordelijk zijn. De verschillende toezichthouders hebben hun eigen sanctioneringsmechanismen die variëren van boetes tot verbieden of het op non-actief stellen van functionarissen en (tijdelijk)uitsluiten van participatie aan verschillende submarkten of inkoopprocessen.

Aanbod van de zorgvoorzieningen

Er is sprake van een gesegmenteerd aanbod door diversificatie en fragmentatie van verzekeraars en er bestaan verschillende verzekeringspakketten (in natura/restitutie en eventueel aanvullend). Voorafgaande aan de inkoop bij zorgaanbieders door verzekeraars, brengen zorgprofessionals hun mogelijke aanbod in kaart. Dit maakt het contractproces een tweerichtingsverkeer. De anticipatie van verzekeraars op de aanbodmarkt ligt bij epidemiologische patronen van de (regionale) populatie. Proces en structuur innovatie door zorgaanbieders wordt gestimuleerd door kwaliteit en kostenefficiënte-voordelen voor per diagnose behandelcombinatie (DBC) gerelateerde declaratienormen. Dit bestaat uit het financieel vergoeden voor behandelingen van aandoeningen die zijn vastgesteld bij de patiënt. Verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar en eenmaal per jaar overstappen van huisarts. Bij de invoering van het zorgverzekeringsstelsel werd de keuze van patiënten voor tweedelijns en specialistische behandelingen beperkt tot de aanbieders waar hun verzekeraar contracten mee heeft afgesloten, afhankelijk van het type verzekering dat de verzekerde afsluit (restitutie of natura polis). Wanneer een verzekerde besluit een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te consulteren dient de verzekerde hiervoor deels gecompenseerd te worden (artikel 13 Zvw). De huisarts valt buiten de door de verzekeraar gekozen natura-polissen die slechts een (noodzakelijke) behandeling bij een door de verzekeraar gecontracteerde partij vergoeden.

²⁰ Aan de hand van diagnosecodes, DOT's en dat zijn er ruim 30.000 in 2014, bron; Vektis 2013.

²¹ Dit gebeurt deels als contractprestatie per verzekerde en deels als een financiële beloning per verrichting. Tevens zijn de prijzen per verrichting en verzekerde voor de gecontracteerde deels vrij en deels gemaximeerd. Implementatie van de marktwerking is politiek gezien niet van het zelfde laken een pak. Waar het voor zorgverzekerings plotsklaps een nieuwe realiteit werd in 2006 toen de Zorgverzekeringswet in werking trad zo is de zorginkoopmarkt onderwerp van doorgaande hervormingen (vrij naar Maarse, 2011 p.129).

Financiering van het zorgstelsel

Verzekeraars maken prijs- en prestatieafspraken met aanbieders. Op basis van deze onderhandelingen en epidemiologische trends worden voorafgaand aan het volgende boekjaar de zorgdiensten ingekocht per regio. De zorgaanbieders moeten deze ingekochte zorg na consumptie nog wel declareren (a posteriori) met uitzondering van de huisarts die voor 80% van zijn aanbod enkel het inschrijftarief²² per verzekerde als basistarief ontvangt voor zijn aanbod (vanaf 2015).²³ De inkomens van verzekerden bepalen daarnaast de hoogte van de bijdrage naast het een (verplicht) verzekerd basispakket voor het gehele zorgstelsel. De Nederlandse overheid compenseert zorgconsumptie voor jongeren onder de 18 jaar, subsidieert zorgverzekeringskosten voor minima en personen die onder toezicht gesteld zijn.

Binnen het Nederlandse verzekeringsmodel is het in principe mogelijk voor verzekeraars om winst te maken en deze aan aandeelhouders uit te keren, het is ook mogelijk om voor aanvullende verzekeringspakketten een risicoprofiel voor nieuwe aanvragen op te stellen waardoor de prijs van deze verzekeringen kan fluctueren. Ondanks een nieuwe ontstane ‘markt’ zijn de meeste zorginstellingen, waaronder huisartsen, non-profit. Winst moet terug in de diensten voor de patiëntenpopulatie geïnvesteerd worden (Boot, 2013 p.400). Zorginstellingen trekken hun kapitaal aan van institutionele investeerders (banken, pensioenfondsen) en private financiers. Deze financiers mogen volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) geen invloed hebben op het management van de zorginstelling (Maarse, 2011 p.130). Dit belemmert in de praktijk de zorgaanbieders om grootschalige hervormingen binnen de eigen organisatie te bewerkstelligen (persoonlijke communicatie, Jan Vos van Marken; Eugene Burokovich.).

Regulering en wetgeving

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat, zoals eerder gesteld, uit onafhankelijk opererende marktpartijen op drie markten zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Er is sprake van een permanent overleg tussen deze partijen om beslissingen ten aanzien van de hervormingen te maken. Dit is deels bottom-up-besluitvorming, maar niet geheel; omdat de macht om hiërarchisch regels te stellen grotendeels rust bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en bij verzelfstandigde toezichthouders. Het toezicht verschilt per submarkt en wordt verzorgd door verzelfstandigde toezichthouders. De toezichthouder op de sector houdt op de markten (NZa) ofwel op de eerlijke mededinging (ACM) ofwel de kwaliteit van de zorgdiensten (IGZ) toezicht. Het ministerie van VWS heeft door deze ontwikkelingen meer regulerende en minder sturende beleidsinstrumenten tot haar beschikking (Boot, 2013; Helderma, 2012). Een reden hiervoor is dat door de adaptatie van het nieuwe verzekeringsstelsel de rol van de overheid meer op afstand is komen te staan. Verzelfstandigde, regulerende organen hebben deze directere invloed overgenomen (Helderma et al. 2012 p.115). De top van de toezichthouders wordt door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangesteld.

De zorgverzekerders zijn verantwoordelijk voor het inkopen van zorg voor de verzekerden, de zorgaanbieders zijn voor de kwaliteit van de zorg verantwoordelijk. Door de introductie van concurrentie heeft de markttoezichthouder, de NZa, een grotere taakstelling gekregen vanwege het waarborgen van toetreding, de dominantie van marktpartijen ten opzichte van elkaar en het al dan niet eerlijk/terecht verstrekken van subsidies aan zorginstellingen (Erik de Laat, NZa, interview). Er zijn ook

²² Het inschrijftarief van de huisarts kan wel fluctueren op basis van demografische eigenschappen (cohorten).

²³ Tot 2015 zijn er aanvullende consultatieven (waaronder M&I verrichtingen) die onderdeel uitmaken van het honorarium van huisartsen en aangesloten specialisten voor multidisciplinaire ketenzorg. De declaratie werkt daarbij (net als in de specialistische of tweedelijnszorg) per diagnose behandelcombinatie (DBC) die de huisarts opent en de specialist indien nodig nog kan wijzigen.

randvoorwaarden aan het opereren van de marktspelers opgelegd: een gelijke toetreding tot de zorgmarkt en maximumprijzen voor verrichtingen. Er is naast de Zvw (Zorgverzekeringswet) ook een wettelijk kader voor het reguleren van de markten. Dit is de Wmg (Wet marktregulering gezondheidszorg). Deze wet is in gebruik genomen als onderdeel van het marktwerkingsproces en heeft als doel de concurrentie tussen de marktspelers te bestendigen, de maximumtarieven te reguleren en de juiste informatie beschikbaar stellen aan de andere spelers op de markten alsmede aan de patiënten voor de veiligheid en rechtszekerheid van het stelsel. De Minister is verantwoordelijk voor het handhaven van dit wettelijk kader. Naast de Wmg is er een praktische reguleringsfunctie in de Nederlandse gezondheidszorg weggelegd voor prestatieafspraken binnen de DBC/Dot systematiek. De omschrijvingen van de medische verrichtingen die gedeclareerd kunnen worden dienen als graadmeter voor de jaarlijkse zorgkosten en zorgconsumptie, maar ook als indicatie van wat een diagnose aan specifieke verrichtingen nodig heeft. Deze systematiek is een belangrijke stap naar populatiebekostiging omdat niet de epidemiologische kenmerken voor een medische handeling centraal staan maar het verloop van de diagnose en welke handelingen daar bij verwacht worden van een zorgprofessional (Interview, Ingeborg van Dijke, DBC-Onderhoud).²⁴ De handelingen die binnen de diagnose vallen worden bij een declaratie vergoed. Binnen deze systematiek zijn verschillende segmenten gecreëerd. Het A-segment bestaat uit de zorgdiensten die niet vrij onderhandelbaar zijn tussen verzekeraars en aanbieders (70% van alle behandelingen in 2011 en 30% in 2012), het B-segment is wel vrij-onderhandelbaar en heeft dus in 2012 een explosieve groei doorgemaakt. Op de 70% wordt gaandeweg ook het aanbestedingsrecht toegepast met de daarbij aanwezige transparantie regels en kwaliteitsbeoordelingen (persoonlijke communicatie mr. Sofie van der Meulen, Axon advocaten). In het B-segment zijn de partijen vrij om te onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van de behandeling, uitgedrukt in DBC's. De prijzen voor de DBC's in het A-segment worden vastgesteld door de toezichthouder op de inkoopmarkt (de NZa).

Huisartsenzorg

De huisartsenzorg kent een centrale positie in het Nederlandse stelsel. Alle verzekerden hebben het recht om binnen een bepaalde geografische omgeving een huisarts te kiezen. Zij mogen eenmaal per jaar van huisarts veranderen. De huisartsen worden beloond uit de opbrengsten van de inschrijftarieven per ingeschreven patiënt en daarnaast tot 2015 voor elk consult en de verrichtingen tijdens het consult. Additionele taken en innovatie vullen het honorarium aan door middel van afspraken met zorggroepen en zorgverzekeraars. In Nederland wordt 96% van alle gezondheidsklachten door de huisarts behandeld (Van den Berg, 2010 p.12). De centrale positie die de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt heeft hij te danken aan de poortwachterpositie. Door de persoonlijke en generieke aard van zijn functie is de huisarts de aangewezen persoon om de individuele zorgvraag in te schatten en indien nodig (specialistisch) zorgaanbod beschikbaar te stellen aan patiënten door te verwijzen naar specialistische zorgdiensten.

De registratie op naam is verplicht voor alle patiënten, zij mogen eenmaal per jaar veranderen van huisarts. Alle niet levensbedreigende gezondheidsklachten moeten via de huisarts behandeld worden. Zodra zwaardere zorg noodzakelijk is besluit de huisarts daartoe in overeenstemming met de patiënt. Er zijn ongeveer 7893 zelfstandig gevestigde huisartsen 986 huisartsen in dienst van huisartsen en 1972 waarnemers in Nederland (NIVEL, 2012). De huisarts is zelfstandig, werkt in praktijken met meerdere

²⁴ Presentatie tijdens observatie Cure4 door Frans Schaepkens; Paulus Lips, Ledenraadpleging LHV omtrent huisartsenakkoord.

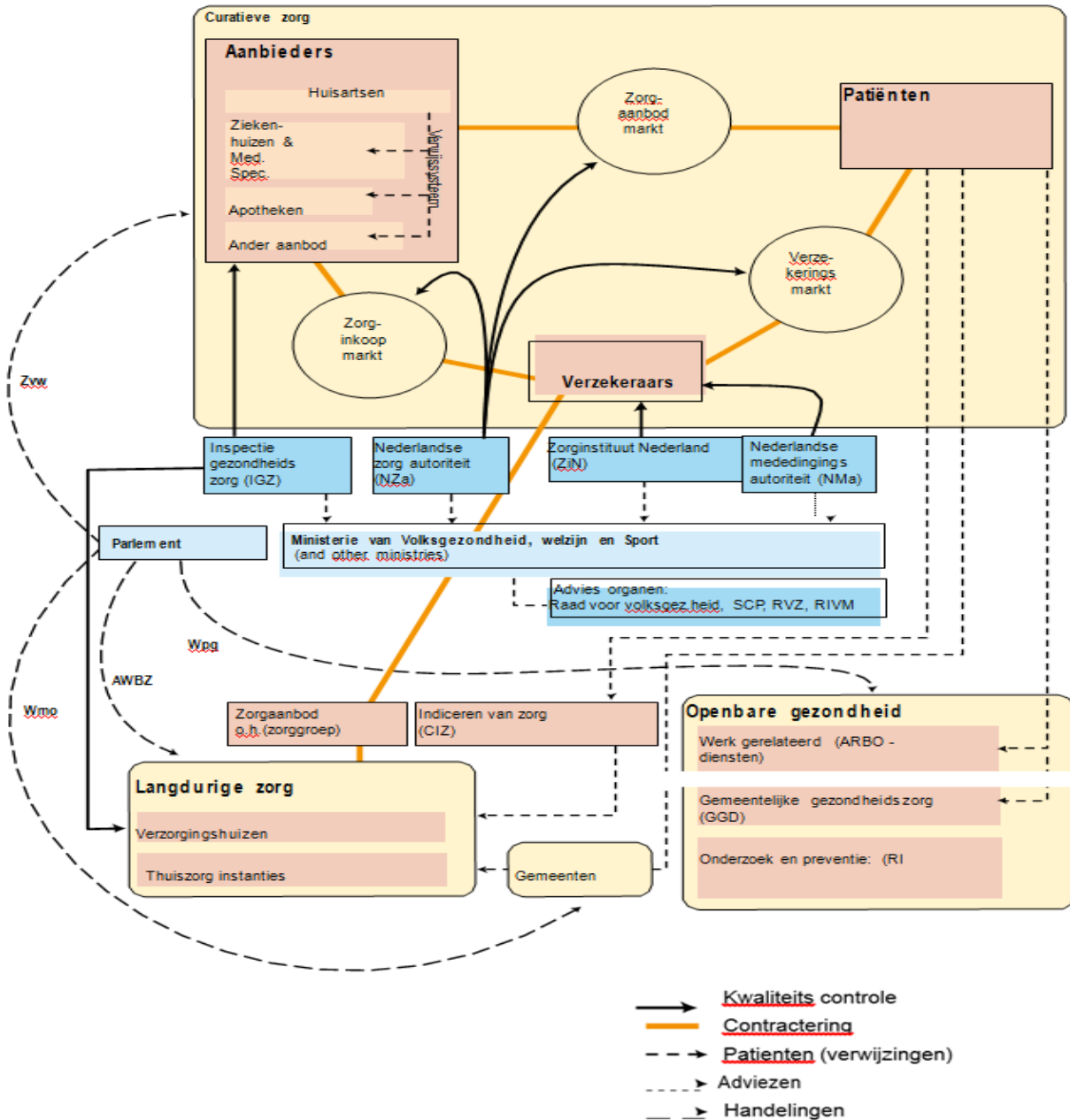
huisartsen en 17% werkt in een solopraktijk. De normgrootte van de praktijk (volume patiënten), is volgens de NZa 2350 ingeschreven patiënten.²⁵ Dit aantal is dalende, in 2012 waren dit er reël 2168 en verwacht wordt dat in 2017 dit aantal is geslonken tot 1860 patiënten per praktijk (presentatie LHV-ledenvergadering, 2013). De consulten die de huisarts levert kunnen fysiek, telefonisch of elektronisch plaatsvinden, daarnaast is de huisarts verantwoordelijk voor regionaal en landelijk vaccinatiebeleid (Karssen et al., 2009 p.44). De tarieven voor consulten worden vastgesteld door de NZa en speciale verrichtingen (op dit moment de M&I-verrichtingen) worden door zorgverzekeraars los gecontracteerd.

De huisartsen vallen binnen een dienstenstructuur (HDS) waarbinnen de buiten-reguliere openingstijden van de eerstelijnszorg worden ondervangen. Het aanbod van ketenzorg/additionele zorgtaken komt tot stand tussen de zorgverzekeraars en zorggroepen die bestaan uit onder andere de huisartsen (wettelijk verplicht) en representatie van regionale zorginstellingen. Huisartsen mogen geen gezamenlijke inkoop afdwingen en zorgdiensten onderverdelen onder aanbieders vanwege eventuele oneerlijke concurrentie die dat kan bewerkstelligen (ArtsenApotheker.nl, 2012). De onderhandelingen zijn niet toegespitst op de individuele zorgaanbieder, waardoor substitutie van zorgtaken naar individuele aanbieders de prestatiebekostiging wordt ondermijnd (interview, Ingeborg van Dijke, DBC-Onderhoud). Transparantie maakt plaats voor keuzevrijheid en concurrentie vanwege het financiële belang dat de zorgverzekeraar daarbij heeft. Dit is de voice- en exit strategie van patiënten (Hirschman, 1981). De norm van de gemiddelde prijsafspraken wordt gepubliceerd door Zorgverzekeraars Nederland vanwege de verplichte compensaties voor verzekerden met een natura polis die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan.

De overheid stelt op het gebied van de huisartsenzorg centrale regelingen, ook omtrent het bekostigingssysteem. Het gevolg daarvan is dat er beperkt sprake kan zijn van regio of populatie gebaseerde kostenefficiëntie-afspraken tussen verzekeraar en eerstelijnsgezondheidszorg. In de eerste lijn gezondheidszorg is bij het contracteren van huisartsen voor aanvullende zorgdiensten (bijvoorbeeld keten-DBC's of multidisciplinaire zorg) slechts beperkte onderhandeling mogelijk (LHV ledenraadpleging omtrent tekenen Zorgakkoord). In een zorgregio dominante zorgverzekeraars stellen een contractnorm en de andere verzekeraars conformeren hieraan (Maarse, 2011 p.131). Deze norm is geen directe link tussen prijs en kwaliteit vanwege de fragmentatie van het aanbod (Boonen, 2009). Multidisciplinaire zorg wordt door zorggroepen bestaande uit eerstelijnsorganisaties en zorginstellingen samen georganiseerd maar door de huisarts gecoördineerd. Deze zorg is voor chronische aandoeningen van de patiëntenpopulatie waarvoor de meeste zorgcontacten niet medisch-specialistisch van aard zijn en daarom door de huisarts begeleid kunnen worden.²⁶ Binnen de volgende figuur volgt een visuele representatie van de verschillende markten en hun spelers inclusief aanverwante bestuurlijke organen.

²⁵ Persoonlijke communicatie, Paulus Lips, LHV ledenvergadering omtrent ledenraadpleging Zorgakkoord.

²⁶ In het driesegmentenmodel (2015 e.v.) valt dit onder segment 2a en 2b. Zorginnovatie, als een extra stimulans, kan doormiddel van de afspraken met de zorgverzekeraar tot 7-9% van het honorarium van de huisarts gaan uitmaken, dit valt onder segment 3.



Figuur 6. De 'markt- structuur en regulering' Bron: vrij naar Schäfer et al, 2010 p.14.

4.2 De politieke en bestuurlijke context van het Nederlandse zorgstelsel

4.2.1 Politieke context

Het Nederlands politiek-bestuurlijk stelsel is een meerpartijensysteem met een marktgeoriënteerd zorgstelsel. Politieke context beslaat in een dergelijk model ook vormen van samenwerking tussen stakeholders in de markt. De markt als zodanig is ook een politiek instrumentarium, zij het meer van een afstand (Helderman et al. 2012 p.116). Vormen van samenwerking zijn; overheidsregulering en professionele (klinische) discretionaire bevoegdheid (machtsverdeling), concurrentie door marktwerking, de participatiegraad van maatschappelijke actoren (belangenbehartiging) en het gebruik om doormiddel van consensus instituties te veranderen met noemenswaardige stakeholders (corporatisme).

De Nederlandse politiek karakteriseert zich hierbinnen als regulerende partij in plaats van de coördinerende partij. Dit wordt ook wel de verschuiving van ‘government’ naar ‘governance’ genoemd (Helderman, 2007 p.121-128) en heeft als effect dat ten eerste de politieke stakeholders gemobiliseerde meerderheden vergaren voor het inrichten van formele instituties die de publiek-private samenwerking voorzien van regulerende kaders. Daar wordt de hervormingsstrategie door stakeholders ook op gebaseerd. Anderzijds laat deze dichotomie een bepaalde mate van decentralisatie optreden. Deze decentralisatie is het plaatsen van de (voorheen centrale) coördinerende verantwoordelijkheden bij regionale dominante zorgverzekeraars. Ook vindt hierdoor fragmentatie plaats. De aanbodzijde van de zorg heeft meer invloed door marktwerking naast de centrale overheid doordat er stimulansen zijn voor andere marktspelers die er in de markt aanwezig zijn (onder andere doormiddel van contracten of wettelijke kaders).

De Nederlandse regering is grondwettelijk (politiek) verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiency van de zorgsector maar besteedt deze functies deels uit aan zorgverzekeraars, verzelfstandigde toezichthouders en zorginstellingen. Door deze decentralisatie en fragmentatie ontstaat ook ruimte voor conflict omdat de praktische verantwoordelijkheden (ten opzichte van de politieke eindverantwoordelijken) bij verschillende organisaties komen te liggen (Provan en Kenis, 2008). Het Nederlandse marktsysteem geeft te meer aanleiding tot conflict omdat juist de elementen toegankelijkheid, kwaliteit en efficiency bij deze verschillende stakeholders worden ondergebracht (Maarse en Paulus, 2011). Een voorbeeld is de groei van zorgverzekeraars die de kwaliteit van de zorgdiensten gaan ‘waarderen’ in tegenstelling tot de patiënten die een vele male kleinere marktmacht bezitten in het Nederlandse stelsel. In een nationaal stelsel wordt dit vaak door de klinische (toezicht) organisaties uitgevoerd, voornamelijk vanwege de hiërarchie in het stelsel. Reden voor conflict, al is dit voornamelijk niet herleidbaar tot literatuur, is de gedecentraliseerde en gefragmenteerde marktconfiguratie en de rol van de toezichthouders die daarin is gaan veranderen (interview Erik de Laat, NZa, 2014). Het effect op de NZa als toezichthouder is met name dat zij minimumvereisten gaan stellen aan de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiency in plaats van dit zelf strategisch coördineert of verbeteringen beschikbaar stelt aan de marktpartijen (ibid.).

Het Nederlandse parlement wordt gekenmerkt door coalitieregeringen waardoor besluitvormingsprocessen en onderhandelingen waar verschillende (vaak ideologische) elementen tegen elkaar afgewogen worden het bewandelde pad zijn om tot een invulling voor de instituties in de zorgsector te komen. De minister-president heeft geen sterke positie in Nederland waardoor de autonomie van de Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport groter is. Kenmerkend voor de Nederlandse politieke cultuur is dat de belangenbehartiging en corporatisme doordringt tot aan het Ministerie doordat deze regelmatig de hulp van experts inroept door voor specifieke beslissingen eerst het draagvlak te onderzoeken. In een duidelijk corporatistisch consensus-systeem, Nederland, kunnen hierdoor geen van de betrokken stakeholders zelf een besluit nemen, hier moet eerst een overeenkomst worden gevonden. Dit impliceert gezamenlijke besluitvorming. Dit beperkt de mate waarop toekomstige beleidsregels gevormd worden. Herkenbaar in het Engelse systeem, met veel stakeholders is dat beleidsuitkomsten sterker beïnvloedbaar worden voor conflicten tussen veto-kracht dragers. Het effect dat plaatsvindt is beleidsfragmentatie. De middelen die tot een nieuwe institutionele configuratie moeten leiden zijn verspreid over verschillende, autonome maar onderling afhankelijke stakeholders (waardoor er dus nooit één stakeholder alleen een besluit kan nemen).

Ondanks het feit dat het Nederlandse systeem verdeeld is in verschillende afdelingen (inkoop, verzekering, aanbod), heerst er onder de stakeholders consensus over de invulling van de verschillende marktgebieden (Maarse, 2011 p.62-64). De verschillende perspectieven van betrokken marktpartijen worden in verschillende configuraties bijeengebracht. Zorgverzekeraars (ZN), medische professionals (Orde van Medisch specialisten, LHV, NHG) en verschillende zorgaanbieders (verzameld in 'Ineen') hebben hierover afspraken over de vertegenwoordiging in permanente overlegstructuren (Regeling adviescommissies NZa). Ook het Ministerie en de toezichthouders werken samen vanwege de publieke elementen (bijvoorbeeld: op gebieden van transparantie en financieringsstructuren). Deze samenwerking bestaat tussen Zorginstituut Nederland, de NZa, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Ministerie van VWS en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en is geformaliseerd en ook geïntensiveerd sinds het introduceren van marktwerking in 2005-2006 (Boot, 2013).²⁷

In Nederland bestaat een toegankelijkheid voor stakeholders om vertegenwoordigd kunnen worden uit samenwerkingsverbanden die bijdragen aan akkoorden in politieke arena's. Hierdoor zijn er veel zachte vetomomenten in de besprekingen met deze stakeholders (Lamping, Raab en Kenis, 2010). Bij de totstandkoming van het Zorgakkoord in 2013 is een scala aan stakeholders betrokken om tot de beschreven afspraken te komen. Gezien de gemaakte observatie in de Ledenvergadering van de LHV omtrent het Zorgakkoord en diverse interviews met huisartsen en betrokken toezichthouders is te concluderen dat alle stakeholders aan het uitruilen van belangen hebben gedaan bij de totstandkoming van het Zorgakkoord. Hierdoor is de Nederlandse hervormingsagenda door haar fragmentatie van stakeholders ook afhankelijk van de uitruil van belangen tussen stakeholders.

4.2.2 Bestuurlijke context

De coördinatie van stakeholders is een relevant onderdeel van de bestuurlijke context, waarbij de vraag of er veel of weinig verschillende bestuurlijk onafhankelijke stakeholders binnen de structuur van het de welvaartstaat opereren centraal staat. Deze factor maakt in principe onderscheid in regulerende versus verzelfstandigde publieke taken. De coördinatie van de zorgsector is grotendeels gedecentraliseerd, verzelfstandigd of geprivatiseerd (Helderman et al. 2012 p.115-116). Privatisering begon niet pas tijdens de invoering van de Zvw (2006) maar reeds in 1968 (invoering AWBZ) doordat het financieren van de zorgverzekeringen voor een deel van de populatie sindsdien door private zorgverzekeraars georganiseerd werd (Helderman en Stiller, 2014 p.16). Het 'ziekenfonds' daarentegen werd door de Nationale overheid gefinancierd via verzelfstandigde organisaties. Na 2006 (de introductie van de Zvw) zijn alle ziekenfondsen opgegaan in de private zorgverzekeraars (Maarse en Paulus, 2011). Doordat de marktmachten verdeeld zijn sinds gereguleerde marktwerking geïntroduceerd is, vergt een grootschalige hervorming de instemming van veel stakeholders. De Nederlandse bestuurlijke context typeert zich als een stelsel waarbinnen de inmenging van de overheid veelal op afstand plaatsvindt (Politt en Bouckaert, 2011 p.29). Het gevolg hiervan is dat de hervormingen doorgaans incrementeel van aard zijn. Door verschuivingen in de gevonden coalities van de nationale regering en grotere economische crises hebben zich ook radicalere hervormingen voorgedaan.

Het decentralisatieproces heeft in Nederland decennia in beslag genomen; de onwil bij de betrokken partijen om taken van de nationale overheid naar de gemeenten of provincies te verschuiven heeft voor

²⁷Nadere duiding van deze systemen is gecompliceerd vanwege het dynamische karakter dat deze samenwerkingsstructuren met zich meebrengen.

vertragingen gezorgd (Derksen en Korsten, 1995 p.83-84; Boot, 2013 p.403). Dit decentralisatieproces heeft door incrementele processen plaatsgevonden, anders dan het in 2006 geïnstigeerde privatiseringsproces van het zorgverzekeringssysteem. Redenen hiervoor zijn de noodzaak tot het bereiken van consensus in de verschillende besluitvormende echelons; een tweekamer-stelsel en openvolging van stabiele coalitieregeringen (Politt en Bouckaert, 2011 p.296).

De fragmentatie van verzelfstandigde en nationale stakeholders in de Nederlandse zorgsector is onderwerp van de hervormingsagenda. De hervormingen leiden tot veel incrementele veranderingen en van tijd tot tijd grote stelselveranderingen die elkaar opvolgen. De meeste hervormingen zijn vanwege de aard en het type zorgstelsel met name uit lagen van nieuwe instituties opgebouwd (Schäfer et al, 2010 p.163; Helderma en Stiller 2014, p.18). De verschillende typen toegang van stakeholders tot de voorbereidingen van hervormingen identificeren de paden die institutionele veranderingen hebben doorlopen.

Zoals eerder geconstateerd is in Nederland het overleg tussen stakeholders ingeburgerd, wat hervorming door zowel bottom-up besluitvorming als top-down besluitvorming beïnvloedt. Ten eerste houdt de decentralisatie en verzelfstandiging van de zorgmarkt ook in dat er meer besluiten vanuit de professionals (het zorgaanbod) plaatsvindt. Ten tweede, de discretionaire bevoegdheid van de professionals is groot, maar wordt gereguleerd door de nationale overheid via verzelfstandigde organisaties en instituties. Zo hebben zij te maken met Europese regelgeving, de technische assessments van het Zorginstituut Nederland en bijvoorbeeld de kwaliteitsassessments die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert. Ten derde, wordt de markt zelf gecontroleerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Kortom de veranderingen in de instituties door marktwerking hebben gezorgd voor meer bottom-up besluitvorming omdat het verenigen van de tegenstellingen in de markt samen met de marktpartijen wordt opgelost. De Minister van VWS laat zich vaak informeren door ad-hoc commissies, bestaande uit verschillende stakeholders (Van der Grinten, 2007, Schut en Van de Ven, 2008).

Een andere bestuurlijke context eigenschap is in hoeverre de instituties bestaan uit geprivatiseerde elementen. Dit is van belang omdat de structuur van de hervormende instituties met die informatie nader geïdentificeerd kan worden (vanuit de positie van de stakeholders). Van belang is de financiering van de sector, welke genationaliseerd kan zijn of bekostigd wordt door private partijen. Binnen de hervormingen van de Nederlandse gezondheidszorg heeft een private invloed altijd een belangrijke rol gespeeld (Companje, 2008; Helderma, 2012). De belangrijkste eigenschap van privatisering in Nederlandse context is dat er niet langer sprake is van een centrale uitvoerende overheid maar een netwerk van semi-private stakeholders. Een groot deel van de kosten van de zorg wordt indirect toch gedragen door de overheid. Voorbeelden hiervan zijn zorgkosten voor mensen die onder curatele staan (bijvoorbeeld gedetineerden, asielzoekers en psychiatrische patiënten in instellingen) maar ook de zorgtoeslag (compensatie verzekeringspremie) voor minima en de zorgkosten van kinderen onder de 18. Ook stelt de overheid in regulerende organen zoals de IGZ, NZa en ACM bestuursleden aan.

4.3 Het Engelse zorgstelsel

Het Engelse NHS-stelsel is een nationaal zorgstelsel, met andere woorden ligt de eindverantwoordelijkheid bij het (Nationale) parlement. Daarbinnen is de Secretary for Health aangewezen om het Department of Health (DoH) te leiden. De NHS biedt een zo universeel mogelijke

basisdekking van het zorgaanbod voor alle inwoners. Het mandaat voor de uitvoering van het zorgstelsel ligt bij het NHS England (NHSE). Het Health and Social Care Act 2012 heeft vanaf 1 april 2013 de configuratie van het zorgstelsel aanzienlijk gewijzigd. De belangrijkste wijziging is tegelijkertijd ook een opvallend kenmerk van het stelsel, de introductie van Clinical Commissioning Groups (CCG's). Het grootste aandeel van de zorguitgaven worden door deze 211 nieuw opgerichte CCG's aanbesteed. Zo'n 30% van de uitgaven wordt nog door de NHSE zelf gedaan, hieronder valt de huisartsenzorg (via de Executive Committee) en de zeer specialistische zorg (Department of Health, 2012).

Het Engelse zorgstelsel stelt patiëntbetrokkenheid centraal door een groot aantal prestatieindicators te hanteren dat ook door patiënten geregistreerd wordt middels zogenaamde PROMS (patient recorded outcome measurements). De organisatie die betrokken is bij het verwerken van deze informatie, waar ook het PROM-gebaseerde variabele deel van het honorarium van de zorgprofessionals door wordt vastgesteld is Healthwatch England. HE heeft een grotere rol gekregen in de afgelopen jaren, tegelijkertijd is het variabele deel van het honorarium gegroeid. De andere kant van de kwaliteit van zorg, de klinische, wordt door het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in kaart gebracht aan de hand van een outcomes framework waarbinnen de door de CCG's ingekochte zorgdiensten gebenchmarkt worden. Ook de operationele taak van het analyseren en produceren van statistieken over de kwaliteit en efficiëntie van de zorgdiensten ligt bij het NICE.

Sinds het realiseren van de interne markt hebben meer competitieve elementen intrede gemaakt in het Engelse zorgstelsel. Zo is concurrentie niet alleen een gemeten variabele voor het politieke en bestuurlijke management, het is ook bedoeld om juist de patiënten te motiveren om kwaliteit te kunnen kiezen (tussen aanbieders). De concurrentie wordt door Monitor op basis van tarieven en certificeringen/vergunningen voor zorgaanbieders gemonitord (Klein, 2013). Naast de operationele en budget verantwoordelijkheid van het Engelse zorgstelsel, ligt de beleidsverantwoordelijkheid zelf bij het parlement. Er zijn parlementaire werkgroepen per thema, bijvoorbeeld het Healthcommittee welke bestaat uit parlementsleden van verschillende partijen die het beleidsmatig onderhoud verzorgen via secundaire wetgeving (Boyle, 2011). Er worden ook incidenteel werkgroepen ingesteld op basis van trends en ontwikkelingen in de gezondheidssector. Voorbeelden zijn het Associate Parliamentary Healthconsortium en de All-Party Parliamentary Group on Primary Care and Public Health.

Het Department of Health (DoH) zelf heeft een aantal rollen: zij is verantwoordelijk voor het opzetten van beleid voor publieke gezondheidszorg en de installatie van de werkgroepen. Dit is afkomstig uit de verantwoordelijkheid die het DoH draagt voor de kwaliteit van de zorg en de innovatie van zorg. Deze verantwoordelijkheden worden gedragen door de Chief Medical Officer. Daarnaast is de NHS Chief Executive verantwoordelijk voor het departement zelf die de uitvoering en ontwikkeling van nieuwe wetgeving overziet. Hieronder valt ook het overleg met het ministerie van financiën omtrent de noodzakelijke fondsen vanuit het rijk die nodig zijn voor de publieke gezondheidszorg en de uitvoering van haar wetgeving.

Toegang tot het zorgsysteem

Het Engelse NHS stelsel streeft naar inclusiviteit, het legt prioriteit bij een hoge zorgdekking (Klein, 2013). Neveneffect hiervan is dat juist dit ten koste kan gaan van keuzevrijheid (Hassenteufel en Pallier, 2007). De zorgdekking van de populatie is zeer hoog vanwege het impliciete karakter van gezondheidszorg. Concurrentie is, buiten de huisartsenzorg grotendeels afwezig. De huisarts is meer en

meer met zorginstellingen en medisch-specialisten gaan concurreren vanwege het verschuiven van het aanbod naar de huisarts en nieuwe technologische mogelijkheden in de huisartsenpraktijk (ibid. h10.6). Deze verschuiving is echter minder dan in Nederland. De concurrentie is hoog, ook vanwege de constatering dat tussen de beste presterende en slechtst presterende zorgaanbieders een aan prestaties afgeleid inkomensverschil zit (ibid.).

Aanbod van de zorgvoorzieningen

Het aanbod van de zorg wordt grotendeels op de demografie van de verschillende regio's gebaseerd, waarbij een grote nadruk ligt op de kwaliteitsdomeinen van het NICE die geoperationaliseerd worden door de CCG's²⁸. De distributie van het aanbod vindt plaats door klinische consortia die zich verantwoorden aan het Department of Health van het Britse Lagerhuis. De huisarts is een vrijgevestigde medische professional. Zorginstellingen in de specialistische of tweede- en derdelijns zorg worden door CCG's gecontracteerd of door op armslengte (geaccrediteerde) zorginstellingen in de private sector rechtstreeks door het NHSE zelf (Harker, 2012). Onder de door de NHS georganiseerde zorg vallen onder andere; (psychiatrische) zorgdiensten, voorgeschreven medicijnen, opnamen en huisartsenbezoek. De verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van het zorgaanbod ligt bij de NHS Commissioning Board (sinds 2013 overgegaan in NHSE en onder deze naam verder gegaan). Het NHSE koopt de zorg van de eerste lijn direct in bij geregistreerde aanbieders in de publieke en private sector. Dit orgaan is bevoegd de inkoop samen met de Clinical Commissioning Groups te organiseren en stelt expertise beschikbaar (op huurbasis) om de lokale inkoop te realiseren (Department of Health, 2012).

Door een zo universeel mogelijke basisdekking wordt de eigen bijdrage zo klein mogelijk gehouden. In 2013 wendde NHS England 9,8% van het Britse BBP uit aan de financiering van de eigen activiteiten (UK statistics Authority, 2013).²⁹ Het NHS wordt gekenmerkt door een top-down-organisatiestructuur waarbinnen de Chief Medical Officer de hoofdverantwoordelijke is voor het doen van verslag aan het Department of Health (DoH). De beschikbaarheid van zorgdiensten voor populaties wordt door klinische inkoopgroepen in kaart gebracht aan de hand van protocollen van het Quality Regime. De CCG's (voornamelijk huisartsen) schatten op basis van (ambulante) behoefte en historische zorgconsumptie (trends) de uitgaven. Uitgave van kosten voor zorgconsumptie ligt voor een groot deel bij consumptie zelf. Er is segmentatie in het zorgaanbod ontstaan doordat payment-for-performance-elementen zijn ingevoerd³⁰ (Campbell et al. 2009).

De informatie waarop de budgetten voor aanbesteding (realiseren van aanbod) gebaseerd worden is afkomstig van een veelvoud aan prestatieindicatoren in de zorg die elke zorgprofessional dient bij te houden. Elke patiënt krijgt de gelegenheid om zijn of haar zorgcontact te beoordelen op een scala aan kwaliteitskenmerken. Doordat er met name verschillende regio's zijn binnen hetzelfde systeem (de NHSE) kunnen gegevens van de aanbesteding van zorg en de kosten van het aanbod van zorg transparant gemaakt worden. De gelaagdheid van instituties en de fragmentatie van de verschillende zorgverleners, alsmede de administratieve organisatie die dat vergt doet echter afbreuk aan deze transparantie (Bevan en Hood, 2006).

²⁸ Afkomstig uit tool op <http://ccgtools.england.nhs.uk/ccgoutcomes/flash/atlas.html>.

²⁹ Afhankelijk van de manier van meten. Dit is het percentage inclusief de BBP deflator.

³⁰ Vanaf 1999 maar effectief vanaf 2005

Financiering van het systeem

Algemene belastingen financieren de zorgconsumptie (a priori), elke zorgorganisatie krijgt op basis van de prestaties van het vorige boekjaar een budget dat bepaald wordt per ingreep en in het kader van de geïndiceerde zorgbehoefte in de regio. Hierbij wordt gewerkt op basis van het voorgaande boekjaar met beleidswijzigingen vastgesteld door het Department of Health. De belastingen zijn geïmplementeerd voor werkgevers en werknemers en vallen in de algemene opbrengsten waarna een percentage van het bruto binnenlands product wordt gereserveerd. Zorgprofessionals ontvangen een gestandaardiseerd loon. De kosten van het systeem liggen bij de consumptie van de zorg en niet als contract op voorhand of als declaratie naderhand. Het honorarium van huisartsen bestaat uit aan prestatiecontracten gekoppelde vergoedingen met enkele variabele parameters, een voorbeeld daarvan is de 'special interest' die sommige huisartsen extra honorarium kan opleveren wanneer ze aan vrijwillige (prestatie)voorwaarden voldoen zoals meer uitgebreide bereikbaarheid. Het plaatsnemen in een CCG is ook een bron van inkomen. Er gelden de gemeten prestatieindicatoren van een vorige budgetperiode (opgesteld door CQC) tot een deel van het variabele deel van het inkomen. Binnen de flexibele elementen van het loon ligt beleidsmatig de incentive om meer, te betekenen voor de verbetering van de zorg.

Het stelsel is gestoeld op een budgettering vanuit de Nationale overheid met de capaciteit om middelen te distribueren naar regio's. Hierbij zijn gemeenten een belangrijkere rol gaan spelen sinds 2003.³¹ De autonomie voor zorginstellingen bleef bewaard door decentralisatie (Klein, 2013); daarnaast organiseren gemeenten de (geestelijke)gezondheidsdiensten, ambulancevervoer en universitaire ziekenhuizen die de opleidingen van zorg professionals vorm geven (Wallenburg et al, 2012 p.446). Het 'Department of Health' staat als (politiek)budgetverantwoordelijke boven aan de organisatorische piramide, echter het gedeelte dat zich bezig houdt met zorginkoop is losgekoppeld en ondergebracht onder de NHS England. De inkoop bestaat in feite uit vier Commissioning offices die vervolgens weer (27) teams aansturen die op sub-regionaal niveau verantwoordelijk zijn voor de budgetten.

Het Health Select Committee houdt elk jaar een evaluatie van de publieke uitgaven aan gezondheidszorg, waaronder de capaciteit en effectiviteit van de nieuwe structuur van zorg inkoop door CCG's (211). De CCG's zijn een belangrijk component van de financiële hervormingen die hebben plaatsgevonden door het Health and Social Care Act. Op 1 april 2013 hebben deze CCG's de rollen van verschillende inkooporganisaties overgenomen, waaronder de inkoopfuncties van Primary Care Trusts (PCT's) en de Social Health Authorities (SHA's). Er zijn eerdere pogingen geweest om een door huisartsen georganiseerde inkoop te realiseren, maar deze zijn slechts vrijwillig van aard geweest. De CCG's zijn de eerste die van verplichtende aard zijn sinds het Health and Social Care Act (2012). Dit heeft een groot probleem meegebracht voor het reguleren van de verzekerde en gefinancierde zorg. De graadmeter voor de uitgaven zijn zowel bij intensiveringen als bezuinigingen de internationale vergelijkingscijfers tussen de percentages van het BBP dat uitgegeven wordt aan gezondheidszorg. Dit heeft bijvoorbeeld in 2002 geleid tot het intensiveren van de uitgaven en in 2008 reeds stelselmatig tot bezuinigingen. Tussen 1997 en 2008 is het percentage van het BBP dat uitgegeven werd aan zorg dan ook met 3% van het totaal gestegen (Klein, 2013).

De CCG's hebben het mandaat om de zorg in te kopen maar de ziekenhuizen en zorginstellingen hebben grote schulden uitstaan bij de overheid (interview, Andrea Gupta, 2014; Boseley & Campbell, 2013). Als

³¹ Hervorming ook getiteld: Health and Social Care Act in 2003

het zorgaanbod verschuift naar de huisarts verliezen ziekenhuizen de broodnodige inkomsten om de schulden af te betalen. In november 2013 heeft het Francis report (2013 p.7-9) aangetoond dat de ontwikkeling van het nieuwe wettelijke kader tot een zeer diffuse rolverdeling tussen CCG's en NICE heeft teweeggebracht omdat CCG's de dwingende macht zorgdiensten naar de huisartsen te substitueren missen omdat NICE geen ondersteuning daarin biedt (House of Commons, Health Committee, 2013). Deze ontwikkelingen hebben ook effect gehad op de vrije onderhandelingen tussen CCG's en zorgaanbieders omdat deze ongeacht de verplaatsing van het zorgaanbod naar de huisartsen, de budgetten eisen van de CCG's en het politiek onwenselijk is om ziekenhuizen te sluiten (Andrea Gupta, interview).

Regulering van het systeem

Het Department of Health (DoH) zet het beleid uit voor de NHS, en is ook de wetgevende instantie. Regulerende activiteiten worden door verzelfstandigde organisaties georganiseerd op basis van targets (prestatieindicatoren). Een van de organisaties die is betrokken bij regulering is de Care Quality Commission (CQC, sinds 2009), zij voeren jaarlijkse evaluaties uit op de registratie van patiënten, klachtafhandeling en regeluitvoering (Boyle, 2010 p.25). De CQC zorgt voor het onderhandelen tussen CCG's en zorginstellingen en controleert of er legitieme declaraties zijn gedaan (en bijvoorbeeld geen dubbele). Ook controleert het CQC of er een verwijzing heeft plaatsgevonden voor de patiënten die geholpen zijn en dit orgaan is toegerust met het beheren van de inspectie op de kwaliteit van de geleverde zorg en de prestaties van zorginstellingen.

Er zijn een aantal (zelfstandige) organisaties die het Departement of Health ondersteunen bij het organiseren van de zorgsector. Elke zorgaanbieder kent tot een bepaalde mate vrijheid om zijn/haar patiëntenpopulatie te beheersen, zij worden daarvoor door medische associaties van richtlijnen voorzien. De overzichtsfunctie blijft bij de CQC liggen. Vanwege het publieke karakter van de budgetten, zijn schommelingen van uitgaven aanleiding voor politieke interventies en hervormingen (NHS England 2013). Het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) is toegerust met de begeleiding van het zorgaanbod in termen van verdelen van verantwoordelijkheden, de prestatieafspraken betreffende de behandelingen en de voor te schrijven medicijnen. Doordat NHSE zowel de breedte als de diepte van het zorgaanbod bepaalt is er sprake van relatief veel transparantie in de prestaties van het stelsel, wat mogelijkheden om te sturen vergroot.

Ook na de hervorming houdt de NHS vast aan een politiek fiat voor verdere veranderingen waardoor hervormingen vanuit de politieke arena (top-down) zullen plaatsvinden. Er gaan stemmen op om de politieke afhankelijkheid in te krimpen vanwege de dubbele autonomie die gecreëerd is sinds het toedelen van inkooptaken aan CCG's (CQC, 2013; Andrea Gupta, interview). De overheid heeft een groot financieel belang bij het contracteren van zorginstellingen en ziekenhuizen omdat deze schulden bij de overheid hebben uitstaan (Francis report betreffende Mid-Staffordshire, 2013).

Sinds de HSCA heeft een fragmentatie plaatsgevonden in de NHSE door de nieuw opgerichte 211 CCG's. De transitieperiode van 2 jaar werd door veel functionarissen als zeer kort beschouwd (interview Andrea Gupta; The Guardian, 2013) waardoor de fragmentatie leidde tot diffuse verantwoordingsmechanismen. De commissioning support teams draaiden het eerste jaar naar de hervorming overuren om de verandering in goede banen te leiden (Andrea Gupta, interview; vanuit haar rol bij het NHS Commissioning Board, 2013). Het NHSE kent een scala aan beleidsvelden. Van belang

voor het nieuwe beleidsframe van de HSCA (2012) die op 1 april 2013 in werking is getreden, zijn voornamelijk de rollen die belangrijke stakeholders spelen. Een van de belangrijke spelers in het NHSE is CQC. De CQC houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt door huisartsen en beoordeelt deze als excellent, goed, naar behoren of ontoereikend (CQC, 2014).

Beleid en wetgeving

Zoals eerder uiteengezet wordt de ontwikkeling van een NHS-strategie uitgestippeld door het Department of Health en de Secretary of State. Zij zijn verantwoordelijk naar het parlement en dus indirect naar alle patiënten van het NHSE. De beleidsmakers op het ministerie betrekken ziekenhuismanagers, huisartsen, patiënten en het publiek (hoorzittingen zijn vaak openbaar) bij het formuleren en evalueren van wetgeving omtrent het stelsel (Kings Fund, care bill briefing, 2013). Wat opvalt is dat het beleid dat totstandkomt weinig directe wetgeving nodig heeft. De nieuwe verordeningen worden door White-papers uiteengezet waarbinnen een reflectie van de zittende regering op de voorgestane beleidswijzigingen wordt gegeven met daarbij een kader voor meetbare voorgestelde stelselwijzigingen. Hiervoor is wel een parlementaire meerderheid nodig. In beide politieke kamers kunnen commissies worden ingesteld die de kwaliteit van de bestaande verordeningen in het stelsel evalueren. De publicaties van de onderzoekscommissies zijn openbaar.

Het Health Select Committee is de voornaamste onderzoekscommissie voor het reilen en zeilen in het NHS maar beschikt ook over de mogelijkheid technologische of financiële comités inschakelen indien de te onderzoeken materie daar om vraagt. Doorgaans leveren deze commissies jaarlijkse evaluaties van gevoerd beleid. Omdat het DoH zelf geen services verleent, is de verantwoordelijkheid die op dit orgaan rust ook voornamelijk een politieke. Omdat het uitvoerend-overheidsbelang groot is in het Engelse zorgstelsel zijn er 22 clinical directors aangesteld door het DoH. Zij zijn verantwoordelijk voor het monitoren van dat de grootste bijdragers aan de nationale ziektelast, zoals obesitas en cardiovasculaire aandoeningen (NICE, 2012).

Het NHSE zelf ontvangt advies van het Healthwatch England voor strategische allocatie van zorgdiensten (op statistische- en acute behoefte gebaseerd). Dit advies stemt overeen met door de overheid gestelde prestatiedomeinen (het CQC Quality regime). De NHSE kent een verantwoordingsmechanisme aan de hand van het NHS (DoH) *outcome framework* dat gebaseerd is op deze domeinen. De domeinen belichten de doelen van het zorgstelsel en zijn globaal van aard (zie figuur 12). Met het NHS outcomes framework publiceert het DoH kwaliteitsstandaarden aan de hand waarvan de inkoop van zorgdiensten verder wordt gestructureerd voor de komende (twee) jaren. Voor de ontwikkeling van deze kennis is het NHSE ook afhankelijk van algemene standaarden opgesteld door NICE. Sinds het Health and Social Care Act, 2012 zijn de wettelijke verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van aanbieders in de regio bij regionale zorgkantoren (NHS regional offices) neergelegd, waar deze voor het HSCA bij het DoH lagen. NHSE stuurt de CCG's aan en verlenen ondersteuning aan regio's met weinig expertise. Budget en bemanning van CCG's is afhankelijk van een omslagpercentage per capita en CCG's kunnen daarnaast expertise inhuren via Local Area Teams (27). Via de Clinical Senates en klinische kennisnetwerken worden deze 27 NHS Local Area Teams voorzien van benchmark kennis.

Huisartsenzorg

De eerste lijn gezondheidszorg is, net als in Nederland, toegerust met een sterke poortwachterpositie van huisartsen. Het belangrijkste verschil is dat de Engelse huisartsen gefinancierd worden door het publieke NHS (via regionale kantoren). Zij hebben enige mate van discretionaire bevoegdheid in de toewijzing van de budgetten van variabele honoraria, afhankelijk van historische prestaties en 'payment by result'. De toegang tot niet-acute ziekenhuiszorg wordt gecontroleerd door de huisartsen. De scheiding van provisie en inkoop van gezondheidszorg wordt hierdoor bestendigd. Door de inkoopfunctie van de huisartsen is het bij wet mogelijk geworden om de patiënt de keuze te geven om de eigen zorgverleners (ziekenhuizen en specialistische instellingen) te kiezen. Alle NHS patiënten hebben het recht om hun eigen specialist te kiezen.

De huisartsen in het NHSE zijn gecontracteerd op basis van prestatie en populatie parameters en algemene zorgvraag in de directe omgeving van de praktijk. Een praktijk wordt gezien als een team (GP Choices, 2011). De praktijken worden ten eerste gecontracteerd voor het zorgdragen voor acute medische problematiek, de begeleiding van chronisch zieken en de algemene toegang tot de zorg voor alle inwoners. Ten tweede worden huisartsenpraktijken ingezet voor het systematisch promoten van gezond leven en preventieve zorg. Voorbeelden hiervan is anti rookbeleid en een gedeelte van de verslavingszorg. Daarbij horen *NHS Health Checks* en screeningsmethoden voor alcohol en drugsgebruik. Deze sterke positie van de huisarts wordt aangevuld met een grote taak voor huisartsen voor het efficiënt toedelen van beschikbare middelen in de gezondheidszorg. Hieronder valt voornamelijk ook de substituties van specialistische gezondheidszorg naar de huisartsenpraktijk. De voornaamste taak is de poortwachterpositie. De poortwachterpositie maakt net als in Nederland voor patiënten de toegang naar specialistische zorg mogelijk doormiddel van verwijzen. Een belangrijk verschil met het Nederlandse systeem is dat vergoedingen voor geconsumeerde zorg zonder verwijzing gecompliceerd liggen omdat zorginstellingen a priori gefinancierd worden (Enthoven, 2014).

De Engelse huisartsen instituties hebben in de afgelopen jaren verschillende hervormingen doorgemaakt die primair gericht zijn op de zorg dicht bij patiënten brengen en gericht zijn op de wensen van patiënten en de bevordering van keuzevrijheid. Dit laatste is niet een primaire doelstelling geweest voor langere tijd in de ontwikkeling van het stelsel omdat het in principe streeft naar inclusie, wat een impliciete trade-off tussen keuzevrijheid en inclusie opwerpt. Belangrijke elementen voor patiënten zijn opgenomen in het Quality Outcome Framework en daarbinnen vallen aspecten als wachttijden, de breedte van het zorgaanbod in de eerste lijn en zoals reeds genoemd het verkleinen van de afstand tot het zorgaanbod. De introductie van het bovenstaande framework (in 2004) heeft er voor de huisarts toe geleid dat het contracteren een andere, gefragmenteerde invulling kreeg.

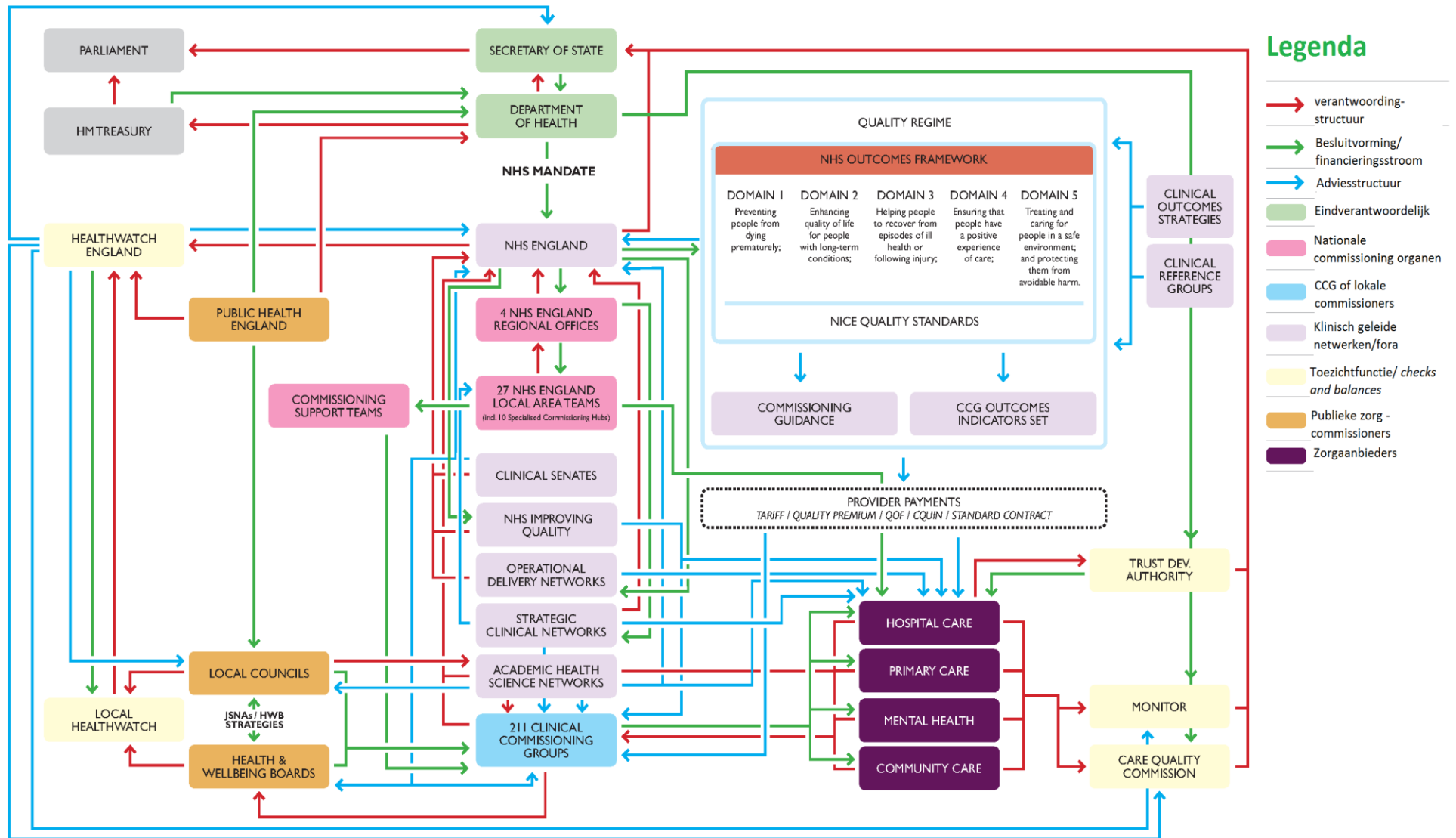
De huisartsen in het NHSE worden op zorg-targets gecontracteerd. Daarnaast wordt er door targets ook een bepaalde mate van flexibiliteit van de huisarts verwacht in het management van zijn aanbod. Enerzijds is het aanbod verder verpersoonlijkt (vanwege de druk van patiënt-beoordelingen) en regionale diversificatie naar gelang epidemiologische of demografische druk dat verlangt. De Engelse huisarts heeft ook veelvuldig te maken met verlagingen van de vergoedingen voor verrichtingen en populaties (contractueel gezien). Dit vindt plaats door de per regio gebonden afspraken omtrent het aanbod in het algemene deel van het contract en deze zoveel mogelijk uit de additionele taken te verwijderen (Guidance for GMS contracts 2014/1015 p.166-181).

Het primaire sturingsmechanisme voor het budgetteren van de eerstelijnszorg is het aanpassen van de contracten (niet in volume, maar qua indeling). De contracten fluctueren op basis van de QOF indicatoren (559 in 2014), en qua het pakket dat ingekocht wordt. Zo worden door zorginnovaties behandelingen gemakkelijker of goedkoper waardoor ze zich verplaatsen naar de algemene handelingen van huisartsen. Echter het behalen van de gestelde doelen (target indicators) van het QOF is de grootste inkomenspost voor de huisartsen. Een belangrijke ontwikkeling in de positie van de huisarts in het Engelse NHS stelsel is hoe jaren (2008-2011) van stagnerende budgetten en geïntensiveerde prestatieindicatoren aangevuld met een groter wordende taakstelling voor de huisarts (substitutie uit specialistische zorgcentra). Hiernaast zijn er zogenaamde *demand managementschema's* in het management van CCG's ingevoerd, met als doel het aantal opnamen in ziekenhuizen te verlagen. Logischerwijs is het vereist dat huisartsen in hun hoedanigheid van 'poortwachters' de realisatie van dit streven voor hun rekening nemen. Het is echter veel gevraagd van huisartsen om tegelijkertijd met minder budget meer te gaan doen en daarbij de toegang tot de eerstelijnszorg, wachtlijsten hetzelfde te houden en proactief de publieke gezondheidsvraag te managen buiten de gecontracteerde zorg (innovatie en vooruitzien) (Interview Omair Vaiyani; Gregory, Dixon en Ham, 2012 p.54,56-58).

De patiënt kiest zijn eigen huisarts in het NHSE. De prestaties van huisartsen op de eerder genoemde PROM's zijn opvraagbaar door patiënten. Hiermee creëert het Engelse stelsel een opvallend grote transparantie. De impact van deze transparantie blijkt in tijden van bezuinigingen waarbij risicovermijding (bijvoorbeeld op het gebied van indicatoren voor beschikbaarheid) van huisartsen (die zich vrijwillig laten contracteren) te leiden tot consulten bij tweedelijnszorginstellingen (NICE, 2014 p.8). De transparantie, gecombineerd met demografische ontwikkelingen (vergrijzing en prevalentie comorbiditeit) dwingt de Engelse huisartsen om te specialiseren of meer specialisten in de praktijk op te nemen (als ondersteuner). Dit maakt meer integrale, populatiegerichte zorg mogelijk en lijkt de trend in contracteren (GP Practice-level Outcome Indicators, 2014). Door de vernieuwde prioriteit bij transparantie zijn huisartsen en CCG's gedwongen om functiegebieden zoals populatiegerichte zorg, duurzaamheid, persoonlijke relatie met de patiënt en innovaties een prominenter onderdeel van de dagelijkse praktijk te maken (Klein, 2013).

De inkooptaak die op de schouders van CCG's ligt kent een zekere ambivalentie. De tweedelijnszorg kan ingekocht of gesubstitueerd worden door huisartsen, de bestaande zorginstellingen in de tweedelijnszorg (in loondienst) kosten het NHSE sowieso geld voor het onderhoud en de lonen van zorgprofessionals (loondienst). Er moet dus een balans gevonden worden door de huisartsen in het zorgaanbod. Er ligt ook de impliciete druk op CCG's om de efficiëntie van de tweedelijnszorg zo goed mogelijk tussen huisarts en zorginstellingen te laveren (Gregory, Dixon en Ham, 2012). Door de recente veranderingen in de positie van de huisarts in het NHSE is er geen informatie over de effecten van de verandering op de toegang van patiënten tot adequate zorg, wel is uit interviews (Andrea Gupta en Omair Vaiyani) en krantenartikelen (The Guardian, 2013) gebleken dat de publieke opinie de substitutie door huisartsen van voorheen tweedelijnszorg als een beperking van de toegang tot de algehele zorg ervaart. Deze gegevens kunnen verder niet voldoende bevestigd worden. Een interveniërende factor hierin kan zijn dat er effectief voor meer taken en prestaties minder geld naar de eerstelijnszorg en dus de huisartsen gaat.

Op de volgende pagina een visuele weergave van het Engelse zorgstelsel.



Figuur 6. Bron: IPAINsight Network verkregen via; www.insightpa.com. Visuele representatie door James Tyrrell verkregen op: <http://www.ukcab.net/wp-content/uploads/2013/10/2013-NHS-Structure.png>

4.4 De politieke en bestuurlijke context van het NHSE

Marktwerking is een van de mogelijkheden voor het invullen van een impliciete verdelingsvraagstuk in gezondheidszorgsystemen. In het Verenigd Koninkrijk, of het Engelse NHS systeem in het specifiek heeft een dergelijke gang naar de markt nooit lang een politiek momentum gecreëerd. Het Beveridge systeem lijkt daar dan ook tot een bepaalde mate resistent tegen (Klein, 2013). Een kenmerkend verschil in contexten is dat in het Engelse model een hoge mate van hiërarchische sturing plaatsvindt (Timmins, 2012). Vanwege het meta-structureringsmechanisme van het Engelse NHS (Beveridge) model wordt het fiat voor uitgaven gedragen door de politiek. Omdat input voor het sturen en continueren van het gezondheidszorgstelsel afkomstig is van algemene belastingopbrengsten lijkt elke institutionele evolutie ook een politieke keuze. Nederland kent een totaal andere organisatiestructuur.

4.4.1 Politieke context parameters

Het Engelse Nationale gezondheidsstelsel kent sinds 1948 een aantal centrale principes. Het stelsel dient het toegankelijke pakket universeel aan te bieden, gratis toegankelijk te maken op het moment van gebruik, bekostigd door algemene belastingen waardoor het financiële risico centraal opgevangen kan worden en collectief aanbesteding kan plaatsvinden door collectieve zorgaanbieders of marktpartijen die voor hetzelfde geld de zorgprestaties willen leveren (Bevan, 2006). Daarnaast ligt er parlementair een directe verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor innovatie in de gezondheidssector als prestatie-pijler voor de regering in de National Review. Deze configuratie van het stelsel maakt het waarschijnlijk dat er politieke strijd ontstaat over de hervormingen in de gezondheidssector. Wanneer een hervorming wordt voorgesteld door de zittende regering is logischerwijs de regering zelf vóór hervorming.

Het is gebruikelijk om medische professionals te betrekken in de beleidsvorming en het voorwaardenpakket waaraan een hervormingen moeten voldoen. Algemeen wordt door de regering bij de formulering nadrukkelijk gelet op de medische professionals die met de hervormingen een taakverandering doormaken (vrij naar Klein 2013; interview Andrea Gupta). Oppositie wordt gevormd door de oppositie in de parlementaire configuratie, die op haar beurt de belangenverenigingen probeert een strategische tegenstem te geven. Vakbonden, NGO's, medische beroepsgroepen en ziekenhuisspecialisten zijn de meest voorkomende uitdragers van een tegenstem in de Engelse politieke ontwikkelingen van het NHSE, naast de parlementaire oppositie.

Door decentralisatie van de gezondheidszorg sinds het ontkoppelen van de verschillende 'areas' (Wales, Noord-Ierland, Schotland en Engeland en daarbinnen in 27 regio's) hebben lokale besturen zoals gemeenten meer invloed gekregen op de invulling van hervormingen. Er is door decentralisatie sprake van een driedeling in beleidsstructuren gekomen. De NHSE heeft invloed op de ziekenhuiszorg doordat zij de primaire bekostiging realiseren, gemeenten/regionale beleidsstructuren hebben traditioneel meer invloed in de jeugdzorg/publieke gezondheidsprogramma's. Verplegend personeel en de huisartsen hebben met name invloed op hun eigen sector omdat zij voor hun diensten een contract tekenen met het Executive Committee, welke, georganiseerd door huisartsen, een bekostiging per patiënt en per afgesproken en behaalde prestatieindicators calculeert per capita aan de contractant.

De machtsverdeling is uniek in het Engelse stelsel. Het Engelse parlementaire systeem beïnvloedt de gezondheidssector doordat het stelsel een nationaal zorgstelsel is met een bestuurlijke bureaucratie, veel (secundaire) wetgeving om inclusie te bewerkstelligen en vanuit alle politieke partijen ook

belangengroepen die om de gunning van de kiezer in een continue debat verwickeld zijn over de publieke opinie, schandalen die aan het licht komen (bijvoorbeeld het eerder genoemde Francis report in 2013 over de casus Mid-Staffordshire) en algemene meningen hoe het stelsel met belastinggeld beter ingericht zou moeten worden (Klein, 2013). Omdat in een generationaliseerd stelsel er sprake is van politieke betrokkenheid is er binnen het parlement (ook door configuratie van het parlementaire stelsel) een scheidslijn te trekken tussen Labour die doorgaans tegen radicale hervormingen in de gezondheidszorg is vanwege de liberalisering die sinds de invoering van de interne markt (1993) plaatsvindt.

De belangenbehartiging van de stakeholders in het Engelse NHS zijn gecentreerd om twee basis elementen (Klein, 2013), namelijk voor patiënten moet keuzevrijheid bewaakt blijven bij hervormingen, (zij moeten de best presterende medische professional kunnen kiezen) en zorgprofessionals zelf moeten door hervormingen te allen tijde de rechten behouden om de klinisch beste behandelingen voor hun patiënten te kiezen. Het NHSE heeft hierin geen ondubbelzinnige positie gekregen door voornamelijk de medisch specialistische centra (ziekenhuizen e.a.) te financieren en leningen te verstrekken, ook vanuit druk op de politiek. De hervormingen in het NHSE liggen daardoor geregeld onder vuur van belangengroepen omdat de rol van het NHSE ambivalent is. Het NHSE beïnvloedt de allocatie van budgetten, is verantwoordelijk voor het gehele stelsel wanneer er een crisis uitbreekt en is ook verantwoordelijk voor het minimaliseren van ongelijkheden tussen de verschillende regio's en kan daarbinnen sturen. Om invloed uit te oefenen op het NHSE is het voor huisartsen in de Engelse context voordelig om zich in zo groot mogelijke groepen te organiseren (per praktijk of in een regio/deelgebied) waardoor er tegengas gegeven kan worden aan het NHSE dat ook met name medisch specialisten (in loondienst) op sleutelmanagementrollen plaatst (interview, Andrea Gupta).

4.4.2 Bestuurlijke context parameters

Het type welvaartstaat waar Engeland voor gekozen heeft is sterk gericht op (operationele sturing) door (secundaire) wetgeving. De beleidsprogramma's en wijzigingen die sinds de invoering van de interne markt hebben plaatsgevonden, met piek momenten in 1997, 2005 en 2010 hebben grote hervormingen tot gevolg. Tussen deze piekmomenten in is er sprake van veel iteraties op basis van beleidsfeedback uit de vele gegevens die het stelsel van zorgprofessionals vergt bij te houden (Klein, 2013; NHS England, Spending Review 2012). Het Engelse NHS is erop gericht om een zo klein mogelijke bestuurlijke afstand te creëren waar het om de (juiste) besteding van (publieke) financiën gaat om de kans op een politieke catastrofe te minimaliseren tijdens een regeringstermijn. Iedere politicus in het Engelse stelsel is zich bewust van het momentum dat vijf jaar regeren voor de ontwikkeling van het zorgstelsel kan betekenen (Klein, 2013 11.2). Door de sterke en brede politieke verantwoordelijkheid is er in het Engelse stelsel een tweedeling in de coördinatie ontstaan. Het politieke verantwoordingsmechanisme is voor de huisartsenzorg grotendeels ontkoppeld, waar het voor ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg is geïntensiveerd.

Er is door bovenstaande ontwikkelingen duidelijk op te maken dat hervormingen top-down doorgevoerd worden, omdat hervormingen door de politieke druk ontstaat. Door de verantwoordelijkheid voor de inkoop verder in klinische teams te laten plaatsvinden is er tevens sprake van nieuwe bottom-up structuren. De mate van 'prestatie indicatoren dekking' (Politt en Bouckaert, 2011 p.294) is hierbij zeer hoog omdat het politieke verantwoordingsmechanisme er niet mee is veranderd tegelijkertijd.

4.5 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn veel verschillende eigenschappen van de zorgstelsels aan bod gekomen. De stelselparameters worden op de volgende pagina overzichtelijk in beeld gebracht. In dit hoofdstuk stonden primair de eigenschappen van beide stelsels centraal. Er is voorkeur uitgegaan naar die elementen die de context van de huisartsenzorg determineren. Elementen die uiteengezet zijn vanuit de inkoop, toezicht op het zorgaanbod en de beleidsontwikkeling omtrent de huisartsenzorg zijn daarbij van belang. Daarnaast zijn er voor beide casussen politieke en bestuurlijke contexten besproken. De in dit onderzoek centrale stelsels hebben elk hun specifieke rollen voor overheid en markspelers weggelegd. Deze zijn in kaart gebracht. Opvallende elementen die in de huidige stelsels naar voren komen zijn populatiebekostiging en vormen van prestatiebekostiging. Beide vanuit verschillende overwegingen. In het Nederlandse stelsel ontstaat door fragmentatie, decentralisatie en deregulering een (politiek) proces waarbinnen een enkele stakeholder niet dominant zal kunnen worden en de markt verdeeld.

Het stakeholderperspectief legt initiatief voor institutionele verandering bij stakeholders die de institutionele regels beïnvloeden door beleidsmaatregelen die de stimulansen (incentives) van publieke stakeholders structureren. De structuur en coördinatie van de samenwerkingsverbanden is bij uitstek een politieke functie in het Engelse stelsel. In Nederland is marktwerking afhankelijk van samenwerking tussen stakeholders; dit vanwege risico's die ontstaan indien er geen afstemming plaatsvindt. Het nationaal verzamelen van gezondheidsdata uit alle sub-markten in onder andere Vektis (het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars) faciliteert de samenwerking in Nederland. De informatieasymmetrie blijft in het marktwerkingssysteem groter dan in het Engelse omdat de transparantie van gegevens directe invloed heeft op concurrentieposities en stakeholders terughoudendheid betrachten met betrekking tot het onder druk zetten van de concurrentiepositie. Het Engelse stelsel wordt primair gemanaged op de uitkomsten (QF). Hier is een wildgroei van prestatieindicatoren aan de orde (559 voor huisartsenzorg alleen al).

Nadat op de volgende pagina de verschillende parameters die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen worden opgesomd, vervolgt dit onderzoek door voor elk stelsel de belangrijkste hervormingen in het zorgstelsel die hebben geleid tot de beide centrale hervormingen in dit onderzoek uiteen te zetten. Deze hoofdstukken beginnen beide met hervormingen rond 1974 en nemen de parameters die in dit hoofdstuk genoemd worden mee om de juiste empirische gegevens te koppelen.

Variabele	Indicatoren	Nederland	Engeland
Type zorgstelsel	Nationaal zorgstelsel (Beveridge stelsel, Verenigd Koninkrijk, Engeland);		X
	Sociaal verzekeringsstelsel (Bismarck stelsel, Nederland).	X	
Toegang tot het zorgstelsel	Primaat op inclusiviteit of keuzevrijheid;	Keuzevrijheid	Inclusiviteit
	Zorgdekking van de populatie;	Verplichte basiszorgverzekering en vrijwillig te verzekeren deel.	Inwonende zijn.
	Type verzekeringspakket (indien van toepassing);	Sociaal verzekeringspakket met werkgevers/werknemerslasten en gesubsidieerd deel.	Geen verzekeringspakket, behalve 6% aanvullende verzekeringen (privaat).
	Mate van concurrentie op zorgaanbod;	Aanwezig via contractrelatie met verzekeraar.	Benchmarking, maar geen directe concurrentie.
	Hoogte van eigen bijdrage.	Eigen risico t.a.v. zorgconsumptie en indien niet aanvullend verzekerd.	Verwaarloosbare eigen bijdrage.
Aanbod van de zorgvoorzieningen	Mate van universaliteit of fragmentatie;	Gefragmenteerd	Universeel
	Inkoop van aanbod wel/niet klinisch;	Niet-klinisch	Klinisch
	Veel of weinig segmentatie;	Gesegmenteerd door verzekeraars.	Gesegmenteerd door klinische inkoop groepen.
	Mate van diversificatie;	Hoog	Hoog
	Historische consumptie schatting of op basis van epidemiologische vraag;	Epidemiologische schatting en trends.	Historische consumptiepatronen.
Financiering van het zorgstelsel	Uitgave bij consumptie zorg/voorafgaand aan consumptie;	A-posteriori m.u.v. de huisartsenzorg.	A-priori (budget).
	Belasting betaald of zorgverzekeringsstelsel;	Zorgverzekeringen met gedeelte out-of pocket en gedeelte subsidie.	Belasting betaald.
	Overheidsbudget of marktwerking;	Gereguleerde marktwerking	Overwegend overheidsbudgettering
	Inhoud/omvang verzekerde/gefinancierde zorg; (OECD, 2013)	8% Overheidssubsidies 77% Sociaal verzekeringsstelsel 6% Out of pocket 6% Aanvullend verzekerd.	83% overheid gefinancierd, 10% aanvullende verzekeringen 7% out of pocket uitgaven.
	Geoordeelde budgetten/ maximumprijzen/ vrije onderhandeling;	30% maximumprijzen, verder vrije onderhandelingen.	Geoordeelde budgetten
	Opbouw honorarium (loondienst of vrije sector);	80% inschrijftarief 15% Substitutie taken 5% innovatie	Prestatie gebaseerd loon met aanvullende elementen (tot 1/3).
	Prestatieindicatoren of prestatieafspraken van invloed op honorarium;	Nee	Ja
	Inkoopstructuren zijn: a-priori of a-posteriori;	A-posteriori gedeeltelijk voor huisarts a-priori	A-priori
Regulering van het systeem	Mate van problemen bij transparantie van regelgeving;	Gemiddeld tot klein door regulering binnen wettelijke kaders. Wel groot hiaat afstemming betreffende budgettaire kaders.	Klein, alle regelgeving door klinische commissies opgesteld via politieke goedkeuring.
	Problemen bij sturingscapaciteit	Groot door afstand tot de markt	Groot: afhankelijkheid van regerende politieke partij
	Mate van verzelfstandiging/privatisering;	Veel verzelfstandiging, markt werking geïntroduceerd.	Weinig privatisering vanwege nationale verantwoordelijkheid.
	Mate van top-down/bottom-up besluitvorming;	Top-down	Gemengd
	Fragmentatie van verantwoordelijkheden;	Zeer gefragmenteerde inkoop en aanbod	Gefragmenteerd qua inkoop
	Juridische dichtheid;	Hoog	Hoog
	Mate van hiërarchie;	Beperkt hiërarchisch	Zeer hiërarchisch
	Mate van decentralisatie.	Zeer gedecentraliseerd	Beperkt gedecentraliseerd

5. Hervorming van de huisartsenzorg in Nederland

In het vorige hoofdstuk zijn beide zorgstelsels besproken op basis van algemene parameters zoals: institutionele toegang, zorgaanbod, financiering en regulering. Daarnaast zijn de politieke en bestuurlijke kenmerken van beide stelsels belicht. Nu zullen de beleidshervormingen van de afgelopen decennia centraal staan in twee afzonderlijke hoofdstukken. Dit hoofdstuk zet de hervormingen die hebben plaatsgevonden in het Nederlandse stelsel uiteen (sinds 1974). De hervormingen die beschreven worden zijn gekozen op basis van hun relevantie voor de ontwikkeling van de positie van de huisarts. Dit hoofdstuk bespreekt ook de institutionele ontwikkelingen voorafgaande aan het Zorgakkoord voor de Nederlandse casus en ten slotte de ontwikkeling van het Zorgakkoord zelf.

5.1 1974-1992

De ‘structuurnota gezondheidszorg’ (1974), ontsproten in het Kabinet Den Uyl (1973-1977) onder toenmalige staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, introduceert het inrichten van het zorgsysteem doormiddel van echelons. Een opbouw van deze ‘echelons’ moeten een onderscheid maken tussen de vrij toegankelijke, niet gespecialiseerde gezondheidszorg (de eerste lijn) en de gespecialiseerde ziekenhuisgezondheidszorg (de tweede lijn). Het institutionaliseren van deze echelons maakte het mogelijk dat de huisarts een poortwachterfunctie tussen beide echelons kreeg (Structuurnota gezondheidszorg 1974, p.13). De huisarts verwijst de individuele patiënt zowel binnen het eerste echelon naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of de fysiotherapeut of naar het tweede echelon voor medisch specialistische of psychosomatische zorgdiensten. Deze nieuwe organisatie doorloopt als het ware het zorgvraagproces van de patiënt, wat in de basis gelijk is aan een individuele zorgverzekering. De zorgverzekering maakt procesonderscheid tussen zorgverlening die op aanvraag van de patiënt zelf is (eerste echelon) en het door een medische professional te beoordelen specifieke zorgvraag (tweede echelon).³² Voor de financiering van het stelsel is dat praktisch omdat door dit onderscheid beleidsafspraken gefocust kunnen worden op de verschillende zorgconsumptiegebieden.

Het nut van een meetbaar onderscheid tussen eerste en tweede echelon werd vanaf 1974 duidelijk. Sinds de structuurnota (1974) steeg het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn gezondheidszorg waardoor duidelijk werd dat ondanks de generalistische, brede, kennis van de huisartsen veel zorgconsumptie doorschoof naar de specialistische zorg. Vanaf het institutionaliseren van de echelons werden de aantallen verwijzingen tevens een graag geziene variabele voor het sturen van bezuinigingsmaatregelen (Van Es, 1986 in MC.1 1986). Een duidelijke poging om de poortwachterfunctie institutioneel te verstevigen werd gedaan door de Wet Voorziening Gezondheidszorg (WVG). Door de WVG vond er namelijk ten eerste territoriale decentralisatie van zorgbeleid en daarnaast functionele decentralisatie van zorgbeleid plaats (WRR, 1982 nr.22). Bij de technologisering van de zorg bleek dat er veel werkloze huisartsen ontstonden en zorgconsumptie in het tweede echelon plaatsvond (Boot, 2013 p.91). Ontwikkelingen in het regionaliseren en vernieuwd vestigingsbeleid van huisartsenpraktijken leidde tot meer taken voor de huisarts. De professionele belangenvereniging (de LHV) die sinds het echelonneren inzette op een brede eerstelijns gezondheidszorg ondersteunde dit. Deze steun heeft tot groei van gezondheidscentra (120 in 1983) geleid waarin deze brede basiszorg geleverd werd vanuit verschillende disciplines (verloskundigen, fysiotherapeuten, psychologen en huisartsen).

³² In dit systeem is de langdurige zorg voornamelijk ingesloten in het tweede echelon. De reden hiervoor is dat de huisarts namelijk sinds de introductie van de AWBZ voornamelijk een indicerende positie heeft. Specialisatie van de huisarts en substitutie van zorgtaken uit de tweede lijn naar de huisarts werd veel later de standaard door bijvoorbeeld het Menzis model 2007 (Verheij, 2007 p.6).

Een in 1985 oplopende discussie (Van Es, 1986 in MC.1 1986) omtrent het verwijsgedrag en de technologische capaciteiten in huisartsenpraktijken was een van de redenen tot het installeren van een speciale adviescommissie voor de gezondheidszorg en haar hervormingsagenda (Commissie Dekker, 1987). Een noodzakelijke heroriëntatie van de indeling van de Nederlandse gezondheidszorg was noodzakelijk vanwege problemen in het verwijsgedrag en daarmee de te grote zorgconsumptie en het algemeen begrotingstekort van 10.8% van het BBP. In het bijzonder, kende de huisarts toen slechts beperkte technologische mogelijkheden om ook te voldoen aan de zorgbehoefte in de niet-specialistische medische context (Boot, 2013 p.92). Het rapport van de adviescommissie Dekker en de Nota 2000³³ (Rijksoverheid, 1985) gaf aanleiding aan het kabinet Lubbers II (1986-1989) om eind jaren '80 een institutionele herzieningsplan voor de gehele zorg, economie en welzijnssector te ontketenen (Boot, 2013 p.343). In deze grootschalige herziening van de gezondheidszorgsector werd de centrale positie van de huisarts opnieuw bestendigd (ibid. p.110,155,268-271,344-346).

In de Nota 2000, werd geen verdere specificering aangebracht in het takenpakket voor huisartsen, verplichte bijscholing, of duidelijke samenwerkingsstructuur door verschillende disciplines in de eerste lijn. De nota Herverkaveling in de gezondheidszorg (1985) van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (1976-1988) en "Bereidheid tot verandering" van de commissie Dekker (1986) gaven echter wel meer invulling aan de taakverschuiving in de gezondheidszorg als markt. Daarnaast constateerden deze onderzoeken een verschuiving van cure naar care in de gehele gezondheidszorg. Hieruit werd het idee opgevat dat het echelonneren op zich leidt tot zorgconsumptie omdat 'care' intensiever is en meer zorgcontact vergt van zorgprofessionals (NTVG, 1987). Eind jaren tachtig heeft een opstapeling van verwijsp Problemen door Nederlandse huisartsen, die onvoldoende technologische middelen hadden, geleid tot de politieke meerderheid om het stelsel professioneel/functioneel te herindelen (Van der Grinten et al, 2005). Een wens naar meer marktwerking (zoals al in de Commissie Dekker naar voren kwam) was daar een voornaam onderdeel van. Voorbeelden zijn het gedeeltelijke afschaffen van de verplichte verwijzingen (bijvoorbeeld voor fysiotherapie en voorheen de eerstelijnspsycholoog). Ook het ontstaan van de multidisciplinaire "gezondheidscentra" probeerden door onderscheidingskracht tussen zorgaanbieders de breedte van het zorgaanbod van de huisarts te vergroten (Peters, 1984). De verwijzingen daalden echter procentueel niet (Boot, 2013).

De argumenten voor de hervormingen naar marktwerking die de commissie Dekker voorstelde waren voornamelijk economisch van aard. Zij waren gericht op vrije concurrentie van zorgaanbieders, keuzevrijheid van patiënten en het daar uitvloeiende afstemmingseffect tussen vraag en aanbod door het zelfstandig ondernemerschap van zorgprofessionals. De commissie Dekker introduceerde deze plannen als een strategie om toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg onder marktwerking als macro structureringsmechanisme te laten gedijen. Behalve vrije concurrentie die bestendigd zou worden door patiënten met keuzevrijheid bestond 'marktwerking' ten tijde van de commissie Dekker ook uit het introduceren van een nieuwe manier van financiering: van staat naar zorgverzekeraars, met als garantie een onderhandeld basispakket. Hierbij pasten ook nieuwe vormen van verantwoordelijk management (voor kwaliteit, aanbod en efficiëntie) in plaats van overheidsplanning (Van der Grinten, 2007 p.225-227). Voor marktwerking was meer nodig dan enkele kleine aanpassingen aan het bestaande zorgstelsel (HTK 1986-1987, kamerstuknummer 19794).

³³ De voorgestelde strakke scheidslijnen tussen eerste- en tweede lijn werden bestendigd in de Nota 2000 (ibid p.5).

Er werden eind jaren 80 verschillende rapporten gepubliceerd die de gang naar meer marktwerking in de gezondheidszorg ondersteunden. Maarse (2011 p.82) noemt bijvoorbeeld: “Het ziekenfonds op eigen benen” (1986) en “Solidariteit en Doelmatigheid” (1987). Beide voorbeelden bevatten “een pleidooi voor ruimte voor marktwerking, ondernemerschap en keuzevrijheid” (ibid.). Een ander terugkomend fenomeen in deze tijd was het verzekeringswezen te privatiseren, wat ook al in de Structuurnota van 1974 werd geopperd maar toen niet op een politieke gemobiliseerde meerderheid kon rekenen (ibid.).

Naar aanleiding van de commissie Dekker vond in de jaren 80 nog geen concrete implementatie van marktwerking plaats. Pogingen om marktwerking te introduceren werden tegengehouden door Kamermeerderheden in de Nederlandse Tweede Kamer of een gebrek aan aanknopingspunten met bestaande institutionele configuraties. Het Nederlandse stelsel is bekend met deze obstakels (Ingeborg van Dijke, DBC-Onderhoud interview). Het zaadje voor marktwerking was echter wel geplant door de commissie Dekker, maar verdere wettelijke hervormingen noodzakelijk voor implementatie en gemobiliseerde meerderheden van stakeholders. De coalities die noodzakelijk waren voor de wetwijzigingen hebben zich pas in 2003 gerealiseerd toen de AWBZ volledig hervormd bestand werd gemaakt voor marktwerking, althans zover men op dat moment kon voorspellen.

Een voorbeeld van pogingen tot het implementeren van marktwerking in de jaren 90 is het ‘plan Simons’ dat in begin jaren 90 te weinig politiek momentum wist te mobiliseren. Een gebrek aan urgentie wordt hiervoor als primaire factor aangewezen door Helderma et al. (2005, p.198). Daarnaast werden voornamelijk de grote vraagtekens omtrent de voorgestelde hoogte van de premies gesteld (Maarse, 2011 p.83; Okma et al. 2009b p.44-46). De voorgestelde veranderingen kenden bij introductie een gebrek aan een concreet terugval-mechanisme voor wanneer marktonvolkomenheden te sterk aanwezig zouden zijn (Maarse, 2011 p.83). Het ontbreken van de politiek-ideologische lading die uiteindelijk voor het kiezen voor marktwerking in de gezondheidszorg noodzakelijk was vond plaats in 1994 ten tijde van het eerste kabinet Kok (I). De terugkeer van het liberale gedachtegoed van VVD (als liberale politieke partij) in de regering kan gezien worden als noodzakelijke steun voor marktwerking als nieuw structureringsmechanisme (Okma, 2009a;1997).

In begin jaren 90 was grote onzekerheid over de toepasbaarheid van marktwerking in de zorg (Maarse, 2011 p.85). Volgens Maarse (2011) bestond de onzekerheid uit drie elementen: een informatieprobleem, een ideologisch probleem en een institutioneel probleem (ibid. 85-86). Het informatieprobleem bestond uit de beperkte informatie omtrent hoe marktwerking de op dat moment bestaande problemen in de gezondheidszorg het hoofd zou kunnen bieden. Binnen de huisartsenzorg zou marktwerking tegen een aantal praktische bezwaren lopen. Directe concurrentie onder aanbieders zou problematisch zijn voor het sociale en familiere karakter van huisartsenzorg (Boot, 2013 p.93). Daarnaast bestond het ideologisch probleem uit de tegenstellingen tussen primaire stakeholders over het eigen-risico dat patiënten zouden gaan dragen, dat 85%/15% zou worden in het plan Simons (ibid.). Het aandeel vrijwillig, aanvullend, te verzekeren van 15% werd daarbij met name gezien als een stimulans voor particuliere verzekeraars om risicogroepen te selecteren en dat zou leiden tot een hogere eigen bijdrage voor verzekerden. Het institutionele probleem bestond bij het veld nauw-betrokken stakeholders in de hervormingsplannen. Veel van de betrokken stakeholders kenden wettelijk vastgelegde overlegmomenten, waardoor nieuwe marktwerkingswetgeving ook de verantwoordelijkheid voor deze overlegpartijen kenden (Van der Grinten, 2007).

5.2 1993 – 2006

Rond 1994 was er sprake van een vergelijkbaar aantal patiënten per huisarts als in 2014 (2188-2163, Vektis, 2014). De generalistische deskundigheid van huisartsen was een sleutelbegrip in de retoriek van de overheid (Boot, 2013 p.93; Maarse en Paulus, 2011). In een nieuwe managementgedachte zou concurrentie de bestending van vrije keuze voor patiënten mogelijk maken (Minister Hoogervorst, Kamerstukken 21/11/2003). Dit zijn tevens de belangrijkste spelers in de ‘nieuwe markt’ vanaf de aanloop naar marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg. Volgens Putters (2002) wordt een dergelijke vrije keuze enkel bestendigd als een reële exit-optie³⁴ aan de partijen geboden wordt. Een exit-optie zou voor de patiënt inhouden: zorgaanbieders en verzekeraars verschillen van elkaar en de patiënt kan daartussen een keuze maken. De assumptie van keuzevrijheid is dat de patiënt uiteindelijk voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kiest. Voor de zorgverzekeraar ligt de prioriteit anders, voor hun zou het met marktwerking mogelijk worden om te kunnen differentiëren in premies voor risicopopulaties (adverse selection). Zorgaanbieders zouden op basis van gezondheidsrisico de meest ‘winstgevende’ patiënten selecteren zonder patiënten aan dit selectiebeleid te verliezen wanneer verzekeraars voldoende zorgdiensten zouden inkopen.

Echter, zijn sinds begin jaren '90 de ziekenfondsen al enigszins geliberaliseerd. Zo werden bijvoorbeeld contractmogelijkheden geboden aan zorgaanbieders waarin zorginnovaties werden gestimuleerd (Companje, 2008). Ook sinds midden jaren '90 werden de zorgpakketten aangepast op de wens van de verzekeraars doordat een groter gedeelte van het zorgaanbod in het aanvullende pakket terecht kwam (uit het basispakket werd gehaald). Het aanbod werd gedwongen omdat het zorgvolume afhankelijk werd van de keuze van zorgverzekeraars om te controleren (op de korte termijn) (ibid.). Het onderliggende proces in de aanloop van de hervorming van 2006 (Zvw) had een focus op het ontwikkelen van een organisatievorm waarbinnen marktwerking vorm kon krijgen en waardoor kwaliteit en beschikbaarheid van zorg niet onder druk kwam te staan (VWS, 2001 p.3, Vraag aan bod, Minister Borst).

De voorgestelde hervorming zou te radicaal zijn, waardoor onzekerheden de overhand zouden nemen in een tot dan toe vitale welvaartstaatsfunctie (Van der Grinten, 2002, p.207). De benodigde voorwaarden en wetgeving voor een succesvolle transitie werden in 2002 in kaart gebracht. Een keuze voor transitie, was de enige politiek mogelijke (ibid.). Toen langzamerhand de geïdentificeerde problemen met marktwerking ondervangen werden door wetgeving schaarden de eerder belangrijke tegenstemmende stakeholders zich achter de transitie. Deze voorwaarden werden leidraad in het plan van Minister Hoogervorst in 2003 en bestonden uit: verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars voor de kosten van gezondheidszorg, minder wetgeving en minder regulering in de tarievenconstructies (minder sturen en meer roeien) en een algemeen terugtrekkende overheid.

De reeds sinds 1968 bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten werd als voorbereiding op de nieuwe wet al in 2003 grondig gewijzigd om met de marktwerking overweg te kunnen. De belangrijkste veranderingen bestond uit de liberalisatie van gezondheidszorgbeleid, dit werd nu onderdeel van de marktwerking. Dat betekent dat de overheid niet langer het aanbod van zorg controleerde. Het in 2003 geïntroduceerde gezondheidszorgplan van Minister Hoogervorst (Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS) in 2003 heeft als gevolg gehad dat de bestaande stakeholders de transitie accepteerden en op 1 januari 2006 was de invoering van het nieuwe systeem met een wettelijke verankering: de

³⁴Vrij naar: Hirschman (1971).

Zorgverzekeringswet (2006). Aanleiding voor deze acceptatie was de drukkende kracht van de gezondheidszorg met haar nieuwe technologische mogelijkheden en vergrijzing op de beschikbare budgettaire kaders voor gezondheidszorg. De noodzaak leek prangend, meer dan tijdens Simons in de jaren '90. Zorgverzekeraars werden gedwongen om te concurreren om patiënten. Een toeslagensysteem voor patiënten die de verplichte nominale premies niet konden betalen werd geïntroduceerd (Wet op de Zorgtoeslag).

5.3 2006-2011

De introductie van marktwerking heeft een aantal directe effecten op de gezondheidszorg gehad. Sinds 2006 zijn zorgverzekeraars verplicht om iedereen tegen eenzelfde premiebedrag te accepteren voor het basispakket. De overheid stelt het verplicht-verzekerde pakket samen. De verzekerde kan jaarlijks veranderen van verzekeraar. De zorgverzekeraars genereren hun inkomsten uit premiebaton en het Zorgverzekeringsfonds (ZvF). Dit fonds bestaat uit belastingbaton van de overheid uit inkomensafhankelijke bijdragen. Daarnaast verzorgt de overheid tegemoetkoming aan jongeren tot 18 jaar (Rijksbijdrage kinderen). De inkomensafhankelijke bijdrage resulteert in de helft van de kosten voor curatieve zorg (45%), de verplichte pakket premies (inclusief de Rijkspremies) de andere helft (55%) (Vektis, 2013).

De premies en de zorguitgaven zijn gestegen sinds de introductie van marktwerking. In het primaire stelsel in 2006 werd een no-claim korting geïntroduceerd die in 2008 afgeschaft is. Dit heeft effect gehad op de zorgkosten per verzekerde, ook voor zaken bij de huisartsen (door het parallel verkleinen van het basispakket waardoor randondernemingen van de huisarts, bijvoorbeeld bloedwaarden testen, binnen het eigen risico zijn gevallen). De zorgkosten zijn gestegen vanwege vergrijzing, hogere zorgconsumptie en medisch-technologische vooruitgang (VWS, 2012a). Het verzekerde basispakket fluctueert aanzienlijk sinds de invoering in 2006. De dekking van de zorgkosten per verzekerde zijn afgenomen, eigen bijdragen zijn ingevoerd en wachttijden zijn geïntroduceerd. Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is gedaald en zorgaanbieders richten zich op declarabele (DBC-B) zorgdiensten. Het stijgen van het zorgvolume maakt dat de collectieve zorguitgaven in de periode 2006-2013 hard zijn gestegen. Waar in 2006 nog 8% van het Bruto Binnenlands Product (BBP of GDP) werd dat in 2012 13% (Vektis, 2013). Van de totale collectieve uitgaven werd in 2012 22% aan zorg uitgegeven.

In 2007 is in het regeerakkoord van de toenmalige kabinetsformatie expliciet uiteengezet dat voorafgaand aan verder marktwerking in de gezondheidszorg de NZa de stappen moet evalueren op de effecten die marktwerking hebben betekend voor toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg (Maarse, 2011 p.129). Dit geeft duidelijk blijk van de continue onzekerheid en noodzaak voor consensus in de Nederlandse besluitvorming. De spanning tussen efficiency rechtszekerheid is permanent aanwezig in de politieke besluitvorming. Marktwerking is effectief onder premisse van vrije concurrentie en het spontaan ontstaan van noodzakelijk volume van zorgaanbod en de prijs daarvoor. Aan de andere kant leidt te veel vrijheid wellicht tot het niet-beschikbaar raken van 'onvoordelige' zorg. De door politiek gekozen instrumenten om deze tekortkomingen het hoofd te bieden zijn benchmarks en budgettering geworden (Helderman, 2010). De onzekerheid leidt tot voorzichtigheid in het hervormingsproces (welke vanaf de commissie Dekker in de Jaren '80 duidelijk zichtbaar is). Enerzijds is er het risico dat het nu stoppen met marktwerking systeemrisico's met zich meebrengt en anderzijds de politieke elite zich al decennia achter marktwerking geschaard hebben en dit idee niet zomaar loslaten. Behulpzame gegevens over de kwaliteit

van de geleverde zorg waren, en zijn in grote mate dubbelzinnig en niet transparant (Maarse, 2011a). Een relevant argument om ten aanzien van de politieke context te maken is dat door marktwerking de verantwoordelijkheid van het zorgsysteem op afstand is komen te staan van de overheid.

Politiek gezien zijn wachtlijsten en kostenstijgingen belangrijk politiek wisselgeld. Uit een korte rondgang in *Trends in Gezondheid en Zorg* (CPB, 2011 p.1-22) en *De dialoog over kosteneffectiviteit* (Zorginstituut Nederland, 2013 p.16) blijkt dat de scherpste daling in zorgconsumptie behaald werd door het verkleinen van het basiszorgpakket en niet door de onderhandelingen over volume. Omdat op deze uitspraak veel af te dingen valt wil het in dit onderzoek slechts een enkele gedachtegang benadrukken, namelijk dat het onduidelijk is of het volume van de vrije onderhandelingen als zodanig tot kosteneffectiviteit hebben geleid of de collectief gestelde grenzen aan de onderhandelingen daar verantwoordelijk voor zijn.

De beleidsontwikkelingen die hierop volgden hebben ertoe geleid dat de huisarts meer is gaan specialiseren door bijvoorbeeld de begeleiding en curatieve zorg voor langdurig en chronische zieken meer zelf te kunnen organiseren (diabetes in 2002 en COPD vanaf 2006). Deze substitutie van zorg uit tweede lijn instellingen (ziekenhuizen, specialistische klinieken) is geïntensiveerd sinds de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg (Marktscan ketenzorg, NZA, 2012 p.20). De intrede van praktijk-ondersteunende huisartsen (POH/POH-GGZ) hetzelfde effect gesorteerd tijdens de introductie van marktwerking (contracteren) in de gezondheidszorg (vanaf 2003) en versterkt na de Zorgverzekeringswet (2006). Wat in het algemeen blijkt uit de beleidsontwikkeling is dat de voorgestelde beleidsveranderingen een initiële omkeerbaarheid zouden dragen (Van den Berg et al. 2010 p.208). Voorbeelden hiervan zijn het afschaffen van monopolies voor ziekenfondsen.

5.3.1 Marktwerking en de positie van de huisarts

De verandering naar een marktwerking heeft voor de huisarts als professional gevolgen gehad.³⁵ Een aanduiding voor deze verandering is te vinden in de literatuur; ‘managerialism’ (Noordegraaf, 2011). Managerialism is de invulling van de publieke sector door management strategieën die zijn verkregen uit de private sector (Hood, 1991 p.3-5). Hoewel daar diverse interpretaties van beschikbaar zijn heeft het effect van deze nieuwe principes het organisatiemodel van de gezondheidszorg en specifiek de huisartsenzorg daarbinnen drastisch veranderd. De transitie naar het managerialism heeft ervoor gezorgd dat er standaarden en prestatieindicatoren werden geïntroduceerd in de gezondheidszorg, waar de output van zijn plaats in het zorgstelsel meetbaar wordt gemaakt. Deze verandering heeft er ook toe geleid dat er een nieuw maakbaarheidsideaal is ontstaan; als gewenste prestaties niet bereikt kunnen worden zullen sanctie mechanismen daar de noodzakelijke organisatiedruk veroorzaken opdat verandering naar een gewenste uitkomst (of prestatie) plaatsvindt (Pollit & Bouckaert, 2011, p.10). De prestatieindicatoren (output-georiënteerd) worden toegepast om de verantwoordelijkheid voor effectiviteit van de zorg bij de professional te plaatsen (WRR, 2012 p.44,48). Daarbij komt er plaats voor een nieuwe ontstane managementlaag boven de zorgprofessional die kwantificeerbare indicatoren voor de te bereiken prestaties opstelt.

³⁵ Hoewel het onderscheid tussen endogeen en exogeen de nodige kritieken heeft gehad wordt dit onderscheid toegepast in dit onderzoek. Kritieken zijn te vinden in Van Montfort, 2008, p.46-48)

Nieuwe principes waarmee instituties onder gereguleerde-marktwerking opereren hebben effect op de specialisatie en standaardisatie waardoor het generalistische karakter van de huisarts afbreekt. Deze, vaak psychosociale, functie van de huisarts kalft af vanwege de beperkte meetbaarheid van de output en gebrek aan toepasbare standaarden. Daarnaast leggen huisartsen zich binnen praktijken toe op specialismen en vormen steeds vaker multidisciplinaire teams als praktijk (in gang gezet door de contractering van additionele verrichtingen door zorgverzekeraars). Marktwerking levert hierdoor wel input voor een onderscheidend vermogen onder huisartsen. De intensivering van onderscheidende capaciteiten onder huisartsen leidt volgens Dwarswaard (2011) dan ook tot individualistische werkopvattingen en zodoende tot een andere type huisarts. Deze verandering heeft effect op de zelfregulerende capaciteiten van professionals die met elkaar concurreren als ondernemers of juist samenwerken. Het effect van elke huisarts als individuele eenheid met onderscheidend vermogen in een context van standaardisatie en specialisatie leidt tot fragmentering van de beroepsvertegenwoordiging (Bakker en Groenewegen, 2009 p.133).

Het Nederlandse stelsel kent de afgelopen jaren (2009-nu) een steeds groter wordende rol aan substitutie van zorgtaken toe (persoonlijke communicatie Frans Schaepkens, achmea; interview Joas Duister, Menzis/toenmalig DBC-onderhoud bestuurssecretaris). Dit heeft invloed op de toegang tot de zorg. Er ontstaat door substitutie een institutioneel reorganisatieprobleem omdat er zorgdiensten ontstaan tegen de scheiding van zorglijnen in. De kosten voor declaraties per diagnose, per patiënt verschillen in de zorglijnen. De ‘houder’ of maker van een DBC/DOT doet hiermee voor zijn diagnose een declaratie, soms zelfs ‘over de zorglijnen heen’. Afstemming tussen beide lijnen is een institutioneel ‘nieuw’ onderhandelingsproces (Maarse, 2011). Dit heeft als administratief gevolg dat specialisten en huisartsen onderling de declaratie zo moeten kunnen delen, een controleerbare en efficiëntere toekenning van declaraties kan plaatsvinden en *upcoding* (zwaardere DBC aanmaken om administratieve last te voorkomen) en dubbele indicaties voor comorbiditeit (geen extra DBC/DOT) tegengaan.

5.4 Convenant huisartsenzorg 2012-2013

De aankomende paragrafen gaan dieper in op de hervormingsreacties in aanloop van het Zorgakkoord. Allereerst is er het Convenant huisartsenzorg, dat in 2011 (december) getekend is door demissionair minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport Schippers (Rutte I) en de LHV. De werking van dit convenant dient ter voorbereiding op de doelstelling van de overheid om tot een zo volledig mogelijke gezondheidszorg dicht bij de burger te komen. De demissionaire status van de Minister in 2011 maakt harde afspraken binnen het convenant nog onmogelijk. De relevantie van dit convenant is wel de uitwerking ervan op de onderhandelaarsresultaten die op 16 juli 2013 volgden en onderdeel uitmaken van het Zorgakkoord (2013). Het beleidsmatig voordeel van zorg dichtbij is dat het aantal benodigde schakels in het zorgproces minimaal gehouden wordt door de poortwachterfunctie van de huisarts volledig te benutten. Binnen de huisartsenpraktijk worden door dit akkoord alternatieven gecreëerd naast (duurdere) ziekenhuiszorg. De ongewenste effecten die zijn ontstaan door institutionele verandering, zijn volgens diverse implicatie-onderzoeken (NZa in 2009³⁶ en 2012^{37 38}) te wijten aan de ontwikkelingen van de gezondheidszorg door de gevolgen van marktwerking. Voorbeelden hiervan worden in het convenant

³⁶In 2009: onderzoek naar de praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken in Nederland <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129919/>

³⁷In 2012: Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg http://www.nza.nl/104107/138040/Significant_praktijkkosten-en_inkomensonderzoek_huisartsenzorg.pdf

³⁸In 2012: Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Advies-bekostiging-huisartsenzorg-en-geintegreerde-zorg/>

geadresseerd, de huisartsenzorg kost in 2009 99 miljoen meer dan de norm die hiervoor gesteld is door de NZa. Daarnaast worden geneesmiddelen te weinig doelmatig voorgeschreven volgens de Orde van Medisch Specialisten (OMS) in samenspraak met de NZa. In een rapport van de NZa in 2011 zouden de totale overschrijdingen 268 miljoen euro korting op de gecontracteerde huisartsenzorg moeten effectueren (NZa, 2011). Met het convenant is deze korting van tafel, alsmede de verwachte korting na overschrijding in 2012, onder voorwaarde de korting te bewaken en uit te stellen tot 2015 (observatie Ledenraadpleging Huisartsenakkoord LHV, 2013). Dit geeft de huisartsen langer de gelegenheid om ‘in de pas te lopen’.

Het convenant probeert de poortwachterfunctie te herbevestigen door de contracteerbare zorgtaken en taakherschikking binnen huisartsenzorg te stimuleren en door nieuwe financieringsregelingen in de eerste lijn toe te laten. Benodigdheden om dit te realiseren zijn volgens de Minister en de LHV: de implementatie van meer populatiegerichte zorg in de eerste lijn. Iets wat niet vanuit de bestaande institutionele configuratie gegarandeerd kon worden omdat huisartsen opereren vanuit consulten en zij sinds het echelonneren in 1974 primair het *generieke* aanspreekpunt voor de patiënt zijn geweest. Populatiegerichte zorg betekent primair dat op patiënten met gelijkwaardige ziektebeelden een behandeling krijgen zonder dat daar de diagnostische functie van de huisarts bij elk consult noodzakelijk is, in feite worden behandelingen op basis van trajecten in vastgestelde ziekteketens verzorgd (Leidraad Doelmatig voorschrijven, OMS, 2011; Convenant Huisartsenzorg, 2012). Dit kan de huisarts binnen zijn eigen contract doen, ook is het mogelijk ondersteuning te hercontracteren. De chronisch en langdurige patiënten een belangrijke doelgroep voor populatiegerichte behandelingen.

De focus op ketenzorg (ketenDBC's en meekijkconsulten) zoals dat in het convenant huisartsenzorg in 2012 geïntroduceerd werd, dient als een ontsnappingsroute voor het groeiende aantal specialistische zorgconsulten dat de groep langdurig zieke en chronische patiënten in de tweede lijn zorginstellingen consumeert. De populatiegerichte zorg werkt door de benodigde zorg dicht bij, binnen de eerste lijn en huisartsenzorg, te organiseren. Dit transitieproces wordt zorg substitutie genoemd, iets wat in de praktijk kan overlappen met additionele zorgtaken die de huisarts zelf in zijn praktijk brengt. In het convenant wordt hiervoor een extra groeiruimte voor huisartsenzorg vastgelegd (2,5% op jaarbasis met een extra 0,5% in 2013).³⁹ Additionele afspraken in het convenant huisartsenzorg 2012-2013 zijn noodzakelijk om de uitwerking van marktwerking in de gezondheidszorg te corrigeren. Zo worden in het convenant huisartsen verantwoordelijk voor het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Teneinde daarvan wordt de afspraak gemaakt om (tot 2015) 50 miljoen euro te besparen door het prefereren van generieke geneesmiddelen over *spécialités*.⁴⁰ Daarnaast moeten huisartsen zich via dit convenant actiever inzetten om de zorgdiensten die de spoedeisende hulp bieden te ondervangen binnen verruimde openingstijden en extra praktijkondersteuning te vragen voor extra taken die zijn gaan uitvoeren. Een concreet budget voor deze ondersteuning ontbreekt echter.

Parallel wordt ook de ‘onnodige zorgconsumptie’ voor ‘lichte gevallen’ binnen de tweede lijn GGZ aan de kaak gesteld. De POH-GGZ wordt als alternatief in de eerste lijn toegevoegd. Tot concrete afspraken komt het echter nog niet binnen dit convenant. Behalve deze nieuwe gedeelde verantwoordelijkheid tussen tweede en eerste lijn met betrekking tot de declaraties, wordt afgesproken dat vanaf 2013 tastbare

³⁹ De overschrijdingen die geconstateerd zijn in de bovengenoemde NZa kostenonderzoeken hebben tevens geen uitwerking in 2013.

⁴⁰ Een hiaat in dit convenant was ten eerste het algemene karakter van deze korting en ten tweede het ontbreken van informatie over zogenaamde singuliere generieke medicijnen (enkele fabrikant en duur) en meervoudige generieke medicijnen (meerdere producenten en dus concurrentie mogelijk).

substitutie naar de eerste lijn gezondheidszorg plaatsvindt door transitie van ‘lichtere’ GGZ taken naar de huisarts. Een kenmerkend voorbeeld hiervan is in het convenant de extra budgettaire kaders voor de praktijk-ondersteunende huisarts. Voor GGZ taken kan via een businessplan bij de verzekeraar budget verkregen worden voor een GGZ bijscholing/ondersteuner (€38 miljoen budget in 2012). Het voordeel van GGZ-POH ten opzichte van andere M&I of substitutie zorgtaken is dat er relatief lage investeringen voor benodigd zijn, resultaten (gezondheidsuitkomsten) blijken echter moeilijk meetbaar volgens de NZa (2013) Marktscan huisartsenzorg (p.4,12) en NZa (2011) Advies Basis GGZ (p.3).

Een in het convenant ontbrekende verantwoordelijkheid is de gerealiseerde gezondheidsuitkomst en de effecten hiervan op bekostigingsvariabelen. Er is geen onderdeel binnen het convenant dat deze verantwoordelijkheid bij individuele zorgverleners of organisaties neerlegt. Dit is noodzakelijk voor de resultaatmeting en ook voor het tussentijds bijsturen van het beleid ten aanzien van ongewenste effecten. De nadruk ligt op de verantwoordelijkheden omdat de toezichthouder, de NZa, reeds vanuit het gesloten convenant dreigt met, zij het uitgestelde, korting op de huisartsenzorg. De NZa gaat hierbij uit van een norminkomen voor huisartsen en gebruikt deze korting om het verschil in de groeiende kosten van de huisartsenzorg op de consulten of de inschrijftarieven te korten. Uit onderzoek van NIVEL⁴¹ (LINH studie) blijkt dat sommige ketens, bijvoorbeeld oncologische nazorg, maar ook diabetes mellitus en COPD een steeds groter onderdeel uitmaken van de consulten die een huisarts verricht.

Het nieuwe Onderhandelaarsresultaat betreft de keten organisaties wel om de afspraken ook draagkracht te geven binnen dit onderdeel van de doelstelling om zorg uit de tweede lijn te houden. Binnen het huisartsenconvenant ontbreekt een financieel systeem waarmee de beoogde zorgverschuiving dichter naar de burger meetbaar wordt. De financiële context wordt voor de huisarts gevuld met uitgestelde boetes, kortingen, door de NZa in 2011, 2012 en 2013. Verder wordt er geen extra kader voor een macro kostenbeheerssysteem voor deze extra zorgtaken die huisartsen moeten gaan uitvoeren gemaakt. Binnen dit systeem is het tevens van vitaal belang een onderverdeling in verantwoordelijkheden vast te leggen zoals de gewenste regionalisering van zorgaanbod of mechanismen die ervoor zorgen dat de vervuiler betaalt. Deze ontbreken volledig in het convenant. Een in het convenant benoemde oplossing voor duurzaam ontwikkelen van substitutie zorgtaken blijft uit, met name vanwege de korte looptijd van het convenant.⁴²

De beperkte oplossingen in het convenant leiden tot een hernieuwd programma op het Ministerie van VWS, het programma ‘beperking uitgavengroei in de curatieve zorg’ moet een breder veld van actoren in de lopende afspraken betrekken en nieuwe afstemming realiseren op het zorgaanbod en de verdeling daarvan onder aanbieders. De actoren aan de onderhandelingstafel zijn niet uitputtend alle vertegenwoordigers van het beleidsveld of de praktijk. Daarvoor worden drie nieuwe overeenkomsten tussen stakeholders in de gezondheidszorg gesloten.⁴³

⁴¹ Oncologie in de huisartsenpraktijk, Huisarts en Wetenschap, jaargang 2013, nummer 1:6-10

⁴² De korte looptijd van het convenant heeft te maken met de demissionaire status van de Minister, deze kreeg niet de gelegenheid van de kamer(s) om een langere afspraak te sluiten.

⁴³ Dit zijn het: Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 – 2017, medisch specialistische zorg 2014 – 2017 en GGZ 2014 – 2017.

5.5 Totstandkoming van het 'Zorgakkoord' 2013

Het Zorgakkoord is het resultaat van beleidsontwikkeling binnen de huisartsenzorg in het Nederlandse zorgstelsel in de jaren na de invoering van het marktwerkingmodel. Het 'Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 - 2017', gesloten op 24 september 2013 werd bovendien gesloten tussen een breed pallet aan stakeholders; de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg, de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)⁴⁴ en de Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op 24 september 2013 is het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 – 2017 getekend door alle betrokken partijen. De aanleiding voor dit nieuwe beleidsstuk is de korte looptijd van het bestaande convenant en het beperkte aantal deelnemers daaraan (VWS en LHV) terwijl de doelen die besproken worden in het convenant veel meer partijen aangaan. Als belangrijke bijkomende reden is er sprake van niet geanticipeerde neveneffecten en tevens praktische hiaten in het bestaande convenant dat alleen door het Ministerie van VWS en de LHV getekend is.

Het Zorgakkoord bestaat uit drie onderdelen. In dit onderzoek staat het deelakkoord dat is gesloten met de eerste lijn gezondheidszorgstakeholders centraal. Dit akkoord is specifiek met de eerste lijn partijen tot stand gekomen. Het akkoord stelt de huisarts nog centraler in de eerste lijn gezondheidszorg. Het akkoord honoreert ook de generalistische en persoonsgerichte aanpak van de huisarts. De huisarts behoudt namelijk zijn inschrijving op naam, er komt zelfs een wettelijke verankering van. Dit is belangrijk voor de huisartsen en het substitutiebeleid omdat patiënten anders kunnen blijven wisselen en daardoor kunnen ontsnappen aan de regiefunctie van de huisarts en zijn zorgverzekeraar met de bijbehorende gecontracteerde zorg (interview Maarten van Woelderen; observatie LHV ledenvergadering). Zoals eerder geïntroduceerd heeft Minister Schippers van VWS het akkoord gesloten met een grotere groep stakeholders dan voorgaande akkoorden. Een centraal thema binnen het Onderhandelaarsresultaat is door betere samenwerking en zorgsubstitutie de nationale zorguitgaven terugdringen.

Er wordt een nieuw organisatiemodel voorgesteld waarin bestaande verrichtingsprikkels uit de praktijk van de huisarts plaats maken voor een basisinschrijftarief. Hierdoor vervallen de bestaande consulttarieven (en M&I verrichtingen) als betaaltitel.⁴⁵ Het eerste segment vormt in het nieuwe model 80% van het honorarium van de huisarts. Het basistarief in het eerste segment bestendigt het inschrijven op naam. Beide andere segmenten tezamen vormen de resterende 20% van het inkomen van de huisarts, afhankelijk van de afspraken die zorggroepen overeenkomen met zorgverzekeraars. Het contracteren van multidisciplinaire (keten)zorg met de eerste lijn gezondheidszorgorganisaties en medisch-specialistische centra wordt via zorggroepen uitgebouwd. Binnen zorggroepen zijn de verschillende disciplines uit de eerste lijn gezondheidszorg vertegenwoordigd. De zorggroepen indiceren de zorgvraag voor een regio met de aangesloten zorgprofessionals en verdelen het door de zorgverzekeraars ingekochte aantal zorgdiensten vervolgens. Een andere belangrijke wijziging is dat er expliciet bij de taakstelling van huisartsen ruimte voor zorginnovatie gecreëerd wordt door vrije zorgafspraken tussen zorgverzekeraars en zorggroepen ten aanzien van een patiëntenpopulatie mogelijk te maken.⁴⁶ Het Zorgakkoord tracht zo meer zorg vanuit de tweede lijn gezondheidszorg naar zorgaanbieders in de eerste lijn te substitueren zonder daarmee verrichtingsprikkels in de eerste lijn te veroorzaken.

⁴⁴ De LOK, LVG en VHN zijn in januari 2014 gefuseerd tot 'Ineen'.

⁴⁵ De consulten worden door de NZa gezien als verrichtingsprikkels voor de huisarts en zijn daardoor ongewenst (NZa, 2014, p.4).

⁴⁶ Tot maximaal 7,5-10% van het honorarium van de huisarts (NZa, 2014 p.8).

In een poging de totale zorguitgaven te minderen en parallelle decentralisatietaken te ondervangen, mag de huisartsenzorg volgens het akkoord groeien in de periode 2014 tot en met 2018, door taken over te nemen of te verdelen tussen de eerste en tweede lijn gezondheidszorg instituties. Dit kan in verschillende configuraties gerealiseerd worden, bijvoorbeeld door het introduceren van een meekijkconsult, substitutie van zorgtaken uit de tweede lijn of door additionele zorgtaken te verrichten. De basis van deze vernieuwde mogelijkheden ligt in de acceptatie ervan door zorgverzekeraars waardoor deze taken ook gecontracteerd worden. Kernpunt van de groeimogelijkheden van de huisartsenzorg is de het macro kostenbeheersysteem dat in het akkoord geïntroduceerd wordt. Dit marktspel geldt als reguleringsprincipe in de gezondheidszorg en ziet er als volgt uit; de verzekeraars contracteren zorg, deze zorg mag een groei inhouden van de zorguitgaven van de huisartsen per zorggroep, niet gecontracteerde zorg mag niet leiden tot meer zorguitgaven. De NZa houdt toezicht en kort de huisarts in zijn consulttarief en inschrijftarief bij overschrijdingen. De zorguitgaven in de huisartsensector liggen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 4,2% per jaar boven de 2,5% die in het akkoord overeengekomen is (CVZ, 2013). Het effect op de gezondheidszorg van een lichte verruiming van de zorguitgaven in een context van bezuinigingen biedt gelegenheid voor innovatie.

Groepercentages	2014	2015-2017
Jaarlijks regulier	1,5%	1%
Jaarlijks substitutie	1%	1,5%
Subtotaal	2,5%	70mln. Per jaar = 295mln totaal

Tabel 10. Groeipercentages huisartsenzorg sectie additioneel n.a.v. onderhandelaarsresultaat.

In totaal zal er 295 miljoen euro toegevoegd worden aan de huisartsenzorg tot 2017. De loonontwikkeling (consult en inschrijftarief) blijft hierbij buiten beschouwing. De bestaande afspraak van een extra 38 miljoen voor POH-GGZ functies is niet meegenomen in deze berekening en valt er tevens buiten. De afgesproken groeiruimte is in vergelijking met afgelopen jaren sinds het introduceren van marktwerking in de gezondheidszorg zeer beperkt. Er ligt binnen het akkoord dan ook de ruimte om buiten de 2,5% substitutie taken toe te laten mits deze gebruikt wordt voor gecontracteerde zorg met de zorgverzekeraars. In principe is het begrotingskader voor substitutie daarmee ‘onbeperkt’, effectief is substitutie namelijk een beoogde besparing op zorgdiensten uit de tweede lijn. De verzekeraar wordt per 2014 verantwoordelijk voor het transparant maken van deze besparing aan de toezichthouder. Hiermee worden eventuele kortingen naderhand voorkomen. Als het onderdeel substitutie groter wordt dan andere basiszorgtaken van de huisarts leidt dat volgens het akkoord ook niet tot een korting.

Het gevaar van upcoding blijft niet gehandhaafd in het onderhandelaarsakkoord, de huisarts had om zijn patiënten zo goed mogelijk van dienst te zijn de prikkel om de diagnose dermate te verzwaren waardoor de patiënt terecht kan in de tweede lijn zonder dat er eerst elders naar alternatieven in de eerste lijn gezocht hoeft te worden (interview, Joas Duister). Maar wanneer er meer consulten beschikbaar komen in de eerste lijn gezondheidszorg, zonder dat dit tot een extra ‘consult’ leidt, vindt de kans op ditzelfde effect in de huisartsenpraktijk minder plaats. Het macro- kostenbeheersysteem dat vanaf 2014 operationeel wordt door het monitoren van de nieuwe samenwerking (segmenten) in de eerste lijn, zorgt voor een nieuwe verdeling van onder andere deze sturingsverantwoordelijkheden.

- Brede Basisvoorziening Huisartsenzorg (Praktijkgebonden afspraken)
- Multidisciplinaire samenwerking (2A/2B)
- Prestatiebeloning en stimuleren vernieuwing (3)

De Brede Basisvoorziening Huisartsenzorg bevat de bestaande afspraken en beloningsstructuur van de huidige contracten, uitgebreid met additionele taken zoals een vernieuwde lijst met M&I taken (01-03-2014 tot 01-01-2015 waar deze verdwijnen). Het doel is binnen dit segment de prestatiebekostiging te introduceren. Hierbinnen valt ook het verwijsgedrag en dus de poortwachterpositie van de huisarts. De doelstelling in het akkoord omschrijft dit segment als ‘zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter fungeert en die grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid kunnen worden’ (ibid. p.4). Het tweede segment is gericht op de multidisciplinaire zorg, zoals bijvoorbeeld de ketenDBC’s. Echter de invulling van dit segment blijft beperkt concreet vanwege de verwachte invulling door zorgverzekeraars in gecontracteerde samenwerking.

Er is binnen dit segment sprake van gereguleerde voorwaardelijke toeslagen, wat wil zeggen dat de kosten van het extra personeel voor de huisarts hierin betrokken worden. De huisarts besteedt dus de declaratie uit aan specialisten (meekijkconsult) of ondersteuners in samenspraak met protocollen van de gecontracteerde verzekeraar. De verzekeraar moet flexibel kunnen inkopen in de tweede lijn om ervoor te zorgen dat er financiële ruimte komt voor substitutie in de eerste lijn.

Het derde segment is met name gericht op focusgroepen zoals al binnen de inschrijving op naam gespecificeerd wordt. De prestatie-uitkomst van de geconsumeerde zorg staat daar binnen centraal. De wens van de minister en de zorgverzekeraars is hier dat het consulttarief verdwijnt en uiteindelijk plaatsmaakt voor de prestatiebekostiging. Hieronder vallen ook de prestaties voor vernieuwing. Er is sprake van een vrije prijs en de onderhandelingen vallen binnen de zorggroepen die verdeeld over 92 regio’s in Nederland liggen. Onderliggend aan deze nieuwe (prestatie)bekostiging liggen bestaande instrumenten. Zo is ook het onderdeel doelmatig voorschrijven wat betreft de geneesmiddelen niet komen te vervallen. Door het nieuwe systeem worden deze kortingen en boetes wel anders effectief. De korting van 50 miljoen – de prestaties van doelmatig voorschrijven worden berekend voor de zorggroepen die slecht presteren in plaats van de generieke korting die onder het convenant gold. Van deze 50 miljoen staat op 6-5-2013 nog 23 miljoen open (presentatie ledenvergadering LHV, 2013; cijfers NZa, 2013). De korting van de NZa (226 miljoen) op het inkomen van de huisarts wordt geactualiseerd en mag een licht effect hebben op de tarieven van 2014. Verwerkt in de consulttarieven van 2014 mag dat niet leiden tot een korting. De verwachting is dat deze tarieven niet stijgen (gebruikelijk 2%) maar gelijk blijven aan de norm van 2013. De omvang en onderlinge verhoudingen zijn geen vast gestelde normen. Dit laat ruimte aan de markt om flexibele oplossingen te maken. De bestaande bekostiging is volgens de NZa (2012 p.18) niet adequaat aan de prestaties van huisartsen gekoppeld. De M&I verrichtingen verdwijnen grotendeels naar het tweede segment. De prestaties van de speciale verrichtingen, zoals de KetenDBC’s en het meekijkconsult worden bekostigd uit het dekkader medisch specialistische zorg, opgenomen in het Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 -2017(p.3) onder de noemer doelmatigheid.

De zorgsubstitutie neemt een groter onderdeel van de bekostiging van de huisartsenzorg in. De 2,5% die daar ongeveer als basis voor geldt lijkt aan de lage kant. De flexibilisering van het inkoop beleid van de zorgverzekeraar maakt de substitutie mogelijk. Echter kunnen enkel jaarlijks wijzigingen in het inkoop beleid aangebracht worden want de zorgverzekeraars kopen de zorg in bij de tweede lijn. Op het schemegebied tussen eerste en tweede lijn zorg zijn geen concrete afspraken gemaakt.

Het belonen van gezondheidsuitkomsten door het geleidelijk laten verdwijnen van het consulttarief voor monodisciplinaire behandel combinaties is nog niet in het akkoord verwerkt. Dit akkoord heeft grote gevolgen voor de institutionele configuratie van de eerste lijn gezondheidszorg in Nederland. Sommige onderdelen uit het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 -2017 staan of vallen met het veranderen van de institutionele werkwijze van de tweede lijn gezondheidszorg. De medisch specialistische zorg en de tweede lijn zorgorganisaties zijn de plaats waar zorg substitueren naar de eerste lijn mogelijk moet worden. De institutionele werking van de tweede lijn is hierboven al kort toegelicht, waar de eerste lijn een generalistische aanpak prefereert en de huisarts zijn honorarium verkrijgt uit het inschrijftarief en slechts deels het consulttarief, zo verkrijgt de medisch specialist zijn honorarium uit de diagnoses die gesteld worden en de behandelingen (verrichtingen) die daarmee gemoeid zijn anderszins.

5.6 Analyse

Langzaam aan kregen steeds meer stakeholders belang bij de ontwikkelingen in de eerste lijn. In de beginjaren van de marktwerking was de huisartsenzorg relatief verwaarloosbaar voor de inkoop van de zorgverzekeraar. In enkele jaren is dit uitgegroeid tot de meest centrale inkoop taak van zorgverzekeraars. Gaandeweg hebben de verzekeraars belang gekregen bij substitutie van zorgtaken door huisartsen omdat het een noemenswaardige besparing op de inkoop opleverde. Dat loopt parallel met de technologische mogelijkheden die op steeds meer plaatsen toetreden tot de huisartsenzorg. Deze stakeholderveranderingen komen duidelijk naar voren in de verschillende golven van hervormingen die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen. Ook de verschillende mechanismen van graduele institutionele verandering zijn in de ontwikkeling van het Nederlandse stelsel veelvuldig empirisch naar voren gekomen. In 1974 begon het met een periode van conversion toen een aantal wijzigingen aan de AWBZ en het Echelonneren van de gezondheidszorg (Structuurnota) de poortwachterpositie van de huisarts bewerkstelligde. Allereerst ontstond in het zorgstelsel voor huisartsen een vele malen grotere discretionaire bevoegdheid dan dat de verschillende stakeholders hadden kunnen inschatten. Ook kreeg de huisarts veel nieuwe taken, die technologisch niet in de huisartsenpraktijk te behandelen waren waardoor er meer verwijzingen een ondermijning van de poortwachterpositie inhield. Dit was onwenselijk voor de politieke stakeholders en in een context van oplopende kosten aan de care zijde van de gezondheidszorg ontstonden tegengestelde strategieën van stakeholders om de problemen in de eerste lijn gezondheidszorg aan te pakken. De huisartsen zelf werden hier echter niet voldoende bij betrokken (Van Es, 1986).

Bungelend aan de slinger die voor meer liberalisering of meer overheidstoezicht zou moeten zorgen werd de WVG een tijdelijk lapmiddel voor de problemen die waren ontstaan door het laten eroderen van de echelons (de huisarts verwees veel, waardoor de poortwachterpositie afnam). Dit kan gezien worden als een kortstondig moment van layering doordat de discretionaire bevoegdheid van stakeholders werd ondermijnd door de bestuurlijke context (waarin regelgeving en faciliteiten voor echelonneren ontbrak). In 1987 leek door de plannen van de Commissie Dekker een keuze gemaakt te worden voor marktwerking en een conversion leek zich aan te tekenen aan de horizon.

Het was nog niet de tijd om door te zetten met deze conversion of displacement vanwege grote onzekerheden in het zorgstelsel. Allereerst bleef er de dure verschuiving van cure naar care door een ongebreidelde groei chronisch zieken, technologische mogelijkheden en het niet ondervangen van beleidsfeedback in de AWBZ van toen (Maarse, 2011). Hiervoor zijn drie redenen aan te wijzen. Het was niet duidelijk hoe de voorgestelde marktwerking een oplossing zou bieden voor het cure/care probleem of

bijvoorbeeld concurrentie onder huisartsen dit zou faciliteren. Ten tweede was er een duidelijk ideologisch probleem tussen even sterke groepen stakeholders voor en tegen marktwerking in de gezondheidszorg. Ten derde was er door het echelonneren ook een grotere discretionaire bevoegdheid gecreëerd bij de verschillende functies in de zorg, de politiek, het toezicht en in de beleidsgrémia.

Toen het begrotingstekort opliep tot 10.8%, wat onder andere reden tot consequente momenten van layering vanaf 1994 leidde, veranderde de bereidwilligheid voor verandering van binnenuit de instituties. Allereerst werd door de intrede van een liberale politieke partij in de regering een hernieuwde interesse in het marktwerkingsmodel ontluikt, hierdoor werden wetten veranderd die het mogelijk maakte om meer autonomie voor verzekeraars te realiseren. Vervolgens werd er differentiatiebeleid en risicopopulatie beleid ingevoerd om de sterke groei van de care-kant van de gezondheidszorg beter in beeld te krijgen. Dit beperkte onder andere de autonomie van medische beroepsgroepen omdat zij meer verantwoording moesten afleggen en doorverwijzen minder vanzelfsprekend werd door de groei van de invloed van ziekenfondsen. Vanuit een slecht functionerende WVG werden de eerste plannen voor een onafhankelijke toezichthouder op de zorgverzekeraars geopperd. Toch zou deze pas bij de stelselwijziging in 2006 plaatsvinden. Het bleef dus bij een opeenstapeling van layers die door een sterke politieke inmenging in het zorgstelsel en harde veto's vanuit de tweede lijn instellingen en zorgverzekeraars de aanbodzijde van de zorg bepaalden.

Vanaf omstreeks 2001 (Minister Borst) werden de sterke veto's van verschillende partijen afgezwakt door een perspectief te verschuiven naar de vraagzijde. Wat in principe het gevolg hier van was, dat er in het stelsel een duidelijke conversion optrad (tussen 2001 en 2005). Niet alleen werd het beleid klaargestoomd voor een transitie naar een marktwerkingsmodel door de grondige aanpassing van de AWBZ in 2003, ook werden beginnen gemaakt met het faciliteren van patiëntenkeuze, een rol die de huisarts moest gaan spelen tussen de specialistische zorg en de patiënt. Door mechanismen zoals benchmarking en nieuwe budgetteringsmechanismen werden de eens sterke veto's afgezwakt en diffuus over de stakeholders verdeeld, er kwamen meer 'zachte' veto momenten uit 'polderen' naar voren.

Een angst dat er eigenlijk geen alternatief voor marktwerking meer was droeg bij aan de bereidwilligheid van de verschillende stakeholders om in overlegstructuren te treden. Het werkelijke doel was de angst voor 'allesbepalende zorgverzekeraars' te temperen en professionele onafhankelijkheden te realiseren. Zo is het te zien dat in deze tijd de publicaties van de NHG en LHV stijgen, het Medisch Contact steeds meer huisartsenbelangen-opinie publiceert. Het crescendo van 2006, displacement, het nieuwe stelsel met een onafhankelijke toezichthouder, een nieuwe wet voor Zorgverzekeringen zorgt voor zo'n onzekere periode in de ontwikkeling van het zorgstelsel dat vanaf 2008 wanneer de belangrijkste veranderingen gesetteld zijn en stakeholders weer in posities sterk worden (met zeer sterke zorgverzekeraars want de voormalige ziekenfondsen zijn inmiddels allen overgenomen door private verzekeraars).

Een periode van layering breekt aan in 2008 waar veel evaluatierapporten verschijnen over de negatieve gevolgen van marktwerking. De no-claim korting op de zorgpremies wordt afgeschaft en daar komt een eigen-risico voor in de plaats. Bijzonder is dat sinds 2006 de huisarts praktisch buiten schot blijft van beleidsveranderingen omdat het leeuwendeel van de (AWBZ) behandelingen gemaximeerd blijven en vrije onderhandeling, laat staan concurrentie, bij huisartsen achterwege blijft. Toch krijgt de huisarts meer taken naar aanleiding van budgetsysteemwijzigingen, benchmark onderzoeken en nieuwe zorgmodellen

(zoals het Menzis model vanaf 2007 waarin een grote nadruk op de diagnostiek inkoop eerste lijn en multidisciplinaire zorg ontstaat). Het era van layering dient zich te meer aan omdat de scheidslijnen tussen eerste en tweede lijn weer vervagen, zoals ook midden jaren tachtig gebeurde, multidisciplinaire ketenzorg en een kleiner basispakket zorgt voor een sterke positie van de zorgverzekeraars en een harde opstelling vanuit de toezichthouder (NZa) die waakt voor het marktevenwicht.

Vanaf 2011 (Convenant huisartsenzorg) brak een nieuwe era van conversion aan, met name in de huisartsenzorg. Tussen het Ministerie en de LHV/NHG werden taakherschikking, taakuitbreiding en meer populatiegerichte zorg in akkoorden vastgelegd. De nieuwe normen die gingen gelden zijn van binnen de beroepsgroep opgesteld door de LHV, waardoor een duidelijk financieel kader ook wel moest ontbreken omdat het niet de taak van de huisartsen is om dit kader te stellen. Daar zijn de verschillende toezichthouders voor. Een duidelijk hiaat in de conversion bleef echter bij het concretiseren van de meting van gezondheidsuitkomsten als centrale parameter voor de kwaliteit van de zorg. Een eerste stap, layering, naar het Zorgakkoord dat in 2013 zou volgen is het intensiveren van de praktijkondersteuning voor de nieuwe taken die de huisartsen zouden krijgen. Bijvoorbeeld de POH-GGZ. De strakke kaders van het convenant bevatte teveel gaten waardoor er intern gezocht moest worden naar overeenstemming. Dit vergde een groter veld met stakeholders. Dit veld werd gevonden met het Zorgakkoord.

Het Zorgakkoord leidde een nieuwe periode van conversion in. Deze herhaling van zetten vindt cyclisch plaats in de geschiedenis van het Nederlandse zorgstelsel. Het is niet zelden dat in de literatuur verwezen wordt naar het plan Simons en de commissie Dekker (Helderman, Bevan, France, 2012; Helderman en Stiller, 2014; Maarse, 2011). Deze peetvaders van marktwerking hebben twee decennia mogen wachten op het gefaseerd prepareren van de introductie van marktwerking die uiteindelijk onvermijdelijk bleek. Verschillende coalities in de tweede kamer van het parlement hebben verschillende elementen gedwarsboomd, maar er zijn ook andere oorzaken aan te wijzen. Verschillende stakeholders hebben hier een rol gespeeld. Allereerst hebben zorgverzekeraars tot aan het plan van Hoogervorst (2003) een grote interne verdeeldheid gekend terwijl zij de dominante marktpartijen zouden worden in het plan (Maarse, 2011 p.95). Werkgevers vreesden een oplopende last op de inkomensafhankelijke afdracht en huisartsen dachten er qua inkomen op achteruit te gaan (ibid.). Vervolgens resulteerde de overleg cultuur tussen de bovenstaande stakeholders voor herhalingen en iteraties. Een reden voor de cyclische hervormingsreacties is vindbaar in de traditie van zorgverzekeringen.

Vanuit de beroepsgroep van de huisartsen kwam, vanwege de gefragmenteerde situatie waarin zij zich bevonden op langzamere wijze een representatie in de politieke en bestuurlijke gremia tot stand. De tweede en specialistische gezondheidszorg deed dat al veel langer, maar hadden er ook een groter (financieel belang bij). De huisartsen zijn zich gaandeweg steeds centraler gaan positioneren in het stelsel omdat substitutie van zorgtaken naar de huisarts een steeds grotere rol begon te spelen. Zodoende hebben verschillende soorten van hervormingen geleid tot een herbevestiging van de sterke poortwachterspositie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgmodel. Daarnaast hebben zij ook grotere contracten en taakstellingen kunnen verkrijgen door het onderhandelen met zorgverzekeraars vanwege de eenvoudig te scheiden zorglijnen en bijkomende verwijzfunctie (een lange arm van de zorgverzekeraar).

5.7 Samenvatting

De Nederlandse huisarts is herkenbaar, toegankelijk en heeft een sterk generalistisch karakter in de eerste lijn gezondheidszorg. Uit het bekostigingsstelsel komt naar voren dat voor de huisarts patiënten gezond zijn tot het tegendeel is bewezen. De poortwachterpositie van de huisarts speelt in het Nederlandse stelsel als belangrijkste rol de doelmatigheid van de gezondheidszorg te bewaken. De huisarts heeft daarnaast te maken met substitutie van zorgtaken vanaf midden jaren tachtig en exponentieel groeiend sinds de invoering van de Zvw in 2006. De huisarts is door verschillende hervormingen een coördinerende rol gaan spelen tussen wijkverpleegkundige, mantelzorg en ook medisch specialist. Het effect hiervan is dat meer stakeholders belang hebben bij de veranderingen in de huisartsenzorg en dus de positie hiervan (on)bedoeld versterken. Er zijn door hervormingen verschillende beleidsspecifieke patiëntenpopulaties met al dan niet gekoppelde multidisciplinaire ketenzorg ontstaan. Hierdoor worden er indicerende taken bij de huisarts gelegd en daarnaast speelt de huisarts op het gebied van GGZ, omtrent de jeugdzorg en op farmaceutisch gebied een steeds belangrijkere rol. Gedurende verschillende hervormingen heeft de huisarts de inschrijving op naam (van patiënten) behouden waardoor zijn poortwachterpositie (en inschrijfgeld) gegarandeerd wordt. Wat dit ook in de Nederlandse context realiseert is een sterke arts-patiënt relatie, en een verklaring voor de sterke positie van de huisarts. Omdat de poortwachterpositie de kosten van de zorg verlaagt, verschuift de aandacht in het zorgstelsel naar de eerste lijn. Door de groei van samenwerkingsverbanden binnen en met de eerste lijn gezondheidszorg in het Nederlandse stelsel wordt ook voor de zorgverzekeraars de huisarts een steeds belangrijkere stakeholder.

6. Stelselhervormingen in het Engelse NHS

Om de hervormingen die leidden tot de Health and Social care Act in 2012 te begrijpen is een historische context van de hervormingen die hebben plaatsgevonden noodzakelijk. Dit hoofdstuk volgt dezelfde indeling als het vorige.

6.1 Politieke invloed op hervormingsagenda

Om in kaart te brengen wat de hervormingen in het Engelse NHS zoal zijn geweest is het relevant om de politieke schommelingen in kaart te brengen omdat in het Verenigd Koninkrijk de gezondheidszorg (het Department of Health) via het Her Majesty National Treasury (equivalent van het Nederlandse Ministerie van Financiën) bekostigd wordt. Dit maakt de gezondheidszorg onderdeel van de politieke agenda. De hervormingen in afgelopen decennia zijn door regeringen geïnitieerd en dragen een bijkomstig ideologisch karakter. Dit is overigens niet frappant want het systeem is tenslotte genationaliseerd vanuit de gedachte dat een overheid succesvol is wanneer het voor de gezondheid van zijn burgers kan zorgen (Bevan, 1948 in Klein, 2013). Twee politiek-ideologische stromingen en een derde hybride stroming kunnen worden gedetermineerd. Dit zijn de regeringen van Conservatieven, Labour regeringen en vanaf 2010 een coalitieregering, de combinatie van Conservatives and Liberal Democrats.

Regeringen: Conservatives

Tussen 1987 en 1997 (1987, 1992 verkiezingen) waren de Conservatieven aan de macht in het Britse lagerhuis. Een van de belangrijkste ontwikkelingen in de eerste ambtstermijn is het NHS and Community Care Act welke in 1990 de interne markt heeft bestendigd voor de gezondheidszorg. Het wettelijke kader schept de mogelijkheid om inkoop en aanbod te scheiden en heeft daarvoor Hospital Trusts opgezet voor aanbieders en Commissioners (de toezichthouders en het management van de NHS) als inkopende partij. Een andere belangrijke wijziging in het zorgstelsel door de conservatieven is de institutionalisering van het Private Finance Initiative waardoor het mogelijk werd een gemengde bekostiging door publieke en private middelen mogelijk te maken. De tweede ambtstermijn van de conservatieven kenmerkt zich door modernisatie van de NHS die tussen 1992 en 1997 veel kritiek krijgt te verduren omtrent de bekostiging van de eerste lijn gezondheidszorg. Een belangrijk knelpunt is het achterblijven van de technologische capaciteiten van huisartsenvoorzieningen. Een eerste stap naar modernisatie, die in het volgende decennium erg belangrijk blijkt te zijn is het White Paper: The New NHS, Modern & Dependable (1997) waarin de Primary Care Trusts worden geïnstitutionaliseerd. Deze governance organisaties maken het mogelijk om het aanbod van de eerste lijn gezondheidszorg in te kopen op basis van de epidemiologische vraag van patiënten.

Regeringen: Labour

De Labour regeringen (1997-2010) hebben in 1997, 2001 en 2005 de verkiezingen gewonnen en in deze relatieve lange termijn veel wijzigingen in het NHSE volbracht. Een belangrijke start was het moment dat in 1997 de zorgstelsels van Engeland, Schotland, Noord-Ierland en Wales losgekoppeld werden van elkaar. Vervolgens werd in het NHS-Plan (2000) het oprichten van regionale Care Trusts mogelijk gemaakt. Deze organisaties behandelen de financiering van de gezondheidszorg per regio en worden gecontroleerd en geadviseerd door een scala aan nieuwe organisaties. In 2001 is bijvoorbeeld de National Patient Safety Agency opgericht en in 2002 de Strategic Health Authorities. In 2004 wordt de Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI) geïntroduceerd door Labour om meer transparantie in de lokale variatie van gezondheidszorgorganisaties te brengen. Daarnaast is in 2005 de

adviserende functie toegewezen aan het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die voorheen een minder directe rol ten aanzien van de inkoopstructuur droeg maar al wel bestond. Deze rol was noodzakelijk om in 2006 het inkopen van de acute zorg, vrijwillig, bij lokale inkoopstructuren neer te leggen door het wettelijk kader “Commissioning a Patient-Led NHS” waarbinnen Practice Based Commissioning ontstond door huisartsen. Zo’n 20% van de General Practitioners sloot zich bij deze vrijwillige vorm van zorginkoop aan.

Om de verschillende ontwikkelingen in het Engelse NHS te analyseren zijn net als in het vorige hoofdstuk tijdscohorten gemaakt om de hervormingen die hebben plaatsgevonden in het Engelse zorgstelsel zorgvuldig uiteen te zetten.

6.2 1979 - 1991

In 1979 kwam Thatcher aan de macht. Een omvangrijk plan om de bureaucratie te temperen (cutting red-tape, Thatcher, 1982 in Oliver, 2005) was het opdelen van het NHS in District Health Authorities. Hierdoor heeft het NHSE een verregaande integratie doorgemaakt van Regional Health Authorities en Community Care Councils. Een kenmerk van hervormingen in het NHSE tussen 1974 en 1982 is het herhaaldelijk pogen om de structuur te versimpelen en leiderschap en verantwoordelijkheden voor uitgaven bij het management van het NHSE te leggen (Klein, 2013; Oliver, 2005). Vanaf 1982 was er sprake van een algemeen management van districten die relatief autonoom de benodigde zorg konden inkopen (ook bij niet NHSE zorgaanbieders). Dit tijdsframe is zeer relevant omdat de opdeling van het NHS in de verschillende gebieden (Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland) er ook voor heeft gezorgd dat de interne markt werd gerealiseerd. Het doel van deze ontwikkeling was de kwaliteit van de aanbodzijde te verbeteren door inkoop en aanbod los te koppelen. Hierdoor werd beoogd dat patiënt georiënteerd zorgaanbod versterkt zou worden omdat daarbinnen een financiële stimulans ligt voor deze zorgaanbieders (Working for Patients, 1987).

De focus op patiënten door zorgaanbieder door het Patients-Charter lag met name op de tweede lijn en specialistische zorg. De Family Practitioners Committees werden afgeschaft ten faveure van de bekostiging van epidemiologische patronen die verantwoordelijk waren voor sterfteaantallen. Vanaf de midden jaren 80 werd het NHSE fel bekritiseerd in de media vanwege de nog steeds beperkte technologische vooruitgang, grote bureaucratie en duurder wordende gezondheidszorg (Bureau en Blank, 2004; The Nuffield Trust timeline, 2014). De hervormingen onder Thatcher en later Major wilden een einde maken aan de bureaucratische elementen door te focussen op zorginstituten die in direct contact met de patiënt stonden. Budgettering in deze periode werd daar geprioriteerd waar de patiënt in direct contact met de zorgverlening stond (Oliver, 2005). De bekostiging werd afgestemd op aantallen patiënten ingeschreven bij Local Health Authorities en Huisartsen (door middel van ‘Funds’) (Klein, 1998, p114). Ook financiering van zorginstellingen (zogenaamde ‘Trusts’) werden gebaseerd op deze populaties vanaf 1994 (ibid.). Hierdoor werd de huisarts ook een inkoopende partij en relatief autonoom (Le Grand, 1999). Met de introductie van het marktdenken kwamen ook de anti-markt sentimenten.

6.3 1991 - 2006

Na de in 1991 bestendigde interne markt met de daarbij behorende scheiding tussen zorgaanbieders en zorginkopers ontstonden er twee inkoopmodellen. De huisartsen kregen de mogelijkheid om als fundholder te opereren en niet-urgente en community-care in te kopen. De Health Authorities werden de

taak om specialistische zorg in te kopen toegedeeld. In 1994 werd dit er een experiment met Total Purchasing gestart waarin huisartsen de gelegenheid kregen om voor de volledige patiëntenpopulatie die bij de praktijk ingeschreven stond de benodigde zorg in te kopen (ook de acute zorg) (Timmins, 2012 p.18) Dit lijkt de voorganger van de Health and Social care Act omdat het totale zorgbudget, ook voor de acute en medisch specialistische zorginkoop bij lokale fundholders ondergebracht werd. Het enige verschil bleef dat deze experimenten nog steeds onder het gezag van een Local Health Authority viel, welke door de NHS toezicht moest houden net als in alle andere regio's waarbinnen de NHS op de reguliere methode opereerde (ibid.). Wat het inhoudt is dat nog steeds de zorgaanbieder niet wettelijk voor de inkoop verantwoordelijk was, dit was nog steeds een politieke verantwoordelijkheid. De onvolledigheid van de verantwoordingsstructuur en dus een incomplete hervorming zorgde in 1997 voor een einde aan de Total Purchasing experimenten om de simpele reden dat er geen mogelijkheid was ze van bredere wettelijke grondslag te voorzien (Klein, 2013; Omair Vaijani, interview). Het effect dat de experimenten wel op grotere schaal hebben gesorteerd is dat de inkoop door zorginstellingen (Trusts) leidde tot een dualisme (en grotere onafhankelijkheid) tussen Health District Authorities en de Trusts. De keuze van aanbieders binnen een regio bleef echter wel bij de Health District Authorities liggen op basis van kwaliteitscriteria en certificeringen (Oliver, 2005 p.77).

In 1997 werden de Huisarts-inkoopstructuren (Fundholders) ingeruild voor Primary Care Groups en - Trusts welke als management laag (met klinische leden) voor de zorgdistricten de inkoop taak op zich namen. Een voorname reden voor deze verandering wordt door Klein (2013) aangewezen in de politieke aardverschuiving naar Labour en de bijbehorende Third-Way politiek. De verkiezingsbelofte van Labour was voor het NHS een verdergaande aanpassing aan de wens van patiënten die nieuwe verwachtingen die die patiënten hebben ten aanzien van gezondheidszorg in een veranderende samenleving. Doordat evaluaties van de invoering van marktmechanismen in vraag en aanbod van gezondheidszorg ook niet eenduidig de efficiëntie van de rigide scheiding aantoonde werden de Fundholding-mechanismen afgeschaft. Sinds Labour werd ook weer een andere focus aangelegd, dit keer bleef het wel bij de patiënt maar verschoof de focus naar de rechten van patiënten om de eigen services te kiezen (Klein, 2013). Het ideaal was dat de patiënt de bij hem of haar passende service kiest en dat de inkoop daarop volgt.

Niet lang na de implementatie van marktgeoriënteerde elementen in het NHSE kwamen de fundamentele van het zorgstelsel onder grote politieke druk te staan (Klein, 2013; Le Grand, 1999; Bevan, 2006). Dit wordt toegeschreven aan het doel waarmee de hervormingen in eerste instantie waren geïnitieerd, namelijk efficiëntie, betere zorg, betere responsiviteit van de zorg en minder bureaucratie. Echter deze elementen waren niet behaald in de ogen van het publiek. Oliver (2005) vult daar aan bij dat gelijkheid en toegang tot de zorg door marktfocus werd ondermijnd.

Toen Labour de kans kreeg om de hervormingsagenda te beïnvloeden als regeringspartij in 1997, werden veel van de hervormingen uit de Major/Thatcher regering teruggedraaid. In plaats van marktwerking werd het 'samenwerking' (Klein, 2013). Dat bestond uit integrale zorg, om de patiënt heen georganiseerd, met daarbij een vergrote aandacht op de huisartsenzorg. De huisarts als familiedokter. De huisartsenzorg werd gezien als de primaire en bron van zorg voor alle patiënten en daarom moest er een einde komen aan de technologisch en budgettair achtergestelde huisartsenzorg (Primary Care Act, 1997). De eerder geïnstitutionaliseerde Fundholding werd afgeschaft en ondergebracht bij de Primary Care Trusts (PCT's). De PCT's waren in de gelegenheid gesteld om integrale zorg budgetteringsexperimenten uit te voeren.

Waar er in 2000 nog 100 Health Authorities bestonden en ruim 475 PCG's/PCT's, waren dat er in 2006 nog maar 152. Dit aantal was gebaseerd op de toen geldende norm van 300.000 patiënten per regio. De 152 PCT's bestierden 80% van het totale NHS budget. Vanaf 2004 werden er al door PCT's budgetten toegekend aan Practice-Based Commissioning (PBC). Dit was een organisatievorm die huisartsenpraktijken een budget verleende voor de inkoop van zorg aan de hand van targets gesteld door de PCT's. De inkoop van zorg in ziekenhuizen werd voornamelijk door de NHS Trusts en NHS Foundation Trusts gedaan (vanaf 2008 een groei van Foundation Trusts). Wat opmerkelijk was vanaf 2004 is dat de keuze voor zorgaanbieder bij patiënten die bij een PBC huisartsenpraktijk waren aangesloten groter en geïnstitutionaliseerd was met een "Extended-choice" catalogus en niet-PBC's deze optie niet kenden. Vanaf 2008 werd "Free Choice" bestendig voor alle NHS patiënten.

Het resultaat van het verplaatsen van de budgetten naar zorgprofessionals, of dat nu de zorginstellingen of de huisartsen waren, was een verbeterde onderhandelingspositie van zorgaanbieders onder elkaar en daardoor een verkorting van de wachtlijsten en het dalen van de prijzen van behandelingen (situatie rond 2006) (Timmins, 2012 p.18). De keerzijde van het budget neerleggen bij zorginstellingen en huisartsen was een enorme stijging van de administratieve controlelasten. De vraag werd daarom door de politiek ook gesteld of het verbeterde inkoopbeleid deze extra lasten wel waard waren. Wellicht vanwege de vrijwilligheid van de budgethouder-positie bleef het onduidelijk of de patiënten voordelen ondervonden wanneer zij zorg verkregen vanuit budgethoudende zorginstellingen of niet.

De bovenstaande veranderingen waren niet mogelijk geweest als niet als sinds 1999 een decentralisatie was ingezet van management en autonome budgettering naar regio's (Noord-Ierland, Schotland, Engeland en Wales). Specifiek in het NHSE werden experimenten met Payments By Results geïnitieerd, waarbij het budget de zorgvraag van de patiënten volgde. De marktwerking zoals deze was opgezet door Thatcher en Major werd volledig anders in de praktijk gebracht vanwege de gefragmenteerde contractprocessen. Vervolgens werd het tijdperk Blair (tot 2006) gekenmerkt door een enorme investeringsgolf in medische centra om wachtlijsten te verkorten. Veel van deze centra hebben tot de dag van vandaag hoge leningen bij het NHS uitstaan om ze draaiende te houden (Spending Review, 2010; Andrea Gupta, CCG Chair 2014, interview).

Door de invulling van de scheiding van inkoop en aanbod van zorg doormiddel van criteria en prestatieindicatoren groeide tegen het einde van 2005 de vraag om meer klinische overwegingen in het inkoopbeleid. Dit hield in dat wederom de aanbodzijde meer te zeggen kreeg over het systeem van de inkoop. Hierboven is deze zelfde reactie al omschreven midden jaren 90 van de vorige eeuw. De PCT beheert het budget, maar is niet verantwoordelijk voor de uitgaven. Wederom werden deze initiatieven vanaf 2005 vrijwillig beschikbaar gesteld. Vervolgens kwamen door een kritische evaluatie de fundamentele van het 'practice based commissioning' onder druk te staan vanwege de neveneffecten van de 20jaar eerder afgesproken scheiding van inkoop en aanbod. Een nieuw tijdperk en een nieuwe regeringstermijn diende zich aan in 2005.

6.4 2006 – 2011

Dit tijdperk kenmerkt zich door het in korte tijd oprichten en hervormen van veel instituties en organisaties. Een van deze hervormende organisatiestructuren waren de Primary Care Trusts (PCT's). Deze organisaties hebben de inkoop van een groot gedeelte (30%) van de eerstelijnszorg (huisartsen,

tandartsen en welzijnswerk) voor de Strategic Health Authority ingekocht tot 2013. Het doel van de PCT's was het verbeteren van de publieke gezondheidszorg op lokaal niveau, rekening houdend met de lokale zorgvraag. Zij maakten screeningsprogramma's aan de hand van het quality regime mogelijk en investeerden in lokale zorginitiatieven. De PCT's hebben in 2004 gedeeltelijk de verantwoordelijkheid genomen die de district health authorities op het gebied van inkoop van (planbare) ziekenhuiszorg. Tussen 2004 en 2013 (toen de PCT's opgeheven werden) zijn de PCT's veelvuldig in elkaar opgegaan (van 300+ naar 152). De taken van de PCT's zijn tussentijds uitgebreid bij wijze van regionale vraag, beleidsfeedback en incidenteel maatwerk. Uitbreidingen waren in sommige regio's het organiseren en inkopen van de ambulance diensten, NHS walk-in centra en de zorg in verplegingshuizen.

Een andere verandering die in deze periode heeft plaatsgevonden is de groei van NHS Hospital Trusts. Ook deze organisaties zijn verantwoording verschuldigd aan de SHA's die zorgdragen voor jaarlijkse trendrapporten omtrent de financiën. Het ontstaan van Hospital Trusts heeft de financiële vrijheid voor zorginstellingen (ziekenhuizen en specialistische praktijken) vergroot. Ze verlenen diensten aan de PCT's door de standaarden die gesteld worden door de Care Quality Commission te vertalen naar de gehele zorgsector.

In 2004 wordt Monitor opgericht als organisatie die moet toezien op de vorming en invulling van taken die uitgevoerd werden door NHS trusts. Zij hebben voornamelijk een financiële focus. Monitor verzorgd ook de ratings van Foundation Trusts die bepalend zijn voor de financieringen in de volgende Strategy Review (en dus de honoraria). In 2006 is het takenpakket van Monitor uitgebreid met de verantwoordelijkheid voor medische kwaliteitsstandaarden en kan daarvoor direct in Foundation Trusts ingrijpen. Monitor deelt hier de verantwoordelijkheid met NICE, welke verantwoordelijk is voor het opstellen van de standaarden en informatie in de zorgsector. NICE is meer het onderzoeksinstituut dat zorgdraagt voor effectiviteitsonderzoek, richtlijnen en best-practices. NICE, opgericht in 1999 heeft in 2005 de Health Development Agency overgenomen waardoor zij vanaf toen ook de verantwoordelijkheid kreeg om klinische voorwaarden voor te schrijven aan alle door de NHSE gecontracteerde zorginstellingen.

De ontwikkeling van relatief autonome inkoop per regio heeft ook impliciet de deur open gezet voor een universele toezichthouder. Dit is in 2009 de Care Quality Commission (CQC) geworden voor de tweede en specialistische zorg. Deze organisatie formuleert de outcome standaarden waar alle organisaties binnen het NHSE moeten voldoen. Zij ziet ook toe op de kwaliteit en prestaties van de Hospital Trusts (NHSHT). Het ongebreidelde toevoegen van organisaties en standaarden is niet zonder gevolgen gebleken. De administratieve druk op de begroting en de sector zelf is de primaire aanleiding geweest voor het Health and Social Care Act in 2011, voorgesteld door Andrew Lansley. Primaire bronnen waarop Lansley zijn plannen heeft gebaseerd is het House of Commons report in 2010 en de het regeerakkoord tussen de Conservatives en de Liberal Democrats. Binnen het regeerakkoord stonden een aantal centrale aanleidingen tot het HSCA. Ten eerste liepen de prestaties van PCT's erg achter op de verwachtingen. Ten tweede werd er een gebrek aan transparantie ervaren. Ten derde groeiden de administratieve lasten. Ten vierde ontbrak het bij de regionale inkoop structuren aan voldoende kennis waardoor er veel advies ingekocht moest worden. Al met al werden de hervormingen uitgelokt door de eerder geconstateerde problemen met het zorgstelsel die nog steeds niet het hoofd waren geboden.

De nieuwe regering in 2010 stelde dat reeds vanaf 2008 de grotere zorginstellingen de mogelijkheid verantwoordelijk te worden voor regionale supervisie omtrent de te contracteren zorg en deze vrijheid werd belemmerd door richtlijnen en een lijst met vaste (maximum)prijzen. Het bijkomende effect van maximumprijzen was wel (de gevreesde) marktwerking buiten de deur houden (Clarke, 2008). Gaandeweg 2006 werden er al wel pogingen gedaan om doormiddel van marktwerking de aanhoudende problematiek door kostenstijging in het NHS aan te pakken. Verder ontstonden er wachtlijsten en monopolies van private instellingen in zeer specialistische (gecontracteerde) medische behandelingen (Timmins, 2008; 2012). Voor dit laatste werden publieke (NHS) gefinancierde ISTC's (independent surgical treatment centres) opgericht om de vraag naar de duurdere private alternatieven te laten dalen. Dit was aanleiding voor de hervormingen. Ook zette dit de hervormingsagenda op scherp als het selectieve (zelfs politieke) zorginkoop betrof. De voorkeur wordt nog steeds gegeven aan publiek georganiseerde zorginstellingen vanuit de idee zorg als onderdeel van de overheid moet zijn en niet een marktwerking moet zijn.

6.5 Aanleidingen tot 'The Health and Social care act'

De Labour administratie heeft zich in haar termijnen ingezet voor de keuzevrijheid van patiënten. Ten eerste is de keuzevrijheid uitgebreid naar een door de huisarts samengestelde lijst van (tenminste drie) lokale zorginstellingen voor de noodzakelijke specialistische zorg. Ten tweede is het onder New Labour mogelijk geworden om ook de private zorginstellingen te kiezen. De enige voorwaarde die aan deze keuze verbonden moest zijn is de certificeringen door NICE aan de hand van het door NHSE vastgestelde prijzen quotum (dezelfde prijs als lokale zorginstellingen). Ten derde werd door New Labour een benchmarkstelsel opgezet waar aan de hand van prestatieindicatoren zoals wachtlijsten, patiënttevredenheid en prijs (inkoopmanagement) de keuzemogelijkheden transparanter werden gemaakt. De schaduwzijde is dat deze lijsten en accreditaties een eigen leven zijn gaan leiden (interview, Andrea Gupta, CCG Chair 2013).

Aan het einde van de New Labour administratie bleek dat een groot gedeelte van wetsvoorstellen ook door de Conservatives gesteund en de NHSE onder Andy Burnham als Secretary for Health niet aan de gewenste en voorgestelde hervormingen waren toegekomen.⁴⁷ Niet lang na de verkiezing van 2010 hebben de Conservatieven deze onbestendige belofte voor hervormingen die een einde moesten maken aan grote kwaliteitsverschillen tussen regio's samengevat in een Whitepaper (vanuit het Secretary for Health Andrew Lansley in 2010). Het "Equity and Excellence" whitepaper was het sluitstuk op voorspelde hervormingsplannen die voor het eerst in de afgelopen twee decennia niet tegen de hervormingsgedachten van een vorige regering ingingen.

In de maanden die volgende op het whitepaper ontstonden vanuit een scala aan stakeholders grote weerstanden. Een eerste relevante stakeholder vanuit de politieke gremia waren de kersverse coalitiepartners; de Liberal Democrats. Zij waren vanaf het eerste moment mordicus tegen de hervormingsplannen en voelden zich gepasseerd omdat in de verkiezingsstrijd veel van de plannen nog niet geopenbaard waren. De eerste steun die de Liberal Democrats zochten om buiten de politieke arena deze hervormingsplannen te bevechten was die van de media. Voorjaar 2011 werden er door de medisch specialisten en zorginstellingen frequent uitlatingen gedaan in de media die bestonden uit spoedberaden van de BMA (British Medical Association). Dit, op 15 maart 2011 gehouden congres, bestaande uit leden

⁴⁷ <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/mar/29/national-care-service-labour>

van de BMA nam aan de lopende band moties aan tegen de plannen van Lansley, die in deze arena geen mogelijkheid kreeg om met amendementen te komen (The Guardian, 2011)⁴⁸.

De belangrijkste argumenten van de medisch-specialisten waren gericht op de ongelijkheid die zou ontstaan door de hervormingen, met name voor patiënten in verschillende regio's. Daarnaast was een groot bezwaar van de BMA dat door het toelaten van private instellingen de onrendabele verrichtingen zich bij de NHS zouden centreren en de vrijwillig te kiezen verrichtingen die lucratief zouden zijn, met name bij private klinieken en huisartsen terecht zouden komen. Al snel na het, voor de regering, desastreus congres kwam ook van binnen de Conservatives weerstand op gang. Met name de huisartsen mobiliseerden zich binnen de Conservatives met de opvatting dat de omvangrijke wijzigingen geen plaats kreeg om te aarden in de bestaande management structuren (Klein, 2013). De voorgestelde decentralisatie en het verplaatsen van de inkoopverantwoordelijkheid naar onervaren en nieuw op te richten klinische consortia zou desastreus kunnen uitpakken gezien het gebrek aan scholing en kennis (Telegraph, 19 maart).⁴⁹ De leidende economische processen in de inkoop zouden volgens tegenstanders van de plannen van Lansley ook met name koren op de molen van de toezichthouder die zich niet met patiënten bezighield zijn, waardoor een te sterke focus op concurrentie kwam te liggen en de patiënten buiten beeld belandden (Humphries en Bostock, 2011).

De keuze tussen een sterke politieke controle en een markt-toezichthouder die met name economische instrumenten kenden was ook voor de Conservatieven een keuze tussen twee kwaden. Binnen de partij werden pogingen om de NHS te depolitiseren namelijk toegejuicht, maar dan alleen als daar de stem van de patiënten zelf voor in de plaats zou komen (Nuffield Trust Timeline Juni 2011 "Listening Exercise"). Dit was het kritische moment dat de diverse denktanks zich als stakeholders zich er mee gingen bemoeien. In de zomer van 2011 werden door de Nuffield Trust⁵⁰ en het Kings Fund⁵¹ bijna simultaan position papers gepubliceerd waarin de parameters van het zorgstelsel tegen de plannen van Lansley werden gespiegeld. Hier kwam duidelijk uit naar voren dat de plannen om de PCT's te elimineren, gepaard met een efficiency verbetering van geraamd 2% in totaal 20 miljard zouden moeten gaan besparen op de gezondheidszorg (Ham en Smith, 2011). Beide onderzoeksinstituten vonden deze ramingen van de Secretary for Health ietwat rooskleurig omdat dit zou inhouden dat ongeveer 50% bespaard zou gaan worden op het management tot 2017 en omdat het percentage van het BBP dat aan zorg werd uitgegeven onder de gemiddelden in West-Europa vielen (met 8,6%). Dit werd zeer onwaarschijnlijk geacht. Te meer ook omdat de gehele hervorming niet alleen het afschaffen (displacement) of converteren (conversion) van elementen in de sector inhield maar een volledige transformatie met nieuwe en bestaande organisatielagen onder een nieuwe gedecentraliseerde aanpak.

Een ander punt dat beide denktanks aanstipten in deze positionpapers is dat er eerder pogingen gedaan zijn om de budgetten te delegeren naar consortia van huisartsen zonder noemenswaardige betere prestaties en juist negatieve effecten zoals een vergrote ongelijkheid tussen patiënten en beperkte keuzevrijheid in regio's. Bovenal werd een belangrijke les getrokken door Jennifer Dixon⁵² van de Nuffield Trust dat er in de ontwikkeling van klinische consortia niet over het hoofd gezien kan worden

⁴⁸ <http://www.theguardian.com/society/2011/mar/15/bma-meeting-rejects-nhs-reforms>

⁴⁹ <http://www.telegraph.co.uk/health/8392564/Why-David-Camerons-plans-for-the-NHS-are-dangerous.html>

⁵⁰ <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/health-and-social-care-bill-where-next>

⁵¹ <http://www.theguardian.com/society/joepublic/2011/jul/04/dilnot-report-long-term-care?INTCMP=SRCH>

⁵² <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/health-and-social-care-bill-where-next>

dat het veel expertise van de betrokken inkopers vergt en dat op dat moment deze competenties grotendeels ontbraken in sommige regio's. Daarnaast stelt zij duidelijk de vraag waar de noodoplossingen vandaan moeten komen mocht er iets mis gaan in de implementatie, gezondheidszorg is niet iets waarmee men risico's moet nemen waarschuwt zij impliciet. De rigour die de NHS trust moeten doorstaan op de verschillende prestatiedomeinen van de NHS kunnen kleine inkoopconsortia van huisartsen simpelweg niet doorstaan zo is de algemene opvatting van deze tijd.

De NHS besluit in september 2011 tot een grotere rol voor de NHS commissioning boards te gaan. Zij gaan een belangrijkere en controlerende rol spelen in het werk van CCG's. Ondanks dit amendement blijven de exacte plannen hiervoor onbekend. De Commissioning Board ziet sowieso al toe op de aanbodzijde, toch moeten zij nu ook het management gaan ondersteunen. De Commissioning Board moet in deze optiek de kenmerken van de Strategic Health Authority overnemen, managers worden vanuit de SHA naar ondersteuningsteams voor CCG's verplaatst die op hun beurt budget krijgen om deze experts in te huren. Het Kings Fund waarschuwt hier dat de gekwalificeerde en geroutineerde managers van de SHA niet automatisch hun weg vinden naar de CCG's om hun kennis te delen (The Kings Fund, 2011). Het resultaat is dat het budget voor deze consultant werken door Secretary for Health al snel wordt geliberaliseerd om kennisverval te voorkomen. Het gehele plan is nog steeds in een onderhandelingsfase. Dit is opmerkelijk omdat de schare voorstanders uitgedund is op dit moment. Een klap op de vuurpijl komt wanneer begin november 2011⁵³ er bij NICE vragen rijzen over de verplichtende elementen die schuilen voor CCG's om bij de inkoop van zorg op de eisen die NICE stelt te letten. Ja, CCG's kunnen deze kennis inkopen, maar primair zal een inkoop taak toch op prijs besloten worden zo is de mening van de NICE toegedaan. De oorzaak is dat de Conservatives de aandacht aan regulering verwaarloosd hebben omdat zij hier vanuit de politieke achtergrond een weerstand tegen hebben opgebouwd (minder regels is beter).

6.6 Het 'Health and Social Care Act'

Een uitvoerige inleiding op de vele wijzigingen door het Health and Social Care Act (2012) hebben reeds de revue gepasseerd. Het is nu van belang om te kijken naar de daadwerkelijke hervormingen die hebben plaatsgevonden door dit omvangrijke hervormingstraject. Deze hervorming is omvangrijk omdat er nieuwe organisaties zijn gecreëerd, organisaties zijn afgeschaft of totaal van rol zijn veranderd. Er zijn 211 Clinical Commissioning Groups (CCG's) gecreëerd, 27 Area Teams, 12 Klinische senaten, 13 training boards, 23 strategic clinical units en 152 Health and Wellbeing boards. Daarnaast is de markttoezichtsfunctie neergelegd bij het ministerie van Economische zaken onder de Competition Commission. Het National Commissioning Board heet vanaf 1 april 2013 NHS England. Qua organisaties zijn nieuw opgericht: Public Health England, HealthWatch, Trust Development Authority, Health Education England en Academic Healthscience senates. De gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor maatschappelijke dienstverlening, opleidingen en publieke gezondheid (GGD). De organisaties die een transitie zijn doorgegaan maar al wel bestonden zijn de Care Quality Commission en Monitor.

Het is nog niet volledig duidelijk hoe alle hervormingen zullen uitpakken. Er is een duidelijke druk om de kosten naar beneden te krijgen ondanks het oprichten van nieuwe organisaties. Wat in elk geval een prominentere plek gekregen heeft in het stelsel is de concurrentie tussen aanbieders en het aanbod van

⁵³ <http://www.kingsfund.org.uk/events/past-events/transforming-patient-experience-annual-conference>

huisartsenpraktijken naast dat van tweede lijn zorginstellingen. Er zijn veel nieuwe regels in het werk gesteld om dat te verzekeren op het gebied van inkoop.

Het gevolg van de nieuwe indeling is dat de zorginkoop gefragmenteerd is over 211 semi-onafhankelijk inkoopende partijen (CCG's). De CCG's zijn verantwoordelijk voor de inkoop van meer dan 60% van de zorg in hun regio. De opbouw van de CCG's, met voornamelijk huisartsen en mangers en een enkele medisch specialist zorgt voor een verplichte samenwerking over de disciplines heen (DoH, 2012). Niet elke regio vertrekt vanuit de zelfde positie. Sommige regio's kenden zeer zelfstandige PCT's, sommigen waren direct van de NHS of een zeer actieve Foundation Trust afhankelijk in de totstandkoming van het aanbod. Dit creëert een machtsvacuüm op deze gebieden, bijzonder ook wanneer er ook private partijen mogen meedoen met het bepalen van het aanbod (Omair Vaiyani, interview). Met de hervormingen is ook een bezuiniging gemoeid, met name op het gebied van substitutie van zorgtaken naar de huisartsen en een vermindering van de duurdere operaties (DoH, 2011). Deze laatste categorie wordt door een aparte taskforce uitgevoerd voor zowel hoog specialistische behandelingen als dure medicijnen.

Het effect van deze nieuwe inkoopprincipes is dat Foundation Trusts (de tweede lijn gezondheidszorginstellingen) verplicht moeten fuseren en boekhoudingen moeten bundelen (specialiseren) alsmede te plannen zorg onderling kosteneffectief verdelen. Als het fout gaat, blijkt Monitor de aangewezen organisatie om expertise en budget te bieden voor het garanderen van de rechtszekerheid en kwaliteit van zorg voor betrokken patiënten (Francis, 2013). Uit dit rapport blijkt ook dat tweede lijn zorginstellingen de plaatsen zijn waar de hervormingen het hardst inslaan. Dit is te wijten aan grote verzonken investeringen die deze zorginstellingen hebben gedaan en bij een verminderde vraag en nieuwe contracten op andere voorwaarden de inkomens van specialisten niet gegarandeerd zijn, maar de uitgaven (rente op leningen van de NHS zelf) wel.

De veranderingen die door het HSCA hebben plaatsgevonden op lokaal niveau hebben grote gevolgen voor de personele bezetting (Andrea Gupta, interview). Niet elke regio kan de benodigde expertise betalen of in huis halen. Daarvoor zijn de nieuw opgerichte senaten en strategische adviesgroepen. Deze kunnen ingehuurd worden voor een laag tarief zodat de gelijkheid van behandelingen tussen regio's zo goed mogelijk bewaard blijft. Wat de hervormingen dus mogelijk maken is een volledige displacement van het oude systeem, met andere organisaties en andere afwegingen. Toen in april 2012 het politieke fiat voor het Health and Social Care Act gegeven werd was dat tevens het begin van een NHS met bottom-up marktelementen. Dat ging niet zonder (politieke) slag of stoot. De Coalition government heeft zelfs in de aanloop van de behandeling van het wetsstuk het beleidsproces stil moeten leggen om de eigen gelederen weer achter de bal te krijgen, zoals in de vorige paragraaf duidelijk werd. Daarbij is een Future Forum opgericht om van alle stakeholders in beeld te krijgen wat er zou gaan veranderen en welke gevolgen dit zou hebben op lokaal niveau per elk van de 211 CCG gebieden. Dit geeft ook aan dat er binnen de hervorming sterke veto krachten lagen en de relatieve discretionaire bevoegdheden groot waren (sterke beroepsgroepen, financiële instellingen en managers van zorginstellingen) (Hawkes, 2011). In internationale onderzoeken (Davis et al, 2010) deed de NHS het eigenlijk al zeer goed. Volgens tegenstanders van het HSCA zou dat veranderen omdat de keuze van de patiënt in feite ingeperkt wordt als huisartsen zorg inkopen in plaats van dat de patiënten zelf kiezen waar ze naartoe willen gaan. Dit heet in het HSCA het "Any Qualified Provider" (AQP) principe.

De belangrijkste verandering door het HSCA (2012) is de institutionalisering van de CCG's. Dit had een verandering van de positie van de huisarts tot gevolg op het gebied van het aanbod van de zorg. Vanuit het Equity and Excellence plan in 2010 was het de bedoeling dat de commissioning groups zo decentraal mogelijk werden opgericht. Dat stuitte al snel op veel bezwaren van andere stakeholders die claimden dat de huisartsen zo te sterk zouden worden (Powell, 2011). De belangrijkste verandering van de Primary Care Trusts en Strategic Health Authorities die er eerst waren naar het nieuwe stelsel was dat ook andere eerste-lijn en maatschappelijke zorgfuncties hun invloed op het zorginkoopproces zouden verliezen (ibid.). In de definitieve versie van de HSCA (2012) werd het verplicht om zowel management als huisartsen op te nemen in de CCG's. Hiernaast werd voor kleinere CCG's een transitiebudget aangeboden om de lokale functionarissen op te leiden. Gedurende de trainingen die zijn gegeven werden ter voorbereiding op de omschakeling bestond er een signaalfunctie bij het NHS Commissioning Board (NHSCB, NHS Allocations for 2013/14, 2013) waar primair uit naar voren kwam dat er een gebrek aan tweedelijns-kennis in de CCG's aanwezig was. Vanaf 2014 is er een amendement dat er ten minste een functionaris uit de tweede lijn gezondheidszorg in de 27 area teams die boven lokale CCG's staan moet plaatsnemen.

De tweede significante hervorming in het Engelse zorgstelsel was de introductie van de "Any Qualified Provider" regel. Deze regel houdt in feite in dat iedere zorgaanbieder, huisarts of ziekenhuis een voorstel bij de lokale CCG mag neerleggen met een op het Quality Framework gebaseerd (openbaar) aanbod dat de CCG voor zijn patiënten kan inkopen. Logischerwijs zou hierdoor de zorg gesubstitueerd worden naar de huisartsenpraktijken omdat zij met een veel lagere overhead te kampen hebben en voor minder geld dezelfde service kunnen bereiken. Dit bleek al snel niet zo te werken in de praktijk. De zorginstellingen dragen sowieso kosten voor de NHS, of ze nu patiënten zien of niet. Die kosten zitten doorberekend in het budget van de CCG. Deze zal dus belangen moeten afwegen. De AQP zet de markt wel open voor een cross-sectionele benchmark tussen private, publieke en tevens eerste en tweede lijn zorgaanbieders. Dit marktelement is bewust of onbewust onderdeel geworden van de nieuwe realiteit in de zorginkoop. Deze veranderingen hebben ertoe geleid dat in sommige CCG's private partijen de primaire zorgleveranciers worden voor bepaalde behandelingen of services. Omdat het geschoolde personeel in principe voor en na de hervorming gelijk is gebleven heeft dit grote effecten gehad op de hoeveelheden zorgprofessionals die voor de NHS werken en in een arbeids-technisch onzekerder privaat ondernemers klimaat moeten werken.

6.7 Analyse

Voor het tot de hervormingen van het HSCA (2012) kwam heeft het NHSE diverse grote hervormingen doorgebracht. Davis (2011) noemt een aantal kernoorzaken hiervoor. Ten eerste heeft de groei van services door technologische vooruitgang en betere meetbaarheid van de kwaliteit van de gezondheidszorg een grotere aanspraak gemaakt op het budget. Ten tweede heeft tussen 1948 en 1980 het percentage van het BBP dat aan gezondheidszorg werd uitgegeven een enorme groei doorgebracht waardoor het een belangrijker deel van de begroting werd (van drie tot bijna zes procent). Ten derde ontstond er een kloof tussen het Engelse NHS model en andere Europese landen waar het de beschikbaarheid (voorraad en wachtrijen) en toegankelijkheid van het systeem betrof (Minister for Health Gerard Vaughan in 1982 vol18 cc421-500).

De hervormingen die hebben plaatsgevonden in het Engelse stelsel zijn goed herleidbaar naar de verschillende verandermechanismen in het graduele hervormingsperspectief dat dit onderzoek hanteert. In 1979 heeft de integratie van verschillende organisaties met nieuwe doelen voor een duidelijke conversion geleid. Door deze nieuwe organisaties (zie paragraaf 6.1) zijn er meer veto-momenten gekomen en hebben verschillende partijen nieuwe discretionaire bevoegdheden gekregen. Vanaf 1982 wordt door Thatcher voor het eerst gericht op de interne markt. Het aard nog niet wat een verdelend effect in de politieke gremia heeft waardoor zich een era van drift aankondigt.

Kenmerkend is wat er gebeurd in instituties wanneer er geen centraal beleid gevoerd wordt voor het nieuwe markt denken, want dat is ook iets on-NHS. Layering van markt elementen, zoals nieuwe managementvormen in organisaties vinden vanaf 1985 intrede in de Engelse zorgmarkt en de retoriek van de politiek klampt zich vast in versimpeling, nieuw leiderschap en start met experimenten waarbij districten zelf zorg in mogen kopen (nog meer layering). Een moment van conversion vindt plaats als vervolgens in 1990 voor het scheiden van inkoop en aanbod van zorg gekozen wordt op landelijk niveau. Al rond 1993 ontstaat er een probleem tussen de gedeelde inkoop over de zorglijnen heen. De onvermijdelijk layering om deze twee totaal verschillende instituties uit elkaar te plukken volgt door het installeren van investeringen/budgetbeheer fondsen (Foundation Trusts) en anderzijds Commissioners voor de lokale eerste lijn gezondheidszorg met veel zachte veto-momenten en onderhandelingen met een duidelijk sterke discretionair bevoegde beroepsgroep, de huisartsen.

Toch volgt tussen 1995 en 1997 een periode van institutionele drift wanneer het nieuw ontstane gemixte private-publieke model ver van de politieke wenselijkheid komt te staan. Het NHS is een nationaal zorgstelsel en zowel de Tories als de Whigs willen het publieke karakter behouden. Als New Labour in 1997 een reeks nieuwe hervormingen voorstelt ontstaat er weer een duidelijk conversion tijdperk. In de lange regeringstermijn die het de Labourpartij gegund is, is er sprake van displacement doordat de stelsels van Wales, Noord-Ierland, Schotland en Engeland volledig ontkoppeld worden. Regionale opgezette schakels van inkoopende partijen en aanbieders worden nu binnen het Engelse model gebenchmarkt door verschillende nieuw opgerichte organisaties. Veel verschillende experimenten met inkoop van zorg door verschillende lokale partijen, waaronder huisartsen werd mogelijk gemaakt op vrijwillige basis. Het mandaat lag altijd nog bij de Local Health Authorities waardoor er in principe sprake was van drift.

Layering volgt als al snel blijkt (2001) dat patiënten in het nieuwe stelsel weinig vertegenwoordigd zijn. De retoriek van het stelsel wijzigt wanneer de National Patient Safety Agency verbluffend groot mandaat en veel vaste vetomomenten krijgt. Als tegengewicht worden in 2002 de Strategic Health Authorities opgericht om de verschillende marktpartijen van de juiste informatie en expertise te voorzien. Dit tijdperk tot aan 2005 kan gezien worden als layering omdat veel instituties randondernemingen gaan vertonen die de gebreken van de nieuwe werkelijkheid met regionaal opererende publieke en private zorgaanbieders proberen op te lossen. In het licht van deze problemen wordt kort voor de verkiezingen van 2005 de Commission for Healthcare Audit and Inspection ingericht als organisatie met groot mandaat voor het toezicht op de zorgmarkt.

Een graduele hervorming die getypeerd kan worden als layering vond plaats door het introduceren van Practice-Based-Commissioning (PBC) elementen door Primary-Care Trusts (PCT's). Hierdoor ontstond een randonderneming aan de instituties die te maken hadden met de inkoop van zorgdiensten in de eerste

lijn gezondheidszorg. Een basis voor een ophanden conversion werd hier gelegd omdat langzaam de huisartsen die aangesloten waren bij PBC andere doelen gingen toewijzen aan de inkooptaak die ontstaan was door PBC. Dit kan ook gedeeltelijk gezien worden als drift omdat de initiatieven om de veranderende doelen plaats te laten vinden ook mogelijk werden door grote discretionaire bevoegdheid van de aangesloten huisartsenpraktijken.

Na evaluatie van de gebeurtenissen moet er toch sprake zijn geweest van conversion omdat grote vetokrachten niet aanwezig waren, sterker nog, door de decentralisatie van veel van de zorginkooptaken in deze periode was de zorgmarkt dusdanig gediversifieerd dat het aan dominante stakeholders ontbrak in de betreffende instituties. Een belangrijke invulling van de nieuwe doelen die gegenereerd werden vanwege PBC was de keuzevrijheid van patiënten. De bij PBC aangesloten huisartsenpraktijken droegen namelijk een “extended choice” catalogus met zich mee om deze keuzevrijheid tot minimaal vier aangesloten aanbieders uit te breiden en benchmarks op basis van patiënten score bij te houden. Later in 2008 werd een dergelijke vrije keuze bestendigd voor alle patiënten in het NHSE. Doordat zorgaanbieders door de decentralisatie en de komst van PBC een betere onderhandelingspositie verwierven, ontstond er ruimte voor conversion. Dit heeft niet plaatsgevonden echter omdat er een aantal additionele contexten waren: het politieke klimaat verbeterde rond 2006-2007 toen duidelijk werd dat wachtlijsten daalden en de prijzen van behandelingen lager kwamen te liggen (Timmins, 2012 p.18). Daarnaast stegen de controle/administratieve lasten van zorgaanbieders vanwege de gefragmenteerde contracteringen.

Elke PBC kon zijn eigen eisen stellen en eigen transparantie omtrent verschillende parameters van de zorginstellingen verlangen, iets dat bestuurlijk gezien een hindernis was voor verdere overheveling naar een systeem van PBC. Er is hier ook sprake van een onderliggende stroom van drift omdat er reeds in 1999 afgesproken was dat naast decentralisatie parallel meer “payment by results” zou moeten ontstaan (Timmins, 2012). Toen de gefragmenteerde contractprocessen zo veel administratieve last op het systeem plaatsten werden deze plannen rond 2005 bevroren. In plaats hiervan werd een in politieke context acceptabele oplossing gezocht voor de borging van kwaliteit, voornamelijk rond 2005-2006 (onder Blair) werden grote investeringen in medische capaciteit gedaan om wachtlijsten te verminderen.

Na de investeringen groeide publieke druk voor verantwoording over deze investeringen (die uit belastingmiddelen werden gedaan), het politieke verweer destijds (Kings Fund⁵⁴, 2011) was dat de investeringen rente dragend waren en in het voordeel van kwaliteit van zorg voor patiënten werden gestoken. De Blair/Brown transitie periode die volgde kenmerkte zich door een problematische scheiding van aanbod en inkoop (Timmins, 2012). Invasieve displacement tekende zich aan (2005-2007) omdat de vrijwillige pogingen om de inkoop naar klinische consortia strandden en er veel diversiteit in kwaliteit van geleverde zorg ontstond en toezicht niet aansloot op de stakeholders met diffuse belangen (ibid.). Displacement vond plaats door de oprichting van Primary Care Trusts. Deze nieuwe organisaties werden verantwoordelijk voor de inkoop van 30% van de eerstelijnszorg. De politieke verantwoordelijkheid bleef liggen bij de Strategic Health Authorities, vervolgens bij NHSE. Deze displacement werd gekenmerkt door fragmentatie (300+ PCT's opgericht in 2004-2005) om vervolgens een situatie te creëren waar veel discretionaire bevoegdheid ontstond bij operationele stakeholders op lokaal niveau (overnemen van ziekenhuisinkooptaken van SHA's) en meer zeggenschap voor NHS Hospital Trusts die

⁵⁴ How much has been spent on the NHS since 2005? (n.d.). verkregen Oktober 1, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/projects/general-election-2010/key-election-questions/money-spent-nhs>

voor de tweedelijns meer autonomie eisen van SHA's op financieel gebied. Een grote interdependentie ontstond hierdoor tussen PCT's en Hospital Trusts omdat met sterke fragmentatie het noodzakelijke overzicht voor het zorgdragen en inrichten van de standaarden van de Care Quality Commission naar de gehele zorgsector.

Een duidelijke reactie op de groei van autonomie bij zowel een sterke eerste lijn als een sterke tweedelijns komt vanuit het NHSE die 'Monitor' opricht in 2004-2005 om ook de gegenereerde data van beide, voornamelijk de Hospital Trusts en Foundation Trusts om te zetten in financieringsstrategieën die opgenomen worden in de Strategy Review waarbinnen de honoraria van medisch specialisten worden bepaald voor de komende twee jaar. Monitor wordt hierdoor ineens een zeer sterke stakeholder waardoor de markt in feite na displacement weer in balans wordt gebracht. Het sluitstuk van deze displacement periode ligt in 2006 waar Monitor de gegevens van medische kwaliteitsstandaarden gaat beheren en zodoende ook in de Foundation Trusts kan ingrijpen. Het NICE wordt hiervoor uitgekleeft en blijft onderzoek uitvoeren voor effectiviteitsonderzoek, richtlijnen en best-practices.

Een belangrijke periode van institutionele layering dient zich vervolgens in 2009 aan wanneer besloten wordt de Care Quality Commission in het leven te roepen, deze neemt specifiek de omstreden taak van kwaliteitsstandaarden van Monitor over zodat deze niet langer ambivalent in de markt staat (door zowel de standaarden als de honoraria voor medisch specialisten te organiseren). De laag die als het ware wordt aangebracht is dat CQC de standaarden voor tweede en specialistische zorgtaken opstelt aan de hand van het Outcome Framework van NICE. Verwacht werd dat door deze laag duidelijkheid ontstond, de administratieve druk werd echter groter. Behalve deze druk ontstond er politieke druk vanuit stakeholders vanwege aankomende verkiezingen. De kosten in de zorg liepen op eind 2009 en kwamen op een onbetaalbaar hoog niveau dat ingrijpen zeker werd. De winst voor de Conservatieven en de Liberal Democrats in 2010 ligt aan de basis van conversions en uiteindelijk displacement door de Health and Social Care Act in 2012/2013.

Een primair mechanisme in de graduele vormen van institutionele hervormingen ligt in de afstemming tussen institutionele prestaties en institutionele verwachtingen. Door de grootschalige hervorming naar PCT's die uiteindelijk over beperkte bevoegdheden beschikten en niet de volledige verantwoordelijkheid over de inkoop taken droegen, vielen de prestaties ver achter op de verwachtingen. Sommige stakeholders, zoals de medisch-specialisten grepen de tegenvallende prestaties aan om meer belang op zichzelf te gaan vestigen door hulp aan te bieden aan de PCT's. Zo werden de PCT's in veel gebieden rond 2009 door grote zorginstellingen in staat gesteld wel de prestaties omtrent transparantie en supervisie omtrent contracteren te bewerkstelligen. De politieke reflux hiervan was snel en door veel maximumprijzen te introduceren ondermijnde de regering weer de kracht van de zorginstellingen en haar specialisten. De huisartsen die gaandeweg pogingen hadden gedaan om substitutie weer terug op de agenda te plaatsen werden voor de nieuwe Coalitie regering in 2010 dan ook niet toevallig als belangrijkste pivotteer punt gezien (n.a.v. Oliver, 2005; Clarke, 2008; Timmins, 2012). De Labour regering had vanaf 2006 eigenlijk al de basis voor deze institutionele hervormingsstrategie gelegd door verschillende elementen die op marktwerking lijken hervormingsinstrumenten te laten zijn (layering door randondernemingen, bijvoorbeeld prestatieindicatoren).

Bij het HSCA in 2011-2012 heeft het schaduwkabinet dat Labour in het leven heeft geroepen ook openlijk zich tegen de hervormingen uitgesproken. De tweedeling in de Liberaal-democratische fractie is mogelijk door de beperkte rol die zij spelen in de regering (waar zij formeel deel van uitmaken, weinig vetokrachten). In principe resten in het Engelse politieke stelsel weinig harde veto's naast de absolute meerderheid voor of tegen de hervormingsplannen. Echter in de unieke constellatie waar het Verenigd Koninkrijk zich in bevindt sinds de Coalition Government wordt er frequenter naar zachte veto momenten en amendementen gestuurd zoals bijvoorbeeld het opknippen van hervormingsplannen in kleinere stukken. Bij het HSCA heeft dat ook plaatsgevonden, zo is er op de autoriteit van de CCG's, de gekozen marktmechanismen en de toenadering naar de private sector ingebonden door Andrew Lansley naar aanleiding van een ledencongres dat de Liberaal Democraten in het voorjaar van 2011 hielden (Spring Conference 2011, 2011).

Onder Labour was het beleid niet succesvol omdat verschillende stakeholders zich door de prestatieindicatoren uitzonderingen en monopolyposities verwierven en de concurrentie verdrongen (Timmins, 2012), de laatste jaren Labour kunnen daardoor duidelijk gezien worden als institutionele drift. De drift ontstond wellicht door een te sterke focus op keuzevrijheid, waardoor andere elementen door verschillende stakeholders zonder afstemming voor eigen optimalisatie werden ingericht. De hervormingsplannen in het whitepaper 'Equity and Excellence' kondigden een hervorming van displacement aan. Kersverse coalitie partners, nieuwe stakeholders en een verkiezingsstrijd die uitmondde in een situatie waar reeds veel van de bedoelingen geopenbaard waren, leidde tot een heftige strijd tussen stakeholders. Nog voor implementatie in 2013 werden er extreem veel concessies en amendementen gedaan door de nieuwe regering Cameron. Deze hervormingsprocessen zijn te typeren als layering. De layering werd uitgelokt door weerstand van sterke stakeholders zoals de BMA. Op deze manier vestigden de klinische stakeholders (zowel medische specialisten die in loondienst zijn als huisartsen die vrijgevestigd waren) hun peilen op het managementbeleid dat het Health and Social Care Act in 2011 voorstond. De echte klinische autonomie in de inkoop functie van CCG's is ook pas in de onderhandelingen met medische professionals besloten (The Guardian, 2011).

6.8 Samenvatting

De hervormingen die hebben plaatsgevonden sinds 1979 zijn gericht op het transparant, overzichtelijk en controleerbaar maken alsmede het inperken van de groeiende kosten van het Engelse zorgsysteem. Gezondheidszorg heeft sinds het ontstaan van de NHS een prioriteit voor de budgetteringsmechanismen in het Lagerhuis. Elke uitgegeven pond wordt wel op efficiëntie gecontroleerd. In de hervormingen van afgelopen decennia staat centraal dat het systeem een transparante en on-bureaucratische vorm van prestatiemeting moet kennen en de concurrentie tussen zorgaanbieders moet realiseren. Gemeten prestaties worden gezien als een stimulans voor zorgaanbieders. In de geschiedenis is herhaaldelijk gepoogd om besluitvorming en budgettering naar huisartsen te devolueren. De reden hiervoor is herhaaldelijk de wens om meer patiëntgerichte inkoop van zorgdiensten te realiseren en dat deze door hun eigen huisartsen ook het beste ingekocht kunnen worden. In de Engelse bestuurlijke context is er sprake van veel verschillende onafhankelijke stakeholders. Er zijn in het tijdsframe tussen 2006 en 2009 veel toezichthouders en budgetorganisaties bijgekomen, afgeschaft en van inhoud gewijzigd. Daarnaast heeft het decentraliseren van zorgbudgetten naar de CCG's een belangrijke fragmentatie in stakeholders laten plaatsvinden.

De voornaamste stabiele factor is de klinisch autonome huisarts die in steeds grotere mate de wensen van de patiënten kan vertegenwoordigen in de inkoop van het zorgaanbod in de tweede- en specialistische gezondheidszorg instellingen. De macrotendens is dat hervormingen niet incrementeel zijn in het Engelse NHS, door het uitwisselen van ideologie tussen opvolgende regeringen probeert elke regering binnen zijn ambtstermijn zoveel mogelijk gewenste wijzigingen door te voeren en nog voor de volgende verkiezingen door te voeren. Hierdoor worden hervormingsreacties ook herhaald wanneer de regeringen wisselen en Labour de Conservatives afwisselt of vice-versa. Ook ontstaat een gelaagd systeem waarbinnen op verschillende lagen andere stakeholders relatieve discretionaire bevoegdheden verwerven binnen de kaders die de overheid en via de overheid de toezichthouders stellen. Desalniettemin ligt de verantwoordelijkheid voor de inrichting van het zorgstelsel bij de politieke stakeholders.

7. Conclusies

7.1 Inleiding

Dit onderzoek heeft gezocht naar verklaringen voor recente hervormingen in twee gezondheidszorgstelsels die de positie van huisartsen (ook in beide stelsels) hebben versterkt. Het heeft geresulteerd in een uiteenzetting van sleutelmomenten in de hervormingsontwikkelingen van beide stelsels aan de hand van een theoretisch framework van graduele en stakeholder gecentreerde institutionele hervormingsreacties. Hierbinnen speelden voornamelijk de politieke en bestuurlijke context een belangrijke rol en werden hervormingen gevormd door de eigenschappen die bestaande instituties al bij zich droegen. Maar hoe dit heeft plaatsgevonden en ook met een zo'n duidelijke converterende beleidsreactie naar populatie- en prestatiegerichte huisartsenzorg met een sterke poortwachterpositie is pas duidelijk geworden door de geschiedenis van beide stelsels in te duiken en bij elke hervorming de juiste stakeholderconfiguraties uiteen te zetten in een onderzoeksnarratief. Wat daar uiteindelijk uit naar voren is gekomen wordt in dit hoofdstuk uiteengezet. Daarnaast wordt ook de discussie opgeworpen en op theoretische, methodische en casus-specifieke eigenschappen gereflecteerd.

7.2 Beantwoording deelvragen

Het doel van het onderzoek was een vergelijkende analyse van recente hervormingen in beide stelsels te verrichten teneinde de versterkte positie van de huisarts te verklaren. Dat is gelukt door de afgeleide onderzoeksvragen te beantwoorden. Te beginnen bij de deelvragen heeft het onderzoek de volgende verklaringen en antwoorden opgeleverd.

Een eerste vraag in dit onderzoek bestond uit het determineren van valide verklaringsmodellen voor processen van institutionele veranderingen in kaart te brengen. De symbiose van theoretische perspectieven op institutionele ontwikkelingen hebben alle facetten die noodzakelijk waren voor de analyse van de ontwikkeling van zorgstelsels mogelijk gemaakt. Doordat de strategieën die stakeholders toepassen een centrale rol in de theoretische paragrafen speelden, kon dit perspectief toegepast worden in de empirie. Dit onderzoek heeft ervoor gekozen stakeholders dichter te betrekken bij de toepassing van mogelijke vormen van institutionele verandermechanismen waardoor gevonden verklaringen concreet gerelateerd konden worden aan posities in de beleidsarena zelf. De stakeholder strategieën worden toegepast op geldende constellaties (ofwel de groep stakeholders die hulpbronnen kunnen organiseren om beleid te beïnvloeden). De stakeholderconstellatie bestaat uit de betrokken stakeholders met hun eigen strategische opties. Alle stakeholders proberen zo veel mogelijk te anticiperen op de specifieke, gecalculerde beleidsuitkomsten (output en outcome). De stakeholderconstellaties zijn daardoor op zichzelf voorspelbaar vanwege het duurzame karakter van instituties waarbinnen de betrokken stakeholders al langer een rol spelen.

Een tweede deelvraag luidde hoe stakeholders in beide gezondheidszorgstelsels betrokken waren bij de hervormingen in de huisartsenzorg. Allereerst kan worden geconcludeerd dat in beide stelsels stakeholders zich aan de hand van een streven naar discretionaire bevoegdheid toegang verschaffen tot besluitvormende gremia. Dat is in het Engelse stelsel mogelijk geweest aan de hand van de sterke politieke interdependentie tussen medische specialistische zorginstellingen en de Secretary for Health. Het grootste deel van de Engelse zorginfrastructuur wordt bekostigd door algemene belastinginkomsten waardoor beide stakeholders elkaar geen wacht kunnen aanzetten of om elkaar heen kunnen. Bij elke Spending Review wordt deze interdependentie belicht. Huisartsen in het Engelse stelsel hebben wat dat

betreft een minder sterke onderhandelingspositie, maar door technologische ontwikkeling wordt er steeds meer zorg dichterbij de burger, dus bij de huisarts mogelijk, door deze substitutie ontstaat er een soort vacuüm waardoor de klinische inkoop bij de huisarts boven de inkoop door publieke managers gewaardeerd wordt. Hierdoor verschaffen zowel medisch specialisten als huisartsen zich een positie in de toedeling van het zorgbudget dat sinds 2013 aan klinische inkoop consortia wordt toebedeeld.

Het Nederlandse stelsel is niet van hetzelfde laken een pak. De zorginstellingen in de tweede lijn hebben lang centraal gestaan in de hervormingsplannen van de zorginfrastructuur. De Nederlandse zorg kent een lange traditie van geprivatiseerde zorgaanbieders en sociale zorgverzekeraars waardoor de hervormingen tussen deze partijen uiteindelijk op prijs uitgespeeld worden. Hierbij heeft de huisarts een voordeel. Deze ontwikkelingen in de Nederlandse praktijk wijzen erop dat er naast een grote politieke macht ook andere krachten werkzaam zijn bij de hervormingen van zorgstelsels, bijvoorbeeld institutionele goede toegang tot de eerste lijn gezondheidszorg door een sterke arts-patiënt relatie. Daarnaast is de huisarts toegerust met de mogelijkheid om zelf zijn multidisciplinaire samenwerkingen te starten. Te beginnen als proeftuin om uiteindelijk met het Zorginstituut Nederland en DBC-Onderhoud tot nieuwe zorgprestaties te komen. Hierbinnen zijn echter wel opvallende institutionele belemmeringen gevonden. Allereerst blijkt het opzetten van multidisciplinaire zorg tussen lijnen door de institutionele configuratie zeer complex, ontbreekt het aan macro-budgettair kader om hier mee te experimenteren, is de contractduur met de zorgverzekeraars te kort om het op te zetten en zijn de verantwoordelijkheden onder stakeholders moeilijk te formaliseren. Dit leidt tot een sterkere positie en technologisering van de huisarts in het Nederlandse zorgstelsel.

Zeer incrementele hervormingen die in Nederland hebben plaatsgevonden, waaronder het introduceren van een marktwerkingsstelsel waardoor weinig harde veto-momenten en een sterke discretionaire bevoegdheid van de huisartsen leidt tot golven van hervormingen naar gelang er in de context van instituties besluitvorming tussen stakeholders te formaliseren is. Bijvoorbeeld politieke-ideologische wisselingen, macrobudgettaire schommelingen, technologische ontwikkelingen en demografische druk zijn contexten waarin een klinische taakherschikking en vervolgens een versterking van de positie van de huisarts in de eerste lijn gezondheidszorg kan plaatsvinden. Dit heeft ook geleid tot een beweging waarin steeds meer stakeholders belang gingen hechten aan het participeren in deze hervormingen om zich zo van een centrale positie te voorzien wanneer de onvermijdelijke substitutie van zorg naar huisartsen plaatsvindt. Dit is merkbaar in de specialisatiegolf in zorginstellingen en multidisciplinaire ketenzorg waarbij de verantwoordelijkheid voor behandelingen over de lijnen heen gedeeld worden. Verschillende golven van sterke scheiding en zwakke scheiding tussen zorglijnen hebben plaatsgevonden in Nederland. Uiteindelijk heeft deze verwevenheid in de hervormingen naar substitutietaken en een brede generieke beloning voor huisartsen een totale displacement van het verrichtingen model veroorzaakt in de eerste lijn. In beide stelsels zijn medische beroepsgroepen, politieke beslissers en in het Nederlandse model ook duidelijk zorgverzekeraars betrokken bij de hervormingen van de eerste lijn gezondheidszorg.

Een derde deelvraag betrof welke institutionele veranderingen hebben plaatsgevonden in beide stelsels. Over het algemeen kan gezegd worden dat zowel het Nederlandse als het Engelse NHS stelsel in de afgelopen decennia ondanks financiële beperkingen een aantal omvangrijke hervormingen hebben doorgemaakt die grote investeringen vroegen om kwaliteit, toegankelijkheid en effectiviteit te realiseren. Zowel het Nederlandse als het Engelse stelsel hebben het gros van de hervormingen doorgemaakt vanuit

het doel de stijgende kosten van de respectievelijke gezondheidszorgstelsels te beteugelen. Beide stelsels hebben onder publieke druk moeten handelen vanwege een groeiend eisenpakket dat burgers ten opzichte van de technologische mogelijkheden die zich in de zorg ontwikkelden.

Door veranderende aanverwante institutionele configuraties of juist ontwikkeling door de tijd (door de werking van de institutionele configuratie) hebben alternatieve interpretaties en doelen voor de bestaande instituties in beide stelsels plaatsgevonden. In de huisartsenzorg, in beide stelsels die meegenomen worden in dit onderzoek, is dat ook het geval. Door systematische stelselveranderingen (displacement of consequente conversions) is een ambiguïteit ontstaan in de (dominantie)positie van de huisartsen in beide stelsels. Er is sprake van hoge discretionaire bevoegdheid onder Nederlandse huisartsen en daarnaast krijgen zij ook steeds meer taken. Daar tegenover staat dat de financiering ook via de productie die huisartsen leveren een grotere rol heeft gekregen. De effecten hiervan laten ruimte voor alternatieve handelingsstrategieën waardoor het institutionele systeem vatbaar wordt voor conversion. Specifiek in de Nederlandse gezondheidszorg worden in het neocorporatistische systeem steeds vaker en meer aandacht gevestigd op de inbreng van de huisartsen als stakeholders waar eerder het stelsel voornamelijk om de verzekeraars en sterke tweede lijn zorginstellingen gecentreerd is.

De geconstateerde hervormingen hebben plaats kunnen vinden door verschillende politiek-bestuurlijke contexten. In het Nederlandse model heeft de marktwerkingsgedachte als institutionele configuratie veel van de geconstateerde hervormingen mogelijk gemaakt. De hulp van ondersteunende layers (lagen) die de betrokken stakeholders van tijd tot tijd bestendigden was daarbij onmisbaar. Zorgverzekeraars hebben minder risico gelopen doordat deze werden afgedekt door voorbereide regelgeving (2002-2006). Patiënten hebben veel en vaak informatie gekregen en waren gegarandeerd van een basisverzekerd gedeelte en eventuele compensatie, voor zorgaanbieders en verzekeraars werd de weg naar marktwerking geplaveid door op tijd afspraken te maken over de inhoud en omvang van zorgpakketten door onafhankelijke bemiddeling door de NZa, het Zorginstituut Nederland, de IGZ en DBC-onderhoud. De factoren die hierboven beschreven zijn, waren voor de jaren 2002-2003 niet aanwezig, waardoor herhaaldelijk pogingen om marktwerking te introduceren waren mislukt. Wel heeft de Commissie Dekker (1986) of zelfs het Echelonneren in 1974 de basis gelegd voor de latere marktwerking. De manier van besluitvorming kwam vaak vanuit de meerderheid van de Tweede Kamer, met corporatistische overlegstructuren in het maatschappelijk middenveld en bij de verschillende stakeholders langdurig kon onderhandelen zonder over de eigen bestaanszekerheid te gaan zorgen.

Het Engelse stelsel kende dan wel niet de noodzakelijke-meerderheid problematiek die Nederland wel kent, de aard van de gezondheidszorg draagt ook daar bij aan een vertraging van de besluitvorming door het horen en overwegen van de effecten van voorgestelde hervormingen bij de betreffende beroepsgroepen. Hierbij was het in Engeland gedurende de ontwikkeling naar het Health and Social care act niet zelden een regen van veto's en moties vanuit de verschillende klinische stakeholderposities en druk van de media. Daarnaast kenmerkt het Engelse model zich door fragmentatie en decentralisatie van het beleid door zeer autonome klinische organisaties, waar regionale zorgverzekeraars en een centrale toezichthouder met een kleinere populatie gemakkelijker overzicht genereerd over de markt. De belangrijkste maak of breek factor in het Engelse stelsel zijn de politieke conflicterende strategieën van opvolgende regeringen. Voornamelijk de continuïteit van een hervormingspad heeft het uiteindelijke Health and Social Care Act mogelijk gemaakt.

Het was het zeer bepalend dat de meerderheid van de klinische stakeholders zich achter de plannen schaarden waardoor de hervormingen doorgevoerd konden worden. Een sleutel tot hervorming was een politieke factor: het budget. In Engeland heeft bij de hervormingsreacties in 2004, 2009 en 2011 een groot financieel component meegespeeld. In al deze voorbeelden hebben macrobudgettaire omstandigheden de weg naar hervormingen waarschijnlijker gemaakt. De input van de toezichhouders zorgde in het NHS (vanaf 2006) voor een groei aan benchmark en best-practices onderzoeken in de eerste lijn. Dit heeft geleid tot een versterking van de positie van de huisarts. De accreditaties bleken wel al snel te centraal en afhankelijk van de richtlijnen van de toezichthouder. De taakstelling voor het uitvoeren van deze onderzoeken bijvoorbeeld apart ondergebracht bij NICE (National Institute for health and Clinical Excellence). Het gevolg van deze onderzoeken was een versterkte wettelijke goedkeuring waardoor een zelfstandig inkoopbeleid door huisartsen binnen de richtlijnen vrijer en versimpeld werd. De budgethouders hebben de capaciteit binnen de richtlijnen om zowel bij publieke als private zorginstellingen zorg in te kopen. Het effect is echter op den duur dat afwijken van de gecontracteerde zorg (als vrijheid) een papieren werkelijkheid wordt.

De sterke positie van de huisarts in Nederland wordt heeft alles te maken met de door oplopende kosten groeiende onzekerheid over toegankelijke en kwalitatieve zorg dicht bij de patiënt en de daarbij behorende risico's voor populaties patiënten. De geïnstitutionaliseerde informatie-asymmetrie tussen verzekeraars en huisartsen samen met politieke verdeeldheid en het belang dat aan vrije concurrentie wordt gehecht brengt onzekerheid. Met de opkomst van marktwerking kwam een sterk economisch perspectief op het functioneren van zorgprofessionals te liggen, in mindere mate bij de huisarts, terwijl daar nu wel een beroep op wordt gedaan. De geïntroduceerde concurrentie tussen zorgaanbieders zijn door het economisch perspectief daarom ook voornamelijk gericht op een grotere output met minder middelen (input), iets wat voor een huisarts lastig te meten is vanwege zijn generieke aard.

Er is duidelijk een trend dat meer iteraties aan beleidsregels die geïnstitutionaliseerd worden afhankelijk van de evaluatie van vorige beleidsbesluiten zijn. De democratische verantwoordingsmechanismen (o.a. ministeriele verantwoordelijkheid) zijn door een marktgeoriënteerd politiek bestel niet minder geworden, ze zijn echter wel veranderd van inhoud (checks and balances) in vergelijking met de politieke verantwoordelijkheid met een genationaliseerd zorgstelsel (control). Idealiter zorgt het financieringssysteem door premies voor een indirecte belangenbehartiging van de patiënten omdat zij naar een andere verzekeraar kunnen stappen (exit) en alle zorg aan kwaliteitscriteria moet voldoen, de harde praktijk leert dat deze keuze niet transparant is (Lako en Dortant, 2013). De focus ligt logischerwijs voor de verzekerde op prijsverschillen tussen verzekeringen.

7.3 Beantwoording hoofdvraag

De hervormingen in de beide stelsels hebben plaatsgevonden door graduele vormen van institutionele verandering. Te beginnen bij een vorm van echelonneren, in beide stelsels, wat een kloof tussen eerste en tweede lijn gezondheidszorg moest overbruggen. In Nederland heeft deze kloof aanvankelijk onvoldoende institutionele afbakening gekregen waardoor zorgconsumptie in de tweede lijn plaatsvond. In Engeland hebben achtereenvolgens hervormingen plaatsgevonden vanwege politiek-ideologische achtergronden.

De huisarts is door verschillende hervormingen een coördinerende rol gaan spelen tussen wijkverpleegkundige, mantelzorg en ook medisch specialist. Er zijn door hervormingen verschillende beleidsspecifieke patiëntenpopulaties met al dan niet gekoppelde multidisciplinaire ketenzorg ontstaan. Gedurende verschillende hervormingen heeft de huisarts de inschrijving op naam (van patiënten) behouden waardoor zijn poortwachterpositie (en inschrijfgeld) gegarandeerd wordt. Ook heeft door de sterke arts-patiënt relatie hervorming kunnen plaatsvinden. De poortwachterpositie heeft de kosten van de zorg verlaagd, waardoor de aandacht in het zorgstelsel naar de eerste lijn is verschoven. Hierdoor wordt ook voor de zorgverzekeraars de huisarts een steeds belangrijkere stakeholder. Daarnaast heeft er een schaalvergroting plaatsgevonden bij de huisarts, mede dankzij de institutionele ontwikkelingen in omringende zorglijnen zoals de extramuralisering van de ouderenzorg. Hierdoor is de klinische capaciteit en daardoor ook autonomie van de huisarts in de eerste lijn gestegen.

In Engeland heeft in eerste instantie door de groei van services door technologische vooruitgang en betere meetbaarheid van de kwaliteit van de gezondheidszorg een groei in het zorgbudget mogelijk gemaakt. Vervolgens werd grotere aanspraak gemaakt op het budget door lokale eerste lijn gezondheidszorg met veel zachte veto-momenten en onderhandelingen met een duidelijk sterke discretionair bevoegde beroepsgroep, de huisartsen in elke achtereenvolgende regering, terwijl de capaciteit van andere stakeholderposities volatieler bleken. Het voordeel van klinische transparantie en een stelsel ontwikkeling die dicht tegen de ontwikkeling van de politieke instituties schuurt heeft het mogelijk gemaakt dat de huisartsen een grotere zeggenschap kregen in het Engelse zorgstelsel. Veel verschillende experimenten met inkoop van zorg door verschillende lokale partijen, waaronder huisartsen werd mogelijk gemaakt op vrijwillige basis. Ook zijn door decentralisatie en het functiegevijs opknippen en vervormen van instituties randondernemingen gaan vertonen die de gebreken van de nieuwe werkelijkheid met regionaal opererende publieke en private zorgaanbieders probeerden op te lossen. Een duidelijke reactie op de groei van autonomie bij zowel een sterke eerste lijn als een sterke tweedelijns komt via de financieringsstrategieën die het stelsel hanteert als omslag percentage per capita. Een primair mechanisme in de graduele vormen van institutionele hervormingen ligt in de afstemming tussen institutionele prestaties en institutionele verwachtingen. In principe resten in het Engelse politieke stelsel weinig harde veto's naast de absolute meerderheid voor of tegen de hervormingsplannen. Echter in de unieke constellatie waar het Verenigd Koninkrijk bevindt zich sinds de Coalition Government een aantal zachte veto momenten dat blijkt uit amendementen zoals bijvoorbeeld het opknippen van hervormingsplannen in kleinere stukken. Bij het HSCA heeft dat ook plaatsgevonden, zo is er op de autoriteit van de CCG's, de gekozen marktmechanismen en de toenadering naar de private sector ingebonden door Andrew Lansley. In de geschiedenis is herhaaldelijk gepoogd om besluitvorming en budgettering naar huisartsen te devolueren. In de Engelse bestuurlijke context is er sprake van veel verschillende onafhankelijke stakeholders. Er zijn veel toezichthouders en budgetorganisaties bijgekomen, afgeschaft en van inhoud gewijzigd. Een decentralisering van zorgbudgetten naar de CCG's heeft een fragmentatie in stakeholders laten plaatsvinden, waardoor de huisarts in autonomie heeft kunnen floreren. De voornaamste stabiele factor is de klinisch autonome huisarts die in steeds grotere mate de wensen van de patiënten kan vertegenwoordigen in de inkoop van het zorgaanbod in de tweede- en specialistische gezondheidszorg instellingen. Ook ontstaat een gelaagd systeem waarbinnen op verschillende lagen andere stakeholders relatieve discretionaire bevoegdheden verwerven binnen de kaders die de overheid en via de overheid de toezichthouders stellen.

7.4 Discussie

7.4.1 Zorgstelsels

De voorstanders van marktwerking hebben in de Nederlandse context niet doorgezet om de directe aanval tegen bestaande structuren aan te gaan. Hierdoor is er een passieve meerderheid ontstaan in de Nederlandse context, die uiteindelijk wel heeft geresulteerd in het noodzakelijke voorwerk (het opheffen van de institutionele onzekerheid tot een aanvaardbaar risiconiveau), bijvoorbeeld door de hervorming van de AWBZ in 2003. In de loop van deze transitie heeft achterstallig onderhoud aan instituties (investeringen in stakeholders en adaptieve wetgeving), tegenstellingen in politiek-ideologische zin, het voldoende ondervangen van risico's zoals 'supplier induced demand' en een passieve gemobiliseerde meerderheid het hervormingsproces 20 jaar kunnen rekken. In de Engelse context zijn er kenmerkende momenten geweest waar de gevolgen van institutionele drift politiek onacceptabel zijn geworden voor de meerderheid van de betrokken stakeholders. Hierdoor is met name voor 1997 het veld aan betrokken stakeholders verdeeld tussen voor en tegenstanders van concurrentie door patiënt-verkregen uitkomst metingen en het ontstaan van nieuwe toezichtorganisaties die hiervoor nodig waren alsmede het verbreden van het budgettaire kader voor de NHS. Het verschil tussen Nederland en Engeland echter is dat een sociaal verzekeringsstelsel minder gepolitiseerd is. Echter de hervormingsagenda vindt wel zijn oorsprong in de politieke instituties. Waar er overeenkomsten gevonden worden tussen beide stelsels is het met name een wisselwerking tussen politieke ideologieën: populatiebesteding versus integrale aanpak of verrichtingen georiënteerde vergoedingsstructuren versus prestatiebesteding. Er is daarbij zichtbaar bij elkaar leentje-buur gespeeld aangaande de hervormingen in de zorgsector. In kamerstukken van de Nederlandse regering blijkt dat bijvoorbeeld omdat er rechtstreeks verwezen wordt naar voorbeelden uit het Verenigd Koninkrijk (Tweede Kamer, jaarverslagen 2003; Memorandum of Understanding).

7.4.2 Huisartsenzorg

Van de huisarts wordt in beide stelsels verwacht dat hij een duurzame relatie met zijn patiënten onderhoudt (Boot, 2013; Klein, 2013; BMJ. 2014 p.6). Er is sprake van een duidelijke sociale functie naast de curatieve functie van de huisarts als zorgprofessional door de 'zorg' (care) die de huisarts verleent. De huisarts dient vanuit deze functie de ontwikkelingen van de zorgvraag bij te houden. In beleidsmatig opzicht is met hervormingen omtrent de eerstelijnsgezondheidszorg in de huisartsenpraktijk gekozen voor een scenario waar de prestaties gestimuleerd worden door concurrentie onder aanbieders, echter ontbreekt dit perspectief grotendeels binnen de institutionele configuratie van de huisarts in beide stelsels. Dit is onder andere af te leiden uit de opbouw van het honorarium van de Nederlandse huisarts en vanuit de Engelse huisarts ligt hem dat in de vrijwilligheid van het laten contracteren van de extra prestaties (cherry-picking). Het honorarium is in het Nederlandse stelsel van 2014 daarom nog grotendeels uit prestatie en concurrentie onafhankelijke onderdelen zoals het inschrijftarief opgebouwd. Daarnaast bestaan wettelijk verankerde kaders omtrent keuzevrijheid voor patiënten in beide stelsels. Wat daar voor nodig is, is het 'onderscheidend vermogen' van de huisarts doormiddel van het gecontracteerde zorgaanbod. Dat is lastig in de Engelse setting vanwege verzonken kosten in ziekenhuizen. Voor het Nederlandse stelsel is door het uitzonderingsaspect in de verzekeringsstructuur pure marktwerking in de huisartsenpraktijk ook niet aan de orde. De huisarts is namelijk in Nederland uitgezonderd van de restitutie/natura polis onderscheiden die wel in de rest van het stelsel wordt gehandhaafd.

Met betrekking tot de institutionele positie van huisartsen in beide stelsels, hebben zij een zeer sterke positie in de zorgstelsels gekregen. In het Engelse stelsel hebben huisartsen formeel toegang tot inkoop consortia waarbinnen de specialistische en tweedelijnszorg ingekocht wordt. Daar zijn zij verantwoordelijk voor, geven dus in principe het tempo aan van, substitutie naar de huisartsenpraktijk aan de hand van kosteneffectieve technologische innovaties. Hoe anders heeft de Nederlandse huisarts geen budget behalve zijn eigen investeringsrisico. Daar zijn het de additionele taken, multidisciplinaire ketenzorg en innovatie modules die vanaf 2015 het honorarium van de huisarts gaan aanvullen wanneer de betaaltitels voor veel consulten komen te vervallen, mits dat doorslag vindt in de praktijk. De Nederlandse huisarts maakt in die zin in Nederland een transitie terug naar de generalist, al is het dan met een veel grotere verantwoordelijkheid voor populaties van epidemiologische kenmerken en of multidisciplinaire ketenzorg.

De Engelse huisarts is gewend aan deze vormen van prestatiebekostiging en ontleend zijn sterke positie aan zijn directe patiënt contact. De relatie met de huisarts is onder de jaren 2005-2010 weer verworden tot een echte sterke eerste lijn, gecontinueerd door de groeiende autonomie onder het Health and Social Care Act. Het Nederlandse model start net met deze teruggang naar het klassieke huisartsen model door te beginnen met zeven prestatie bekostigingsvariabelen, waar de huisarts zich van zijn concurrenten kan gaan onderscheiden. Zorgprestatie-indicatoren voor de eerste lijn gezondheidszorg hebben in het Engelse NHS geleid tot een nieuwe manier van contracteren en beoordelen van geleverde zorg. In principe werden beoordelingscriteria geïntroduceerd als een schreeuw om transparantie in het stelsel als gevolg van toezichthouders met overlappende taken na een verregaande decentralisatie van het inkoopbeleid. Bovenaan het politieke wensenlijstje stond het vergroten van de keuzevrijheid van patiënten om hun huisarts te kiezen. Aan de ene kant is er in de institutionele ontwikkeling plaats geweest voor erosie, waar de daadwerkelijke voorgestelde functies van instituties het afleggen tegen wildgroei van de politieke en bestuurlijke instituties en de capaciteit van bestaande instituties zelf. De adaptatie naar nieuwe institutionele configuraties in de eerste lijn gezondheidszorg worden in beide stelsels door medisch-specialisten vertraagd. In Nederland heeft dat in de periode 1987-1992 geleid tot een reeks niet-besluiten en de hervormingsplannen (naar marktwerking) en hebben in deze periode niet doorgezet vanwege de institutionele onzekerheid (hiaten en risico's in onduidelijk of ambigue beleid).

7.4.3 Graduele hervormingen in beide stelsels

Hervormingsreacties hebben zich als een golf over beide stelsels bewogen op momenten dat politieke-ideologische overeenkomsten in de regeringen van beide landen plaatsvonden in 1990, 1997, 2002 en 2005. De hervormingen in beide stelsels rond 1990 zijn gericht op meer concurrentie en daardoor meer keuzevrijheid voor de patiënt. De hervormingen rond 1997 zijn gericht op regulering van nieuw ontstane stakeholderconfiguraties en technologie. Vanaf 2002 werden de hervormingen weer meer gericht op keuzevrijheid, vanuit het perspectief van diversiteit van patiënten in plaats van de diversiteit van het aanbod. Kenmerkend is dat deze derde hervormingsgolf het meest omvangrijke hervormingspakket lijkt in Nederland, waar pas na Labour ditzelfde karakter teruggevonden wordt in de hervorming door het Whitepaper “Equity and Excellence” (2010) wat leidde tot het Health and Social Care Act in 2012. Een reden voor het verschil tussen het generationaliseerde Engelse systeem en het Nederlandse sociaal verzekeringsstelsel bij deze derde golf is dat politiek-ideologische verschuivingen in Engeland pas weer optreden in 2010 waar Labour het veld ruimt voor de coalitie van Conservatives en Liberal Democrats.

Drift

In eerste instantie is door dit onderzoek duidelijk geworden dat in beide stelsels politieke patstellingen hebben geleid tot hervormingen. Ook werd door het bewust negeren van ondersteunende voorzieningen voor veranderende instituties institutionele hervorming mogelijk. De instituties die voor marktwerking moeten worden geschapen om implementatie van marktwerking mogelijk te maken zijn veelvuldig uitgesteld in Nederland. In het Engelse model zijn veel zaken die van invloed zijn op het liberaliseren van het zorgprestatie-geleid model uitgesteld en verzwakt tijdens New Labour (1997-2002) zodat nieuwe gemobiliseerde meerderheden geen kans kregen om hervormingen plaats te laten vinden. De ontwikkeling van het Engelse stelsel zijn het resultaat van drift waarbij de handelingsstrategieën van niet-dominante stakeholders groeien en de dominante meerderheid instituties initieert om dat tegen te gaan. Dit is het gevolg van de diffuse processen die institutionele ontwikkelingen karakteriseren. De veranderingen in politieke context maken conversie ook waarschijnlijk omdat de politieke besluitvorming bij uitstek nieuwe doelen en taken voor instituties heeft formuleert in beide stelsels. Deze reacties hebben als onderdeel van het politieke systeem hun effect gesorteerd door verkiezingen, referenda, aftreden of opgelegde tegen de ontwikkeling van gemaakte besluiten in (bijvoorbeeld de continuering van het inschrijven op naam).

Displacement

De bestaande vertegenwoordigers van de gemobiliseerde meerderheden hebben aan draagkracht verloren en nieuwe institutionele invullingen hebben momentum verkregen. In Nederland is dit in 2001 onder minister Borst (Zorg aan bod) en 2003 tijdens het ministerschap van Hoogervorst geweest en in het Engelse stelsel is dat het NHS-plan in 2000 wat een duidelijk keerpunt van draagkracht was met een politieke belofte van Blair om uitgaven aan de NHS te gaan laten stijgen in de hier op volgende jaren. In beide stelsels zijn vertegenwoordigingsgroepen van medische professies tegelijkertijd een prominentere rol gaan spelen in de totstandkoming van nieuwe instituties (NICE/Monitor in het NHSE en commissies van zorgprofessionals in de transitiebesprekingen van de Nederlandse Tweede kamer). Dit heeft bijgedragen aan de totstandkoming en implementatie van de nieuwe instituties en vormen daarbij de belangrijkste instrumentele waarde binnen de institutionele configuraties. In beide stelsels worden de beroepsgroepen van medisch-specialisten nadrukkelijk podium gegeven voor een reflectie op de plannen. Huisartsen in het specifiek doen dat opmerkelijk minder in mee. Voor het NHSE is het vanwege een diepere vervlechting van financiële structuren tussen medisch-specialistische zorg en NHSE.

Door zowel voor- als tegenstanders van de ophanden institutionele veranderingen in het Engelse systeem zijn slapende instituties wakker gemaakt door stakeholders, waaronder de beroepsgroepen van medische professionals, wat displacement (de vervanging van instituties) bewerkstelligde. De afschaffing van Strategic Health Authorities (SHA's) als instituties met dubbel mandaat in financiële (inkoop) en toezicht opzichten was hier een prominent voorbeeld van in 2013. De voordelen die dit meedraagt is dat de displacement alleen kan worden bewerkstelligd door de legitimiteit van al bestaande instituties die volgens vergelijkbare logica opereren. Doordat stakeholders zich in de strijd mengen eisen zij met een discretionaire bevoegdheid de verandering van instituties naar een voor hun meer wenselijk model. Dit is de typische 'invasieve variant' van displacement, want het vindt plaats omdat verschillende instituties naast elkaar bestaan zonder dat zij dezelfde kaders toepassen. Het offer dat stakeholders brengen door zich uit te laten zien van het risico dat zij nemen om voor een andere institutionele invulling te werken weegt dan op ten aanzien van de voordelen die de status quo meebrengt.

Layering

Er zijn nieuwe lagen ontstaan aan de randen van bestaande instituties die niet meer naar de wensen van de gemobiliseerde meerderheid functioneren. Er zijn verschillende krachten die inwerken op deze ontwikkeling. Globalisering, liberalisering, het voorkomen van het afschaffen en oprichten van nieuwe instituties wat duur is en onzekerheid veroorzaakt in het stelsel. Ook het politieke uitruilen en onderhandelen is, met name in het Nederlandse stelsel een graag geziene reden voor deze nieuwe lagen vanwege de relatieve ontvlochten publiek-private zorgstelsel, waar de overheid de regels stelt, verzelfstandigde toezichthouders op de markten toeziet en aanbieders en verzekeraars concurreren voor de premieopbrengsten van de patiënten.

Marktwerking in de Nederlandse casus leidt ertoe in de praktijk dat er sprake is van institutionele regels die toegevoegd worden door stakeholders zonder andere daarbij te kunnen elimineren. De invulling van de bestaande regels krijgt wel een andere betekenis. Een ‘laag’ als zodanig is herkenbaar aan het afwijkende karakter als aanvulling op, of randonderneming van, bestaande instituties waardoor deze afwijkende status en structuur zich kan ontwikkelen. Een lapmiddel, noodoplossing, ‘fix, revisie, additie, of overwinning op de oude configuratie zijn verschijningsvormen die herkenbaar zijn in beide stelsels. Het algemene karakter is gericht op activering van steun via nieuwe coalities waardoor deze kunnen door ontwikkelen zonder extra belemmeringen (crowding-out effecten), waardoor het risico op dominantie verlies daalt en toch displacement in zicht kan komen. Het karakteristieke van beide zorgstelsels is wanneer de transitie naar een alternatief metastructureringsmodel zoals bijvoorbeeld marktwerking toegewerkt wordt, niet alle bestaande institutionele regels geëlimineerd kunnen worden door een gebrek aan discretionaire bevoegdheid van de daarvoor benodigde stakeholders en het bestaan van veel veto-mogelijkheden.

Conversion

Conversion wordt in de casussen Nederland en Engeland veroorzaakt door de politieke strijd of door de institutionele context zelf. Vooral de instituties evolueren in beide stelsels, de stakeholders adapteren de nieuwe institutionele regels. De verandering wordt aangewakkerd door een verschuiving binnen de middelen die beschikbaar zijn om doelen te realiseren door de instituties. Politieke strijd is de ontstekingsbron van verandering omdat binnen deze strijd het type vragen gesteld wordt die effect hebben op de toedeling van middelen aan instituties. Het compromis is een strategie die leidt tot de handhaving van de nieuwe institutionele regels. Het niet beschikbaar komen van middelen voor instituties is een verandering welke leidt tot afbraak van bestaande instituties. Een zich uit deze strijd identificerende conversion is prestatiemeting als onderdeel van het contracteren van huisartsen wordt na de keuze voor invoering van marktwerking (als compromis) pas in 2010 in het Nederlandse stelsel ingevoerd wanneer de omslag naar een prestatiebekostigingsstelsel wordt gemaakt, waar het nog marginaal plaatsvindt en pas vanaf 2015 prominent onderdeel gaat zijn van het institutioneel regime. Bij grootschalige stelselveranderingen in het Engelse model door conversion vindt een doorwerking plaats in de betrokken instituties, deze hebben niet altijd kunnen voorzien dat er wijzigingen in de invulling van instituties noodzakelijk werden.

7.5 Theoretische reflectie

Over het algemeen, als eerste reflectie op de theoretische beschrijvingen van typen welvaartstaten/zorgstelsels is de vergelijkingen tussen Beveridge en Bismarck systemen niet uitputtend genoeg. Beide stelsels hebben in de praktijk geen significante verschillen in zorguitkomsten, prestaties, of

aan de archetypen gelieerde beperkingen aan hervorming aangetoond. Zowel Nederland (Bismarck) als Engeland (Beveridge) hebben pogingen gedaan de inkoop en dienstverlening te scheiden (purchaser/provider split), ook op gebieden van bekostiging zijn er in feite geen ‘pure’ modellen meer over. Buiten dat zijn de afzonderlijke zorgsystemen kenmerkend in hun ontwikkelingen.

Door het combineren van zowel stakeholder gecentreerde verklaringsmodellen en theoretische inzichten die in het bijzonder de graduele verandering van instituties centraal stelden, is dit onderzoek tot een toepasbaar kader gekomen waar de hervormingen die hebben plaatsgevonden in beide casussen konden worden gepast. Al snel werd duidelijk dat er in de empirie niet zelden sprake is van een mix van de verschillende institutionele verandermechanismen. Verschillende belangen in instituties en bijvoorbeeld een veranderend metastructureringsmechanisme (van staat naar markt) lokken dat uit. Deze veranderingen zijn te determineren als drift, conversion of layering afhankelijk van welk perspectief men neemt. Het gevolg hiervan is wanneer men drift als benadering voor het verklaren van institutionele ontwikkeling ‘kiest’ vanuit het perspectief van bijvoorbeeld ‘gefaalde onderhandelingen’ slechts een deel van de complexe werkelijkheid benoemd wordt en bovendien vanuit de positie die de onderzoeker zelf inneemt. De complementariteit, complexiteit en hiërarchische netwerrelaties van institutionele configuraties maken instituties diffuse analyseobjecten.

Waar Helderma en Stiller (2014) met name de liberaliseringstrategieën van stakeholders niet prominent meedragen in hun institutionele analyses, ziet dit onderzoek wel een belangrijke rol hiervoor voor de vergelijking tussen Engeland en Nederland omdat met name in het Engelse NHS, als Beveridge systeem een repertoire van mislukte pogingen tot liberalisatie van de gezondheidszorgsector kent. Sociale verzekeringsstelsels hebben extra lagen van vrijwillige verzekeringen mogelijk gemaakt als poging het zorgstelsel te voorzien van mechanismen om financiële risico’s af te dekken die ontstaan door de verliezen die verzekeraars stelselmatig maken op de verplichte basisverzekeringen.

De verwarring tussen verschillende vormen van institutionele verandermechanismen is geconstateerd. Zo is bij conversion het expliciet niet om de expansie van institutionele configuraties te doen. Bij zowel layering en conversion worden de cumulatieve effecten (displacement en drift) herleidbaar tot kleinere hervormingen. In de praktijk komen conversion en layering samen in institutionele configuraties en vullen elkaar aan. Het wel of niet aansluiten⁵⁵ op de status quo van opeenvolgende momenten van layering en conversion bepaalt de urgentie van institutionele hervormingen. Het graduele effect dat door layering plaatsvindt is dat de risico’s en transactiekosten die stakeholders ervaren wanneer zij tegen de status quo in gaan (conversion) worden verlaagd. De bedoeling van nieuwe lagen is de transitie naar nieuwe doelen en functies van instituties te vergemakkelijken (conversion). Vaak lopen deze processen parallel of door elkaar heen.

7.6 Reflectie op gebruikte methoden

Het vermogen dat stakeholders dragen om (historische) beleidssituaties te identificeren (lerend vermogen) is in dit onderzoek een belemmering gebleken. Maar door een zogenaamde ‘thick description’ (Boeije, 2005 p.131) van de te onderzoeken stelsel kenmerken kunnen conclusies toch bekrachtigd worden. Dit heeft geresulteerd in een gecombineerde zoektocht naar zowel de institutionele rollen van stakeholders als wel de preferenties die zij dragen, gereflecteerd door het type verandermechanisme dat lijkt plaats te

⁵⁵ Aansluiten is: compatibel, coherent, niet-hiërarchisch en complementair volgens Amable in Crouch et al. (2005).

vinden.⁵⁶ Het is vanzelfsprekend dat door hoge complexiteit van betrokken instituties de weergave van de resultaten een momentopname zijn en met name verklaringen voor reeds plaatsgevonden hervormingen in de beide zorgstelsels. De verschillende typen mechanismen van institutionele hervorming geven nog te weinig informatie over de gedragspatronen van stakeholders. Dat zou een goede toevoeging zijn aan deze theoretische kaders. Een ander element dat in vervolgonderzoek meegenomen zou moeten worden is een variabelen toetsend element. Dit zou de gelegenheid geven om elementen van de theoretische kaders te verbeteren en meer empirische body te geven.

Het narratief van de hervormingsgeschiedenis heeft een duidelijk beeld gegeven van de kenmerken van beide stelsels. Het is een behoorlijke exercitie om twee totaal verschillende stelsels te vergelijken op enkele convergerende beleidsreacties. Ten aanzien daarvan zou het beter zijn geweest als er binnen de centrale hervormingen specifiekere gekeken zou zijn naar de gevolgen van de hervormingen voor een specifieke patiënten groep en met de zelfde stakeholders erbij betrokken, zo ver dat mogelijk is. Een survey onder ten minste 100 Nederlandse en 100 Engelse huisartsen met vragen omtrent de hervormingen en op welke manieren discretionaire bevoegdheden en veto-krachten beoefend worden alsmede de mogelijkheden om de gevolgen van hervormingen in te schatten zou een waardevolle toevoeging aan dit onderzoek zijn geweest. Helaas paste dat niet in het kader van deze opdracht.

7.7 Reflectie op gebruikte casussen

7.7.1 Nederland

Een belangrijk deel van de bekostiging van de huisartsenzorg gaat met de hervorming veranderen van een vast bedrag per consult naar een algemeen bedrag aangevuld met flexibele modules die met zorgverzekeraars apart kunnen worden afgesproken. De vraag is of een dergelijk model haalbaar is. De toenemende schaarste in ziekenhuizen en het sterk reduceren van allerlei specialistische voorzieningen maakt dat daar een vacuüm ontstaat voor nieuwe vormen van zorgverlening. Op dit moment zijn voor het basistarief geen afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, behalve dat deze moet voldoen aan de standaarden die IGZ stelt. Met name door een groter belang van zorgverzekeraars om met individuele zorgaanbieders, huisartsen, te onderhandelen brengt een risico met zich mee. Het instrumentarium om onderlinge kwaliteit van geleverde zorg te vergelijken ontbreekt hierdoor ook bij de onderhandelingen tussen verzekeraar en huisarts. Een ander nadeel dat met het nieuwe model komt is dat de complexe patiënten niet gemakkelijk in een contractonderdeel van de huisarts gaat passen.

De afspraken die steeds specifiekere over het aanbod van de huisarts gaan, laten simpelweg minder maatwerk toe voor deze groep patiënten. Dit aanbod valt en staat met hoe verzekeraars het eerste segment gaan invullen. Wanneer het eerste segment zeer beperkt is en slechts voor sommige verrichtingen vergoedingen gelden, zullen complexere patiënten toch doorstromen naar de duurdere tweedelijns gezondheidszorg omdat de huisarts zelf niet meer kan beslissen of hij zijn aanbod aan de patiënt ter beschikking stelt, omdat dat afhankelijk is van de contracten met de verzekeraar. De reden dat bovenstaande ontwikkeling waarschijnlijk wordt is omdat met name speciale verrichtingen in de huisartsenpraktijk in de afgelopen jaren zijn gegroeid. Naast het IGZ en de verzekeraars speelt ook de minister en het huidige zorgbeleid een belangrijke rol in de hervorming. De grootte van de segmenten zijn niet vastomlijnd. Er schuilt een risico in het doen van extra taken als het niet loont voor de huisarts en er schuilt ook een risico in als dat juist wel loont. Het is twijfelachtig of de toedeling van deze prikkels bij de

⁵⁶ Binnen de mechanismen worden bewuste keuzes gemaakt om een bepaalde verandering toe te laten of juist te negeren.

politiek in goede handen is. Wat dit betreft laat de hervorming weinig ruimte voor het geld de zorg laten volgen en is het meer gericht op aanbod gestuurd. Andere hervormingen en het algemene politieke bestuurlijke context geheel spelen ook een belangrijke rol in de adaptatie. Door de decentralisatiehervormingen AWBZ komen zwaardere gevallen bij de huisarts die anders in een zorginstelling zouden verblijven. Voor deze transitie is geen beleid opgenomen en dat is dus een groot risico. Binnen het kader prestatiebekostiging is ook met deze populaties geen rekening gehouden. Daarnaast bestaat de hervorming ook uit een aantal categorieën patiënten binnen de afgesproken multidisciplinaire ketenzorg, maar ontbreekt de clausule meer ketenzorgtypes op te richten met zorgverzekeraars. Daarvoor is de NZa verantwoordelijk.

7.7.2 Engeland

Het Health and Social Care Act leidt tot meer hervormingen in de zorg. Ten eerste is het onderzoek ingegaan op de huisartsenkant van de wet. Echter de maatschappelijke zorg in het Engelse model is verre van het zelfde laken een pak. Hervormingen zijn schaars en maatschappelijke zorg is een zeer gefragmenteerde, gemeentelijke, taak. Dat kan nog wel eens problemen op gaan leveren voor de algemene ontwikkelingen van de wet. Het eerste probleem dat ontstaat, is de vage scheidslijn tussen beide elementen die binnen hetzelfde wetsstuk zijn opgenomen. Ook vanwege het feit dat door de wet beide op lokaal niveau aanbesteed worden maar toch volledig verschillen. De eigen bijdrage voor maatschappelijke zorg is een hoger dan dat van gezondheidszorg van de huisarts (gratis). Hierin schuilt het risico voor de lokale autoriteit, de gemeente, dat er een systeem moet komen dat de beide stelsels binnen dezelfde wet gescheiden blijven.

Een tweede probleem met de hervorming is dat er een trade-off tussen openstaande leningen van zorginstellingen (ziekenhuizen) tegenover substitutie door huisartsen van het noodzakelijke zorgaanbod komt te staan. Beide worden betaald door de CCG want ook de kosten die ziekenhuizen en zorginstellingen maken op hun leningen worden bij de CCG neergelegd. De substitutie krijgt daardoor een ongewenste overwegingsdimensie.

Een derde opvallende eigenschap van de hervorming is dat de uitgaven van CCG worden afgewogen binnen de aanbieders van deze CCG terwijl in veel andere stelsels, zoals bijvoorbeeld in Nederland, de gespecialiseerde ziekenhuizen patiënten van ver weg trekken vanwege specifieke aanbestedingscontracten. CCG's besteden alleen lokaal aan. Een goed werkend ziekenhuis dat buiten de CCG omgeving valt door de nieuwe verdeling (van 152 naar 211 districten) kan effecten hebben op de kwaliteit van de hervorming en de steun van de stakeholders. Een bijkomend effect is dat de hervorming mogelijk is gemaakt door de steun van Labour, meer indirect de steun van Labour georiënteerde zorgprofessionals. Wat belangrijk bleek voor Labour in de jaren 2005-2010 was keuze. Met het huidige Health and Social Care Act is het maar geheel de vraag of keuze wel een bestendigd onderdeel is. De CCG bepaalt namelijk de inkoop, niet de patiënt. Een ander belangrijk onderdeel van het HSCA is dat door een volledige displacement veel nieuwe organisaties zijn opgericht. Het is volledig de vraag hoeveel risico er schuilt in het niet meenemen van de experts uit de oude organisaties. Uit de interviews met Andrea Gupta en Omair Vaiyani bleek duidelijk dat het behoud van personeel wel een prioriteit was, maar nu ook geprivatiseerde zorgaanbieders toegang hebben, de kwaliteit wel eens verloren kan gaan uit de beleidsmakende NHS organisaties en dat private organisaties een grotere kracht gaan krijgen. De ontwikkelingen moeten nog blijken in de toekomst.

8. Literatuur

8.1 Boeken en wetenschappelijke publicaties

- Ahrne, G. (1994). *Social organizations: interaction inside, outside and between organizations*. Sage. Verkregen van <http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=NDCS9Jt1yvYC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Ahrne+1994&ots=waBoIcVeRx&sig=L-wJJbMuUpN1d7A5N7fprsu2Res>
- Amelung, V., Glied, S., & Topan, A. (2003). Health care and the labor market: Learning van the German experience. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28(4), 693–714. Verkregen van <http://jhpl.dukejournals.org/content/28/4/693.short>
- Bennett, J. (2005). Curriculum issues in national policy-making. *European Early Childhood Education Research Journal*, 13(2), 5–23. Verkregen van <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13502930585209641>
- Berg, M. J., Koopmanschap, M. A., Bakker, D. de, & Verheij, R. A. (2007). Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West: evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het MENZIS-model. Verkregen van <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1001513>
- Berg, M. J. van den, Kringos, D. S., Marks, L. K., & Klazinga, N. S. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 1. doi:10.1186/1478-4505-12-1
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Penguin UK.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's Measured Is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, 84(3), 517–538. doi:10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x
- Baumgartner, F. R., Breunig, C., Green-Pedersen, C., Jones, B. D., Mortensen, P. B., Nuytemans, M., & Walgrave, S. (2009). Punctuated Equilibrium in Comparative Perspective. *American Journal of Political Science*, 53(3), 603–620. doi:10.1111/j.1540-5907.2009.00389.x
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Centraal Boekhuis.
- Boot J.M.D. (2013). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten
- Boyle, S. (2011) Healthsystems in transition: England (2011). Verkregen 1 januari 2014, van: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/england-hit-2011>
- Boseley & Campbell (2013) 'NHS chief: stop playing politics with closures', *The Guardian*, 24 Januari.
- Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the “new public sector.” *Management Accounting Research*, 11(3), 281–306. doi:10.1006/mare.2000.0136
- Bureau, V., & Blank, R. H. (2006). Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(01), 63–76. Verkregen van <http://www.tandfonline.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/abs/10.1080/13876980500513558>
- Byrne, D., & Ragin, C. C. (2009). *The Sage handbook of case-based methods*. Sage Publications Ltd. Verkregen van [http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=e0YK7emcukgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=\(Ragin,+2009&ots=e7Zh_SBp51&sig=0o oMuprvW7Ugei3Ecm8HCeOfPtQ](http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=e0YK7emcukgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=(Ragin,+2009&ots=e7Zh_SBp51&sig=0o oMuprvW7Ugei3Ecm8HCeOfPtQ)
- Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2009). Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368–378. doi:10.1056/NEJMs0807651
- Cardol, M., Bakker, D. de, & Westert, G. (2006). The activities of general practitioners: are they still gatekeepers? Verkregen van <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A2527>
- Collier, R., & Collier, D. (1991). *Critical Junctures and Historical Legacies* (SSRN Scholarly Paper No. ID 1750509). Rochester, NY: Social Science Research Network. Verkregen van <http://papers.ssrn.com/abstract=1750509>
- Companje, K.-P. (2013). Hervorming van langdurige zorg: van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 453–454. doi:10.1007/s12508-013-0145-x
- Cookson, R., Laudicella, M., Donni, P. L., & Dusheiko, M. (2012). Effects of the Blair/Brown NHS reforms on socioeconomic equity in health care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(suppl 1), 55–63. Verkregen van http://www.jhsrp.rsmjournals.com/content/17/suppl_1/55.short
- Coulter, A. (2005). The NHS revolution: health care in the market place: What do patients and the public want from primary care? *BMJ: British Medical Journal*, 331(7526), 1199. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1285107/>
- Custers, T., Arah, O. A., & Klazinga, N. S. (2007). Is there a business case for quality in The Netherlands?: A critical analysis of the recent reforms of the health care system. *Health Policy*, 82(2), 226–239. doi:10.1016/j.healthpol.2006.09.005
- Damery, S., Smith, S., Clements, A., Holder, R., Nichols, L., Draper, H., Wilson, S. (2012). Evaluating the effectiveness of GP endorsement on increasing participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme in England: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 1–7. Verkregen van <http://www.biomedcentral.com.proxy.ubn.ru.nl/content/pdf/1745-6215-13-18.pdf>
- David, P. A. (1994). Why are institutions the “carriers of history”? Path dependence and the evolution of conventions, organizations and institutions. *Structural Change and Economic Dynamics*, 5(2), 205–220. Verkregen van <http://www.sciencedirect.com.proxy.ubn.ru.nl/science/article/pii/0954349X94900027>
- Davis K, Schoen C, Stremikis K (2010). Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund website: www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/MirrorMirror-Update.aspx?page=all (verkregen op 30 September 2014).
- Deeg, R., & Jackson, G. (2007). Towards a more dynamic theory of capitalist variety. *Socio-Economic Review*, 5(1), 149–179. Verkregen van <http://ser.oxfordjournals.org/content/5/1/149.short>

- Delnoij, D., Merode, G. van, Paulus, A., & Groenewegen, P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? Verkregen van <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A243>
- Derksen, W., Korsten, A. F., Kickert, W. J. M., & van Vught, F. A. (1995). Local government: a survey. Public Policy and Administration Sciences in The Netherlands. Padstow. Cornwall.
- Dijk, C. E., Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & Bakker, D. H. (2012). MORAL HAZARD AND SUPPLIER-INDUCED DEMAND: EMPIRICAL EVIDENCE IN GENERAL PRACTICE. *Health Economics*. Verkregen van <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/10.1002/hec.2801/full>
- Dubois, C.-A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110–117. doi:10.1093/intqhc/mzt019
- Dwarswaard, J., Hilhorst, M., & Trappenburg, M. (2011). The Doctor and the Market: About the Influence of Market Reforms on the Professional Medical Ethics of Surgeons and General Practitioners in The Netherlands. *Health Care Analysis*, 19(4), 388–402. doi:10.1007/s10728-011-0166-z
- Elster, J. (2000). *Rational choice history: A case of excessive ambition*. JSTOR. Verkregen van <http://www.jstor.org/stable/2585842>
- Enthoven, A. C. (2014). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Elsevier.
- Esping-Andersen, G. (2013). *The three worlds of welfare capitalism*. John Wiley & Sons. Verkregen van http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=KHdnAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=esping+anderson&ots=GDLvbkCrY&sig=ICDH_3MikItC0cZNkXMz-qjEw_g
- Ferrera, M., Hemerijck, A., & Rhodes, M. (2000). The future of social Europe: Recasting work and welfare in the new economy. Celta Editora Oeiras, Portugal. Verkregen van http://www.relazioni-internazionali-studi-europei.unifi.it/upload/sub/Ferrera_Hemerijck_Rhodes.pdf
- Figuera. (2005). *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. McGraw-Hill International.
- Fischer, A. R., Wentholt, M. T., Rowe, G., & Frewer, L. J. (2013). Expert involvement in policy development: A systematic review of current practice. *Science and Public Policy*, sct062. Verkregen van <http://spp.oxfordjournals.org.proxy.ubn.ru.nl/content/early/2013/09/10/scipol.sct062.short>
- Francis, R. (2013). Culture, compassion and clinical neglect—probity in the NHS after Mid Staffordshire. *Journal of Medical Ethics*, medethics–2013–101462. doi:10.1136/medethics-2013-101462
- Franzese, R. J., & Hays, J. C. (2008). Interdependence in Comparative Politics Substance, Theory, Empirics, Substance. *Comparative Political Studies*, 41(4-5), 742–780. Verkregen van <http://cps.sagepub.com.proxy.ubn.ru.nl/content/41/4-5/742.short>
- Freeman, J. (1999). Venture capital as an economy of time. In *Corporate social capital and liability* (pp. 460–479). Springer. Verkregen van http://link.springer.com.proxy.ubn.ru.nl/chapter/10.1007/978-1-4615-5027-3_26
- Freeman, R. E., & McVea, J. (2001). *A Stakeholder Approach to Strategic Management* (SSRN Scholarly Paper No. ID 263511). Rochester, NY: Social Science Research Network. Verkregen van <http://papers.ssrn.com/abstract=263511>
- Freeman, R., & Frisina, L. (2010). Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2), 163–178. Verkregen van <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13876980903076278>
- Giaimo, S., & Manow, P. (1999). Adapting the Welfare State The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies*, 32(8), 967–1000. Verkregen van <http://cps.sagepub.com.proxy.ubn.ru.nl/content/32/8/967.short>
- Greaves, F., Harris, M., Goodwin, N., & Dixon, A. (2012). The commissioning reforms in the English National Health Service and their potential impact on primary care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35(3), 192–199. Verkregen van [http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2012/07000/The Commissioning Reforms in the English National.6.aspx](http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2012/07000/The_Commissioning_Reforms_in_the_English_National.6.aspx)
- Gregory, S., Dixon, A. & Ham, C. (2012) Health Policy under the Coalition Government: a mid-term assessment, The King's Fund: London.
- Gridley, K., Spiers, G., Aspinall, F., Bernard, S., Atkin, K., & Parker, G. (2012). Can general practitioner commissioning deliver equity and excellence? Evidence from two studies of service improvement in the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(2), 87–93. Verkregen van <http://jhsrp.rsmjournals.com.proxy.ubn.ru.nl/content/17/2/87.short>
- Groenewegen, P. P., Hansen, J. J. H. I., & Bekke, S. ter. (2007). *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Springer.
- Guldbbrandsson, K., & Fossum, B. (2009). An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena. *Health Promotion International*, 24(4), 434–444. doi:10.1093/heapro/dap033
- Gupta, S. (2011). *Effective GP Commissioning - Essential Knowledge, Skills and Attitudes: A practical guide*. Radcliffe Publishing.
- Hacker, J. S. (2004). Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States. *American Political Science Review*, 98(02), 243–260. Verkregen van http://journals.cambridge.org/abstract_S0003055404001121
- Harker, R. (2012) NHS Funding and Expenditure, House of Commons Library SN/SG/724. London.
- Hall, P. A. (2009). Historical institutionalism in rationalist and sociological perspective. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, 204–23. Verkregen van http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=PACmgwYerMC&oi=fnd&pg=PA204&dq=Hall+taylor+1996&ots=Nj_C4TihzR&sig=glaxavreDASIoHpKiT9aVyb14
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936–957. doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x

- Ham, C., & Zollinger-Read, P. (2012). What are the lessons van the USA for clinical commissioning groups in the English National Health Service? *The Lancet*, 379(9811), 189–191. doi:10.1016/S0140-6736(11)61088-X
- Hantrais, L., & Mangen, S. P. (1996). *Cross National Research Methods*. Bloomsbury.
- Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M., & Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, 48(2), 87–105. Verkregen van <http://www.sciencedirect.com.proxy.ubn.ru.nl/science/article/pii/S0168851099000378>
- Harrison, J. S., & Freeman, R. E. (1999). Stakeholders, social responsibility, and performance: empirical evidence and theoretical perspectives. *Academy of Management Journal*, 42(5), 479–485. Verkregen van <http://amj.aom.org/content/42/5/479.short>
- Hassenteufel, P., & Palier, B. (2007). Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration*, 41(6), 574–596. doi:10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x
- Hays, R. B. (2006). Guiding principles for successful innovation in regional medical education development. *Rural and Remote Health*, 6(516). Verkregen van <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=516>
- Heinemann, S., Leiber, S., & Greß, S. (2013). Managed competition in the Netherlands—A qualitative study. *Health Policy*, 109(2), 113–121. doi:10.1016/j.healthpol.2012.08.025
- Helderman, J. K. (2014). Making sense of complexity: the contribution of Rudolf Klein to our understanding of The New Politics of the NHS. *Health Economics, Policy, and Law*, 1–7. Verkregen van <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=9305570>
- Helderman, J.-K. (2006). *Orkestratie van gezondheidszorgbeleid*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Helderman, J.-K. (2007). *Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg-Health policy and management (iBMG). Verkregen van <http://repub.eur.nl/pub/10550/>
- Helderman, J.-K., Bevan, G., & France, G. (2012). The rise of the regulatory state in health care: a comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics, Policy and Law*, 7(01), 103–124. Verkregen van http://journals.cambridge.org/abstract_S1744133111000326
- Helderman, J.-K., Schut, F. T., Van Der Grinten, T. E., & Van De Ven, W. P. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 189–210. Verkregen van <http://jhpl.dukejournals.org/content/30/1-2/189.short>
- Helderman, J.-K., & Stiller, S. (2014). The Importance of Order and Complements: A New Way to Understand the Dutch and German Health Insurance Reforms. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2743051. Verkregen van <http://jhpl.dukejournals.org/content/early/2014/05/09/03616878-2743051.short>
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vermooij-Dassen, M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66–74. doi:10.1093/intqhc/mzs066
- Hirschman, A. O. (1980). “Exit, Voice, and Loyalty”: Further Reflections and a Survey of Recent Contributions. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 430–453. Verkregen van <http://www.jstor.org.proxy.ubn.ru.nl/stable/10.2307/3349733>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (1995). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems* (Vol. 163). Cambridge Univ Press. Verkregen van <http://journals.cambridge.org.proxy.ubn.ru.nl/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=6241988>
- Humphries, R. (n.d.). Dilnot report verdict: Adopt these proposals now, much work lies ahead. *The Guardian*. Verkregen van <http://www.theguardian.com/society/joepublic/2011/jul/04/dilnot-report-long-term-care?INTCMP=SRCH>
- Hawkes, N. (2011). Cameron promotes new partnership between research, industry, and the NHS. *BMJ*, 343. Retrieved van <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7956>
- Kam, C.A. de (2005). The long run. *Economisch Statistische Berichten*, 4453.
- Karssen, B., Schipper, M., & Jurling, B. (2009). *Praktijkkosten en Opbrengsten van Huisartsenpraktijken; Eindrapportage van een Onderzoek naar de Praktijkkosten en Opbrengsten van Huisartsenpraktijken in Nederland in 2006*. Barneveld: Significat B.V.
- Kenis, P., (2009). *Towards an exogenous theory of public network performance*. *Public Administration*, 87(3), 440–456. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/10.1111/j.1467-9299.2009.01775.x/full>
- Kickert, W. J. M. (2013). Specificity of Change Management in Public Organizations: Conditions for Successful Organizational Change in Dutch Ministerial Departments. *The American Review of Public Administration*, 0275074013483871. doi:10.1177/0275074013483871
- Klein, R. (1998). Why Britain is reorganizing its national health service—yet again. *Health Affairs*, 17(4), 111–125. Verkregen van <http://content.healthaffairs.org.proxy.ubn.ru.nl/content/17/4/111.short>
- Klein, R., Maybin, J. (2012) *Thinking About Rationing, The King’s Fund*: London
- Klein, R. (2013). *New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention*, 7th Edition (7 edition.). Radcliffe Publishing Ltd.
- Kohn, M. (1989). *Class and Conformity: A Study in Values*. University of Chicago Press.
- Korpi, W. (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13(2), 235–283. Verkregen van <http://rss.sagepub.com/content/13/2/235.short>
- Korsten, A. F. A., Bertrand, A., De Jong, P., & Soeters, J. (1995). *Internationaal-vergelijkend onderzoek*. Vuga Den Haag. Retrieved from <http://arnokorsten.nl/PDF/Onderzoek/Internationaal-vergelijkend%20onderzoek.pdf>
- Lako, C., & Dortant, H. (2014). Why don’t the Dutch use quality information in their hospital choice? Results van a survey among 479 patients van a Dutch hospital. *Health*, 2014. Verkregen van http://file.scirp.org/Html/1-8202598_41679.htm

- Lamping, A. J., Raab, J., & Kenis, P. (2010). PATIENTS IN THE LEAD, THE PUBLIC IN NEED. Verkregen van http://pgosupport.dmdelivery.com/mailings/FILES/plugin_content/160/patients%20in%20the%20lead,%20public%20in%20the%20need.pdf
- Le Grand, J. (1999). Competition, cooperation, or control? Tales van the British National Health Service. *Health Affairs*, 18(3), 27–39. Verkregen van <http://content.healthaffairs.org.proxy.ubn.ru.nl/content/18/3/27.short>
- Levi-Faur, D. (2003). The politics of liberalisation: Privatisation and regulation-for-competition in Europe's and Latin America's telecoms and electricity industries. *European Journal of Political Research*, 42(5), 705–740. Verkregen van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6765.00101/full>
- Maarse, H., & Paulus, A. (2011). The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006. *Health Economics, Policy and Law*, 6(01), 125–134. Verkregen van http://journals.cambridge.org.proxy.ubn.ru.nl/abstract_S174413311000037X
- Maarse H., (2011) Markthervorming in de zorg, Maastricht: Maastricht University
- Mahoney, J., & Thelen, K. (2010). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge University Press. Verkregen van http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=PACmgwYerMC&oi=fnd&pg=PR7&dq=mahoney+thelen&ots=Nj_C4ThfEY&sig=7APqm0n-iNhGs4Gy2nmEBfbYEGM
- March, J. G., & Olsen, J. P. (2004). *The logic of appropriateness*. ARENA. Verkregen van http://dingo.sbs.arizona.edu/~ggoertz/pol595e/Maart_Olsen2006.pdf
- Marx, A., Rihoux, B., & Ragin, C. (2014). The origins, development, and application of Qualitative Comparative Analysis: the first 25 years. *European Political Science Review*, 6(01), 115–142. doi:10.1017/S1755773912000318
- Melker, P. D. R. A. de. (2001). It takes two to tango. *Huisarts en Wetenschap*, 44(6), 515–517. doi:10.1007/BF03082551
- Mintzberg, H., Lampel, J., & Ahlstrand, B. W. (2009). *Strategie-safari / druk 2: uw complete gids door de jungle van strategisch management*. Pearson Education.
- Negro, M. D., & Schorfheide, F. (2004). *Policy predictions if the model doesn't fit*.
- North, D. (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance* | Political economy | Cambridge: University Press.
- Okma, K. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* (SSRN Scholarly Paper No. ID 1340012). Rochester, NY: Social Science Research Network. Verkregen van <http://papers.ssrn.com/abstract=1340012>
- Okma, K. G. H. (2009). *Six Countries, Six Reform Models: The Healthcare Reform Experience of Israel, the Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan - Healthcare Reforms Under the Radar Screen*. World Scientific.
- Oliver, A. (2005). The English National Health Service: 1979–2005. *Health Economics*, 14(S1), S75–S99. doi:10.1002/hec.1029
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it: Implementation research is a growing but not well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731–736. doi:10.1136/bmj.f6753
- Phillips, N., Lawrence, T. B., & Hardy, C. (2004). Discourse and institutions. *Academy of Management Review*, 29(4), 635–652. Verkregen van <http://amr.aom.org/content/29/4/635.short>
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Princeton University Press. Verkregen van <http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=nVtptUoWuO4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=pierson+2004&ots=OEGWLaZnMR&sig=YeopU88YY86LWu4KKLeplOCZTqQ>
- Pollitt, C. (2013). *Context in Public Policy and Management: The Missing Link?* Edward Elgar Publishing. Verkregen van <http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=SejDAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=politt+2012+policy&ots=a9DMrgeCuF&sig=dtEg7dpWDnzNOXzftlpPx6ghO2c>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford University Press.
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. University of Chicago Press.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. Retrieved from <http://jpart.oxfordjournals.org.proxy.ubn.ru.nl/content/18/2/229.short>
- Reynolds, L., Lister, J., Scott-Samuel, A., & McKee, M. (2011). Liberating the NHS: source and destination of the Lansley reform. Verkregen van <http://pcwww.liv.ac.uk/~alexss/nhs.pdf>
- Richter, M., & Blane, D. (2012). The life course: challenges and opportunities for public health research. *International Journal of Public Health*, 58(1), 1–2. doi:10.1007/s00038-012-0436-z
- Rihoux, B., & Ragin, C. C. (2009). *Configurational comparative methods: Qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques*. Sage. Verkregen van [http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=sAcIYzgO3nkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=\(Ragin,+2009&ots=uXTfB6-5wE&sig=AtF-Nxjzd3N8-SWDjq547UX4dIE](http://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=sAcIYzgO3nkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=(Ragin,+2009&ots=uXTfB6-5wE&sig=AtF-Nxjzd3N8-SWDjq547UX4dIE)
- Robertson, S., Witty, K., Braybrook, D., Lowcock, D., South, J., & White, A. (2012). “It’s coming at things van a very different standpoint”: evaluating the “Supporting Self-Care in General Practice Programme” in NHS East of England. *Primary Health Care Research & Development*, 1(1), 1–13. Verkregen van <http://journals.cambridge.org.proxy.ubn.ru.nl/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=8533466>
- Robinson, R. (1986). Restructuring the Welfare State: An Analysis of Public Expenditure, 1979/80–1984/85. *Journal of Social Policy*, 15(01), 1–21. doi:10.1017/S0047279400023084

- Roland, M., Guthrie, B., & Thom  , D. C. (2012). Primary medical care in the United Kingdom. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S6–S11. Verkregen van http://jabfm.org/content/25/Suppl_1/S6.short
- Sabatier, P. A. (2009). Coalitions, science, and belief change: Comparing adversarial and collaborative policy subsystems. *Policy Studies Journal*, 37(2), 195–212. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/10.1111/j.1541-0072.2009.00310.x/full>
- Savedoff, W. D., & Gottret, P. E. (2008). *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. World Bank Publications.
- Sch  fer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devill  , W., & van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(1)
- Scharpf, F. W. (1997a). Economic integration, democracy and the welfare state. *Journal of European Public Policy*, 4(1), 18–36. Verkregen van <http://www.tandfonline.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/abs/10.1080/135017697344217>
- Scharpf, F. W. (1997b). *Games Real Actors Play: Actor-centered Institutionalism in Policy Research*. Westview Press.
- Scharpf, F. W. (2000). Institutions in comparative policy research. *Comparative Political Studies*, 33(6–7), 762–790. Verkregen van <http://cps.sagepub.com.proxy.ubn.ru.nl/content/33/6-7/762.short>
- Scholtes, E. (2007). Toezichthouders en transparantie. F. Leeuw, JS Kerseboom & R. Elte (red.), *Turven, Tellen, Toetsen: Over Toezicht, Inspectie, Handhaving En Evaluatie En Hun Maatschappelijke Betekenis in Nederland, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers*. Verkregen van <http://www.degedrevenorganisatie.nl/pdf/Artikelen/Toezichthoudersentransparantie.pdf>
- Schneider, B. R., & Heredia, B. (2003). *Reinventing Leviathan: the politics of administrative reform in developing countries*. North-South Center Press Miami. Retrieved from https://www.rienner.com/title/Reinventing_Leviathan_The_Politics_of_Administrative_Reform_in_Developing_Countries
- Scott, W. R. (2008). Approaching adulthood: the maturing of institutional theory. *Theory and Society*, 37(5), 427–442. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/s11186-008-9067-z>
- Simon, H. A. (1972). Theories of bounded rationality. *Decision and Organization*, 1, 161–176. Verkregen van http://innovbfa.viabloga.com/files/Herbert_Simon_theories_of_bounded_rationality_1972.pdf
- Slaghuis, S. S., Strating, M. M. H., Bal, R. A., & Nieboer, A. P. (2013). A measurement instrument for spread of quality improvement in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 125–131. doi:10.1093/intqhc/mzt016
- Smith, J., Dixon, J., Meis, N., McLeod, H., Goodwin, N., McClelland, S., ... Wyke, S. (2005). Practice based commissioning: applying the research evidence. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7529), 1397–1399. Verkregen van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1309657/>
- Smith, J., Meis, N., Dixon, J., Goodwin, N., Lewis, R., McClelland, S., ... Wyke, S. (2004). *A Review of the Effectiveness of Primary Care-led Commissioning and Its Place in the NHS*. Health Foundation. Verkregen van <http://www.gloslmc.com/guidance/previous/PC%20led%20commissioning%2005.pdf>
- Steinmo, S., Thelen, K., & Longstreth, F. (1992). *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge University Press. Verkregen van <http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=jpOFL5HF300C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Steinmo+%26+Thelen+%26++Longstreth+,+1992:+2&ots=zKSOkwrgtV&sig=UGSCOBpvi1FxS3h9Rjw6ORwwwd0>
- Steinvo  rth, P. D. U. (1982). Max Webers System der verstehenden Soziologie. *Zeitschrift f  r allgemeine Wissenschaftstheorie*, 13(1), 48–69. doi:10.1007/BF01801185
- Steinvo  rth, U. (1980). Lakatos Und Politische Theorie. *Journal for General Philosophy of Science*, 11(1), 135–146.
- Streeck, W., & Thelen, K. (2005). Introduction: Institutional change in advanced political economies. *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, 1–39. Verkregen van http://www.mpi-fg-koeln.mpg.de/people/ws/downloads/Introduction_Institutional_Change.pdf
- Thelen, K. (2004). *How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*. Cambridge University Press.
- Thelen, K. (2009). Institutional change in advanced political economies. *British Journal of Industrial Relations*, 47(3), 471–498. Verkregen van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8543.2009.00746.x/full>
- Thomas, J. W., & Grindle, M. S. (1990). After the decision: Implementing policy reforms in developing countries. *World Development*, 18(8), 1163–1181. Verkregen van: <http://www.sciencedirect.com.proxy.ubn.ru.nl/science/article/pii/0305750X9090096G>
- Timmins, N. (2012) Never Again? Verkregen Juni 8, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/publications/never-again>
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95(1), 82–89. doi:10.1016/j.healthpol.2009.11.006
- Tsebelis, G. (2002). *Veto players: How political institutions work*. Princeton University Press. Verkregen van http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=UoX3WH8AsnoC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Tsebelis+2002&ots=i6l6JhJF_i&sig=R_B7zzN78mukwPUaqDzMWY7bLMk
- Valderas, J. M., Fitzpatrick, R., & Roland, M. (2012). Using health status to measure NHS performance: another step into the dark for the health reform in England. *BMJ Quality & Safety*, 21(4), 352–353. Verkregen van <http://qualitysafety.bmj.com.proxy.ubn.ru.nl/content/21/4/352.short>
- Van Beest, F., Lako, C., Sent, E.-M., & Vyrastekova, J. (2012). Regulated competition among health insurers: the role of consumers' price/quality trade-offs. Verkregen van http://www.ru.nl.proxy.ubn.ru.nl/publish/pages/516298/nice_12101.pdf
- Van den Berg, M. J., Kringos, D. S., Marks, L. K., & Klazinga, N. S. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*, 12, 1. doi:10.1186/1478-4505-12-1
- Van den Bosch, W., & de Groot, J. (2010). Innovatie: uitdagingen voor de huisartspraktijk. *Bijblijven*, 26(8), 6–11. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03090111>

- Van Der Zee, J., Kroneman, M., & Boerma, W. (2004). De Nederlandse huisarts in Europees perspectief. *Huisarts En Wetenschap*, 47(6), 569–578. Verkregen van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03083894>
- Van der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7(1), 94. doi:10.1186/1472-6963-7-94
- Wallenburg, I., Helderma, J.-K., de Bont, A., Scheele, F., & Meurs, P. (2012). Negotiating authority: a comparative study of reform in medical training regimes. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(3), 439–467. Verkregen van <http://jhppl.dukejournals.org/content/37/3/439.short>
- Westert, G. P., Jabaaij, L., & Schellevis, F. G. (2006). *Morbidity, Performance And Quality in Primary Care: Dutch General Practice on Stage*. Radcliffe Publishing.

8.2 Overheidspublicaties en onderzoeksrapporten

- Bekostiging & Contracting. (n.d.). Verkregen 18 oktober 2014 van: <http://www.de-eerstelijns.nl/category/bekostiging-contracting/>
- BMA. (2014 p.166-181) Guidance for GMS contracts 2014/2015. verkregen van <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
- CQC, (2012) The State of Healthcare and Adult Social Care in England in 2011/12, The Stationery Office: London, HC 763.
- CQC (2013) Care Quality Commission Raising Standards: our strategy for 2013–2016 CQC: London.
- De jonge orde (2012) http://www.dejongeorde.nl/over_de_jonge_orde/nieuws/presentatie-visiedocument-coach-cure-care-2025.html
- DoH (2011) Health and Social Care Bill 2011: impact assessments, DoH: London.
- DoH (2012a) The Mandate: a mandate from the Government to the NHS Commissioning Board; April 2013 to March 2015, DoH: London.
- DoH, (2012b) The NHS Outcomes Framework 2011/12, DoH: London 2010; The NHS Outcomes Framework 2013/14, DoH: London 2012.
- DoH (2012c) Transforming Care: a national response to Winterbourne View Hospital, DoH: London.
- Ham, C. (2014) Care will get worse unless politicians make tough calls. Verkregen September 27, 2014, van <http://www.independent.co.uk/voices/commentators/chris-ham-care-will-get-worse-unless-politicians-make-tough-calls-2349304.html> (volledig rapport: Ham, C. (2014) Care will get worse unless politicians make tough calls. Verkregen September 27, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/care-will-get-worse-unless-politicians-make-tough-calls>)
- Health Committee. (n.d.). Verkregen September 27, 2014, van <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/health-committee/>
- House of Commons Health Committee (2013) National Institute for Health and Clinical Excellence: eighth report of session 2012–13, The Stationery Office: London, HC 782.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (n.d.). Thema “software als medisch hulpmiddel, de gebruikerskant”: er zijn nog veel uitdagingen [nieuwsbericht]. Verkregen October 10, 2013, van http://www.igz.nl/actueel/nieuws/thema_software_als_medisch_hulpmiddel_de_gebruikerskant_er_zijn_nog_veel_uitdagingen.aspx?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter
- Kings Fund (n.d.) Commissioning integrated care in a liberated NHS. Verkregen September 27, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/commissioning-integrated-care-liberated-nhs>
- Kings Fund (2013) Competition and choice. Verkregen November 11, 2013, van <http://www.kingsfund.org.uk/topics/competition-and-choice>
- Kings Fund (n.d.) Transforming patient experience annual conference. Verkregen September 27, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/events/past-events/transforming-patient-experience-annual-conference>
- Kings Fund (2014) Dilnot report verdict: adopt these proposals now, much work lies ahead. Verkregen September 27, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/dilnot-report-verdict-adopt-these-proposals-now-much-work-lies-ahead>
- Ministerie van V.W.S. (2012) Marktscan Medisch specialistische zorg - Rapport - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/12/20/marktscan-medisch-specialistische-zorg.html>
- Ministerie van V.W.S. (2012) Advies Substitutie - Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek - Rapport - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/07/05/advies-substitutie-huisartsenzorg-en-ziekenhuiszorg-op-de-juiste-plek.html>
- Ministerie van V.W.S. (2012, December 10) Beantwoording Kamervragen over preferentiebeleid zorgverzekeraars - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/12/10/beantwoording-kamervragen-over-preferentiebeleid-zorgverzekeraars.html>
- Ministerie van V.W.S. (2012) Naar beter betaalbare zorg - Rapport - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/15/naar-beter-betaalbare-zorg.html>
- Ministerie van V.W.S. (2009, December 11). Zorgverzekering - Onderwerp - Rijksoverheid.nl [onderwerp]. Verkregen Maart 4, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>

- Ministerie van V.W.S. (2012, November 7). Introductiedossier ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Richtlijn - Rijksoverheid.nl [richtlijn]. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/richtlijnen/2012/11/07/introductiedossier-ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport.html>
- Ministerie van V.W.S. (n.d.). De zorg: hoeveel extra is het ons waard? - Betaalbaarheid van de zorg - Rijksoverheid.nl [onderwerp]. Verkregen August 14, 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>
- Ministerie van V.W.S. (2001) Vraag aan bod. Hoofdpijnen van Vernieuwing van Het Zorgstelsel.
- Ministerie van V.W.S. (2013) Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017 - Rapport - Rijksoverheid.nl. Verkregen November 1, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-eerste-lijn-2014-tot-en-met-2017.html>
- Ministerie van V.W.S. (2012_ Rapport "De zorg: hoeveel extra is het ons waard?" - Rapport - Rijksoverheid.nl. (2012, Juni 12). [rapport]. Verkregen Augustus 26, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betalbaarheid-van-de-zorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/12/rapport-de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard.html>
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987) Kantekeningen bij de Nota 2000. Zoetermeer: NRV, 1987
- NHG (2013). Samenhangende zorg in de eerste lijn: De as huisartsen - wijkverpleegkundigen https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/samenwerking_ha_wijkverpleegkundigen.pdf
- NHSCB (2013a) The Way Forward: Clinical Senates, NHSCB: Leeds.
- NHSCB (2013b) NHS Allocations for 2013/14, NHSCB: Leeds.
- NHSCB (2012) Supporting Planning 2013/2014 for Clinical Commissioning Groups, NHSCB: Leeds 21 December.
- NHS England (2013) Putting Patients First: summary NHS England business plan for 2013/14–2015/16
- N. H. S. (2014a, November 8). About the National Health Service (NHS) in England - NHS Choices. Verkregen August 12, 2014, van <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
- N. H. S. (2014b, November 8). The structure of the NHS in England - NHS Choices. Verkregen August 12, 2014, van <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
- NIVEL. (2012) Cijfers Uit de Registratie Van Huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- NZA. Marktscan ketenzorg http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Ketenzorg.pdf
- NZA. De stand van de zorgmarkten (2012) http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_zorgmarkten_2012.pdf
- NZA. (2012) Monitor_Zorgverzekeringsmarkt 2012. Verkregen van http://www.nza.nl/104107/105773/354583/Monitor_Zorgverzekeringsmar1.pdf
- OECD Health Data 2012. Verkregen Mei 22, 2013, van <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>
- OECD (2013) Health care systems: efficiency and policy settings. (n.d.-a). Verkregen Mei 22, 2013, van <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings.htm>
- OECD (n.d.) Health care systems: efficiency and policy settings - Cross country comparisons - Health care policies and institutions. Verkregen Mei 22, 2013, van <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings-crosscountrycomparisons-healthcarepoliciesandinstitutions.htm>
- OECD (2012) Health Care Quality Indicators. Verkregen Mei 22, 2013, van <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>
- PCC (2013) GP income streams. (n.d.). Verkregen Augustus 18, 2014, van <http://www.pcc-cic.org.uk/article/gp-income-streams>
- T. N. I. (2008, December 15). General Practice Services [Text]. Verkregen September 9, 2014, van <http://www.statistics.gov.uk/hub/health-social-care/specialist-health-services/general-practice-services/index.html>
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2012) Convenant huisartsenzorg 2012/2013 - Convenant - Rijksoverheid.nl. Verkregen November 1, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2012/06/22/convenant-huisartsenzorg-2012-2013.html>
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2012) Kamerbrief over invoering prestatiebekostiging (motie Dijkstra) - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/12/05/kamerbrief-over-invoering-prestatiebekostiging-motie-dijkstra.html>
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2012) Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg - Rapport - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/09/05/praktijkkosten-en-inkomensonderzoek-huisartsenzorg.html>
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2004, Juni 14). Jaarverslagen over het jaar 2003; Lijst van vragen en antwoorden over het jaarverslag 2003 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (kamerstuk 29540, nr. 34) [officiële publicatie]. Verkregen September 24, 2014, van <https://zoek.officiëlebekeendmakingen.nl/dossier/29540/kst-29540-89?resultIndex=40&sorttype=1&sortorder=4>

- Tweede Kamer der Staten Generaal (2012) Nota n.a.v. het verslag bij wijziging Wet cliëntenrechten zorg - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl. Verkregen Februari 14, 2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/10/08/nota-n-a-v-het-verslag-bij-wijziging-wet-clientenrechten-zorg.html>
- Tweede Kamer der Staten Generaal (n.d.). Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders [officiële publicatie]. Verkregen Maart 4, 2013, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-184050.html>
- Tweede kamer der Staten Generaal. (Kamerstuk Tweede Kamer 1979-1980 16066) via: <http://resolver3.kb.nl/resolve?urn=sgd%3Ampg21%3A19791980%3A0007195>
- Tweede kamer der Staten Generaal. (Kamerstuk Tweede Kamer 1986-1987) Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie, HTK 1986-1987, kamerstuknummer 19794, ondernummer 2
- Tweede kamer der Staten Generaal. Nota Eerstelijnszorg (1983 kamerstuknummer 18180 ondernummer 2) <http://resolver3.kb.nl/resolve?urn=sgd%3Ampg21%3A19831984%3A0007034>
- Tweede kamer der Staten Generaal. Nota Flankerend Bejaardenbeleid (1983) http://ressourcesgd.kb.nl/SGD/19851986/PDF/SGD_19851986_0000840.pdf
- Tweede kamer der Staten Generaal. Nota 2000. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1985-1986. No. 19 500-1, 2. <http://resolver3.kb.nl/resolve?urn=sgd%3Ampg21%3A19851986%3A0007890>
- U. K. HSCIC data (2010a, June 8). Find data [standard]. Verkregen September 6, 2014, van <http://www.hscic.gov.uk/pubs/gpcons95-09>
- U. K. HSCIC data (2010b, June 8). Find data [standard]. Verkregen September 9, 2014, van <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB11702>
- U. K. HSCIC data (2010c, June 8). Find data [standard]. Verkregen September 9, 2014, van <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB09638>
- Zorgvisie (2007) Klink: Zorgveiling beperkt keuzevrijheid niet. (n.d.). Verkregen Maart 4, 2013, van <http://www.zorgvisie.nl/Home/Nieuws/2007/4/Klink-Zorgveiling-beperkt-keuzevrijheid-niet-ZVS000744W/>
- Zorgvisie (2012) NMa beboet LHV: een wederzijds foutenfestival. (n.d.). Verkregen Maart 1, 2013, van <http://www.zorgvisie.nl/Home/Verdieping/2012/1/NMa-beboet-LHV-een-wederzijds-foutenfestival-ZVS013193W/>

8.3 Krantenartikelen

- Patients Being Denied NHS Surgery (n.d.). Verkregen Augustus 12, 2014, van <http://www.irwinmitchell.com/newsandmedia/2014/Juli/patients-being-denied-nhs-surgery-JQ-485159>
- Social care and clinical commissioning for people with long-term conditions. (n.d.). Verkregen September 27, 2014, van <http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/social-care-and-clinical-commissioning-people-long-term-conditions>
- The Telegraph (2011, Maart 19). Why David Cameron's plans for the NHS are dangerous. Verkregen van <http://www.telegraph.co.uk/health/8392564/Why-David-Camerons-plans-for-the-NHS-are-dangerous.html>
- The Guardian. (2011, Maart 5) BMA rejects NHS reforms. Verkregen van <http://www.theguardian.com/society/2011/mar/15/bma-meeting-rejects-nhs-reforms>

8.4 Overige bronnen

- Liberal Democrats Spring Conference 2011. Verkregen September 9, 2014, van http://www.libdems.org.uk/spring_2011

8.4.2 Onderzoek-ondersteunende publicaties zonder vermelding

- Bottle, A., Tsang, C., Parsons, C., Majeed, A., Soljak, M., & Aylin, P. (2012). Association between patient and general practice characteristics and unplanned first-time admissions for cancer: observational study. *British Journal of Cancer*, 107(8), 1213–1219. Verkregen van <http://www.nature.com.proxy.ubn.ru.nl/bjc/journal/v107/n8/abs/bjc2012320a.html>
- Burnett, S., Renz, A., Wiig, S., Fernandes, A., Weggelaar, A. M., Calltorp, J. Fulop, N. (2013). Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 1–7. doi:10.1093/intqhc/mzs079
- Cacace, M., Ettelt, S., Meis, N., & Nolte, E. (2013). Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: Towards a set of generic quality criteria. *Health Policy*, 112(1–2), 156–162. doi:10.1016/j.healthpol.2013.03.020
- Carstensen, M. B. (2011). Paradigm man vs. the bricoleur: bricolage as an alternative vision of agency in ideational change. *European Political Science Review*, 3(1), 147–67. Verkregen van <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=8131081>
- Cheng, J. J., & Berry, P. (2012). Health co-benefits and risks of public health adaptation strategies to climate change: a review of current literature. *International Journal of Public Health*, 58(2), 305–311. doi:10.1007/s00038-012-0422-5
- Dacin, M. T., Goodstein, J., & Scott, W. R. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *Academy of Management Journal*, 45(1), 45–56. Verkregen van <http://amj.aom.org/content/45/1/45.short>
- De Leeuw, E. (1993). Health policy, epidemiology and power: the interest web. *Health Promotion International*, 8(1), 49–52. Verkregen van <http://heapro.oxfordjournals.org.proxy.ubn.ru.nl/content/8/1/49.short>
- Dolata, U. (2013). *The Transformative Capacity of New Technologies: A Theory of Sociotechnical Change*. Routledge.

- Friedman, M., & Freeman, E. (n.d.). A Stakeholder Approach. Verkregen van <http://www.universityessays.com/example-essays/business/a-stakeholder-approach.php>
- Gerada, C. (2013). What should clinical commissioning groups do on 1 April 2013? *BMJ*, 346(mar26 4), f1977–f1977. doi:10.1136/bmj.f1977
- Juma, C., & Clark, N. (1995). Policy research in sub-Saharan Africa: An exploration. *Public Administration and Development*, 15(2), 121–137. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com.proxy.ubn.ru.nl/doi/10.1002/pad.4230150204/full>
- Krumeich, A., & Meershoek, A. (2014). Health in global context; beyond the social determinants of health? *Global Health Action*, 7. doi:10.3402/gha.v6i0.23506
- Liverani, M., Hawkins, B., & Parkhurst, J. O. (2013). Political and Institutional Influences on the Use of Evidence in Public Health Policy. A Systematic Review. *PLoS ONE*, 8(10), e77404. doi:10.1371/journal.pone.0077404
- Lyratzopoulos, G., Neal, R. D., Barbiere, J. M., Rubin, G. P., & Abel, G. A. (2012). Variation in number of general practitioner consultations before hospital referral for cancer: findings van the 2010 National Cancer Patient Experience Survey in England. *The Lancet Oncology*, 13(4), 353–365. Verkregen van <http://www.sciencedirect.com.proxy.ubn.ru.nl/science/article/pii/S1470204512700414>
- Wattis, J. (n.d.). 21. Understanding organisations: the historical and political context of the NHS. | Balanced Life. Verkregen van <http://www.balancedlife.co.uk/2014/02/21-understanding-organisations-the-historical-and-political-context-of-the-nhs/>

8.5 Observaties

- Coach care Cure 2025. Jonge Orde. Den Haag, 2013
- LHV ledenraadpleging omtrent huisartsenakkoord 2013
- Cure4 expertbijeenkomst bekostiging gezondheidszorg 2014
- Bijeenkomst populatiegerichte zorg KNMP (Plexus) 2013

9. Bijlagen

Eigenschappen van stakeholders

Eigenschappen van stakeholders in hervormende instituties:

- Regelinterpretatie-ruimte (Mahoney en Thelen, 2010);
- Beleidshandhaving mechanismen (Howlett en Ramesh, 2002;2009);
- Autoritaire barrières voor beleidsverandering (Hacker, 2004);
- Belevingsvrijheden; attributie, grenzen, inclusiviteit (regulatory capture) (Peters in Boogaard, 2013).
- Meegaandheid/gehoorzaamheid aan beleidsregels (Mahoney en Thelen, 2010, Tsebelis, 2002);
- Verplichte consensus; wettelijk kader (Klein et al. 2010);
- Interne barrières voor beleidsconversie (Hacker, 2004);
- Autoriteit van aanhangers status quo (Mahoney en Thelen, 2010, Tsebelis, 2002).

103

Kenmerken van politieke en bestuurlijke context

Variabele	Indicatoren politieke context
Parlementair systeem	- Twee of meerpartijensysteem; - Competitief of consociationeel; - Pluralistisch of neocorporatistisch.
Machts-verhoudingen	- Mate van conflict of cohesie; - Type collaboratie (o.a. uitwerking van corporatisme of discretionaire bevoegdheden); - Vormen van verplichtende consensus en gehoorzaamheid; - Financieringsaandeel van overheden en/of andere partijen.
Belangen-behartiging	- Professionele vertegenwoordiging van de verschillende stakeholders; - Informatie beschikbaarheid (dan wel symmetrisch of asymmetrisch tussen stakeholders); - Wettelijke verankering van stakeholder-vertegenwoordigers door onderhandelingscultuur en/of zelfsturing/zelfregulering.
Indicatoren bestuurlijke context	
Type welvaartsstaat	- Welvaartsstaten die een grote inmenging in de zorgsector bewerkstelligen en proberen instituties, beleidsprogramma of een hele sector te hervormen. - Welvaartsstaten die door een bestuurlijke afstand (bijvoorbeeld door marktwerking) met name gericht zijn op het reguleren van de sector maar ze nooit integraal proberen te veranderen.
Implementatie-hervormingen	- Coördinatie: is er sprake van veel of weinig verschillende bestuurlijk onafhankelijke stakeholders volgens de bestuurlijke structuur van het welvaartsstaat regime; - Mate van incrementalisme van hervormingsprocedures: worden er veel of weinig grote hervormingen besloten door de betreffende regimes.
Uitkomsten hervormingen	- De mate van herhaaldelijke pogingen dezelfde hervormingen te introduceren vanuit een centraal (top-down) perspectief; - De mate waarop andere dan centrale (publieke) stakeholders (bottom-up structuren) toegang krijgen tot de hervormingsprocessen.
Typen besluitvorming	- De mate van privatisering van de hervormende sector, een dichotomie tussen 'onderwerp van de staat' tot 'volledig geprivatiseerd'; - Het percentage van de kosten van de publieke (zorg)sector gedragen door de overheid versus andere partijen; - De mate van 'prestatie indicatoren dekking' (Politt en Bouckaert, 2011 p.294), dat wil zeggen de mate regulerend versus coördinerende instrumenten van de staat (Smullen, 2010 in Politt en Bouckaert, 2011 p.33).⁵⁷

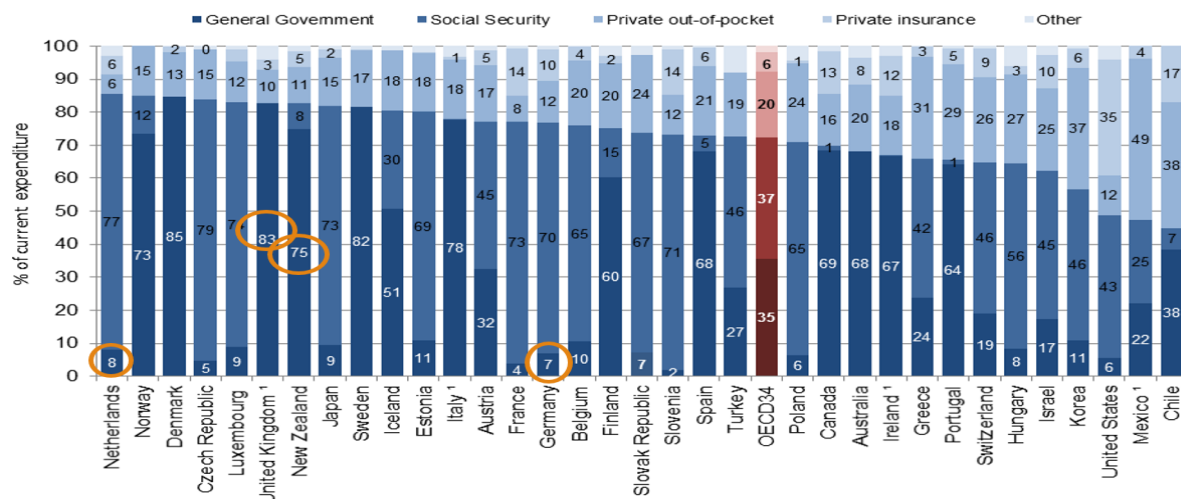
Institutionele context

Eigenschappen	Zorgstelsels
Type zorgstelsel	- Nationaal zorgsysteem (Beveridge stelsel, Verenigd Koninkrijk, Engeland); - Sociaal verzekeringssysteem (Bismarck stelsel, Nederland).
Toegang tot het zorgsysteem	- Legt primaat op inclusiviteit of keuzevrijheid; - Mate van zorg-dekking van de populatie (breedte, hoogte en diepte); - Type verzekeringspakket (indien van toepassing); - Mate van concurrentie op zorgaanbod; - Hoogte van eigen bijdrage aan gezondheidszorginstituten.
Aanbod van de zorgvoorzieningen	- Mate van universaliteit van zorgdienstverlening; - Lokalisatie van de inkoop van aanbod wel/niet klinisch; - Veel of weinig segmentatie van het zorgaanbod; - Mate van diversificatie van het zorgaanbod; - Sturing op basis van historische consumptieschatting of epidemiologische vraag.

⁵⁷ Dit kan in verschillende vormen voorkomen: vertrouwen, uitleggen, marges, benchmarking, coördinatie, toezicht regulering en inspectie.

Financiering van het zorgsysteem	-	Uitgave bij consumptie zorg/voorafgaand aan consumptie;
	-	Financiering van het stelsel uit belastingen of (privaat)zorgverzekeringsstelsel;
	-	Overheidssturing/coördinatie of (gereguleerde)marktwerking;
	-	Mate van (onafhankelijke) regulering omvang verzekerde/gefinancierde zorg;
	-	Mate van geoormerkte budgetten/ maximumprijzen/ vrije onderhandeling;
	-	Opbouw honorarium (o.a. loondienst of vrije sector);
	-	Prestatieindicatoren of prestatieafspraken van invloed op honorarium;
	-	Inkoopstructuren a-priori of a-posteriori.
Regulering van het systeem	-	Mate van problemen bij transparantie van regelgeving;
	-	Problemen bij sturingscapaciteit (politiek of markt/gedeeld);
	-	Mate van verzelfstandiging/privatisering;
	-	Mate van top-down/bottom-up besluitvorming;
	-	Fragmentatie van verantwoordelijkheden/marktpartijen;
	-	Juridische dichtheid;
	-	Mate van hiërarchische verbanden;
	-	Mate van decentralisatie.

Bismarck versus Beveridge



Figuur. Bron: OECD, 2013 Home / Statistics / Health at a Glance / 2013 / Financing of health care:
http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/07/06/index.html?jsessionid=3t8r5ev8kk01e.x-oecd-live-01?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2013-69-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2013-en.

Lijst met belangrijkste afkortingen

Nederland

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
 BNP Bruto Nationaal Product
 CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
 CPB Centraal Plan Bureau
 CTG College Tarieven Gezondheidszorg
 DBC Diagnose Behandel Combinatie
 IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg
 NVZ Vereniging van Ziekenhuizen
 NZA Nederlandse Zorg Autoriteit
 RVZ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
 VWS ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 WTG Wet tarieven gezondheidszorg
 WTZi Wet Toelating Zorginstellingen
 WMG Wet Marktordening Gezondheidszorg
 WMO Wet Maatschappelijke Ondersteuning
 ZBC Zelfstandig Behandel Centrum

NHS England

CCG Clinical Commissioning Group
 CMO Chief Medical Officer
 CSU Commissioning support Units
 DoH Department of Health
 HPA Health Protection Agency
 HSCA Health and Social Care Act 2012
 LA Local Authority
 NHSE National Health Service England
 PCT Primary Care Trust
 PHE Public Health England
 SAGE Scientific Advisory Group for Emergencies
 SHA Strategic Health Authority
 WHO World Health Organization
 CQC Care Quality Commission

Interview protocol

Engels stelsel:

- 1 Thank you, duration possible recording
- 2 Main aim of the research is about comparing dutch and eng institutional reforms
- 3 Please interrupt or ask questions whenever you feel like it.
- 4 What was your role in the organization and what was it before the recent reform?
- 5 Who were your main communication parties (general overview)
- 6 What changes have you faced since New Labour (the most important ones) on a institutional level
- 6b. What changes during the abolishment of the PCT's and SHA's and the introduction of CCG's
- 7 Was there a financial incentive from your organization
- 8 Would you describe the changes as incremental or systemic at the time?
- 9 There have been experiments in the past with budget holding GP's, have you felt that the changes were pushed through due to multiple failed attempts in the past? Like gp fundholding?
- 10 Do you think that budgetholding wasn't voluntarily with the CCG's made a difference?
- 11 Which stakeholders would you identify as the primarily dominant ones and what strategies these stakeholders used (veto's or discretionary powers) to change existing institutions
- 12 How were existing parties represented, did everybody got there say?
- 13 Conflicts or cohesion?
- 14 What kinds of collaboration between stakeholders, who teamed up and who were excluded
- 15 Were stakeholders mutually depended on eachother
- 16 performance indicators and population/integral care I would like to know what the daily reality is in your area.
- 17 What problems were there, where were they connected to?
- 18 Will CCG's be as they are today or what changes do you expect.

Nederlands stelsel:

1. Dank voor het ontvangen. Duur van het interview
2. Het primaire doel van het onderzoek is twee zorgstelsels vergelijken op basis van twee hervormingen en de geschiedenis die daar in institutionele zin aan vooraf gaat.
3. Zorgt u dat u kunt interrumpen als ik iets verkeerd stel of u graag aanvullingen ziet.
4. Wat was uw rol in de organisatie? Wat was deze voor de laatste hervorming?
5. Met welke stakeholders communiceerde u het meest tijdens de hervorming of kort daarvoor?
6. Welke veranderingen in institutionele zin heeft u met betrekking tot de huisartsenzorg van dichtbij mee mogen maken en wat vond u daar kenmerkende aspecten van?
7. Was er bij de hervormingen die u meegemaakt hebt een financiële incentive vindbaar?
8. Er zijn vaker beleidsvoorstellen vanuit de toezichthouder en het ministerie van VWS geweest voor hervormingen, hoe weet u dat dit stand houdt en of wat zijn de belangrijkste kritieke punten?
9. Prestatie en populatiebekostiging in de eerste lijn krijgt een steeds grotere rol. Wat merkt u dat er voor u in uw werk verandert (met name voor huisartsen).
10. Welke stakeholders betrokken bij de hervormingen in de eerste lijn gezondheidszorg waar u bij betrokken bent hebben invloed (discretionair of veto) gehad op de beslissingen?
11. Welke strategieën hebben zij toegepast?
12. Hoe werden de verschillende stakeholders toegelaten en of uitgesloten van de besluitvorming?
13. Was er sprake van veel conflict of veel cohesie onder stakeholders en waar bestond deze uit?
14. Welke vormen van samenwerking werden toegepast?
15. Waren de stakeholders in grote of kleine mate van elkaar afhankelijk?
16. Wat is de dagelijkse praktijk van prestatieindatoren in de contracten van zorgverzekeraars.

Lijst met geïnterviewde sleutelstakeholders

Maarten van Woelderen, Lovah LHV, huisarts

Ingeborg van Dijke, DBC-Onderhoud, senior pakketbeheer

Erik de Laat, NZA, verantwoordelijke consultatie rapport vernieuwing huisartsenzorg

Joas Duister, Menzis Zorgverzekeraar, bestuurssecretaris

Andrea Gupta, voormalig CCG chair NHS England

Sofie van der Meulen, Axon, specialist zorginnovatie

Omair Vaiyani, MD, klinische innovatie NHS England

Jan Vos van Marken, directeur Unnovate UMC Utrecht

Joes Meens, Specialist Ouderengeneeskunde

Rens Boeijen, verpleeg en verzorgingshuis manager, Argos & Vivium

Berry Lam, inkoper huisartsenzorg, Achmea

Eugene Burokovich, VP Healthcare Softserve,

Paul Pelsmaeker, TNO/Digitale Zorg

Jeroen Schenk, managing partner, Cure4

Kasper Veldhuis, arts in opleiding, medisch centrum Twente.

Daarnaast zijn nog een aantal stakeholders kort ondervraagd over specifieke thema's. Deze zijn zonodig benoemd in de hoofdttekst.