

Leren door experimenteren

Een kwalitatief onderzoek naar maatschappelijke effectiviteit monitoring bij Zorginstituut Nederland

Valerie Rutjes s3029018

Opleiding Bestuurskunde
Faculteit der Managementwetenschappen
Radboud Universiteit Nijmegen

Begeleid door dr. J.K. Helderma
januari 2016



Voorwoord

Het Nederlands zorgstelsel is enorm complex. Dat beeld had ik al voorafgaand aan dit onderzoek en dat is niet veranderd. Gedurende mijn afstudeerstage bij Zorginstituut Nederland merkte ik hoe vanzelfsprekend 'insiders' het stelsel waarin zij werkzaam zijn vinden, terwijl het voor buitenstaanders maar moeilijk is te volgen waarom bepaalde taken bij de ene organisatie zijn ondergebracht en welke weer tot een ander behoren. In de eerste fase van mijn onderzoek ben ik vooral bezig geweest met het achterhalen van de lijnen die in de zorg lopen van departement, naar ZBO, naar zorgverzekeraar, zorgverlener en patiënt. Ik merkte al snel dat de complexiteit van het stelsel iets is dat moet worden geaccepteerd. Het realiseren van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg is niet simpel. Dit in samenwerking met verschillende actoren met ieder eigen belangen realiseren is niet simpel. Hier verantwoording over afleggen is niet simpel. Hier onderzoek naar doen is vanzelfsprekend ook niet simpel. Pas toen ik deze complexiteit ging accepteren, kon ik verder. Ik moest mijn onderzoeksobject niet willen versimpelen, maar op zoek gaan naar een manier om met de complexiteit ervan om te gaan. Dit is precies ook het advies dat ik het Zorginstituut wil geven.

"Gras gaat niet harder groeien als je eraan trekt." Een les die ik tijdens het schrijven van deze scriptie heb moeten leren. Het ging me nooit snel genoeg, de eindstreep kwam maar niet dichterbij. Gelukkig lever ik nu toch met een tevreden gevoel het eindresultaat in. Dit was me niet gelukt zonder de hulp van een aantal mensen. Ten eerste wil ik graag mijn scriptiebegeleider, Jan-Kees Helderman, bedanken voor zijn ontzettend goede begeleiding. Niet alleen inhoudelijk heb ik hier veel aan gehad, ook op persoonlijk vlak kreeg ik precies de juiste adviezen. Daarnaast ben ik Zorginstituut Nederland en vooral de afdeling Strategie, Communicatie & Bestuursondersteuning dankbaar voor hun openheid en gastvrijheid. Ik wil in het bijzonder mijn stagebegeleider bij het Zorginstituut, Hans van den Hoek, bedanken voor zijn inzet en hulp. Zonder hem was mijn onderzoeksopdracht er waarschijnlijk niet geweest en had ik bovendien niet met zoveel interessante en relevante personen kunnen spreken. Ook die personen die ik heb mogen interviewen, zowel binnen als buiten de organisatie, wil ik danken voor het vrijmaken van hun tijd en wijsheid. Tot slot ben ik mijn dank verschuldigd aan mijn vrienden en familie die van dichtbij – of soms juist van heel veraf – hebben kunnen aanschouwen hoe ik mij door dit onderzoek worstelde en die mij hierin hebben bijgestaan met goede raad en lieve steun.

Rest mij niets anders dan u als lezer veel plezier te wensen bij het lezen van dit onderzoek naar de monitoring van maatschappelijke effectiviteit bij Zorginstituut Nederland. Ik hoop dat het u inzicht biedt in de werkomgeving van Zorginstituut Nederland en de bijzondere positie die zij inneemt in het Nederlands zorgstelsel. Bovendien hoop ik bestaande manieren van denken over verantwoording en prestatiemeting te kunnen doorbreken en uw ogen te openen voor nieuwe werkwijzen die mogelijk beter aansluiten bij de realiteit van het openbaar bestuur.

Valerie Rutjes
Nijmegen, 13 januari 2016

Inhoudsopgave

1 Inleiding	4
1.1 Achtergrond van het Zorginstituut	4
1.2 De vraag achter de vraag	5
1.3 Probleemstelling	6
1.4 Relevantie van het onderzoek	7
1.5 Opbouw van het verslag	8
2 Van goede zorg verzekerd	9
2.1 Historische ontwikkeling van het Zorginstituut	9
2.1.1 Ziekenfondsraad	9
2.1.2 College voor Zorgverzekeringen	10
2.1.3 Zorginstituut Nederland	11
2.2 Rol van het Zorginstituut	11
2.2.1 Takenpakket	11
2.2.2 Belanghouders	14
2.3 Monitoring en evaluatie	15
2.4 Resumerend	15
3 Verantwoording en monitoring	16
3.1 Waarom: opbrengsten van verantwoording	16
3.1.1 Verantwoording	16
3.1.2 Doel van verantwoording	17
3.1.2.1 Democratisch perspectief	17
3.1.2.2 Rechtsstatelijk perspectief	18
3.1.2.3 Cybernetisch perspectief	18
3.1.2.4 Bestuurlijk perspectief	19
3.2 Wie: de maatschappij	20
3.3 Wat: effect, effectiviteit en effectvoorwaarden	22
3.3.1 Effecten	22
3.3.2 Effectiviteit	23
3.3.3 Voorwaarden voor effect	23
3.4 Hoe: structureel en systematisch	24
3.4.1 Verantwoording door prestatiemeting	24
3.4.2 Verantwoordingsarrangementen	25
3.4.3 Experimentalistisch bestuur	25
3.4.3.1 Kaderstellen	27
3.4.3.2 Zelfstandige implementatie	27
3.4.3.3 Regelmatige rapportage	27
3.4.3.4 Periodieke herziening	28
3.5 Synthese	29
3.6 Resumerend	31
4 Methodologisch kader	32
4.1 Type onderzoek	32
4.2 Beschrijving onderzoeksmethode	33
4.3 Methoden van dataverzameling	34
4.3.1 Verkennende gesprekken	34
4.3.2 Semigestructureerde interviews	34
4.3.3 Documentanalyse	34
4.4 Conceptualisering en operationalisering	34
4.4.1 Waarom?	35
4.4.2 Wie?	35
4.4.3 Wat?	35

4.4.4 Hoe?	35
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit	37
4.6 Resumerend	38
5 Resultatenanalyse.....	39
5.1 Waarom?	39
5.1.1 Bevindingen	39
5.1.2 Duiding	41
5.2 Wie?	41
5.2.1 Bevindingen	41
5.2.2 Duiding	44
5.3 Wat?	45
5.3.1 Bevindingen	45
5.3.2 Duiding	51
5.4 Hoe?	51
5.4.1 Bevindingen	51
5.4.2 Duiding	57
5.5 Resumerend	58
6 Conclusie & discussie	60
6.1 Conclusies	60
6.1.1 Beantwoording deelvragen	60
6.1.2 Beantwoording centrale onderzoeksvraag	61
6.2 Reflectie	62
6.2.1 Kwaliteit van het onderzoek	62
6.2.2 Relevantie van het onderzoek	63
6.2.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	63
6.3 Aanbevelingen	64
6.4 Tot slot	65
Literatuurlijst.....	66
Bijlagen.....	70
Bijlage 1 – Interviewgide	71
Bijlage 2 – Lijst van geïnterviewde personen	73
Bijlage 3 – Beschrijving geïnterviewde personen.....	74
Bijlage 4 – Lijst van geanalyseerde documenten.....	77

1 Inleiding

In april 2014 werd het startschot gegeven voor het nieuwe Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut is een publieke organisatie die bijdraagt aan de bredere publieke missie van het Nederlands zorgstelsel: het waarborgen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. "Van goede zorg verzekerd," zo luidt het doel. Vier simpele woorden die een zeer complex takenpakket omvatten. Op het gebied van pakketbeheer beoogt het Zorginstituut een basispakket dat niet meer zorg bevat dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Daarnaast wil het Zorginstituut wat betreft kwaliteitsbevordering goede zorg bevorderen door partijen in de zorg te ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en door patiënten te informeren over de kwaliteit van zorg (Zorginstituut, 2014a). Deze taken worden in samenhang georganiseerd om zo te komen tot kwalitatief goede zorg dat in een passend pakket wordt verzekerd. Voor een organisatie met een dergelijke belangrijke publieke functie als het verzekeren van goede zorg is het van belang om te weten of zij haar maatschappelijke doelen ook weet te bereiken en bovendien hoe zij deze doelen beter zou kunnen bereiken. Dit zijn vragen die spelen bij het Zorginstituut en het zijn bovendien de vragen die centraal staan in het in deze thesis beschreven onderzoek.

Het Nederlands gezondheidszorgstelsel wordt wel eens beschreven "[...] als een mammoettanker die moeilijk uit koers te brengen is" (Tonkens, 2010). Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan dat namens de overheid werkzaam is in dit stelsel. De vergelijking met de mammoettanker wordt ook bij het Zorginstituut gemaakt, zo blijkt in de voor dit onderzoek gevoerde gesprekken, en kan worden doorgetrokken voor de rol van het instituut. Als het zorgstelsel die grote mammoettanker is, dan probeert het Zorginstituut, waar nodig, de koers van de tanker te beïnvloeden. Daar waar in het stelsel gepast gebruik van zorg niet vanzelf gaat of waar de kwaliteit van zorg onvoldoende wordt gewaarborgd, tracht het Zorginstituut invloed uit te oefenen. Dit gaat echter niet altijd even gemakkelijk. De invloed die kan worden uitgeoefend is soms beperkt en afhankelijk van tal van factoren. Voor het instituut kunnen de reputatie van de organisatie, medewerking van andere partijen in het veld, het politieke klimaat of aandacht in de media het succes van haar taakuitvoering beïnvloeden. Het Zorginstituut probeert het zorgstelsel te helpen koers te houden, maar uiteindelijk is het slechts één partij die invloed probeert uit te oefenen op een weinig wendbaar stelsel dat ook zelf een bepaalde richting uit beweegt. Bovendien is het niet de enige partij die invloed probeert uit te oefenen in het stelsel en streven ook andere partijen, zowel namens de overheid als uit het veld, ieder op hun eigen manier een goed functionerend Nederlands gezondheidszorgstelsel na. De vraag is hoe het Zorginstituut in deze omgeving haar invloed op de richting waarin het stelsel zich beweegt zo effectief mogelijk kan uitoefenen.

1.1 Achtergrond van het Zorginstituut

Hoewel Zorginstituut Nederland onder die naam formeel pas sinds april 2014 bestaat, ontstond het instituut in zekere zin al ruim vijftig jaar geleden. De oorspronkelijke Ziekenfondsraad werd al in 1949 opgericht met als taak het toezicht op de ziekenfondsen, zoals die onder de Duitse bezetting waren ingesteld. Gedurende het bestaan van de Ziekenfondsraad verschoof het accent in het zorgstelsel van het realiseren van gelijke toegang tot zorg naar het beheersen van de publieke uitgaven aan de gezondheidszorg (Helderman et al., 2014, p. 36). Centrale aanbodregulering werd ingezet ter beheersing van de publieke uitgaven. De keerzijde hiervan was echter dat het prikkels voor doelmatige zorg wegnam. In reactie op deze ontwikkeling kwam vanaf midden jaren tachtig meer aandacht voor het vergroten van de doelmatigheid van zorg, onder andere door middel van gereguleerde marktwerking. De Ziekenfondsraad maakte in 1999 een doorstart als het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), een instituut dat de lange corporatistische traditie van de Ziekenfondsraad achter zich liet en beter aansloot bij de behoeften van het toenmalige zorgverzekeringsstelsel. De nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg droegen verder bij aan het accent op marktwerking. Mede

door de nadruk die in de eerste jaren van het nieuwe verzekeringsstelsel werd gelegd op marktwerking had het CVZ moeite om zich te positioneren. Tegelijkertijd vonden belangrijke ontwikkelingen plaats op het gebied van pakketbeheer. Helderma et al. beschrijven hoe "[...] het besef doorbrak dat het werkelijke doel van marktwerking, namelijk het leveren van kwalitatief goede doelmatige zorg, niet van de grond zou komen zonder de gepast gebruik agenda kreeg" (2014, p. 75). Het CVZ zou, onder een nieuwe naam, de taak krijgen om een gepast pakket en goede zorg in samenhang te organiseren en stimuleren. Zo ontstond het nieuwe instituut voor het verzekeren en verbeteren van zorg: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en in die hoedanigheid adviseert zij over gepast gebruik in de zorg. Een ZBO wordt in artikel 1 van de Kaderwet Zelfstandig Bestuursorganen beschreven als "een bestuursorgaan van de centrale overheid dat bij de wet, krachtens de wet bij algemene maatregel van bestuur of krachtens de wet bij ministeriële regeling met openbaar gezag is bekleed, en dat niet hiërarchisch ondergeschikt is aan een minister". ZBO's worden ingesteld wanneer er behoefte is aan onafhankelijke oordeelsvorming op grond van bepaalde deskundigheid, wanneer sprake is van regelgebonden uitvoering voor een groot aantal individuele gevallen of wanneer door de aard van de bestuurstaak de participatie van maatschappelijke organisaties van groot belang wordt geacht (Breeman & Van Noort, 2008). De relatie tussen een ZBO en het verantwoordelijke ministerie is dubbel. Enerzijds moeten ZBO's zelfstandig en los van ministeriële invloed kunnen functioneren. Anderzijds vallen zij ten minste deels ook onder de verantwoordelijkheid van een minister en kan die minister ter verantwoording worden geroepen over het functioneren van de ZBO (Breeman & Van Noort, 2008). Deze relatie heeft ook consequenties voor het afleggen van verantwoording door ZBO's. ZBO's worden in artikel 39 van de Kaderwet Zelfstandig Bestuursorganen wettelijk verplicht om iedere vijf jaar verantwoording af te leggen over de doelmatigheid en doeltreffendheid van haar functioneren. Dit doen ZBO's in opdracht van het verantwoordelijke ministerie en daarmee is het een vorm van hiërarchische, verticale verantwoording (Bovens & Schillemans, 2009). Wat het Zorginstituut zelf betreft is deze vijfjaarlijkse verplichte evaluatie echter niet voldoende. Zij wil graag structureel nagaan wat haar maatschappelijk effectiviteit is en hoe die zou kunnen worden vergroot.

1.2 De vraag achter de vraag

De vraag naar de mogelijkheid om de maatschappelijke effectiviteit structureel te monitoren is dus niet van bovenaf opgelegd, maar komt vanuit het instituut zelf. Waarom wil het Zorginstituut meer weten over haar maatschappelijke effectiviteit? Door zicht te krijgen op haar maatschappelijk effectiviteit kan het Zorginstituut achterhalen of zij haar maatschappelijke functie daadwerkelijk weet te vervullen. Dit kan in de eerste plaats bijdragen aan het lerend vermogen van de organisatie. Door zichzelf te confronteren met (de resultaten van) het eigen functioneren kan een organisatie hierop reflecteren (Bovens & Schillemans, 2009). Van dit reflecteren op de behaalde resultaten, de manier waarop die behaald zijn en de mogelijke verbeterpunten die daarbij te benoemen zijn kan een organisatie leren. Als het een organisatie lukt om die lessen om te zetten in verbeteringen kan zij in de toekomst beter presteren (Argyris & Schön, 1996). Zo kan ook Zorginstituut Nederland, wanneer zij haar maatschappelijk effect en de factoren die daarop van invloed zijn in kaart weet te brengen, hier lessen uit trekken voor de toekomst en als resultaat potentieel haar maatschappelijke effectiviteit vergroten.

Naast de mogelijkheid om van maatschappelijke effectiviteit monitoring te leren kan het nog een ander doel dienen. Als het Zorginstituut kan aantonen dat zij haar maatschappelijke doelen weet te bereiken en waar nodig haar effectiviteit probeert te vergroten, draagt dit bij aan de legitimiteit van de organisatie. De legitimiteit van een organisatie is immers tenminste deels gebaseerd op de geleverde prestaties (Helderma et al., 2014, p. 84). Die legitimiteit dient op zichzelf ook weer een ander doel, het kan namelijk ook weer de effectiviteit van een organisatie versterken. Legitimiteit is zowel een resultaat van, als een voorwaarde voor effectief handelen. Het doel van de gewenste effectiviteit monitoring kan dus leren zijn, maar ook legitimeren.

1.3 Probleemstelling

Hoewel het belang van het aantonen van maatschappelijke effectiviteit duidelijk is, is het feitelijk meten van maatschappelijke effecten nog niet eenvoudig. In de literatuur wordt maatschappelijke effectiviteit onder verschillende termen genoemd: effectiviteit, doorwerking, gebruik, enzovoort. Hoewel over de terminologie geen overeenstemming lijkt te bestaan, is men het erover eens dat door het diffuse karakter van het begrip het moeilijk is te conceptualiseren en te operationaliseren (Bekkers et al., 2004, p. 5). Daarbij heeft het Zorginstituut een uitgebreid takenpakket met veel verschillende belanghouders in een complex werkveld. De producten en diensten die worden uitgevoerd hebben op veel uiteenlopende manieren op veel verschillende plekken in de maatschappij hun effect. Bovendien zijn die effecten niet altijd evengoed meetbaar. Zijn ze wel meetbaar, dan kan het een zeer arbeidsintensieve taak zijn om die te registreren. Vervolgens is er de vraag wat te doen met al die verzamelde gegevens. De in de monitoring verworven gegevens en kennis moeten op een bepaalde manier worden gemobiliseerd om de monitoring zinvol te maken. De vraag naar maatschappelijke effectiviteit monitoring is dus geen gemakkelijke. Het is echter cruciaal om het functioneren van een organisatie te kunnen beoordelen. Bovendien, voor een organisatie als het Zorginstituut met een belangrijke publieke taak is maatschappelijke effectiviteit niets minder dan haar 'raison d'être'. Genoeg reden om op zoek te gaan naar manieren om deze in kaart te brengen.

Dit onderzoek zal zich hierin gaan verdiepen. De doelstelling van het onderzoek is om een beeld te vormen van een passende monitoring structuur voor de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland en de factoren die daarop van invloed zijn, teneinde het Zorginstituut in staat te stellen om hier verantwoording over af te leggen, hier als organisatie van te leren en uiteindelijk de maatschappelijke effectiviteit te kunnen optimaliseren. De hieruit voortvloeiende vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt als volgt:

Onder welke condities en op welke wijze kan de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland bijdragen aan de verantwoording over haar functioneren?

Om deze centrale vraag te kunnen beantwoorden zullen een aantal stappen moeten worden gezet. Deze stappen worden in de volgende vier deelvragen weergegeven:

- Welke taken heeft Zorginstituut Nederland in de Nederlandse gezondheidszorg en welke te realiseren maatschappelijke effecten volgen hier uit?
- Wat leert de bestuurswetenschappelijke literatuur ons over maatschappelijke effectiviteit en prestatiemeting?
 - Waarom zou het Zorginstituut haar maatschappelijke effectiviteit monitoren?
 - Wie ervaren de maatschappelijke effecten van het Zorginstituut?
 - Wat kan het Zorginstituut monitoren om haar maatschappelijke effectiviteit in beeld te krijgen?
 - Hoe kan verworven kennis over maatschappelijke effectiviteit gemobiliseerd worden?
- Welke opvattingen bestaan binnen en buiten de organisatie over maatschappelijke effectiviteit en de monitoring daarvan?
- Hoe kan de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit aansluiten bij de situatie en behoeften van Zorginstituut Nederland?

De tweede deelvraag is uitgesplitst in vier kleinere stappen die moeten worden gezet om die deelvraag te kunnen beantwoorden. In die vier stappen zal in dit onderzoek het onderwerp maatschappelijke effectiviteit monitoring worden behandeld. De eerste stap is de vraag *waarom* het Zorginstituut hiervoor een evaluatiestructuur zou willen ontwikkelen. De volgende vraag is voor *wie* de effecten van het Zorginstituut merkbaar zijn. De derde stap is de *wat* vraag: wat moet worden gemonitord ten behoeve van het evalueren van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland? De laatste stap is *hoe* aan een structurele en systematische monitoring van maatschappelijke effectiviteit vorm kan worden gegeven. Deze laatste stap

behandelt de structuur die het mogelijk zou kunnen maken om verworven kennis te mobiliseren en dit proces in de organisatie in te bedden.

Dit onderzoek naar een evaluatiestructuur voor maatschappelijke effectiviteit is toetsend van aard. Op basis van relevante literatuur is een conceptueel kader opgesteld. Dit kader omvat de aspecten die, zoals verondersteld in de literatuur, van belang zijn bij het monitoren van maatschappelijke effectiviteit. De veronderstellingen waar het conceptueel kader op is gebaseerd worden vervolgens zowel intern als extern getoetst. De uitkomsten van deze toetsing kunnen deze veronderstellingen bevestigen of juist nieuwe inzichten bieden.

Het gaat in dit onderzoek om maatschappelijke effectiviteit monitoring. Zoals gezegd is het begrip "maatschappelijke effectiviteit" lastig te conceptualiseren en operationaliseren. Dit is echter wel de eerste stap die moet worden gezet om er onderzoek naar te kunnen doen. In dit onderzoek zal onderscheid worden gemaakt tussen 'maatschappelijk effect' en 'maatschappelijke effectiviteit'. Een *maatschappelijk effect* is een bepaald effect dat een product of dienst, van in dit geval het Zorginstituut, heeft in de maatschappij. Deze output krijgt in de literatuur verschillende namen, zoals doorwerking en gebruik. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de term 'effect'. De *maatschappelijke effectiviteit* is de mate waarin middels die effecten bepaalde vooraf gestelde maatschappelijke doelen worden bereikt. Een ander woord voor effectiviteit is doelbereiking, in dit onderzoek zal echter gebruik worden gemaakt van de term 'effectiviteit'. Het doel van het onderzoek is om het Zorginstituut in staat te stellen haar maatschappelijke effectiviteit structureel en systematisch in kaart te brengen. Dit proces zal worden aangeduid als *maatschappelijke effectiviteit monitoring*.

1.4 Relevantie van het onderzoek

De maatschappelijke relevantie van het zichtbaar maken van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland is niet ver te zoeken. Het Zorginstituut is een publieke organisatie met een publieke taak. De vragen wat zij teweeg brengt in de maatschappij en of zij daarmee die taak ook daadwerkelijk weet te vervullen zijn belangrijke en relevante vragen om te stellen. Het stelt maatschappelijke stakeholders in staat het Zorginstituut te controleren in haar werk.

Tevens zijn het vragen die relevant zijn voor het Zorginstituut zelf. Wanneer zij haar maatschappelijke effectiviteit kan aantonen draagt dit bij aan haar legitimiteit. Bovendien kan zij, door te achterhalen hoe haar maatschappelijke effecten worden behaald, hiervan leren en waar mogelijk en nodig haar maatschappelijke effectiviteit vergroten. Dit is vervolgens weer in het belang van zowel het Zorginstituut zelf als van de maatschappij in brede zin.

Daarbij is maatschappelijke effectiviteit als begrip lastig en bestaat er soms onduidelijkheid over. Om de toegevoegde waarde van beleid en organisaties als het Zorginstituut te kunnen bepalen is het wel van belang hier duidelijkheid over te krijgen. Wat dit onderzoek probeert bij te dragen is het in staat stellen tot de monitoring van maatschappelijke effectiviteit van in de eerste plaats het Zorginstituut, maar andere, vergelijkbare organisaties kunnen mogelijk ook hun voordeel doen met de resultaten van het onderzoek.

De resultaten van het onderzoek zijn niet alleen relevant voor de praktijk, maar ook voor de bestuurswetenschap. Ook in de wetenschappelijke literatuur blijkt maatschappelijke effectiviteit een lastig begrip en is er geen eenduidige oplossing voor het zichtbaar maken ervan. Dit onderzoek zal doorgaan op bestaand onderzoek, maar zal ook een nieuw licht schijnen op de materie. Zo kan het een bijdrage leveren aan de bestaande kennis over maatschappelijke effecten en de meetbaarheid ervan. Wat dit onderzoek in het bijzonder doet is bestaande ideeën over maatschappelijke effecten en het monitoren ervan te koppelen aan het concept van de lerende organisatie. Het onderzoek probeert het Zorginstituut in staat te stellen structureel te leren van een dergelijke monitoring en zich hierdoor te beteren. Als het lukt een dergelijke monitoring infrastructuur te ontwikkelen is dat een bijdrage aan de bestaande literatuur en kan het ook anderen in staat stellen het leren over hun effectiviteit in te bedden in hun organisatie.

1.5 Opbouw van het verslag

In deze thesis wordt verslag gedaan van het onderzoek dat is uitgevoerd bij Zorginstituut Nederland. Na dit eerste, inleidende hoofdstuk zal in het volgende hoofdstuk worden beschreven hoe het takenpakket en de positie van het Zorginstituut zich historisch hebben ontwikkeld, wat de zorgtaken van het instituut precies inhouden, met welk doel deze worden uitgevoerd en wie hiermee wordt bereikt. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de theoretische basis voor het onderzoek gelegd. Dit zal worden gedaan in de vier eerder genoemde stappen in het onderzoek. In het vierde hoofdstuk, het methodologisch kader, worden op basis van de literatuur enkele veronderstellingen geformuleerd en wordt beschreven hoe deze veronderstellingen empirisch zullen worden onderzocht. De resultaten van dit empirisch onderzoek zullen worden beschreven en geduid in hoofdstuk 5. Tot slot zullen in het laatste hoofdstuk op basis van de resultaten van het onderzoek enkele conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan aan het Zorginstituut wat betreft de monitoring van haar maatschappelijke effectiviteit. Tevens zal aandacht worden besteed aan de kwaliteit van het onderzoek, de bijdrage die het levert en zullen suggesties worden gedaan voor mogelijk vervolgonderzoek.

2 Van goede zorg verzekerd

De ontstaansgeschiedenis van het Zorginstituut begon al in de Tweede Wereldoorlog en is door de jaren heen sterk beïnvloed door de ontwikkeling van het Nederlands zorgverzekeringsstelsel. Het resultaat van deze ontwikkeling is het Zorginstituut in haar huidige vorm binnen het zorgstelsel zoals dat nu in Nederland georganiseerd is. In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe die ontwikkeling is verlopen, hoe het Zorginstituut tot stand is gekomen, wat haar positie in de huidige situatie is en welke rol zij hierin heeft te vervullen.

2.1 Historische ontwikkeling van het Zorginstituut

Het bieden van historisch perspectief in het ontstaan van het Zorginstituut geeft inzicht in hoe haar huidige positie tot stand is gekomen en kan helpen verklaren hoe over het instituut wordt gedacht en vooral wat van haar wordt verwacht. Zoals beschreven in de inleiding zijn de voorgangers van het Zorginstituut de Ziekenfondsraad en het College voor Zorgverzekeringen. Aan de hand van deze preïncarnaties van het instituut zal de geschiedenis van Zorginstituut Nederland worden beschreven. Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van het boekje 'Dijkgraaf van de Zorgpolder', waarin Helderman et al. (2014) de totstandkoming van het Zorginstituut vanuit het perspectief van veranderende politiek-bestuurlijke en maatschappelijke verhoudingen analyseren.

2.1.1 Ziekenfondsraad

In 1941 kreeg Nederland voor het eerst een vorm van een nationaal zorgverzekeringsstelsel toen onder de Duitse bezetting de ziekenfondsen werden ingesteld. Er werd gekozen voor een Bismarckian stelsel: een verzekeringsstelsel waarbij de zorg vanuit premies werd betaald. De taak van het beheer van en toezicht op de ziekenfondsen, die initieel was toegewezen aan de Commissaris van het ministerie van Sociale Zaken en later aan de Commissie van Advies voor het Ziekenfondswezen (CAZ), werd vanaf 1949 ondergebracht bij een nieuw opgericht orgaan: de Ziekenfondsraad. De raad bestond uit vertegenwoordigers uit alle belangengroepen: de ziekenfondsen zelf, ambtenaren, medische beroepsgroepen, werkgevers en werknemers. Besluiten van de raad moesten ter goedkeuring aan de minister worden voorgelegd en de raad diende ook verantwoording af te leggen aan de minister. De Ziekenfondsraad was een corporatistisch advies-, overleg- en uitvoeringsorgaan en moest de werelden van gezondheidszorg en sociale verzekeringen bij elkaar brengen. Het doel van de raad was een "sobere en doelmatige" zorgverzekering, een gedachte die niet ver af staat van het huidige idee van 'gepast gebruik' (Helderman et al., 2014, p. 18). Hiertoe moest overeenkomst gezocht worden tussen de verschillende belanghouders in de zorg. De politiek-bestuurlijke en maatschappelijke positie van de raad was dus niet alleen afhankelijk van de mate waarin zij haar taken op het gebied van toezicht, beheer, subsidiëring en advisering effectief wist uit te voeren, maar ook in hoeverre zij belangentegenstellingen wist te overbruggen of pacificeren. Het was op het laatstgenoemde vlak dat kritiek op de Ziekenfondsraad ontstond.

Twee ontwikkelingen waren hierbij belangrijk. Ten eerste kwam begin jaren '70 het vraagstuk kostenbeheersing op de beleidsagenda. Om de publieke uitgaven te beheersen werd een strak stelsel van centrale aanbodsregulering ingesteld. Dit stelsel had echter een keerzijde. Het nam namelijk prikkels voor doelmatigheid in de zorgverlening weg, een onderwerp dat daardoor meer aandacht kreeg en later het idee van gereguleerde marktwerking aantrekkelijk maakte. Ook bracht dit systeem de overheid dikwijls in conflict met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het veld. De tweede ontwikkeling kwam voort uit het duale karakter van het stelsel. De belangrijkste scheidslijn in het stelsel liep tussen enerzijds de verplichte ziekenfondsenverzekering en anderzijds de vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. Deze fragmentatie zorgde voor een strijd tussen de meer op winstmaximering gerichte particuliere verzekeraars en de vanuit het algemene belang van een goede, betaalbare zorg handelende ziekenfondsen.

Er ontstond kritiek op de Ziekenfondsraad die niet voldoende in staat zou zijn om de verschillende belangentegenstellingen te overbruggen. In reactie op de kritiek bracht de Ziekenfondsraad in 1984 een advies uit over haar eigen functioneren. Door zich hierin te profileren als ZBO met eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid en de nadruk te leggen op haar legitimiteit op basis van de kennis en expertise binnen de raad en het bureau, en de doelmatigheid waarmee daarmee om werd gegaan, wist de Ziekenfondsraad haar bestaansgrond te waarborgen. Dit zou ook later van groot belang zijn voor het voortbestaan van het instituut. Bij de Herzieningswet Adviescolleges werd namelijk besloten om het aantal adviescolleges drastisch terug te brengen, wat ook de opheffing van de Ziekenfondsraad betekende. De Ziekenfondsraad wist echter met hulp van de werkgevers- en werknemersorganisaties voor haar voortbestaan te pleiten door haar eigen onmisbaarheid te benadrukken. Met succes, want hoewel de Ziekenfondsraad in 1998 werd opgeheven, kon het in 1999 een doorstart maken als het College voor Zorgverzekeringen.

Hoewel het huidige Zorginstituut zowel qua inrichting als qua takenpakket veel verschilt van de toenmalige Ziekenfondsraad, zijn er ook delen van de nalatenschap van de raad overgebleven. Ten eerste is de bemiddeling tussen en vereniging van de belangen van de verschillende partijen in de zorg iets wat ook voor het Zorginstituut cruciaal is in haar werk. Ook staan de thema's kostenbeheersing en doelmatigheid van zorg nog altijd hoog op de agenda. Ten derde lijkt de legitimiteit van Zorginstituut Nederland nog steeds, net als die van de Ziekenfondsraad, te zijn gebaseerd op haar zelfstandige bestuurlijke verantwoordelijkheid en de kennis en expertise waarmee zij haar taken uitvoert.

2.1.2 College voor Zorgverzekeringen

Het CVZ ging in 1999 van start en zou beter aansluiten bij de behoeften van het stelsel dan de Ziekenfondsraad. Het college bestond uit negen onafhankelijke kroonleden. Daarmee kwam een einde aan de corporatistische traditie van de Ziekenfondsraad. Wat betreft het takenpakket van het CVZ was de grootste verandering ten opzichte van de Ziekenfondsraad dat de toezichtstaak verdween. De belangrijkste taak van het CVZ werd pakketbeheer. Pakketbeheer omvatte "[...] het rapporteren over ontwikkelingen rond te verzekeren prestaties, het uitbrengen van richtlijnen en het geven van voorlichting" (Helderman et al., 2014, p. 59). De overige twee hoofdtaken van het CVZ waren meer administratieve uitvoeringstaken, namelijk de uitvoering van de risicoverevening en het fondsbeheer. Deze drie hoofdtaken werden uitgevoerd voor zowel de Zorgverzekeringswet als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het CVZ had de status van zelfstandig bestuursorgaan. Als ZBO bevond het CVZ zich, net als nu het Zorginstituut, op het grensvlak tussen overheid, middenveld en professie. Dit betekent dat het enerzijds op afstand van zowel het ministerie als het veld publieke belangen probeert te borgen, maar anderzijds ook een brug probeert te slaan tussen de verschillende institutionele domeinen en besturingsarrangementen (Helderman et al., 2014, p. 56).

In de aanloop naar en in de eerste jaren van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel werd de nadruk gelegd op marktwerking in de zorg. De stelselherziening van 2006 door invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg droeg bij aan dit accent op marktwerking. Mede hierdoor had het CVZ moeite om zich te positioneren in het nieuwe stelsel. Haar belangrijkste taak in het nieuwe stelsel was pakketbeheer, maar juist op dit gebied vonden belangrijke ontwikkelingen plaats. Helderman et al. (2014) beschrijven hoe bij het ministerie en bij betrokken bewindslieden het besef ontstond dat het beoogde doel van marktwerking – het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg – niet vanzelf zou worden gerealiseerd. Het bevorderen van gepast gebruik van zorg kwam op de agenda. Voor deze agenda werd het CVZ als passend besturingsarrangement gezien. Het CVZ zou, onder een nieuwe naam, de taak krijgen om een gepast pakket en goede zorg in samenhang te organiseren en stimuleren. In 2013 gingen de Eerste en Tweede Kamer akkoord met de komst van een Zorginstituut Nederland en per 1 april 2014 was het nieuwe instituut een feit.

Als gevolg van de stelselherziening maakte het CVZ een ontwikkeling door die voor het Zorginstituut van grote invloed is geweest. Het Zorginstituut heeft dan ook veel overgehouden van het CVZ. Ten eerste heeft het inhoudelijk het takenpakket van het CVZ overgenomen, waaraan de taken van het nieuwe Kwaliteitsinstituut werden toegevoegd. Daarnaast heeft het de onafhankelijke en zelfstandige status van het CVZ behouden. Net als het CVZ heeft het Zorginstituut als ZBO de uitdaging om enerzijds op afstand van het ministerie en de veldpartijen te opereren, maar tegelijkertijd ook met alle belanghouders samen te werken en deze bij elkaar te brengen.

2.1.3 Zorginstituut Nederland

In april 2014 werd Zorginstituut Nederland officieel onder haar nieuwe naam geopend. De bestaande taken van het CVZ op pakketbeheer, risicoverevening, fondsbeheer en de burgerregelingen werden door het Zorginstituut voortgezet. De taken voor burgerregelingen, zoals maatregelen voor onverzekerden of wanbetalers, zullen uiteindelijk worden overgeheveld naar het CAK (het Centraal Administratiekantoor). Het Zorginstituut kreeg er ook twee nieuwe taken bij. Ten eerste kreeg het er met het Kwaliteitsinstituut een belangrijke nieuwe taak bij: het stimuleren van kwaliteit van zorg. Het Kwaliteitsinstituut kwam in de plaats voor het daarvoor institutioneel gefragmenteerd kwaliteitsbeleid in de zorg in Nederland. Daarnaast kreeg het Zorginstituut de taak te adviseren over innovatie in zorgberoepen en -opleidingen.

Het motto van het nieuwe Zorginstituut is "van goede zorg verzekerd". *Goede zorg* wordt gerealiseerd door de taken op kwaliteit en zorgberoepen en -opleidingen. Men wordt hiervan *verzekerd* door de taken op pakketbeheer en de verzekeringstaken. Het idee is dat deze taken in samenhang het meest effectief georganiseerd kunnen worden. De uiteindelijke missie hierbij is het bevorderen van "kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk" (CVZ, 2014, p. 6). De missie van het Zorginstituut is ambitieus en omvat het gehele Nederlandse zorgstelsel. In de toespraak die minister Schippers op 2 april 2014 bij de opening van het nieuwe Zorginstituut hield erkent zij ook de omvang van het nieuwe takenpakket. "Duurzame kostenbeheersing door het leveren van zinnige, zuinige zorg. Dit staat voor mij hoog op de agenda. [Het Zorginstituut] heeft een enorm takenpakket, dat aan alle kanten raakt aan die agenda. Er ligt ontzettend veel op uw bord.", aldus minister Schippers (2014). Daarbij wordt ook verwacht dat zij dit op een slagvaardige manier weet te doen: "Efficiënt en effectief. Dat is de sleutel tot succes en draagvlak." en "Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk. [...] denk ook aan die woorden ook als het gaat om uw eigen werk." (Schippers, 2014). De verwachtingen voor het nieuwe Zorginstituut zijn dus hoog gespannen, zowel inhoudelijk als qua prestaties en stijl.

De focus zal in dit onderzoek liggen op de sector Zorg van Zorginstituut Nederland. Omdat de uitvoering van taken op het gebied van zorgberoepen- en opleidingen nog in de kinderschoenen staat, zal specifiek worden geconcentreerd op de taken Pakket en Kwaliteit. Welk takenpakket en welke positie het Zorginstituut hiervoor precies is toebedeeld wordt in de volgende paragraaf beschreven.

2.2 Rol van het Zorginstituut

In de loop van de geschiedenis heeft het Zorginstituut een positie en bijbehorend takenpakket voor zichzelf verworven. In de volgende paragraaf zal dat takenpakket voor de sector Zorg van het Zorginstituut worden beschreven. Vervolgens worden de belanghouders bij de uitvoering van deze taken en hoe zij zich tot het Zorginstituut verhouden benoemd. Zo wordt een nader beeld geschetst van de rol van het Zorginstituut in het Nederlands zorgstelsel.

2.2.1 Takenpakket

Het takenpakket van Zorginstituut Nederland is breed en complex. De zorgtaken pakketbeheer en kwaliteitsbevordering zijn globaal uit te splitsen in een aantal producten en diensten die ieder bijdragen aan de uiteindelijke missie: gepast gebruik in de zorg. Onder gepast gebruik wordt

verstaan dat iedereen precies de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. In deze paragraaf worden de producten en diensten beschreven waarmee het instituut deze brede doelstelling probeert te realiseren. Hiertoe is gebruik gemaakt van het Jaarplan 2014, het Productverslag 2014 en enkele factsheets waarin de producten en diensten van het Zorginstituut worden beschreven (Zorginstituut, 2013; Zorginstituut, 2014; Zorginstituut, 2015). Omdat het doel van het Zorginstituut is om Pakket en Kwaliteit steeds meer in samenhang te organiseren en deze taken in dit onderzoek ook in samenhang worden onderzocht, worden enkele producten en diensten in de beschrijving samengepakt.

De cyclus van de sector Zorg van Zorginstituut Nederland start bij de *Pakketagenda* en de *Kwaliteitsagenda*. Het Zorginstituut werkt aan een geïntegreerde maatschappelijke agenda. Bij alle bij het zorgstelsel betrokken partijen wordt geïnventariseerd welke onderwerpen in de komende jaren moeten worden opgepakt in het perspectief van het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Onderwerpen kunnen via verschillende kanalen op de agenda van het Zorginstituut komen. Dit kan zijn in opdracht van het ministerie van VWS, op verzoek van partijen in het veld of uit eigen initiatief door signalering op basis van monitoring en de systematische doorlichting van het pakket (deze laatste twee kanalen worden later beschreven). Voor een deel van de onderwerpen die op de maatschappelijke agenda komen moeten pakketinstrumenten worden ingezet. Deze onderwerpen komen op de Pakketagenda. Het andere deel van de onderwerpen vereist de inzet van kwaliteitsinstrumenten. Deze onderwerpen komen op de Kwaliteitsagenda. In de ontwikkeling van de Kwaliteitsagenda worden partijen in de zorg, het ministerie, de inspectie en patiënten- en cliëntenorganisaties betrokken om te garanderen dat deze goed aansluit. Tevens wordt aandacht besteed aan een transparante procedure (Zorginstituut, 2013). Door instrumenten zowel voor Pakket als voor Kwaliteit gericht in te zetten moet het daadwerkelijk bevorderen van gepast gebruik mogelijk worden.

Het Zorginstituut heeft voor Pakket en Kwaliteit verschillende instrumenten. Bij Pakket zijn dat ten eerste de *pakket- en systeemadviezen*. Hiermee adviseert het Zorginstituut het ministerie van VWS over de inhoud van het basispakket. Dit doet zij door middel van adviezen over de in- en uitstroom van zorg, over de plaats van extramurale geneesmiddelen en over het systeem en systeemaanpassingen (Zorginstituut 2013). Zo ondersteunt zij als onafhankelijk adviseur de overheid in haar taak om te zorgen dat het basispakket de zorg bevat die nodig is en werkt, maar tegelijkertijd ook toegankelijk en betaalbaar blijft. Het gaat immers om verplichte verzekeringen waarvoor iedereen premie en belasting betaalt (Zorginstituut, 2014b). Advisering over de inhoud van het basispakket doet het Zorginstituut op basis van vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid (Zorginstituut, 2014b). Naast deze pakketadviezen, brengt het Zorginstituut ook adviezen uit over grotere onderdelen van het basispakket om de minister te ondersteunen bij het doorvoeren van een wetswijziging of de uitvoering van overheidsbeleid. Dit zijn de systeemadviezen (Zorginstituut, 2014b). Het bredere te realiseren doel wat betreft de pakket- en systeemadviezen is om in samenwerking met de omgeving bij te dragen aan een goed en verantwoord basispakket. In het Jaarplan 2014 formuleerde het Zorginstituut echter ook meer specifieke aandachtspunten wat betreft de onderwerpen van de adviezen en concrete beoogde prestaties wat betreft de aantallen adviezen (Zorginstituut, 2013).

Naast de pakketadviezen beschrijft het Zorginstituut in de *duidingen* wat precies is inbegrepen in de te verzekeren zorg: behoort een bepaalde zorgvorm of behandeling wel of niet tot het basispakket. Hiertoe neemt zij algemene standpunten in over de plaats van een bepaalde zorgvorm of behandeling in het basispakket, adviseert zij bij geschillen over de verzekeren zorg en adviseert zij de Nederlandse Zorgautoriteit (Zorginstituut 2013). De standpunten die worden ingenomen worden online gepubliceerd zodat voor iedereen bekend is wat wel en niet tot het basispakket behoort. Wat betreft de te realiseren doelen werden in het Jaarplan 2014 als aandachtspunten genoemd het tegengaan van indicatieverruiming en het doelgroepgericht stimuleren van gepast gebruik van zorg. Tevens werden, evenals bij de

pakketadviezen, concrete prestaties beoogd wat betreft aantallen adviezen en standpunten.

Ook voor Kwaliteit kan het Zorginstituut instrumenten inzetten, namelijk de *kwaliteitskaders*. Het Register en het Toetsingskader vormen de kern van de kwaliteitskaders. In het Register worden alle geldende kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten verzameld en toegankelijk gemaakt. In het Toetsingskader is bepaald aan welke eisen kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten moeten voldoen om in het Register te worden opgenomen. Gezamenlijk hebben het Register en het Toetsingskader tot doel om de kwaliteit en inzichtelijkheid van deze kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten te bevorderen voor patiënten en cliënten, maar ook voor verzekeraars. Hierbij is de zorgvraag van patiënten en cliënten leidend.

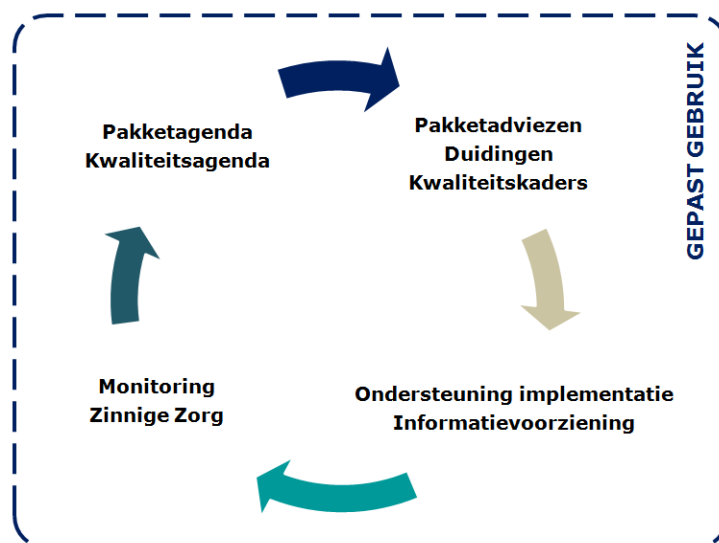
Na het geven van de adviezen, duidingen en kaders houdt het werk van het Zorginstituut niet op. Ten eerste richt ze zich in deze fase op de *ondersteuning van implementatie*. Hiermee moet gepast gebruik en het gebruik van kwaliteitsstandaarden worden bevorderd. Daarnaast zorgt het Zorginstituut ook voor de (algemene) *informatievoorziening* omtrent de verzekerde zorg. Dit gebeurt onder andere via het internet of door het rechtstreeks beantwoorden van specifieke vragen van burgers. Ook voor Kwaliteit, in het programma Kwaliteitsinformatie, zorgt het Zorginstituut voor de informatievoorziening door de openbaarmaking van relevante kwaliteitsindicatoren en andere informatie over de kwaliteit van zorg.

De laatste stap in de cyclus staat in het teken van *monitoring*. In deze fase wordt ingegaan op de vraag: werkt het ook in de praktijk? Het Zorginstituut onderzoekt het gebruik van zorg en van het verzekerde pakket in de praktijk en volgt daarbij ook de ontwikkeling van het gebruik van zorg en de samenstelling van het pakket. Het doel is om na te gaan of de zorg en het basispakket in de praktijk worden gebruikt zoals bedoeld en of bepaalde zorg terecht (niet) is verzekerd. Tevens biedt het de mogelijkheid om onderdelen van het eigen instrumentarium te evalueren. De uitkomsten van monitoringsonderzoek worden vastgelegd in pakketscans, praktijkevaluaties en monitors, die samen een spiegel vormen voor de uitvoeringspraktijk en het effect van eerdere maatregelen laten zien. Zo kan (on)gepast gebruik van zorg worden gesignaleerd. Bovendien geven de resultaten van monitoring weer input voor nieuwe agendapunten op zowel het gebied van kwaliteit als pakketbeheer.

Naast de structurele monitoring kent het Zorginstituut ook het programma *Zinnige Zorg*, een onderdeel van het pakketbeheer. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid licht het Zorginstituut in dit programma jaarlijks een deel van het verzekerde pakket systematisch door. Dit gebeurt in twee fases. In de eerste fase, de systematische screeningsfase, worden onderdelen van zorg rondom een specifieke aandoening geïdentificeerd waarbij de geleverde zorg niet aan de pakketcriteria voldoet en wordt een globaal besparingspotentieel gesteld. In de tweede fase, de verdiepende fase, wordt gericht gezocht naar de oorzaken van het ongepast of oneigenlijk gebruik en naar mogelijke oplossingen. Hierbij wordt nauw samengewerkt met partijen in het veld. Het resultaat is een rapport met oplossingsvoorstellen om een gespecificeerde besparing te realiseren. Het doel van de doorlichting is dus om tot concrete voorstellen voor uitgavenbesparing te komen.

Globaal kan de cyclus van het takenpakket van Zorginstituut Nederland worden weergegeven als in het schema op de volgende pagina.

Figuur 2.1: Cyclus producten en diensten van Zorginstituut Nederland



2.2.2 Belanghouders

Bij de uitvoering van het takenpakket van het Zorginstituut hebben vele groepen belang. Ten eerste is het verantwoordelijke ministerie, het ministerie van Volksgezondheid, afhankelijk van het Zorginstituut voor de pakketadviezen en voor het realiseren van de Kwaliteitsagenda. Het ministerie heeft er belang bij dat het Zorginstituut bijdraagt aan de taak die het ministerie zichzelf stelt: het realiseren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg.

De drie andere cruciale belanghouders bevinden zich in het veld, namelijk de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de zorgafnemers, ofwel de patiënten en cliënten. Voor de zorgverzekeraars zijn met name de pakketadviezen en duidingen relevant, die bepalen namelijk wat wel en niet door hen vergoed dient te worden. Zij hebben er belang bij dat het pakket passend is, omdat teveel vergoedingen hen geld kosten en te weinig vergoedingen resulteren in ontevreden verzekeringsklanten. Zorgaanbieders staan op meerdere manieren onder invloed van het Zorginstituut, zowel aan de kant van het pakket als de kwaliteit van zorg. Voor hen is het belangrijk dat zij zo goed mogelijk in staat worden gesteld om hun werk te doen en hun patiënten of cliënten optimale zorg te leveren. Ook de zorgafnemers worden zowel door het pakket als op kwaliteit door het werk van het Zorginstituut geraakt. Voor hen is van belang dat zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is.

Verdere stakeholders zijn de andere overheidsactoren, zoals andere ZBO's, in de zorg die zich naast of in samenwerking met het Zorginstituut bezighouden met de Nederlandse gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de Raad Volksgezondheid & Samenleving (RV&S), de Gezondheidsraad en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Afhankelijk van hun eigen taken en opdrachten hebben zij ook weer belang bij het werk van het Zorginstituut. Wanneer binnen één sector meerdere ZBO's bestaan, is het werk op een bepaalde manier verdeeld. Deze verdeling is niet altijd vanzelfsprekend en op bepaalde onderwerpen moet er ook samengewerkt worden tussen de verschillende ZBO's (Helderman et al., 2014, p. 56). Daarnaast krijgen door de transitie in de zorg ook gemeenten te maken met het Zorginstituut, bijvoorbeeld voor de kwaliteitsstandaarden voor de inkoop van en het toezicht op de maatschappelijke ondersteuning.

Tot slot is de maatschappij als geheel belanghouder van het werk van het Zorginstituut. Enerzijds is dat uit financieel belang: de zorguitgaven in Nederland besloegen in 2012 bijna 14% van het bruto binnenlands product en dit aandeel blijft toenemen (RIVM, 2014). Het is in het belang van de gehele maatschappij dat die kosten gedempt worden en dat het uitgegeven geld zinvol wordt besteed. Anderzijds is er het gezondheidsaspect. Het is in het belang van alle Nederlanders dat goede zorg wordt geleverd in de Nederlandse gezondheidszorg.

2.3 Monitoring en evaluatie

Uit de vorige paragrafen is gebleken wat het takenpakket van het Zorginstituut is en welke rol zij hiermee heeft te vervullen. De mate waarin zij hierin succesvol is wordt op verschillende manieren gecontroleerd. Ten eerste is er de op basis van de Kaderwet ZBO's verplichte vijfjaarlijkse evaluatie van de doelmatigheid en doeltreffendheid van haar functioneren. De meest recente hiervan is in 2014 uitgevoerd door BoerCroon. Het doel van deze evaluatie was het trekken van conclusies over het functioneren van de organisatie om op basis daarvan aanbevelingen te kunnen doen voor de toekomst (BoerCroon, 2014, p. 3). BoerCroon heeft hiertoe een bepaalde evaluatiemethodologie gebruikt. Hierbij zijn beoordelingsdimensies onderscheiden, doeltreffendheid en doelmatigheid, die ieder met verschillende beoordelingsvormen of -methodieken zijn onderzocht. Deze dimensies zijn onderzocht middels respectievelijk meta-analyse van bestaand onderzoek en reconstructie van casuïstiek, en door interviews met interne belanghebbenden, interne kengetallen, historische benchmarks en trends. Ook is er de beoordelingsdimensie "lessons learnt 2009", waarbij is vergeleken met de vorige evaluatie uit 2009. De gebruikte methoden hierbij zijn interviews met externe stakeholders en een online survey onder medewerkers (BoerCroon, 2014, p. 7). Zo is een breed, kwalitatief beeld van het functioneren van het Zorginstituut gevormd. De conclusie van de evaluatie luidt "[...] dat het Zorginstituut – met inachtneming van haar veranderende takenpakket – een voldoende effectieve en efficiënte organisatie is" (BoerCroon, 2014, p. 3). Hierbij zijn ook enkele kritiek- en verbeterpunten benoemd, zoals het strategisch overleg tussen instituut en ministerie, de duidelijkheid over de invulling van de verschillende rollen van het instituut en het inzicht in de efficiëntie van de organisatie (BoerCroon, 2014, p. 3-4).

Naast de verplichte evaluatie voor het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut ook haar eigen afdeling monitoring. In de vorige paragraaf is al beschreven wat deze afdeling precies doet. Hierbij is benoemd dat onderdeel van haar werkzaamheden ook is het evalueren van het eigen instrumentarium. De afdeling Monitoring & Informatievoorziening van het Zorginstituut is tevens recentelijk gestart met een eigen evaluatieprogramma, enerzijds om inzicht te krijgen in het effect van haar uitgebrachte producten, anderzijds om na te gaan hoe zij deze weet te behalen. Voor producten die aan bepaalde criteria voldoen wordt een zogenaamde 'evaluatieparagraaf' opgesteld die inzichtelijk maakt hoe voor dit product geëvalueerd zal worden. Hiermee is gestart met een meer structurele en systematische vorm van zelfevaluatie.

2.4 Resumerend

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van het Zorginstituut zoals dat zich door de jaren heen tot haar huidige vorm heeft ontwikkeld en zoals dat er nu uitziet. De geschiedenis heeft het instituut gemaakt tot een organisatie met een breed en complex takenpakket dat het hele zorgstelsel omvat. Kostenbeheersing en doelmatigheid van zorg staan hierbij centraal. De autoriteit van de organisatie is voornamelijk gebaseerd op de kennis en expertise van haar medewerkers, maar is ook afhankelijk van de mate waarin zij in staat is samen te werken met de verschillende betrokken partijen en deze tot elkaar te brengen. De rol van het Zorginstituut is niet makkelijk en er wordt zowel door het ministerie van VWS als opdrachtgever als door de verschillende stakeholders veel verwacht van de organisatie. Op verschillende manieren wordt geprobeerd het functioneren van de organisatie te evalueren en de toegevoegde waarde van het instituut aan te tonen. Dit onderzoek probeert de vraag te beantwoorden hoe dit op een structurele en systematische manier succesvol kan worden gedaan. In het volgende hoofdstuk zal ten eerste worden gekeken hoe hier in de bestuurskundige literatuur over gedacht wordt.

3 Verantwoording en monitoring

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de bestuurskundige literatuur aan handvatten biedt voor het beantwoorden van de vraag die in dit onderzoek centraal staat, namelijk hoe de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland structureel en systematisch kan worden ingebed in de organisatie. Zo wordt de theoretische basis voor het onderzoek gelegd. Dit gebeurt in een aantal stappen. Ten eerste zal worden gezocht naar een antwoord op de waarom-vraag: waarom zou het Zorginstituut haar maatschappelijke effecten in kaart willen brengen? Hierbij wordt gebruik gemaakt van literatuur over verantwoording en prestatiemeting. De volgende vraag die wordt gesteld is: bij wie heeft het Zorginstituut effect? Oftewel: wat wordt verstaan onder de 'maatschappij' in maatschappelijke effectiviteit? Hierop volgt de cruciale vraag: wat kan worden gemeten? Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen effecten, effectiviteit en effectvoorwaarden. De laatste vraag die wordt gesteld is: hoe kan de monitoring worden ingericht? Vervolgens wordt aandacht besteed aan hoe in een monitoring structuur kan worden omgegaan met de gevonden antwoorden op de vier vragen. Na dit hoofdstuk is duidelijk welke antwoorden in de theorie worden gegeven op deze vragen en kan de stap naar de empirie worden gemaakt.

3.1 Waarom: opbrengsten van verantwoording

Waarom zou het Zorginstituut meer willen weten over haar maatschappelijke effectiviteit? Zorginstituut Nederland is een publieke instelling belast met een publieke taak, namelijk de Nederlandse maatschappij verzekeren van goede zorg. Door meer te weten te komen over haar maatschappelijke effectiviteit kan zij achterhalen of zij die publieke taak ook daadwerkelijk weet te vervullen. Zo kan het Zorginstituut zich verantwoorden voor haar werkzaamheden. Alvorens te kijken naar de redenen om zich op deze manier te verantwoorden, zal eerst worden gekeken naar wat verantwoording inhoudt en welke vormen het kan hebben.

3.1.1 Verantwoording

In brede zin kan onder verantwoording worden verstaan het uitleggen en rechtvaardigen van handelen door een actor die zich daartoe aan een bepaald forum verplicht voelt (Bovens & Schillemans, 2009, p. 20). Ten eerste is er de *actor* die verantwoording aflegt, in dit geval Zorginstituut Nederland. Het *forum* is degene aan wie de verantwoording wordt afgelegd, wat een specifiek individu kan zijn of de maatschappij in het algemeen. Zo kan het Zorginstituut verantwoording afleggen aan degene die belang hebben bij haar werk; naast het ministerie van Volksgezondheid zijn dat ook andere overheidsinstanties in het veld, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en de burger in brede zin. De *verplichting* die de actor voelt om zich te verantwoorden kan zowel een formele als een informele verplichting zijn. Zo wordt het Zorginstituut volgens de Kaderwet ZBO's verplicht om zich iedere vijf jaar te laten beoordelen op haar doelmatigheid en doeltreffendheid: een formele verplichting tot verantwoording. Een organisatie kan zich echter ook uit eigen beweging willen verantwoorden, zoals dit onderzoek naar maatschappelijke effectiviteit dat het Zorginstituut zelf heeft geïnitieerd. In het proces van publieke verantwoording verstrekt de actor ten eerste informatie over zijn optreden, kan de actor vervolgens nader bevraagd worden door het forum en vindt er tot slot beoordeling plaats door het forum die daar al dan niet een sanctie aan verbindt (Bovens & Schillemans, 2009, p. 21). Bij *publieke* verantwoording gaat het om verantwoording "[...] over het publieke, in het publiek en aan het publiek" (Bovens & Schillemans, 2009, p. 24). Dit betekent dat er is sprake van publieke verantwoording als het gaat om de besteding van publieke middelen of de uitvoering van een publieke taak, als de verantwoording direct of indirect openbaar is, en als het vanuit het perspectief van de publieke zaak gebeurt (Bovens & Schillemans, 2009, p. 24).

Er zijn verschillende vormen van verantwoording te onderscheiden. Bovens & Schillemans stellen drie vragen om publieke verantwoording te kunnen categoriseren, namelijk aan wie,

waarover en waarom verantwoording wordt afgelegd (2009, p. 26). Door elk van deze vragen te beantwoorden kan voor de onderzoeksvraag van het Zorginstituut wat betreft maatschappelijke effectiviteit worden bepaald om welke vorm van publieke verantwoording het gaat. Ten eerste zijn de belanghouders bij pakketbeheer en kwaliteitsbevordering het forum van verantwoording. Deze belanghouders zijn te vinden in het politieke spectrum, in het professionele veld en in de maatschappij. De aard van het forum is dus gevarieerd. Het onderwerp van verantwoording is de maatschappelijke effectiviteit. Dit heeft te maken met het resultaat en de doelmatigheid van de organisatie. Dit is te categoriseren als beleidsmatige verantwoording (Bovens & Schillemans, 2009, p. 27). De aard van de relatie tussen actor en forum bepaalt de aanleiding voor verantwoording. Wanneer een actor in een hiërarchisch verband formeel wordt verplicht tot verantwoording, bijvoorbeeld wanneer een uitvoeringsorganisatie verantwoording aan de minister aflegt, is er sprake van verticale verantwoording. De verantwoording die het Zorginstituut volgens de Kaderwet ZBO's dient af te leggen aan de minister is een voorbeeld van verticale verantwoording. Wanneer een actor zonder verplichting en uit eigen beweging verantwoording aflegt en er geen hiërarchische relatie bestaat met het forum wordt gesproken van horizontale verantwoording. Diagonale verantwoording is een tussenvorm. Wanneer bijvoorbeeld verantwoording wordt afgelegd aan een toezichthouder staat deze niet in een strikt hiërarchische relatie tot de actor, maar rapporteert deze uiteindelijk wel aan een bovengeslikte (Bovens & Schillemans, 2009, p. 28).

Horizontale verantwoording is bij uitstek voor ZBO's van belang, zo schrijven Schillemans & Bovens. "Bij zelfstandige bestuursorganen is de verticale ministeriële verantwoordelijkheid formeel beperkt waardoor een leemte in de verantwoording ontstaat die door vormen van horizontale verantwoording zou kunnen worden opgevuld." (2004, p. 28). Ook het Zorginstituut probeert deze leemte te vullen door het afleggen van verantwoording over haar maatschappelijke effectiviteit. Schillemans & Bovens benoemen drie opbrengsten van specifiek horizontale verantwoording. Ten eerste zou het, net als de andere vormen van verantwoording, kunnen functioneren als leerproces met als doel een kwaliteitsverbetering. Ten tweede verbreedt het toezicht en controle op publieke organisaties naar belanghebbenden en burgers. Ten derde zou het, hoewel dit in de praktijk nog niet wordt bevestigd, moeten functioneren als aanvulling op de verticale ministeriële verantwoordelijkheid (2004, p. 33). Ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) beaamt het belang van horizontale verantwoording en het versterken van mechanismen "[...] waarmee een organisatie of een professional zeggenschap en inzicht geeft aan burgers [...], aan andere professionals binnen en buiten de organisatie, aan andere eenheden en aan andere organisaties. Zo wordt voorkomen dat instellingen of professionals koninkjes worden binnen hun domein." (RMO, 2002, p. 49).

3.1.2 Doel van verantwoording

Met welk doel vindt verantwoording plaats? Waarom is het van belang voor een organisatie als Zorginstituut Nederland? In de laatste alinea van de vorige paragraaf werden al kort enkele opbrengsten van specifiek horizontale verantwoording volgens Schillemans & Bovens genoemd. Bovens & Schillemans beschrijven in hun 'Handboek publieke verantwoording' vier perspectieven op het belang van publieke verantwoording in brede zin, namelijk het democratisch perspectief, het rechtsstatelijk perspectief, het cybernetisch perspectief en het bestuurlijk perspectief (2009, p. 33). Deze perspectieven zullen in deze paragraaf worden beschreven.

3.1.2.1 Democratisch perspectief

Publieke verantwoording maakt democratische controle op de publieke machtsoefening mogelijk (Mulgan, 2003, in: Bovens & Schillemans, 2009, p. 30). Bovens & Schillemans beschrijven hoe onder andere Strom (2000) de moderne democratie duidt als een serie van principaal-agent relaties:

Burgers, de primaire principalen in een democratie, hebben hun soevereiniteit overgedragen aan volksvertegenwoordigers die op hun beurt het maken en uitvoeren van wetten en beleid hebben overgedragen aan de regering. De bewindslieden in de regering dragen de uitvoering van hun taken vervolgens weer op aan de vele duizenden ambtenaren op de ministeries, die vervolgens ook weer een deel van hun taken delegeren aan min of meer zelfstandige organen en instellingen. [...] Elke principaal in de keten van delegatie wil graag de uitvoering van de overgedragen publieke taken controleren en roept daartoe de agent ter verantwoording. (Bovens & Schillemans, 2009, p. 30)

Zorginstituut Nederland kan worden gezien als zo een zelfstandig orgaan aan het einde van de principaal-agent keten. Het Zorginstituut wordt dan ook ter verantwoording geroepen door de minister van Volksgezondheid om de uitvoering van haar publieke taak te controleren, die op haar beurt door de volksvertegenwoordiging ter verantwoording kan worden geroepen. Zo is publieke verantwoording een noodzakelijk onderdeel van het democratisch proces. Het verschaft de principaal, van burger tot minister, de nodige informatie om het optreden van de agent, in dit geval het Zorginstituut, te kunnen beoordelen (Przeworski, Stokes & Manin, 1999, in: Bovens & Schillemans, 2009, p. 30). Of de realiteit waarin het Zorginstituut opereert zo rechtlijnig is als de principaal-agent benadering doet geloven is echter de vraag. Onder andere Dijstelbloem & Meurs (2004) en Sabel (2004) spreken van een situatie "beyond principal-agent governance" die een andere benadering vraagt. Het huidige, ingewikkelde stelsel van toezicht- en verantwoordingsrelaties tussen overheid en maatschappelijke instellingen zou zijn beste tijd hebben gehad. Dat ingewikkelde stelsel zou zijn ontstaan door enerzijds verstatelijking van de maatschappelijke dienstverlening en anderzijds een vergaand proces van professionalisering van diezelfde diensten (Dijstelbloem & Meurs, 2004, p. 113). De oplossing: een overheid die stuurt op afstand, op hoofdlijnen en op resultaat (Dijstelbloem & Meurs, 2004, p. 113). Deze notie zal terugkeren wanneer verderop in dit hoofdstuk zal worden gekeken naar hoe een verantwoordingsarrangement er voor Zorginstituut Nederland uit zou kunnen zien.

3.1.2.2 Rechtsstatelijk perspectief

Het tweede perspectief op publieke verantwoording dat Bovens & Schillemans onderscheiden is het rechtsstatelijk perspectief. Dit is een klassieke manier van denken over publieke verantwoording en ziet als belangrijkste doel ervan het voorkomen van tirannie door heersers of de uitvoerende macht (2009, p. 30). Een zogenaamde institutionele tegenmacht bestaande uit onder andere kiezer, parlement, de rechterlijke macht of bijvoorbeeld de Algemene Rekenkamer zou de remedie zijn tegen een "allesoverheersende, onbehoorlijke of corrupte overheid" (2009, p. 31). Of, zoals beschreven in het eerdere citaat van de RMO, het voorkomt het ontstaan van "koninkjes" binnen een bepaald domein (2002, p. 49). Als zelfstandig bestuursorgaan kan het ook voor het Zorginstituut van belang zijn om door verantwoording af te leggen de behoorlijkheid van haar relatief zelfstandig handelen aan te tonen.

3.1.2.3 Cybernetisch perspectief

Het derde perspectief dat Bovens & Schillemans onderscheiden, het cybernetisch perspectief, beschrijft het leerdoel van verantwoording. Dit houdt in dat een organisatie, en ook andere organisaties, door verantwoording over haar functioneren af te leggen daarvan kan leren en haar leervermogen en daarmee uiteindelijk haar effectiviteit kan vergroten. Door verantwoording af te leggen worden bestuurders geconfronteerd met (de resultaten van) hun eigen functioneren en het dwingt hen hierop te reflecteren (2009, p. 31). Dit leren door organisaties wordt ook beschreven door Argyris & Schön (1996):

Organizational learning occurs when individuals within an organization experience a problematic situation and inquire into it on the organization's behalf [which] leads them to modify their images of organization or their understanding of organizational phenomena and to restructure their activities so as to bring outcomes and expectations into line, thereby changing [the] organizational theory-in-use. In order to become organizational, the learning that results from organizational inquiry must become embedded in the images of organization held in its members' minds and/or in the epistemological artifacts embedded in the organizational environment. (Argyris & Schön, 1996, p. 16)

Heel algemeen kan gezegd worden dat een organisatie leert wanneer het informatie in welke vorm en op welke manier dan ook verkrijgt (Argyris & Schön, 1996, p. 3). Argyris & Schön maken echter een verder onderscheid in het leren van organisaties. Wanneer een organisatie door te leren haar prestaties verbetert noemen zij dit instrumenteel leren (1996, p. 4). Instrumenteel leren kan echter ook in meerdere vormen plaatsvinden. Wanneer instrumenteel leren, dus een prestatieverbetering, plaatsvindt binnen een constant kader van waarden noemen Argyris & Schön dit *single loop learning*. Wanneer de kaders voor wat dan precies 'verbetering' inhoudt veranderen door het leren noemen zij dit *double loop learning* (1996, p. 4). De volgende stap, een tweedeorde vorm van leren, is het zogenaamde *deutero learning*. Hiervan is sprake wanneer leden van een organisatie leren over de manier waarop zij leren en deze eventueel verbeteren. Oftewel: "learning how to learn" (Argyris & Schön, 1996, p. 29). Elk van deze drie vormen van leren kunnen het resultaat zijn van reflecteren op het eigen functioneren. In het kader van dit onderzoek zou *single loop learning* inhouden dat het Zorginstituut door te leren over haar maatschappelijke effectiviteit aanpassingen kan doorvoeren die haar maatschappelijke effectiviteit verbetert. *Double loop learning* zou plaatsvinden wanneer het Zorginstituut op basis van wat zij leert haar opvatting over wat maatschappelijke effectiviteit inhoudt, verandert. Wanneer het Zorginstituut leert hoe zij kan leren over haar maatschappelijke effectiviteit is er sprake van *deutero learning*. Dit laatste – deutero learning – is het doel van dit onderzoek, met als uiteindelijke doel het Zorginstituut in staat stellen om door te leren haar maatschappelijke effectiviteit te verbeteren – single loop learning. Hiervoor is het echter ook nodig te weten wat maatschappelijke effectiviteit voor het Zorginstituut inhoudt – double loop learning. Zodoende zullen alle drie de typen van Argyris & Schön in dit onderzoek aan de orde komen.

3.1.2.4 Bestuurlijk perspectief

Er is nog een vierde doel van publieke verantwoording te benoemen. Publieke verantwoording kan namelijk ook bijdragen aan het in stand houden of vergroten van de legitimiteit van het openbaar bestuur. Dit is deels een indirect gevolg van de eerder genoemde democratische, rechtsstatelijke en cybernetische opbrengsten voor een publieke organisatie, maar is deels ook een zelfstandig gevolg. Bovens & Schillemans noemen dit het bestuurlijk perspectief (2009, p. 32). Dit perspectief wordt als volgt beschreven:

Processen van publieke verantwoording waarbij bestuurders de kans krijgen om hun voornemens en optreden uit te leggen en te rechtvaardigen, en waarbij burgers en belangengroepen vragen kunnen stellen en hun mening kunnen geven, kunnen bijdragen aan de acceptatie van het overheidsgezag en aan het vertrouwen van de burgers in het bestuur. (Aucoin & Heintzman, 2000, in: Bovens & Schillemans, 2009, p. 32).

Helderman et al. (2014) omschrijven legitimiteit als de mate waarin burgers het bestaan en functioneren van publieke organisaties steunen. Zij halen hierbij Peters (1992) aan: "Legitimiteit gaat [...] enerzijds om de burger die legitimiteit geeft en de publieke organisatie anderzijds die door zijn handelen legitimiteit kan afdwingen." (in: Helderman et al., 2014, p. 77). Het gaat bij legitimiteit dus om de verhouding tussen burger en openbaar bestuur, en de mate waarin publieke organisaties de steun en het vertrouwen van burgers hebben.

Legitimiteit kan worden uitgesplitst in input-, throughput-, en outputlegitimiteit. Input legitimiteit gaat over de mate waarin burgers en maatschappelijke stakeholders zich gehoord voelen bij de bepaling van de waarden en doelen die centraal staan. Throughputlegitimiteit houdt in dat betere procedures zorgen voor betere resultaten, maar ook voor een grotere acceptatie van publieke organisaties. Outputlegitimiteit gaat over de prestaties die publieke organisaties leveren (Helderman, 2014, p. 84-88). Het aantonen van een prestatie als maatschappelijke effectiviteit dient in de eerste plaats deze outputlegitimiteit: het toont aan dat de organisatie in kwestie in staat is om dat in de maatschappij teweeg te brengen waartoe zij aangesteld is. Het verantwoorden over de manier waarop effectiviteit wordt bereikt en deze op basis daarvan verbeteren, kan bijdragen aan de throughputlegitimiteit. Door stakeholders te

betrekken bij het verantwoordingsproces kan ook de inputlegitimiteit gediend worden.

Legitimiteit is voor zelfstandig bestuursorganen als het Zorginstituut, als 'verzelfstandigde macht' op enige afstand van het ministerie, van groot belang. Bij ZBO's worden publieke taken als beleidsuitvoering, toezicht en publieke dienstverlening op afstand van de overheid ondergebracht. Dit leidt tot een zogenaamd democratisch tekort: het is voor de burger soms niet meer duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is of wie waarop kan worden aangesproken (Helderman et al., 2014, p. 81). Binnen de gezondheidszorg bestaan bijvoorbeeld verschillende ZBO's met ieder hun eigen takenpakket. Voor de burger is het soms onduidelijk wie nu voor welk onderdeel verantwoordelijk is. Daarbij zijn burgers zich lang niet altijd bewust van alles wat in het openbaar bestuur wordt gedaan. Dit geldt ook voor sommige taken van het Zorginstituut: "Er zijn maar weinig Nederlanders bekend met wat er nodig is om een voor iedereen toegankelijke basisverzekering in de gezondheidszorg [...] mogelijk te maken." (Helderman et al., 2014, p. 78). Zolang het Zorginstituut en alle andere publieke organisaties die meewerken aan het realiseren van toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve gezondheidszorg hun werk doen, hoeft de gemiddelde burger zich er ook niet druk om te maken. Geen nieuws, goed nieuws. Uit parlementair onderzoek van de Eerste Kamer naar privatisering en verzelfstandiging blijkt echter dat burgers wel willen dat de overheid wanneer nodig kan blijven ingrijpen in publieke dienstverlening (Den Ridder & Dekker, 2012). Dit is in de praktijk van bijvoorbeeld ZBO's echter niet altijd meer mogelijk, omdat ze nu eenmaal zelfstandig zijn (Helderman et al., 2014, p. 81). Door publieke verantwoording kan enerzijds het democratisch tekort en anderzijds teveel verzelfstandigde macht worden beperkt en de legitimiteit van publieke organisaties worden vergroot.

Dijstelbloem & Meurs stellen democratische legitimiteit tegenover maatschappelijke kwaliteit als opbrengsten van verantwoording (2004, p. 118). Zij plaatsen een kanttekening bij legitimiteit door verantwoording wanneer het aankomt op de maatschappelijke dienstverlening. Hoewel zij niet ontkennen dat het afleggen van verantwoording door bestuurders publieke controle op hun handelen mogelijk maakt en dit een voorname bron van legitimiteit kan vormen, vragen zij zich af of dit er in de maatschappelijke dienstverlening wel toe doet. Ze vragen zich af of niet juist de kwaliteit van de dienstverlening ertoe doet in plaats van wie er bij de uitvoering ervan betrokken is. Kortom: "gaat het niet veeleer om outputlegitimiteit in plaats van om input-legitimiteit?" (2004, p. 114). De vraag is of dit ook toepasbaar is op het Zorginstituut. Enerzijds geldt dat zolang de prestaties van het Zorginstituut naar tevredenheid zijn de maatschappij geen reden heeft om aan haar legitimiteit te twijfelen. We hebben echter ook gezien dat legitimiteit voor ZBO's als verzelfstandigde macht op afstand van het ministerie een belangrijk aandachtspunt is.

Als ZBO op de grens tussen openbaar bestuur en maatschappelijke dienstverlening heeft het Zorginstituut dus een bijzondere status. Enerzijds kan worden beargumenteerd dat zij zich in de verantwoording vooral zou moeten focussen op haar resultaten, omdat het in de maatschappelijke dienstverlening vooral om de kwaliteit gaat en ten aanzien van ZBO's vaak "geen nieuws, goed nieuws" geldt. Echter, als overheidsorgaan heeft het instituut ook de verantwoordelijkheid om op legitieme wijze te handelen en controle hierop mogelijk te maken.

3.2 Wie: de maatschappij

Alvorens wordt gekeken naar wat maatschappelijke effectiviteit voor Zorginstituut Nederland inhoudt en hoe deze in kaart kan worden gebracht, moet nog een andere vraag worden beantwoord. Wat houdt de 'maatschappij' in maatschappelijk effect en maatschappelijke effectiviteit voor het Zorginstituut in? Oftewel, wanneer we effecten willen gaan meten, voor wie zijn die effecten dan voelbaar? In een onderzoek naar de doorwerking van de advisering van de adviesraden onderscheiden Bekkers et al. (2004) een variëteit aan mogelijke 'doorwerkingsdomeinen' van advisering. Hoewel adviesraden een andere status hebben dan ZBO's, kunnen deze adviezen op vergelijkbare wijze en in dezelfde domeinen hun effect hebben.

In het onderzoek van Bekkers et al. worden niet alleen domeinen benoemd waar effect wordt beoogd, maar ook domeinen waar mogelijk neveneffecten zich voor kunnen doen. Tevens worden zowel domeinen waar adviezen direct effect hebben als domeinen waar adviezen indirect effect hebben benoemd. In dit onderzoek zal in verband met de consistentie van terminologie de term 'effectdomeinen' worden aangehouden. De zes domeinen zijn: departement, parlement, beleidsveld, media, maatschappij en wetenschap (2004, p. 27-29). Een organisatie, in het geval van het onderzoek van Bekkers et al. (2004) adviesraden en in het geval van dit onderzoek een ZBO als het Zorginstituut, staat in een bepaalde relatie tot elk van de eerder genoemde domeinen.

Het *departement* speelt als belangrijkste opdrachtgever en afnemer van de beleidsadvisering een belangrijke rol (Bekkers et al., 2004, p. 27). Dit geldt voor de adviesraden, maar is ook op ZBO's van toepassing. Er geldt tevens een verantwoordingsrelatie. Hoewel ZBO's, zoals de naam al zegt, zelfstandig zijn, heeft de relevante minister wel bepaalde verantwoordelijkheden wanneer het op ZBO's aankomt. Zo is hij of zij verantwoordelijk voor het door de ZBO gevoerde beleid en het toezicht daarop, en moet hij of zij hierover verantwoording kunnen afleggen aan het parlement (Rijksoverheid, 2012). Dit is dus een bijzondere relatie. Voor het Zorginstituut is het ministerie van Volksgezondheid enerzijds een belangrijke opdrachtgever en 'klant', maar is het tegelijkertijd ook de actor die verantwoordelijkheid heeft voor haar functioneren.

De minister legt verantwoording af aan het *parlement*. De minister kan door het parlement worden aangesproken op het functioneren en handelen van een ZBO die onder zijn of haar departement valt. Het parlement heeft dus (indirect) ook een toezichthoudende functie. Adviezen en rapporten, of kabinetsstandpunten naar aanleiding van adviezen en rapporten, kunnen bovendien onderwerp van het politiek debat worden, waardoor beide Kamers van de Staten-Generaal een potentieel effectdomein zijn (Bekkers et al., 2004, p. 28). Het Zorginstituut heeft dus geen directe relatie met het parlement. Echter, doordat het werk van het Zorginstituut een indirecte rol kan spelen in het parlement moet zij zich wel bewust zijn van de positie van het parlement.

Bekkers et al. noemen het departement en parlement de "formele doorwerkings-domeinen" en onderscheiden daarnaast de overige vier domeinen waarop adviezen zich bedoeld of onbedoeld kunnen richten (2004, p. 28). Het eerste daarvan, het *beleidsveld*, bestaat voor het Zorginstituut uit drie van haar belangrijkste belanghouders, namelijk de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de patiënten- en cliëntenorganisaties. Een effect in de praktijk van het beleidsveld, in het geval van het Zorginstituut in de zorg, kan zich voordoen zonder dat het departement of parlement daar invloed op hebben en kan zowel op het niveau van organisaties als op het niveau van individuele professionals plaatsvinden (2004, p. 28). Zo kunnen als gevolg van een advies zorgverzekeraars of ziekenhuizen besluiten hun beleid aan te passen of kunnen zorgprofessionals als artsen en verpleegkundigen op een meer operationeel niveau hun werkwijze aanpassen. Met de partijen in het beleidsveld moet enerzijds worden samengewerkt om beleidsdoelen te kunnen bereiken, maar anderzijds zijn dit ook de partijen die worden beïnvloed door het werk van het Zorginstituut voelen.

Het vierde domein dat Bekkers et al. (2004) onderscheiden zijn de *media*. De media kunnen een belangrijk podium zijn voor beleidsadvisering. Hierbij is media-aandacht niet zozeer een doel op zich, maar kan het ervoor zorgen dat adviezen of rapporten ook in andere domeinen aandacht krijgen (2004, p. 28). Zo kunnen de media de rol van aandachtstrekker spelen. Dit kan natuurlijk zowel positieve of negatieve aandacht zijn. Onderzoek van Schillemans & Van Thiel (2009) laat bijvoorbeeld zien dat berichtgeving over ZBO's in de media, hoewel beperkt, overwegend negatief is. Actieve externe communicatiestrategieën door ZBO's komen dan ook steeds vaker voor (2009, p. 20).

Bekkers et al. (2004) benoemen het vijfde domein als de *maatschappij* en verstaan hieronder individuele burgers en belangengroepen. Ze beschrijven het domein als uiteenlopend, variërend van geprofessionaliseerde werkgeversverenigingen tot kleinschalige vrijwilligersverenigingen (2004, p. 29). In het geval van het Zorginstituut betekent dit dat bijvoorbeeld

artsen- en patiëntenverenigingen veldpartijen kunnen zijn waar mee wordt samengewerkt, maar tegelijkertijd ook gelden als belangenvertegenwoordigers. Daarnaast kan worden opgemerkt dat het in dit domein gaat om de burger in brede zin. Hoewel iedere patiënt, cliënt of verzekerde een individuele burger is, is niet iedere burger een patiënt, cliënt of verzekerde.

Tenslotte kan beleidsadvies volgens Bekkers et al. (2004) ook effect hebben in de *wetenschap*. Ten eerste doordat wetenschappelijke studies vaak ten grondslag liggen aan adviezen en ten tweede doordat kruisbestuiving kan ontstaan tussen wetenschap en beleidsadvies (2004, p. 29). Dit is ook van toepassing op het werk van het Zorginstituut.

Bekkers et al. merken op dat voor sommige organisaties of adviezen één specifiek domein als uiteindelijke doelgroep kan gelden, maar dat doorwerking in andere doelgroepen het uiteindelijke effect in die doelgroep wel kan stimuleren (2004, p. 30). Zo kan het Zorginstituut met een pakketadvies de burger als uiteindelijke doelgroep beogen, maar zijn hierbij onder andere de domeinen departement en beleidsveld ook van groot belang.

Tot slot benoemen Bekkers et al. de 'maatschappij' als afzonderlijk domein en duiden hiermee individuele burgers en belangengroepen aan (2004, p. 29). Er kan echter ook een bredere opvatting van de maatschappij worden gehanteerd. Vooral in de sociologie wordt de maatschappij meer gezien als de samenleving in zijn geheel, met aandacht voor de sociale en bestuurlijke structuur waarin deze bestaat. In de vraag naar wat de maatschappij voor het Zorginstituut inhoudt zal daarom niet alleen naar het maatschappelijk domein worden gekeken, maar zullen alle mogelijke effectdomeinen worden meegenomen.

3.3 Wat: effect, effectiviteit en effectvoorwaarden

Nu de redenen voor het monitoren van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland zijn benoemd en duidelijk is waar maatschappelijke effecten zich voor kunnen doen, moet worden gekeken naar dat wat moet worden gemonitord. In deze paragraaf wordt dit uitgesplitst in een aantal onderdelen, namelijk effecten, effectiviteit en voorwaarden voor effect. Voor ieder onderdeel geldt dat monitoring ervan op verschillende manieren bij kan dragen aan de eerder genoemde doelen van meting.

3.3.1 Effecten

Het eerste onderdeel dat kan worden gemonitord zijn de maatschappelijke effecten zelf. Monitoring van de maatschappelijke effecten laat zien wat het Zorginstituut met haar werk teweeg weet te brengen in de maatschappij. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in verschillende typen effecten: een product of dienst van het Zorginstituut kan op verschillende manieren impact hebben. Zo geeft het Ministerie van Binnenlandse Zaken in de rapportage 'Staat van Advies' aan dat er verschillende vormen van doorwerking bestaan. Hierin wordt namelijk het brede onderscheid tussen 'harde' en 'zachte' doorwerking gemaakt. Bij 'harde' doorwerking heeft een advies direct invloed op besluitvorming en beleid, terwijl bij 'zachte' doorwerking sprake is van bijvoorbeeld het op gang brengen van het maatschappelijk debat (BZK, 2001, p. 53). In hun onderzoek naar de doorwerking van strategische beleidsadvies onderkennen ook Bekkers et al. de variëteit aan mogelijke vormen van gebruik van adviezen (2004, p. 4). Zij gaan echter verder in het onderscheiden van typen effect en benoemen vier vormen: instrumentele, conceptuele, agenderende en politiek-strategische doorwerking (2004, p. 24). Deze varianten zijn toepasbaar op de invloed van kennis op beleid in brede zin en kerens, ten minste deels, ook terug bij onderzoeken bij ZBO's in de zorg. Zo deed het NIVEL onderzoek naar het gebruik van adviezen van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995) en onderzocht de Erasmus Universiteit de doorwerking van adviezen van de Gezondheidsraad (2012). Het onderscheid van de vier vormen van doorwerking of gebruik maakt conceptualisering van het begrip 'effect' mogelijk. Mogelijk zijn ze ook van toepassing op het werk van het Zorginstituut, dat met haar producten en diensten ook op verschillende manieren effect kan hebben in de maatschappij.

Het eerste type effect dat wordt onderscheiden is een *instrumenteel effect*. Hiervan is sprake wanneer een product of dienst bij individuen of organisaties leidt tot een directe verandering in gedrag in lijn met dat wat met het product of de dienst wordt beoogd (Bekkers et al., 2004). Resultaten of aanbevelingen kunnen in dit geval direct worden toegepast in het beleidsproces (Groenewege & Nekuee, 1995). Weiss noemt dit "policy research as data" (1991), beleidsonderzoek als gegevens.

Naast het instrumenteel effect kan ook een *conceptueel effect* ontstaan. Hiervan is sprake wanneer een product of dienst "een verandering in kennis, opvattingen of causale redeneringen" tot gevolg heeft (Bekkers et al., 2004). Dit betekent dat het invloed heeft op de manier waarop tegen een bepaald onderwerp of probleem wordt aangekeken, wat mogelijk kan leiden tot nieuwe ideeën of het verwerpen van bestaande ideeën (Groenewege & Nekuee, 1995). Weiss noemt dit "policy research as ideas" (1991), dus beleidsonderzoek als ideeën.

Het volgende effect dat Bekkers et al. (2004) onderscheiden is het *agenderend effect*. Hiervan is sprake wanneer als gevolg van een product of dienst een nieuw onderwerp of thema onderwerp van maatschappelijk of politiek debat wordt (Bekkers et al., 2004). Het wordt dus op de maatschappelijke of politieke agenda geplaatst.

Tot slot benoemen Bekkers et al. (2004) het *politiek-strategisch effect*. Dit wordt door Weiss omschreven als "policy research as arguments" (1991), oftewel beleidsonderzoek als argumenten. Hiervan is sprake wanneer een product of dienst wordt ingezet "om de machtspositie van één of enkele spelers te versterken om op deze wijze de politieke doelen beter te kunnen bereiken" (Bekkers et al., 2004). Het kan bijvoorbeeld worden ingezet om steun voor bepaald beleid te verkrijgen of om besluitvorming uit of af te stellen (Groenewege & Nekuee, 1995).

3.3.2 Effectiviteit

Het verschil tussen 'effect' en 'effectiviteit' is dat met effect elke vorm van gevolg van een bepaalde handeling kan worden bedoeld, of dat nu positief of negatief is, terwijl met effectiviteit een bepaalde oordeel wordt gegeven. Effectiviteit kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. In brede zin kan de definitie zijn het bereiken van een gewenst resultaat. Een smallere definitie van effectiviteit is de mate waarin een vooraf gesteld doel wordt bereikt (van Twist & Verheul, 2010, p. 310). Om te weten of een bepaalde handeling effectief is, moet dus bekend zijn welk resultaat gewenst is of welke doelen vooraf gesteld worden, moet achterhaald worden welke effecten zijn behaald en kan vervolgens worden bepaald of die behaalde effecten overeenkomen met het gewenste resultaat of het vooraf gestelde doel. Voor het Zorginstituut biedt monitoring van de effectiviteit de mogelijkheid om te laten zien of de effecten die zij bereikt gewenst zijn en of zij doelen die zij zich stelt weet te bereiken.

3.3.3 Voorwaarden voor effect

Met kennis van de behaalde effecten en de daarmee gerealiseerde effectiviteit zou het Zorginstituut op basis van output en outcome haar bestaan kunnen legitimeren. Tot op zekere hoogte kan ze er ook van leren, meting van effecten en effectiviteit leert het Zorginstituut immers wat ze met haar werk teweeg brengt en of ze daarmee haar doelen weet te bereiken. Echter, als het Zorginstituut op basis van de meetresultaten haar effecten en effectiviteit ook daadwerkelijk wil verbeteren, zal zij ook meer te weten moeten komen over de manier waarop die effecten en effectiviteit worden bereikt. Producten en diensten van het Zorginstituut kunnen onder invloed van bepaalde factoren meer of minder effect hebben. Monitoring van de mate waarin wordt voldaan aan voorwaarden voor effect kan helpen verklaren waarom effecten en effectiviteit wel of niet worden gerealiseerd.

Voorwaarden voor effect en effectiviteit kunnen op verschillende manieren worden gecategoriseerd. In het onderzoek bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt een aantal omstandigheden onderscheiden die het gebruik van onderzoek beïnvloeden. Deze worden ingedeeld naar de context van het onderzoek, de kenmerken van het onderzoek, de

verspreiding of toegankelijkheid van het onderzoek en de context van de gebruikers van het onderzoek (Groenewege & Nekuee, 1995).

Bekkers et al. categoriseren voorwaarden voor doorwerking van een product of dienst op basis van het aangrijpingspunt van de doorwerking, namelijk: kenmerken adviesproduct, behoeften ontvangers, organisatie adviesraad, interactie met doelgroep, presentatie en nazorg, en institutionele kenmerken (Bekkers et al., 2004, p. 67).

Grit et al. onderscheiden in hun onderzoek bij de Gezondheidsraad op basis van een casusanalyse een aantal succesfactoren die bijdragen aan doorwerking van adviezen en een aantal faalfactoren die doorwerking juist belemmeren. De succesfactoren zijn: afstemming met opdrachtgever, samenstelling commissie, kwaliteit van aanbeveling, nazorg en accumulatie van advieswerk. De faalfactoren zijn: beperkte meerwaarde van adviezen, indirecte discussie over inhoud van advies, niet passend bij de beleidslijn van opdrachtgever, onvoldoende aansluiting bij relevante beleidsdirecties, onvoldoende reflectie op bestuurlijke vraagstukken en onvoldoende bekendheid bij breder publiek (Grit et al., 2012, p. 4-5).

3.4 Hoe: structureel en systematisch

In de vorige paragrafen is duidelijk geworden waarom maatschappelijke effecten in kaart kunnen worden gebracht, wie de doelgroepen kunnen zijn en wat kan worden gemonitord. De laatste, maar zeker niet de makkelijkste vraag is tot slot: hoe kunnen maatschappelijke effecten structureel en systematisch worden gemonitord en kan deze monitoring worden ingebed in de organisatie? Het Zorginstituut is op zoek naar een manier om hier vorm aan te geven.

3.4.1 Verantwoording door prestatiemeting

Enkele doelen van publieke verantwoording zijn eerder in dit hoofdstuk onderscheiden. Hoe kan prestatiemeting, de prestatie zijnde de maatschappelijke effectiviteit, bijdragen aan publieke verantwoording? Prestatiemeting kan als volgt worden omschreven: "een overheidsorganisatie formuleert beoogde prestaties en geeft aan hoe deze prestaties kunnen worden gemeten door prestatie-indicatoren te definiëren. Vervolgens kan, nadat de organisatie haar inspanningen heeft verricht, duidelijk worden gemaakt of de beoogde prestaties zijn gerealiseerd" (De Bruijn, 2006, p. 16). Twee uiteenlopende opvattingen heersen wanneer het gaat over prestatiemeting in de publieke sector. Voorstanders gaan uit van het belang van verantwoording en rekenschap, zoals hiervoor beschreven. Tegenstanders zijn echter van mening dat prestatiemeting onmogelijk recht kan doen aan de aard en complexiteit van diensten van overheidsorganisaties (De Bruijn, 2006, p. 11-12). Beide standpunten gaan uit van een zekere mate van autonomie van professionals bij het uitvoeren van overheidstaken. Voorstanders verbinden daaraan het belang van het afleggen van verantwoording door professionals, tegenstanders trekken de conclusie dat de reden van deze autonomie, namelijk de complexiteit van het werk, het haast onmogelijk maakt om meetbare prestaties te benoemen (De Bruijn, 2006, p. 13).

Het is bij het opzetten van een onderzoek naar effecten belangrijk om bewust te zijn van de voor- en nadelen van prestatiemeting in de publieke sector en eventuele ongewenste neveneffecten die hierbij kunnen optreden. De voordelen van prestatiemeting in de publieke sector zijn volgens De Bruijn: de bevordering van de professionaliteit van de dienstverlening, het versterken van het innoverend vermogen van de organisatie en het stimuleren van de kwaliteit van de (politieke) besluitvorming (2006, p. 13). Dit zijn ook effecten die voor het Zorginstituut voordelig kunnen zijn. Echter zijn er ook mogelijke negatieve effecten van prestatiemeting in de publieke sector te benoemen. Het kan een organisatie namelijk bureaucratiseren, met als gevolg dat prikkels voor professionaliteit en vernieuwing worden vernietigd, waardoor prestatiemeting kan leiden tot strategisch gedrag (De Bruijn, 2006, p. 13). Dit laatste is ook het risico dat van Thiel & Leeuw benoemen in 'De prestatieparadox in de publieke sector' (2003). Een ander risico waar Pen (2011) voor waarschuwt is wanneer prestatiemeting in de praktijk vooral een symbolische waarde heeft. Door het stellen van bepaalde doelen wordt het belang van die doelen benadrukt en zal de organisatiecultuur zich er meer op gaan richten (Pen, 2011, p. 15). Dijstelbloem & Meurs (2004) zien een lage effectiviteit

bij verantwoordingsinstrumenten in de publieke dienstverlening, waarbij verantwoording een doel op zich dreigt te worden. Bovendien zou "[...] het onderscheid tussen informatie ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van professionele dienstverlening enerzijds en ten behoeve van informatie over de prestaties van de organisatie anderzijds" onvoldoende worden gemaakt (Dijstelbloem & Meurs, 2004, p. 126).

Een gewaarschuwd mens telt voor twee. Met de voordelen van prestatiemeting voor ogen en de mogelijke neveneffecten en valkuilen in het achterhoofd kan nu worden gekeken naar de daadwerkelijke inrichting van een structuur voor verantwoording.

3.4.2 Verantwoordingsarrangementen

Wanneer een proces van prestatiemeting en verantwoording meer permanent is vastgelegd in regels, het bestaat uit staande routines of het vaste vormen, waarden en instrumenten kent, is er sprake van een zogenaamd verantwoordingsarrangement (Bovens, 2004, p. 5). Het idee van verantwoordingsarrangement is dat het, eenmaal geïmplementeerd, permanent deel uitmaakt van de informatie-infrastructuur van een organisatie. Door over langere tijd gegevens voor bepaalde indicatoren structureel vast te leggen kan het verloop door de tijd worden weergegeven. In deze vierde stap in dit onderzoek wordt gekeken hoe een verantwoordingsarrangement voor Zorginstituut Nederland kan worden ingericht: welke vaste routines kunnen worden vastgelegd en hoe kunnen die structureel deel uitmaken van de informatie-infrastructuur van de organisatie. Hierin zijn meerdere varianten mogelijk.

Een benadering die sinds de jaren tachtig veel invloed heeft gehad op de manier van werken in de publieke sector is New Public Management (NPM). De bedrijfsmatige insteek van NPM spoort publieke organisaties aan om de nadruk te leggen op effectiviteit, efficiëntie, transparantie en het afleggen van verantwoording. "De NPM-benadering heeft daarbij een overheid voor ogen die zowel flat als accountable is" (Visser, 2015, p. 33). Een meer platte structuur met contractuele aansturing ontstaat doordat uitvoeringsorganisaties op afstand van de centrale overheid en politiek worden geplaatst. De hiërarchische aansturing vanaf het departement wordt hiermee doorbroken. Omdat deze organisaties verantwoordelijk worden gesteld voor het realiseren van publieke doelen moeten zij daar ook verantwoording over afleggen. Om die verantwoording mogelijk te maken worden publieke doelen omgezet in tot in detail nauwkeurig geformuleerde targets en indicatoren waarop door de uitvoeringsorganisaties wordt gemonitord. Zo kan in Den Haag op basis van de verzamelde en gerapporteerde kwantitatieve gegevens worden gevolgd of de gestelde targets worden behaald (Visser, 2015, p. 33). Op deze manier kunnen publieke taken op afstand van de overheid en de politiek worden uitgevoerd, maar leggen zij hier toch centraal verantwoording over af op basis van centraal gestelde targets.

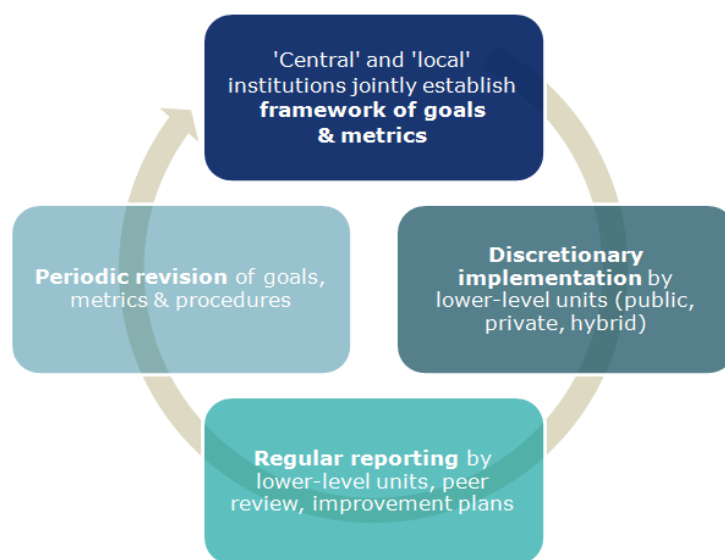
Het NPM-perspectief op verantwoording heeft ook een keerzijde. Dit zit hem voornamelijk in het kwantitatieve karakter ervan. Er wordt gemonitord op vooraf gestelde targets waarover middels kwantitatieve gegevens verslag wordt gedaan. Volgens de literatuur zou een dergelijke kwantitatieve vorm van management control alleen aansluiten bij routinematige industriële productieprocessen, waarmee het eigenlijk bij voorbaat al ongeschikt is voor de meer complexe en veelzijdige activiteiten waar publieke organisaties zich op richten, zoals bijvoorbeeld maatschappelijke dienstverlening (Visser, 2015, p. 33-34). Een dergelijk systeem zou verschillende perverse effecten kunnen veroorzaken die ook al eerder zijn benoemd als risico's van prestatiemeting, zoals "[...] tunnelvisie, suboptimalisering, fixatie op metingen, kortetermijndenken en een afnemende verantwoordelijkheid voor processen die de afgebakende beleidsterreinen overstijgen" (2015, p. 34). Een systeem dat meer aansluit bij de aard van de publieke taken zou succesvoller zijn in het realiseren van een overheid die zowel lerend als tot verantwoording in staat is.

3.4.3 Experimentalistisch bestuur

Een andere manier van denken over de inrichting van een verantwoordingsarrangement is de

cyclus van *experimentalist governance* die in de literatuur wordt beschreven door onder andere Sabel (2004) en Zeitlin (2013). Bij deze vorm van governance hoort een nieuw type organisatie die ervan uitgaat dat gestelde doelen voorlopig zijn en die leren institutionaliseert door regelmatig vraagtekens te zetten bij de eigen manier van werken en zo nodig op basis hiervan die manier van werken aanpast (Sabel, 2004, p. 175). Door een nieuwe evaluatiestructuur wordt het mogelijk om routinematig processen en doelen te onderzoeken en waar nodig te corrigeren (2004, p. 182). Die nieuwe evaluatiestructuur is cyclisch van aard en kan als volgt worden weergegeven:

Figuur 3.1: Cyclus van experimentalist governance (Zeitlin, 2013, p. 14)



De cyclus van experimentalist governance is een recursief proces van het stellen van voorlopige doelen en het herzien van deze doelen op basis van lessen die worden getrokken uit het vergelijken van alternatieve benaderingen voor het behalen van diezelfde doelen in verschillende contexten (Zeitlin, 2013, p. 13). Hiertoe worden vier stappen onderscheiden. Ten eerste wordt een breed kader van voorlopige doelen en standaarden gesteld door een samenwerking van 'centrale' en 'lokale' eenheden, met consultatie van relevante maatschappelijke stakeholders. Lokale eenheden krijgen vervolgens de vrijheid om de gestelde doelen op eigen wijze na te streven. In ruil voor deze autonomie moeten deze eenheden regelmatig reflecteren op en rapporteren over hun eigen functioneren en deelnemen aan peer review met de andere overige eenheden. Tot slot worden de bij de eerste stap gestelde doelen en standaarden, en de algehele werkwijze periodiek bijgesteld op basis van de resultaten van het evaluatieproces, waarna de cyclus weer opnieuw begint (2013, p. 13-14).

In plaats van uniforme regels op te leggen, probeert experimentalist governance juist brede normen te stellen die toepasbaar zijn in verschillende lokale contexten (Zeitlin, 2013, p. 14). Zo wordt een grote diversiteit in uitvoerende organisaties en doelgroepen, wat vaak als obstakel wordt gezien, juist een meerwaarde voor innovatie (Sabel & Zeitlin, 2012, p. 5). In het kader van verantwoording en effectmonitoring biedt deze structuur twee grote voordelen. Ten eerste zijn experimentalistische organisaties in staat tot effectieve probleemoplossing en een groot leervermogen. Daarnaast biedt experimentalist governance de mogelijkheid tot democratische controle op een 'lokaal' niveau doordat dienstverleners, cliënten en andere belanghouders aan elkaar verantwoording afleggen (Sabel, 2004, p. 176). Ook het Zorginstituut is werkzaam in een veld dat enerzijds vergaand geprofessionaliseerd is en waar veel verschillende actoren op lokaal niveau actief zijn, maar waar anderzijds grote publieke belangen spelen waar de overheid een verantwoordelijkheid voor heeft. Wellicht kan de cyclus van experimentalist governance ook voor het Zorginstituut de mogelijkheid bieden om in duidelijke

stappen lokaal relevante informatie op te halen die zowel verantwoording als verbetering mogelijk maakt.

Elk van de beschreven stappen in de cyclus van experimentalist governance zal in de volgende paragrafen nader worden toegelicht.

3.4.3.1 Kaderstellen

Zoals gezegd is de eerste stap in de cyclus het stellen van een breed kader van voorlopige doelen en standaarden. Zeitlin geeft enkele voorbeelden van brede doelen, zoals 'goede waterkwaliteit', 'veilig voedsel', 'adequaat onderwijs' en 'duurzame bossen' (2013, p. 13). Voor deze brede doelen worden ook bijbehorende standaarden ontwikkeld: criteria waarmee kan worden beoordeeld wanneer sprake is van doelbereiking. Dit kader van doelen en criteria wordt opgesteld door een combinatie van 'centrale' en 'lokale' eenheden in samenwerking met relevante maatschappelijke stakeholders. De geformuleerde doelen en criteria zijn voorlopig van aard en kunnen in de loop van het proces moeten worden bijgesteld.

Voor zelfstandig bestuursorganen geldt dat, hoewel de minister niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor het functioneren, hij of zij wel verantwoordelijk is voor het overeenstemmen van de beleidsinhoud met het regeringsbeleid (Dijstelbloem & Meurs, 2004, p. 119). ZBO's stellen hun beleidsdoelen dus niet zelf. Het bepalen van doelstellingen voor maatschappelijke dienstverlening, zoals zorg, onderwijs en huisvesting, is in eerste instantie aan de politiek. Deze politieke doelen worden vaak in relatief abstracte formuleringen gesteld en gelden meer als richtinggevend: "concreet beleid valt er nauwelijks van af te leiden maar is er in algemene zin wel aan te toetsen" (2004, p. 119). Dit is het soort doelen dat voor ZBO's in de eerste stap van de experimentalistische cyclus in overleg met onder andere het departement kan worden geformuleerd.

3.4.3.2 Zelfstandige implementatie

Bij de tweede stap wordt aan 'lokale' eenheden de ruimte gegeven om de centraal gestelde doelen op eigen wijze na te streven. In het geval van systemen van toezicht kan onder lokale eenheden worden verstaan de uitvoeringsorganisaties, in het geval van dienstverlenende organisaties zijn het de daadwerkelijke dienstverleners, zoals leraren, politieagenten of maatschappelijk werkers, of hen aansturende organisaties (Zeitlin, 2013, p. 13). Het idee is dat deze lokale eenheden zelf het beste kunnen bepalen wat in hun specifieke situatie de beste invulling van de brede centrale doelstellingen is.

3.4.3.3 Regelmatige rapportage

De voorwaarde voor de autonomie die de lokale eenheden in de uitvoering krijgen is dat zij hierop gecontroleerd kunnen worden. Dit gebeurt door regelmatige rapportage over hun functioneren aan de centrale eenheden, maar ook door peer review tussen de lokale eenheden onderling. Door resultaten te vergelijken van verschillende eenheden die op verschillende manieren dezelfde doelen nastreven, kunnen deze eenheden van elkaar leren. Van hen wordt verwacht dat wanneer de centraal overeengekomen indicatoren niet gehaald worden, zij op basis van eigen ervaringen en de ervaringen van collega's de nodige corrigerende maatregelen nemen (Zeitlin, 2013, p. 13).

In deze derde stap wordt de daadwerkelijke effectmonitoring dus op lokaal niveau uitgevoerd. Het is dus aan de lokale eenheden om de meting van de effecten in te richten en relevante informatie te verzamelen. Hierbij moeten bepaalde keuzes worden gemaakt. Hoewel deze keuzes wat betreft de inrichting van de monitoring lokaal worden gemaakt, kan wel met enkele algemene aspecten rekening worden gehouden.

Wat betreft de onderzoeksmethoden die bij de monitoring kunnen worden toegepast bestaat de keuze tussen kwantitatieve en kwalitatieve meting. Bij zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek kunnen vragen worden gesteld en kunnen situaties worden geobserveerd,

maar de manier waarop dat wordt gedaan verschilt. In kwantitatief onderzoek zijn de methoden van dataverzameling gestructureerd en vooraf vastgelegd, terwijl bij kwalitatief onderzoek de methoden meer flexibel zijn en afhankelijk van dat wat de onderzoeker tijdens het onderzoek tegenkomt (Boeije, 2009). Door dit verschil in wijze van dataverzameling verschilt ook de manier waarop deze data worden geanalyseerd. Bij kwantitatief onderzoek is meestal sprake van numerieke of getalsmatige data. Om deze data te verwerken wordt gebruik gemaakt van statistiek. In een kwantitatieve analyse kunnen kenmerken van groepen worden opgespoord en vergeleken en kunnen hierin verbanden worden gelegd (Boeije, 2009). In tegenstelling tot het beschrijven van groepen bij kwantitatieve analyse, worden bij kwalitatieve analyse personen of situaties beschreven. Het doel hierbij is om te begrijpen wat de persoon in kwestie beweegt of om een goede voorstelling van een situatie te kunnen maken. Om dit te kunnen doen worden in kwalitatief onderzoek uitgebreide onderzoeksgegevens, vaak in de vorm van grote stukken tekst, verkregen bij verschillende personen of situaties, zodat deze met elkaar vergeleken kunnen worden (Boeije, 2009). Beide typen onderzoek kunnen waardevol zijn. Het 'tellen' van kwantitatief onderzoek kan zeer informatief zijn en kan helpen grote hoeveelheden gegevens inzichtelijk maken. Wanneer dit zinvol kan moet dit dan ook niet worden gelaten. Echter, het door betrokkenen laten 'vertellen' over aspecten die niet direct kwantitatief meetbaar zijn, zoals dat bij kwantitatief onderzoek gebeurt, genereert weer een hele ander type informatie die tot een ander soort begrip kan leiden. Beiden onderzoekstypen hebben dus hun voordelen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er ook onderzoekers zijn die de twee typen combineren, het zogenaamd *mixed methods* onderzoek waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden worden toegepast (Boeije, 2014, par. 1.4). Een combinatie en integratie van beide methoden kan een meerwaarde voor het onderzoek, in dit geval de effectmeting, zijn.

Naast de keuze voor een meetmethode, moeten ook keuzes worden gemaakt wat betreft het onderzoeksontwerp voor de effectmeting. Klein Haarhuis & Oosterwaal bieden handvatten voor effectevaluaties. Zij geven aan dat het in de praktijk vaak lastig is om een verband tussen beleid en gevonden uitkomsten aan te tonen (2014, p.1). Dit geldt natuurlijk ook voor het onderzoeken van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland. Hoewel een bepaald beoogd effect van het instituut zich kan vertonen in de maatschappij, hoeft dit nog niet te betekenen dat dit effect het gevolg is van het werk van het Zorginstituut. "Post hoc ergo propter hoc" gaat niet op. Om toch tot een passende evaluatie van de "weerbarstige praktijk" te komen, stellen zij een aantal eisen (Klein Haarhuis & Oosterwaal, 2014, p. 1). Ten eerste benadrukken zij het belang van een nulmeting om als ijkpunt te stellen voor verbetering of verslechtering op een bepaalde indicator. Ten tweede moet op het juiste moment geëvalueerd worden. Echte effecten kunnen pas verwacht worden na enige doorloop- en doorwerkingstijd. Tevens moet aandacht worden besteed aan de omstandigheden waarin effecten zich voordoen. Deze kunnen worden gereconstrueerd door middel van het C-M-O model: in welke context, met welk *mechanisme*, treedt welke *outcome* op? Tot slot wordt het belang van het stellen van concrete, meetbare doelen benadrukt. Van vage doelen die slecht meetbaar zijn kan ook niet worden bepaald wanneer deze bereikt zijn.

3.4.3.4 Periodieke herziening

De laatste stap in de cyclus van experimentalist governance is de periodieke herziening van de doelen, standaarden en besluitvormingsprocedures in de cyclus (Zeitlin, 2013, p. 13). Het idee is dat gedurende het proces niet alleen problemen, maar ook nieuwe mogelijkheden zich aan kunnen dienen. Door deze met betrokkenheid van relevante actoren te beschouwen kan worden bepaald hoe hiermee kan worden omgegaan. Het doel hierbij is om de cyclus te verbeteren.

Deze structuur van verantwoording waarin structurele monitoring, peer review en publieke verantwoording wordt gecombineerd biedt verschillende mogelijkheden (Zeitlin, 2013, p. 14). Ten eerste biedt het een vorm om de overvloed aan gegevens die door structurele monitoring wordt gegenereerd te mobiliseren. Zowel op het lokale niveau van de uitvoeringspraktijk als op het centrale niveau van de bepaling van doelen en procedures wordt reflectie en leren mogelijk

gemaakt. Naast de mogelijkheid tot leren biedt het ook een dynamische vorm van publieke verantwoording. Van zowel bestuurder als bestuurd wordt verwacht dat zij zich verantwoorden over de keuzes die zij maken en de mate waarin zij hiermee de gestelde doelen weten te realiseren. Dit zal de legitimiteit van hun handelen ten goede komen.

3.5 Synthese

In het werkveld van Zorginstituut Nederland blijkt sprake te zijn van grote diversiteit. Het Zorginstituut is werkzaam in een polycentrische omgeving waarin veel verschillende actoren op veel verschillende onderwerpen, op verschillende manieren, bij verschillende doelgroepen, verschillende effecten teweeg proberen te brengen. Daarbinnen probeert het Zorginstituut zelf ook op verschillende onderwerpen, op verschillende manieren, bij verschillende doelgroepen, verschillende effecten teweeg te brengen. Deze effecten kunnen om verschillende redenen en op verschillende manieren zichtbaar worden gemaakt. Echter, de verschillende actoren die samen met het Zorginstituut in de Nederlandse gezondheidszorg werkzaam zijn hebben wel een gemeenschappelijk doel voor ogen: het realiseren van goede en gepast verzekerde zorg. Een dergelijke omgeving stelt bepaalde eisen aan een mogelijk verantwoordingsarrangement.

De polycentrische omgeving waarin het Zorginstituut opereert is kenmerkend voor de gezondheidszorg als sector. In de gezondheidszorg zijn immers veel verschillende actoren uit verschillende institutionele domeinen werkzaam. Helderman et al. beschrijven deze diversiteit in de gezondheidszorg:

Denk aan: de medische professie, die een sleutelpositie heeft vanwege het vaak technisch complexe karakter van medische zorg; de markt, die maar moeizaam werkt door imperfecte en asymmetrisch verdeelde informatie, maar die onder bepaalde condities wel kan bijdragen aan meer doelmatigheid; en de overheid met al zijn interventies, die een grondwettelijk verankerde verantwoordelijkheid heeft voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van gezondheidszorg en ook voor de volksgezondheid, maar dit niet op eigen kracht kan realiseren. (Helderman et al., 2014, p. 51)

Deze verschillende actoren in de gezondheidszorg functioneren ieder op basis van verschillende, soms tegenstrijdige besturingsarrangementen. Helderman et al. onderscheiden vier institutionele domeinen die middels verschillende besturingsarrangementen werken en samenwerken aan het borgen van het publieke belang van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van gezondheidszorg. Dit zijn de staat, het maatschappelijk middenveld, de zorgverzekerings- en zorgaanbiedersmarkt, en de medische professie (Helderman et al., 2014, p. 52). Zoals in het citaat wordt beschreven heeft de overheid de grondwettelijke verantwoordelijkheid om het publiek belang in de gezondheidszorg te borgen. Dit doet zij op basis van hiërarchische sturing en wet- en regelgeving. Voor de daadwerkelijke uitvoering is de overheid afhankelijk van de overige drie private actoren, die dat ook ieder weer op hun eigen manier doen (Helderman et al., 2014, p. 52). Goed georganiseerde belangengroepen aan zowel de aanbods- als vraagzijde treden op basis van gedelegeerde zelfsturing en participatie collectief op in het maatschappelijk middenveld. In de markt handelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder invloed van concurrentie en contractering. Bij de medische professie staan juist professionele autonomie en zelfregulering centraal. Zo kent elk domein een eigen uitgangspunt, een eigen besturingsarrangement.

De door Helderman et al. (2014) beschreven besturingsarrangementen zijn ideaaltypen. In de praktijk kunnen verschillende besturingslogica's naast en door elkaar bestaan. Wanneer een overkoepelende logica ontbreekt, kan de samenkomst van verschillende besturingsarrangementen worden begrepen in termen van zogenaamde institutionele complementariteit. Dit gaat uit van de gedachte "[...] dat de effectiviteit en legitimiteit van het ene besturingsarrangement afhankelijk is van de aanwezigheid van andere besturingsarrangementen" (Helderman et al., 2014, p. 54). Er is in dit geval geen sprake van één systeemlogica, maar van verschillende bestuurslogica's die elkaar aanvullen. Dit is ook hoe

de diversiteit aan besturingsarrangementen in de gezondheidszorg kan worden bekeken. Elk besturingsarrangement heeft een eigen rol te vervullen in de besturing van de gezondheidszorg, maar elk besturingsarrangement heeft hierin ook beperkingen (Helderman et al., 2014, p. 55). Juist door de verschillende arrangementen te combineren en elkaar aan te laten vullen kan een beter resultaat bereikt worden. Door hierin de institutionele complementariteit te herkennen kan op een passende manier worden gedacht over het besturen van de gezondheidszorg.

Zelfstandig bestuursorganen hebben een bijzondere positie ten opzichte van de verschillende institutionele domeinen. Enerzijds worden publieke belangen op afstand van het ministerie en het veld geborgd, maar anderzijds hebben ze ook een verbindende positie tussen verschillende institutionele domeinen en de daarbij behorende besturingsarrangementen (Helderman et al., 2014, p. 56). Zo opereert het Zorginstituut op het grensvlak tussen de overheid, het middenveld, de markt en de professie. Het publiek belang dat het Zorginstituut probeert te borgen is het realiseren van goede en gepast verzekerde zorg. Hiervoor moet zij de brug slaan en schakelen tussen de verschillende actoren en daarbij horende besturingsarrangementen die ook datzelfde doel proberen te bereiken.

Bij verschillende besturingsarrangementen passen ook verschillende verantwoordingsarrangementen. De overheid wordt ter verantwoording geroepen op basis van de wet, de markt wordt gecontroleerd door de werking van de markt zelf en in een sociale omgeving wordt verantwoord op basis van de normen en waarden van diezelfde omgeving (Mashaw, 2006, p. 119-120). Mashaw legt uit dat het ontwerp van verantwoordingsarrangementen is gebaseerd op de antwoorden op zes vragen: verantwoording door wie, aan wie, naar welke criteria, waarover, hoe en met welke gevolgen (2006, p. 118). Deze vragen zijn in zekere zin parallel aan de vragen die in dit onderzoek zijn beschreven – waarom, wie, wat en hoe – die ook gaan over welke gevolgen verantwoording kan hebben, door en aan wie verantwoording wordt afgelegd, over welke onderwerpen verantwoording wordt afgelegd en de processen en standaarden waaruit het verantwoordingsarrangement bestaat. In verschillende besturingsarrangementen worden deze vragen anders beantwoord, waardoor ook de structuur van de verantwoordingsarrangementen varieert. Scott (2006) beschrijft ook hoe bepaalde verantwoordingsvormen passen bij bepaalde besturingsregimes. Hij gaat verder dan Mashaw door te zeggen dat dit niet iets is wat bewust wordt ontworpen, maar dat dit zich tot op zekere hoogte vanzelf zo ontwikkelt. "Control and accountability are opposite sides of the same coin." (Scott, 2006, p. 183). Besturingsregimes brengen vanzelf bepaalde vormen van verantwoording met zich mee.

Dit maakt verantwoording in een diverse omgeving als die van de het Zorginstituut ingewikkeld. Niet alleen brengt een combinatie van besturingsarrangementen combinaties van verantwoordingsarrangementen met zich mee, die combinaties staan bovendien onder continue, indirecte invloed van de verschillende domeinen (Scott, 2006, p. 190). Hierdoor is flexibiliteit en continue reflectie op het verantwoordingsarrangement noodzakelijk.

Eerder is beschreven dat het Zorginstituut als ZBO een schakelpositie heeft. Dit schakelen is ook nodig voor een passend verantwoordingsarrangement in de gezondheidszorg. Doordat het Zorginstituut werkzaam is tussen verschillende besturingsarrangementen zijn de antwoorden op de in dit onderzoek en de door Mashaw geformuleerde vragen telkens anders. Hierdoor zal ook een verantwoordingsarrangement voor het Zorginstituut zich telkens weer moeten kunnen aanpassen. Deze diversiteit en veranderlijkheid is niet iets dat kan worden opgelost, dit is iets waar een organisatie als het Zorginstituut mee om moet leren gaan, zowel in haar wijze van besturen als in haar wijze van verantwoorden. In een polycentrische omgeving moeten verschillende eenheden die aan eenzelfde collectief probleem werken dit probleem ieder op een eigen manier kunnen benaderen (McGinnis, 2011, p. 1). Hierbij vraagt diversiteit om besluitvorming op het niveau van individuele besluitvormingseenheden die op basis van lokale kennis en normen wordt beargumenteerd. Veranderlijke omstandigheden vragen bovendien dat die informatie regelmatig kan worden bijgewerkt (Cohen & Sabel, 1997, p. 326). Er moet dus

worden gezocht naar een verantwoordingsarrangement met de flexibiliteit om aan verschillende situaties aan te kunnen passen en de reflexiviteit om de werkwijze regelmatig te kunnen evalueren. Als dat lukt kunnen de verschillende besturingsarrangementen elkaar juist aanvullen en kunnen de verschillende actoren elkaars effectiviteit juist vergroten.

Volgens Cohen & Sabel (1997) kan *directly-deliberative polyarchy* in deze omstandigheden als toepasbare besluitvormingsstructuur dienen. In *directly-deliberative polyarchy* worden collectieve besluiten genomen door publieke deliberatie. Hierbij worden de voordelen van lokaal leren en zelfbestuur gecombineerd met de voordelen en discipline van sociaal leren en vergrote politieke verantwoording (1997, p. 313-314). Het combineert wezenlijke lokale probleemoplossing met een continue discussie onder lokale eenheden over wat de beste werkwijze is en hoe die het beste gerealiseerd kan worden (1997, p. 326). *Directly-deliberative polyarchy* biedt enerzijds een antwoord op de diversiteit en veranderlijkheid van een polycentrisch systeem, maar kan dit ook combineren met het afleggen van verantwoording en een waarborging van de democratie.

Experimentalist governance gaat uit van het concept van *directly-deliberative polyarchy*. Het is deliberatief, omdat het verankerde opvattingen en praktijken doorbreekt en onderwerp van discussie maakt. Het is *direct-deliberatief*, omdat nieuwe mogelijkheden worden overwogen op basis van concrete ervaringen van actoren in de manier waarop zij met bepaalde situaties zijn omgegaan. Het polyarchische aspect blijkt uit de manier waarop lokale eenheden, in afwezigheid van een centrale besluitvormer, van elkaar leren en elkaar aansturen (Sabel & Zeitlin, 2012, p. 2). Experimentalist governance biedt als evaluatievorm de diversiteit, flexibiliteit en reflexiviteit die het Zorginstituut in een verantwoordingsarrangement nodig heeft. Het zou dan ook een verantwoordingsarrangement kunnen zijn dat past bij de polycentrische omgeving van het Zorginstituut en de gezondheidszorg.

3.6 Resumerend

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van wat er in de literatuur aan aanknopingspunten te vinden zijn voor het doen van onderzoek naar de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland. Dit is in vier stappen gedaan.

In de eerste stap is beschreven wat publieke verantwoording inhoudt en zijn de mogelijke opbrengsten van publieke verantwoording benoemd. Zo is antwoord gegeven op de vraag waarom het Zorginstituut verantwoording af zou leggen over haar maatschappelijke effectiviteit. De redenen voor verantwoording die in de literatuur worden genoemd zijn democratisch, rechtsstatelijk, cybernetisch of bestuurlijk van aard. In de tweede paragraaf is gezocht naar een definiëring van het begrip "maatschappij" in maatschappelijke effectiviteit. Dit begrip kon worden uitgesplitst in zes effectdomeinen: het departement, het parlement, het beleidsveld, de media, de maatschappij en de wetenschap. Vervolgens is onderzocht welke componenten kunnen worden benoemd voor dat wat in kaart moet worden gebracht, namelijk de maatschappelijke effectiviteit. De benoemde componenten zijn de effecten, de voorwaarden waaronder die effecten worden bereikt en de mate waarin met die effecten vooraf gestelde doelen worden bereikt, oftewel de effectiviteit. Bij de vierde stap is gezocht naar een manier om de monitoring van maatschappelijke effectiviteit structureel en systematisch in te bedden in de werkwijze van het Zorginstituut. Hierbij is de cyclus van experimentalist governance beschreven, waarmee de monitoring van maatschappelijke effectiviteit in vier stappen structureel en systematisch kan worden ingebed in de organisatie. Tot slot zijn de vier vragen die in dit hoofdstuk centraal stonden samengebracht door uit te leggen waarom juist het concept van experimentalist governance past bij de polycentrische omgeving waarin het Zorginstituut werkzaam is.

Dit hoofdstuk heeft geleid tot een vierdelig theoretisch kader voor het uitvoeren van een structurele maatschappelijke effectiviteit monitoring bij Zorginstituut Nederland. In het volgende hoofdstuk zal worden toegelicht hoe dit kader in de empirie zal worden getoetst.

4 Methodologisch kader

In het voorgaande hoofdstuk is het belang van het in kaart brengen van de maatschappelijke effecten geconstateerd, is het begrip maatschappelijke effectiviteit geïmpliciteerd en zijn de mogelijkheden voor de opzet en structurering van effectiviteit monitoring verkend. In dit methodologisch kader volgt een toelichting op de methoden die zijn toegepast in het empirisch gedeelte van het onderzoek.

4.1 Type onderzoek

In het empirisch deel van dit onderzoek gaat het erom hoe binnen en buiten de organisatie van Zorginstituut Nederland wordt gedacht over maatschappelijke effectiviteit en het in kaart brengen daarvan, om daaruit vervolgens conclusies te kunnen trekken voor het opzetten van een structureel monitoringssysteem of verantwoordingsarrangement. Het gaat hierbij om vragen als waarom een dergelijke monitoring relevant is, welke informatie ertoe doet, hoe die zou moeten worden verzameld en waar. Hierbij is gekozen voor kwalitatief onderzoek.

Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn strategieën voor de systematische verzameling, organisatie, en interpretatie van tekstueel materiaal dat is verkregen door gesprekken of observaties met het doel concepten te ontwikkelen die ons helpen om sociale verschijnselen in hun natuurlijke context te begrijpen met de nadruk op betekenissen, ervaringen, en gezichtspunten van alle betrokkenen. (Boeije, 2014, p. 22)

Het gaat bij kwalitatief onderzoek dus niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en begrijpelijk maken van een verschijnsel in een specifieke context. Hierbij "[...] worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren" (Boeije, 2005, p. 27). Verschijnselen waar nog weinig over bekend is en verschijnselen die complex en veranderlijk zijn, zijn volgens Boeije vooral geschikt voor kwalitatief onderzoek (2014, p. 50). Dit geldt ook voor het evalueren van het maatschappelijk effect van het Zorginstituut. In dit onderzoek is het verschijnsel dat wordt onderzocht de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland en dit wordt onderzocht door het te leren kennen vanuit het perspectief van zowel mensen binnen de organisatie als van betrokkenen buiten de organisatie. Zoals in het voorgaande hoofdstuk is beschreven heeft dit verschijnsel meerdere aspecten. Door kwalitatief onderzoek kan duidelijkheid worden verschaft over de interpretaties van het verschijnsel die worden gehanteerd door degenen die er direct bij betrokken zijn.

Waar het in kwantitatief onderzoek gaat om kennis over een algemeen verband of over de frequentie waarin een verband voorkomt, gaat het in kwalitatief onderzoek om het begrijpen van verbanden (Boeije, 2014, p. 32). Zo wordt in dit onderzoek niet maatschappelijke effectiviteit in brede zin onderzocht of hoe vaak een bepaald effect voorkomt, maar is het doel om te begrijpen hoe maatschappelijke effectiviteit er specifiek voor het Zorginstituut uitziet en hoe deze op een zinvolle manier in kaart kan worden gebracht. Belangrijk om nog eens te benadrukken is dat het doel van het onderzoek niet is het meten van de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut is, maar hoe een structurele monitoring zinvol kan worden vormgegeven.

In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de interpretatieve variant van kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005, p. 19). In de interpretatieve variant wordt er vanuit gegaan dat er geen enkele externe werkelijkheid bestaat, maar dat mensen gezamenlijk een werkelijkheid creëren door ieder betekenis te geven aan verschijnselen en deze betekenissen onderling uit te wisselen (Boeije, 2005, p. 20). Zo kan een onderzoeker in kwalitatief onderzoek de 'werkelijkheid' achterhalen door erachter te komen hoe deze door mensen geïnterpreteerd wordt. Hierbij moet vanzelfsprekend rekening worden gehouden met het feit dat betrokkenen

vanuit verschillende posities en vanuit verschillende invalshoeken naar de werkelijkheid kijken en dat hun interpretatie ervan derhalve 'gekleurd' is.

4.2 Beschrijving onderzoeksmethode

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is het opstellen van een kader dat structurele en systematische effectiviteit monitoring voor Zorginstituut Nederland mogelijk maakt. De opzet van het onderzoek gaat er vanuit dat er vele keuzes te maken zijn voor het ontwerp van een systeem voor effectmonitoring. Uit het onderzoek moet blijken welke voorkeuren leven binnen en buiten de organisatie van het Zorginstituut zodat deze kunnen worden weergegeven en handvatten kunnen worden geboden voor het ontwerp van een verantwoordingsarrangement voor Zorginstituut Nederland dat hierbij aansluit.

In het onderzoek wordt een aantal stappen gezet. De literatuurstudie voorafgaand aan de dataverzameling vormt de basis van het onderzoek en voorkomt dat lukraak de empirie in wordt gestapt. Boeije beschrijft de literatuurstudie als een kans voor de onderzoeker om 'streetwise' te worden en de beperkingen en kansen van het onderzoek vooraf te herkennen (2014, p. 45). Globaal worden drie manieren genoemd om in kwalitatief onderzoek met theorie om te gaan. Ten eerste kan literatuur als basis dienen voor de vraagstelling die de leidraad in het onderzoek vormt (Maso, 1987, in: Boeije, 2014, p. 42). Hoewel de vraag in dit onderzoek is aangediend door het Zorginstituut zelf, is deze met behulp van bestaande literatuur uitgewerkt. De tweede manier om met theorie om te gaan is wat ook wel 'bracketing' wordt genoemd. Dit houdt in dat de onderzoeker zich tijdens het empirisch gedeelte van het onderzoek zo min mogelijk laat beïnvloeden door de kennis die gedurende de literatuurstudie is opgedaan en openstaat voor de interpretaties van de onderzochte personen (Boeije, 2014, p. 42). Een derde manier gaat er vanuit dat men als onderzoeker niet kan waarnemen als men niet weet waarnaar men op zoek is. Op deze manier wordt theorie gebruikt als een lens om naar de werkelijkheid te kijken (Boeije, 2014, p. 43). In dit onderzoek worden de laatste twee werkwijzen gecombineerd. Enerzijds biedt bestaande theorie houvast bij het onderzoek naar de complexe werkelijkheid van het Zorginstituut. Tegelijkertijd blijft de onderzoeker gedurende het onderzoek openstaan voor nieuwe of aanvullende betekenissen en interpretaties die naar voren kunnen komen.

De 'theoretische lens' in dit onderzoek wordt gevormd door veronderstellingen die op basis van de in het vorige hoofdstuk beschreven literatuur kunnen worden geformuleerd. Deze veronderstellingen worden in het empirisch deel van het onderzoek getoetst aan de werkelijkheid. "Een veronderstelling is een idee dat nog zo weinig precies is dat het nog niet als een hypothese wordt geformuleerd" (Maso & Smaling, 1998, in: Boeije, 2014, p. 45). Kwalitatieve onderzoekers gaan doorgaans niet zover dat ze vooraf veronderstellingen of hypothesen formuleren, omdat het niet de bedoeling is om data in een bestaand kader te forceren (Boeije, 2014, p. 45). Echter, wanneer voldoende ruimte wordt gelaten voor exploratie van het onderzoeksveld en voor de perspectieven van de participanten, kunnen veronderstellingen wel houvast bieden. Door relevante thema's en concepten op basis van bestaand onderzoek te benoemen kunnen onderzoekers het door hen onderzochte onderwerp behapbaar maken (Boeije, 2014, p. 32). Het onderwerp van dit onderzoek, maatschappelijke effectiviteit en het in kaart brengen ervan, is breed en abstract. Door middel van de veronderstellingen kan richting worden gegeven aan het onderzoek en wordt voorkomen dat belangrijke elementen worden overgeslagen.

Het is voor de onderzoeker de uitdaging om een balans te vinden tussen het vooraf vastleggen van een onderzoeksplan dat richting geeft aan het onderzoek en tegelijkertijd het waarborgen van een open onderzoeksprocedure (Boeije, 2014, p. 37). Openheid en flexibiliteit zijn kenmerkend voor de meeste kwalitatieve methoden van dataverzameling en veel hangt af van wat gedurende het onderzoek naar voren komt (2014, p. 31). De ruimte moet worden geboden aan de perspectieven die uit de onderzoeksobjecten naar voren komen, maar de onderzoeker moet er ook voor zorgen dat alle benodigde informatie wordt verzameld. Om gedurende het

onderzoek flexibel te kunnen reageren, maar ook koers te houden, worden verzamelde gegevens gedurende het onderzoek verwerkt. Eerdere veronderstellingen kunnen worden bijgesteld en voorlopige bevindingen kunnen leidend zijn bij een volgende waarneming. Zo wisselen dataverzameling en –analyse elkaar af (2014, p. 31).

4.3 Methoden van dataverzameling

Zoals eerder beschreven is dit onderzoek een kwalitatief onderzoek. Verschillende methoden van kwalitatief onderzoek zijn mogelijk. Vaak worden meerdere methoden van kwalitatief onderzoek gecombineerd om daarmee meerdere soorten informatie te kunnen verzamelen. Ook in dit onderzoek zullen verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gecombineerd om meerdere facetten te belichten. De gebruikte methoden zijn semigestructureerde interviews en documentanalyse.

4.3.1 Verkennende gesprekken

Voorafgaand aan de daadwerkelijke dataverzameling zijn verkennende gesprekken gevoerd met enkele personen uit de Sector Zorg. Deze gesprekken vormden een eerste verkenning van het onderwerp en de voor het Zorginstituut belangrijke aspecten ervan. Tevens werden relevante personen voor interviews of documenten voor analyse aangedragen. De vorm van deze gesprekken was ongestructureerd. Dit betekent dat vooraf weinig was vastgelegd wat betreft de inhoud, formulering en volgorde van de vragen. De gesprekken waren verkennend van aard, waardoor richting geven aan het gesprek door structurering nog niet aan de orde was. De gesprekspartners worden genoemd in tabel 2.1 in de bijlagen.

4.3.2 Semigestructureerde interviews

Waar de verkennende gesprekken nog open en ongestructureerd verliepen, waren de interviews ten behoeve van de dataverzameling meer gestructureerd. Interviews kunnen op verschillende manieren worden afgenomen, van open gesprekken tot meer gestructureerde vraaggesprekken. Om ervoor te zorgen dat de nodige onderwerpen in de interviews aan bod kwamen, is in deze fase gekozen voor semigestructureerde interviews. Dit houdt in dat vooraf een lijst met te bespreken topics is opgesteld en hierbij enkele vragen zijn voorbereid. Gedurende de gesprekken werd ruimte geboden aan de input en individuele interpretatie van iedere geïnterviewde, maar tegelijkertijd werd ook gezorgd dat alle belangrijke onderwerpen aan bod kwamen. In het onderzoek zijn personen op sleutelposities binnen en buiten het Zorginstituut geïnterviewd. Intern waren dit de managers en vier deelprogrammamanagers van de sector Zorg, extern waren dit personen bij stakeholders – te weten bij het ministerie, andere overheidsorganen in de zorg en de partijen in het veld – in een positie waarin zij te maken hebben of hebben gehad met het Zorginstituut. Een nadere beschrijving van de geïnterviewde personen en hun relevantie voor dit onderzoek is bijgevoegd in bijlage 3. Zij zijn op persoonlijke titel geïnterviewd met als doel een idee te krijgen van hoe er wordt gedacht binnen de sector waarin zij werkzaam zijn. Een overzicht is bijgevoegd in tabellen 2.2 en 2.3 in de bijlage.

4.3.3 Documentanalyse

Een analyse van documenten kan veel informatie verschaffen over hoe bij verschillende organisaties en op verschillende niveaus over een bepaald onderwerp wordt gedacht. Enerzijds laten interne stukken als verslagen en handboeken zien hoe binnen het Zorginstituut over haar maatschappelijke effectiviteit en het in kaart brengen daarvan wordt gedacht. Anderzijds bieden externe stukken van bijvoorbeeld het ministerie of wetteksten inzicht op de manier waarop hier vanuit het Rijk mee omgegaan wordt. In tabel 4.1 en 4.2 in de bijlagen worden de voor dit onderzoek gebruikte documenten benoemd.

4.4 Conceptualisering en operationalisering

Om structuur te geven aan het onderzoek kunnen begrippen of concepten worden gebruikt die zijn afgeleid uit het veld van onderzoek (Boeije, 2014, p. 32). Het formuleren van globale noties

en onuitgewerkte ideeën kan helpen om in het kwalitatief onderzoek om te gaan met de theorie. Deze "attenderende, gevoelig makende of richtinggevende begrippen" worden *sensitizing concepts* genoemd (Boeije, 2014, p. 43). De *sensitizing concepts* hebben in het begin nog een ruime omschrijving, maar worden in de loop van het onderzoek en tijdens de analyse toegespitst op het specifieke onderzoeksobject. Boeije beschrijft het als een "theoretische bril of lens" waarmee de onderzoeker zich op het onderzoeksveld richt (2014, p. 43). Het is niet zozeer de bedoeling om tot strak geformuleerde hypothesen te komen. Door het benoemen van enkele veronderstellingen en deze te vertalen naar bijbehorende concepten kan met behulp van de theorie het empirisch gedeelte van het onderzoek echter wel worden gestructureerd. In het theoretisch kader is in vier stappen de theoretische basis voor dit onderzoek gelegd. Deze stappen gelden als vier conceptuele vragen en kunnen worden vertaald naar vier veronderstellingen die richting zullen geven aan het empirisch onderzoek.

4.4.1 *Waarom?*

In de eerste stap is antwoord gegeven op de vraag waarom het Zorginstituut verantwoording af zou leggen over haar maatschappelijke effectiviteit. De redenen voor verantwoording die in de literatuur worden genoemd zijn democratisch, rechtsstatelijk, cybernetisch of bestuurlijk van aard. Hieruit volgt de volgende veronderstelling: Het afleggen van verantwoording over de maatschappelijke effectiviteit kan voor Zorginstituut Nederland democratische, rechtsstatelijke, cybernetische en bestuurlijke opbrengsten hebben.

4.4.2 *Wie?*

Zorginstituut Nederland heeft effect in de maatschappij. In het theoretisch kader zijn zes zogenaamde doorwerkingsdomeinen, of effectdomeinen, onderscheiden: het departement, het parlement, het beleidsveld, de media, de maatschappij en de wetenschap. Voor dit onderzoek worden twee wijzigingen aangebracht in deze verdeling. Ten eerste is het in dit onderzoek de vraag wat voor het Zorginstituut onder de term 'maatschappij' kan worden verstaan. Daarom zal het vijfde domein om verwarring te voorkomen een andere benaming krijgen, namelijk de 'burger'. Daarnaast zal voor het Zorginstituut het domein 'andere overheidsorganen in het veld' worden toegevoegd. De veronderstelling kan daarom als volgt worden geformuleerd: Zorginstituut Nederland kan effect hebben in zeven mogelijke effectdomeinen: departement, parlement, beleidsveld, andere overheidsorganen in het veld, media, burger en wetenschap.

4.4.3 *Wat?*

Voor de derde stap zijn enkele componenten van maatschappelijke effectiviteit benoemd. De eerste component zijn de effecten die het Zorginstituut met haar werk heeft. De tweede component is effectiviteit, oftewel doelbereiking. De derde component die bestudeerd kan worden zijn de voorwaarden voor effect. Dit leidt tot de volgende veronderstelling: Bij het doen van een maatschappelijke effectiviteitsmeting kan Zorginstituut Nederland meerdere componenten in kaart brengen: effecten, effectiviteit en voorwaarden voor effect.

4.4.4 *Hoe?*

Tenslotte is gekeken naar mogelijke verantwoordingsarrangementen. Als voorbeelden zijn de vormen van new public management en experimentalist governance genoemd. Dit sluit niet uit dat andere suggesties in het onderzoek naar voren kunnen komen. De cyclus van experimentalist governance is voorgesteld als toepasbare optie om de meting van maatschappelijke effectiviteit structureel en systematisch in te bedden in de organisatie. Deze cyclus bestaat uit vier fasen: kaderstellen, zelfstandige implementatie, regelmatige rapportage en periodieke herziening. Deze kunnen toegepast worden op het werk van het Zorginstituut. De laatste veronderstelling die daarom kan worden geformuleerd is: Zorginstituut Nederland kan de monitoring van maatschappelijke effectiviteit structureel en systematisch inbedden in de organisatie door vier fasen cyclisch te doorlopen: centraal kaderstellen, zelfstandige implementatie, regelmatige rapportage en periodieke herziening.

In onderstaande tabel wordt de conceptualisering voor dit onderzoek overzichtelijk weergegeven en wordt de operationalisering per concept beschreven.

Tabel 5.1: Conceptualisering

Concept	Indicator	Dimensies	Operationalisering
Waarom?	Opbrengsten van verantwoording: <i>Welke opbrengsten van verantwoording zijn te benoemen voor Zorginstituut Nederland?</i>	Democratisch perspectief	<i>Democratische controle Principaal-agent relatie</i>
		Rechtsstatelijk perspectief	<i>Behoorlijkheid v bestuur Machtsmisbruik</i>
		Cybernetisch perspectief	<i>Leren (single loop, double loop of deutero) Verbeteren</i>
		Bestuurlijk perspectief	<i>Legitimeren</i>
Wie?	Effectdomeinen: <i>In welke domeinen doen de maatschappelijke effecten van Zorginstituut Nederland zich voor?</i>	Departement	<i>Ministerie van Volksgezondheid</i>
		Parlement	<i>Eerste en Tweede Kamer</i>
		Beleidsveld	<i>Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten/cliënten</i>
		Andere overheidsinstanties in het zorgveld	<i>ZBO's of adviesraden in de zorg: NZa, Gezondheidsraad, RV&S, etc.</i>
		Wetenschap	<i>Wetenschappelijke tijdschriften, universiteiten, kennisinstututen</i>
		Media	<i>Online en offline media</i>
		Burger	<i>Individuele burgers, Nederlanders</i>
Wat?	Effecten: <i>Wat zijn de mogelijke effecten van Zorginstituut Nederland?</i>	Instrumenteel effect	<i>Verandering in handelen</i>
		Conceptueel effect	<i>Verandering in denken of kennis</i>
		Agenderend effect	<i>Onderwerp op politiek of maatschappelijke agenda</i>
		Politiek-strategisch effect	<i>Ter versterking van positie</i>
	Effectiviteit: <i>Wat betekent effectiviteit voor Zorginstituut Nederland?</i>	Doelstelling	<i>Nulmeting Concrete, meetbare doelen</i>
		Doelbereiking	<i>Doorlooptijd Contextuele factoren</i>
	Effectvoorwaarden: <i>Onder welke voorwaarden is de effectiviteit van Zorginstituut Nederland het grootst?</i>	Kenmerken product/dienst	<i>Toegankelijkheid, kwaliteit, presentatie, bekendheid, initiator</i>
		Kenmerken organisatie	<i>Reputatie, samenstelling, samenwerkingsverbanden</i>

		Kenmerken doelgroep	<i>Behoeften, cultuur, stabiliteit, flexibiliteit</i>
		Interactie met doelgroep	<i>Aansluiting, communicatie, afstemming, feedback, nazorg</i>
		Kenmerken beleidsveld	<i>Timing, aansluiting, mate professionalisering, beleidsconcurrentie, pluriformiteit, politieke belangstelling</i>
Hoe?	Verantwoordingsarrangementen: <i>Hoe kan invulling worden gegeven aan een verantwoordingsarrangement voor Zorginstituut Nederland?</i>	New Public Management	<i>Hiërarchisch Kwantificeerbare doelen Benchmarks</i>
		Experimentalist Governance	<i>Polyarchisch Direct-deliberatief Centraal kaderstellen Lokale implementatie Regelmatige rapportage Periodieke herziening</i>

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Juist in kwalitatief onderzoek, waarbij veel afhankelijk is van de werkwijze en interpretatie van de onderzoeker, is het van belang om aandacht te schenken aan de objectiviteit van de verzamelde gegevens. Door de rol van de onderzoeker zichtbaar te maken kan het risico van vertekening van de onderzoeksresultaten worden ingeperkt. Hierbij zijn betrouwbaarheid en validiteit twee kernbegrippen. Bij betrouwbaarheid gaat het om "de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten" (Boeije, 2005, p. 145). Validiteit heeft te maken met "de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten" (Boeije, 2005, p. 145). Betrouwbaarheid heeft betrekking op de uitvoering van het onderzoek, waarbij het gaat om de nauwkeurigheid van de methoden van dataverzameling, terwijl validiteit gaat over de opzet van het onderzoek en of de onderzoeker meet wat hij wil meten en verklaart wat hij wil verklaren (Boeije, 2005, p. 145).

Van Zwieten en Willems (2004, p. 631-635) splitsen zowel betrouwbaarheid als validiteit op in interne en externe aspecten. Interne betrouwbaarheid houdt in dat er geen sprake is van beïnvloeding door een individuele onderzoeker: verschillende onderzoekers moeten dezelfde resultaten krijgen. De interne betrouwbaarheid kan worden gewaarborgd door meerdere onderzoekers te gebruiken of door meerdere methoden van dataverzameling toe te passen. Voor deze laatste optie is in dit onderzoek gekozen, namelijk door het houden van interviews en het analyseren van documenten. Externe betrouwbaarheid betekent dat wanneer iemand het gehele onderzoek opnieuw zou uitvoeren, hij tot dezelfde resultaten zou komen. Door zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven welke stappen in het onderzoek zijn gezet en op welke manier de gegevens zijn verzameld wordt voor derden inzichtelijk hoe het onderzoek is uitgevoerd en is het controleerbaar.

Ook de validiteit is op te splitsen in het interne en externe aspect (Van Zwieten en Willems, 2004, p. 633-635). Interne validiteit betekent dat de toegepaste methoden en technieken van onderzoek resultaten en conclusies opleveren die ook daadwerkelijk het te onderzoeken verschijnsel beschrijven. Om dit te bewijzen moeten mogelijke bronnen van vertekening in de opzet van het onderzoek worden benoemd. Hiervoor zijn in dit hoofdstuk de conceptualisering van begrippen, de rol van de onderzoeker en de verdere opzet van het onderzoek beschreven en zijn de interviewtranscripten voorgelegd aan de geïnterviewden ter controle van de juistheid ervan. Externe validiteit houdt in dat de op basis van het onderzoek

getrokken conclusies generaliseerbaar zijn en in principe te verplaatsen zijn naar andere gevallen, tijdstippen of personen. De gebruikte concepten in dit onderzoek zijn geformuleerd op basis van theorie zoals beschreven in het theoretisch kader. Dit wordt vervolgens in een specifieke situatie onderzocht, in dit geval het Zorginstituut. Eerder in dit onderzoek is verantwoord waarom voor welke respondenten en documenten is gekozen, op basis waarvan de externe validiteit beoordeeld kan worden.

4.6 Resumerend

In dit hoofdstuk zijn de in dit onderzoek toegepaste methoden beschreven. Het uitgevoerde onderzoek is kwalitatief van aard. De hierbij toegepaste methoden voor dataverzameling zijn semigestructureerde interviews en documentanalyse. Op basis van de in het vorige hoofdstuk beschreven theorie zijn enkele veronderstellingen en bijbehorende concepten geformuleerd die zijn uitgewerkt en geoperationaliseerd. Deze worden vervolgens getoetst aan de werkelijkheid. De resultaten van deze toetsing zullen in het volgende hoofdstuk worden gerapporteerd en geanalyseerd. De kwaliteit en objectiviteit van het uitgevoerde onderzoek zal uiteindelijk in het laatste hoofdstuk worden geëvalueerd.

5 Resultatenanalyse

Het onderzoek zoals beschreven in het vorige hoofdstuk is uitgevoerd. De onderzoeksresultaten zullen in dit hoofdstuk worden gerapporteerd. Het doel is om het conceptueel kader dat eerder is ontwikkeld te toetsen aan de empirie. Er zal verslag worden gedaan van de onderzoekresultaten aan de hand van de eerder afgebakende stappen in het onderzoek: waarom, waar, wat en hoe. Voor iedere stap zullen eerst relevante en opmerkelijke uitkomsten worden benoemd, waarna kort zal worden geconcludeerd wat deze bevindingen betekenen voor dit onderzoek.

5.1 Waarom?

In paragraaf 3.1.2 zijn mogelijke antwoorden gegeven op de vraag waarom het Zorginstituut verantwoording af zou leggen over haar maatschappelijke effectiviteit. De redenen voor verantwoording die in de literatuur werden genoemd zijn democratisch, rechtsstatelijk, cybernetisch en bestuurlijk van aard. De waarom vraag is ook in de empirie gesteld: wat wordt binnen en buiten het Zorginstituut als de belangrijkste opbrengst van maatschappelijke effectiviteit monitoring gezien? De gevonden antwoorden op deze vraag worden hier gerapporteerd en zullen worden vergeleken met de antwoorden uit de theorie.

5.1.1 Bevindingen

Zowel intern als extern wordt het belang van *democratische* en *rechtsstatelijke* controle erkend. Intern is men zich ervan bewust dat het Zorginstituut, hoewel het een zelfstandig bestuursorgaan is, zich uiteindelijk moet verantwoorden aan de minister en indirect ook aan de Eerste en Tweede Kamer. "Wij worden met belastinggeld en premiegeld betaald, dus alleen daarom al moet je verantwoording afleggen dat je het niet voor niks doet." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Deze verantwoordingsplicht wordt ook bij de externe partners in het veld als vanzelfsprekend gezien: "Het instituut moet natuurlijk verslag uitbrengen van wat men doet, wat men gedaan heeft. Dat snappen we allemaal wel." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015).

In de geanalyseerde documenten wordt onder andere in de voorbereiding op de evaluatie van het Kwaliteitsinstituut het belang van het verzamelen van informatie ten behoeve van evaluatie "om verantwoording af te leggen aan het parlement" benoemd (Zorginstituut Nederland, 2014e, p. 1). De door Boer&Croon uitgevoerde evaluaties uit 2009 en 2014 verwijzen als aanleiding beiden, vanzelfsprekend, naar de wettelijke evaluatieverplichting in de Kaderwet ZBO's op basis waarvan deze evaluaties zijn uitgevoerd. De Kaderwet biedt de wettelijke grondslag voor de verplichte, vijfjaarlijkse, externe evaluatie van het Zorginstituut: "Onze minister zendt elke vijf jaar een verslag aan beide kamers der Staten-Generaal ten behoeve van de beoordeling van de doelmatigheid en doeltreffendheid van het functioneren van een zelfstandig bestuursorgaan." (Kaderwet, 2006). Voor het uitvoeren van een dergelijke evaluatie worden in de rapporten van Boer&Croon als doel gegeven het in beeld brengen "in hoeverre het functioneren van de ZBO's voldoet aan de bedoelingen van de wetgever" en of het Zorginstituut in de uitvoering van haar taken "binnen de wettelijke vereisten of grenzen" blijft (Boer&Croon, 2009, p. 15; Boer&Croon, 2014, p. 6). Hiermee worden opnieuw de democratische en rechtsstatelijke perspectieven op het afleggen van verantwoording ondersteund.

Echter, op het democratisch en het rechtsstatelijk perspectief wordt in de documenten, maar vooral in de gesprekken niet de grootste nadruk gelegd. Op de overige twee perspectieven, *cybernetisch* en *bestuurlijk*, wordt veel vaker een duidelijk standpunt ingenomen.

De meerderheid van de geïnterviewden is geïnteresseerd in het zichtbaar maken van de maatschappelijke effectiviteit, omdat dit het Zorginstituut in staat zou stellen om hiervan te leren en hun werkwijze en resultaten waar mogelijk te verbeteren. "We willen leren." (Manager

Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). "Je wil sowieso een lerende organisatie zijn." (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Het gaat in de effectiviteit monitoring om de feedbackloop en relevante verbetersignalen. De behoefte aan feedback en verbetering lijkt, met name aan de kant van het Kwaliteitsinstituut, ook te maken te hebben met de recente herstart van het Zorginstituut en haar vernieuwde takenpakket. Dit is nog deels in ontwikkeling en men kan hierin nog "bijschaven" (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Een van de geïnterviewden refereert naar het voormalige CVZ, dat nogal eens de kritiek kreeg zich in een ivoren toren op te houden en adviezen uit te brengen zonder naar de gevolgen ervan te kijken. Deze houding zou bij het nieuwe Zorginstituut al erg zijn veranderd, waarbij al meer wordt gekeken naar of adviezen wel of niet worden opgepakt in het veld en hoe het effect hiervan kan worden vergroot (Beleidsmedewerker Directie Zorgverzekeringen VWS, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015).

Ook in de documentanalyse komt het leerdoel het vaak naar voren. De wens om een lerende organisatie te zijn is ook opgenomen in het concept Kwaliteitshandboek voor de sector Zorg van het Zorginstituut. Twee speerpunten van dit handboek zijn "ambitie om te leren" en "oog voor verbeteren" (Zorginstituut, 2015b, p. 1). Bovendien geven ook de evaluatierapporten van Boer&Croon specifieke aanbevelingen voor de toekomst om zo verbetering op basis van de evaluatieonderzoeken mogelijk te maken.

In tegenstelling tot de vele voorstanders van het cybernetisch perspectief heeft het bestuurlijk perspectief, oftewel verantwoording ten behoeve van legitimatie, intern en extern zowel voor als tegenstanders. De voorstanders van verantwoording ten behoeve van legitimatie zien het belang van het aantonen van de toegevoegde waarde van het Zorginstituut als organisatie. "Je moet altijd evalueren of het zin heeft wat je doet, anders moet je gaan. Als wij zien dat [ons werk] weinig impact heeft op het hele stelsel, ja dan moet je vooral stoppen." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Ook extern wordt dit beaamd: "Het geeft je bestaansrecht in wezen weer. Wat is je toegevoegde waarde? [...] Dat je blijft bestaan is niet vanzelfsprekend. Je kan allemaal ter discussie worden gesteld." (Algemeen secretaris RV&S, persoonlijke communicatie, 29 april 2015). De drang van de overheid om zich te legitimeren wordt als een jarenlange trend gezien, maar het Zorginstituut wordt hier naar buiten toe nog wat bescheiden in gevonden (Beleidsmedewerker Directe Markt & Consument VWS, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015). De geïnterviewden op het departement moedigen het Zorginstituut dan ook aan om haar toegevoegde waarde helder te krijgen.

Er worden ook twijfels geuit. Sommige betrokkenen betwijfelen of het überhaupt mogelijk zou zijn om, in een complex veld als het Nederlands zorgstelsel, aan te tonen welk stukje het Zorginstituut heeft bijgedragen: "In theorie is het een mooi idee om aan te kunnen tonen wat je toegevoegde waarde als Zorginstituut is geweest, maar ik zie het in de praktijk niet gebeuren." (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Anderen vragen zich af of het wel zinvol is om op zoek te gaan naar de impact van het Zorginstituut om daarmee haar positie te versterken. "We hoeven onszelf toch niet te bewijzen denk ik?" (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Zij vinden het niet nodig dat het Zorginstituut zich op de borst gaat slaan en zien zelfs risico's aan een dergelijke houding. Enerzijds omdat het Zorginstituut niet de enige actor is in het zorgveld en het daarom niet een bepaalde eer zou moeten willen opeisen (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Anderzijds zou het nut van een meting van het maatschappelijk effect van het Zorginstituut überhaupt betrekkelijk zijn: "Het is moeilijk om je gezagspositie te meten in maat en getal [...]. Gezag is iets onbenoembaars. Gezag is iets wat je verdient. [...] Als een instituut gezag heeft dan gaat er niemand vragen om eens in maat en getal te meten wat de maatschappelijke impact is." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Uit de vraag naar het maatschappelijk effect van het Zorginstituut zou onzekerheid blijken, maar juist een meting van het maatschappelijk effect zou

haar gezag schade aan kunnen doen en averechts kunnen werken.

5.1.2 Duiding

Hoewel het democratisch en het rechtsstatelijk perspectief op de opbrengsten van verantwoording beiden niet worden ontkend in de gesprekken en documenten, wordt hier ook niet bepaald de nadruk op gelegd. Het belang van democratische en rechtsstatelijke controle lijkt als vanzelfsprekend te worden beschouwd. Als ZBO heeft het Zorginstituut echter geen directe verantwoordingsrelatie naar de volksvertegenwoordiging toe en is haar legitimiteit dus niet direct gebaseerd op democratische controle. Het ministerie van VWS zorgt ten dele voor de rechtsstatelijke controle, of het Zorginstituut zich houdt aan de wettelijke taakomschrijving, maar ook hier ontbreekt een traditionele, directe verticale verantwoordingsrelatie. Het is voor het Zorginstituut daarom zinvol om te zoeken naar perspectieven op verantwoording.

Men is meer uitgesproken wat betreft het cybernetisch en bestuurlijk perspectief. Leren lijkt voor velen het belangrijkste doel van zelfevaluatie en bovendien een voorwaarde voor een legitieme werkwijze. Over de waarde van het verantwoorden over de behaalde resultaten ten behoeve van de legitimiteit zijn de opvattingen wisselend. Door sommigen wordt het zichzelf op de borst kloppen als ongepast gezien, het zoeken naar gezag als fataal. Het achterhalen van de eigen toegevoegde waarde wordt door anderen gezien als een waardevolle opbrengst. De vraag is echter of deze vorm van outputlegitimiteit reëel is in een complex werkveld als dat van het Zorginstituut. Mogelijk moet een verantwoordingsarrangement zich, naast het lerend perspectief, dan ook richten op vormen van input- en throughputlegitimiteit.

5.2 Wie?

In de tweede stap wordt gezocht naar een definiëring van het begrip "maatschappij" voor het Zorginstituut. Op de vraag met wie het Zorginstituut in haar werk te maken heeft, gaf een van de managers van de sector Zorg het antwoord: "Met wie niet eigenlijk?" (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Dit antwoord is kenmerkend voor de werkomgeving van het Zorginstituut. Er zijn veel verschillende actoren die onder invloed staan van en invloed hebben op het werk van het Zorginstituut, zo blijkt ook uit de onderzoeksresultaten. Deze actoren zullen worden besproken aan de hand van de geoperationaliseerde effectdomeinen: departement, parlement, beleidsveld, andere overheidsinstanties, media, wetenschap en burger. Hierbij zal ook aandacht worden besteed aan de verwachtingen die de verschillende actoren hebben van het Zorginstituut en welke belangen hierbij spelen. Dit heeft immers weer invloed op de verhoudingen tussen het Zorginstituut en die actoren.

5.2.1 Bevindingen

Er lijkt geen complete overeenstemming in de organisatie en daarbuiten over wat nu het primair beoogd domein van het Zorginstituut zou moeten zijn. Uiteindelijk is door het effect in de praktijk de *burger* een doelgroep (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Sommige geïnterviewden zien de burger in brede zin zelfs als de primaire doelgroep van het Zorginstituut, bijvoorbeeld voor pakketbeheer: "Omdat je in je standpunten en adviezen altijd hun mening en hun idee erover meeneemt. [...] Vanuit het solidair principe: iedereen betaalt eraan mee dus dan moet het ook voor de grote groep iets doen." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Hoewel het Zorginstituut zich voor pakketbeslissingen baseert op een wettelijk kader dat voorschrijft dat zorg effectief bewezen moet zijn, kan het alsnog zo zijn dat een interventie die bij bepaalde patiënten effectief is niet in het basispakket wordt opgenomen omdat het voor de grote groep te weinig oplevert. Het belang van die grote groep kan dus leidend zijn. Tot die grote groep behoort eigenlijk iedere burger: "Elke burger heeft een ziekte of heeft kans op een ziekte en dan wil je ook de juiste zorg of wil je de juiste zorg voor je naaste." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Het belang van de burger kan tegenstrijdig zijn, omdat hij als verzekerde niet teveel premie wil betalen,

maar op het moment dat hij patiënt is wil hij wel alle zorg kunnen krijgen die hij nodig heeft (Beleidsmedewerker Directie Markt & Consument VWS, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015). De burger kan dus als primaire doelgroep van het Zorginstituut worden gezien en als het maatschappelijk domein waarin het maatschappelijk effect uiteindelijk plaatsvindt. "Ten eerste zijn wij er voor de burger en de patiënt," aldus een van de deelprogrammamanagers bij de sector zorg (persoonlijk communicatie, 6 mei 2015). Echter, over het algemeen richten de taken van het Zorginstituut zich niet direct tot deze burger. "Wij praten natuurlijk niet met 17 miljoen Nederlanders." (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Om in het maatschappelijk domein effect te realiseren is het Zorginstituut voor een groot deel afhankelijk van de zorgveld. Het zijn deze veldpartijen waar het Zorginstituut het meest mee in contact staat en direct invloed op uit probeert te oefenen. Het beleidsveld wordt dan ook door veel geïnterviewden als de belangrijkste doelgroep van het Zorginstituut gezien, en niet de burger. "Er zijn weer andere clubs die meer bezig zijn met de burger. [...] Het Zorginstituut is er meer voor het veld." (Algemeen Secretaris RV&S, persoonlijke communicatie, 29 april 2015).

Het *zorgveld* bestaat uit de driehoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten- en cliëntenorganisaties. Dit zijn belangrijke samenwerkingspartners voor het Zorginstituut. De samenwerking vindt met name plaats met de koepelorganisaties die de belangen van de veldpartijen behartigen (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). In algemene zin is iedereen het erover eens dat voor iedere patiënt de juiste zorg toegankelijk zou moeten zijn. Het wordt echter ingewikkeld wanneer het gaat over waar de grenzen liggen tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en bijvoorbeeld instellingsbelangen (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). De belangen zijn voor iedere partij anders. Het Nederlands zorgstelsel is in principe zo ingericht dat de drie veldpartijen elkaar in evenwicht zouden moeten houden, maar dit blijkt in de praktijk niet vanzelf te gaan (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Het Zorginstituut probeert hier een midden in te vinden: "Wij werken voor alle drie. Wij staan voor het maatschappelijk belang, en dat is niet het sec burger- en patiëntenbelang, dat is niet het professional belang, dat is niet het verzekeraar belang. Dat is het gezamenlijk opgeteld." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). De veldpartijen zijn niet alleen belangrijke samenwerkingspartners, maar het zijn ook de partijen waar het Zorginstituut van afhankelijk is voor het realiseren van haar doelen. Dat betekent onder andere dat de uitvoering van goede zorg uiteindelijk plaatsvindt op het niveau van de daadwerkelijke zorgaanbieder. "De overheid kan dan een advies van het Zorginstituut ter harte nemen, maar uiteindelijk is het natuurlijk toch die specialist of die huisarts die dat wel of niet goed doet." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Voor controle op verzekeringsrichtlijnen zijn het onder andere de zorgverzekeraars die voor de daadwerkelijke uitvoering verantwoordelijk zijn (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Uiteindelijk zullen de veldpartijen met elkaar moeten gaan uitmaken wat goede zorg is en hoe die kan worden bewerkstelligd. Het Zorginstituut kan hierin bijdragen. Om dat goed te kunnen doen is zij, in vergelijking met het verleden, dichter gaan samenwerken met het veld (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015).

Het Zorginstituut is niet het enige overheidsorgaan dat werkzaam is in en rond de Nederlandse gezondheidszorg. Ook andere overheidsinstanties proberen bij te dragen aan het realiseren van goede, betaalbare zorg voor iedereen (Schipper, 2014). Ten eerste is dat natuurlijk het ministerie. Als *departement* waar het Zorginstituut als ZBO onder valt heeft het ministerie van VWS een bijzondere positie. Hoewel het Zorginstituut een zelfstandig bestuursorgaan is, kan het tegelijkertijd ook worden gezien als opdrachtnemer van VWS: "We hebben een opdrachtgever-opdrachtnemer relatie: VWS geeft opdrachten, VWS stelt geld beschikbaar en het Zorginstituut moet uitvoeren. Maar als het gaat over de inhoud van hun adviezen, daarin zijn ze zelfstandig." (Beleidsmedewerker Directie Zorgverzekeringen VWS, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015). Ook bij het Zorginstituut spreekt men van nauwe banden met het departement, vooral ook als samenwerkingspartner. "Wij werken niet voor

VWS, we zijn zelfstandig, maar we hebben wel dik de lijnen met VWS. " (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). "Wij werken samen met VWS of VWS werkt samen met ons." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Tevens wordt de nadruk gelegd op de zelfstandigheid van het instituut. "Wij adviseren gevraagd en ongevraagd aan VWS. " (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Bij pakketbeheer is de minister uiteindelijk degene die beslist over het pakket en een advies van het Zorginstituut wel of niet overneemt, maar in 99% van de gevallen zou dit meer een formaliteit zijn (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). In de nog nieuwe kwaliteitstaak zou het Zorginstituut zich zelfs nog zelfstandiger kunnen opstellen: "Ik denk dat we aan de kwaliteitskant nog wel iets vaker kunnen zeggen 'daar gaat u niet over bij VWS,' omdat het met name de partijen in de zorg zijn die invulling moeten geven aan al die kwaliteitsvragen." (Manager Kwaliteit, 12 mei 2015). De verhouding met het departement is dus dubbel. Enerzijds kan zij worden gezien als de opdrachtgever en financier van het Zorginstituut. Anderzijds wordt het Zorginstituut veel zelfstandigheid gegund in haar taakuitvoering en werkt het als partner met het ministerie samen om de gezamenlijke doelen te bereiken.

Ook de *andere overheidsinstanties* in het zorgveld gelden als samenwerkingspartners voor het Zorginstituut. "We zien het als een bevriende organisatie. Onderdeel van de familie zeg maar." (Algemeen Secretaris RV&S, persoonlijke communicatie, 29 april 2015). In een informeel, zogenaamd 'zeven institutenoverleg' komen deze organisaties ook samen: "Dat zijn zeven instituten in de familie van VWS die buiten VWS staan maar er wel van alles mee te maken hebben en die vaak VWS als opdrachtgever hebben. Dan willen we dat onderling wel eens afstemmen en ervaringen delen." (Algemeen Secretaris RV&S, persoonlijke communicatie, 29 april 2015). Die afstemming van de agenda's schijnt niet vanzelfsprekend te zijn. Dit zou nog te weinig gebeuren, wetende dat de verschillende instituten geïnteresseerd zijn in dezelfde vragen of aan opeenvolgende schakels van eenzelfde cyclus werken (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015).

Voor de andere overheidsorganen in het zorgveld – en dus ook het ministerie van VWS – geldt ook dat het Zorginstituut van hen afhankelijk is voor het realiseren van haar doelen. Dit geldt echter vaak ook andersom. Zo is het Zorginstituut afhankelijk van de NZa voor het maken van de prestatiebeschrijvingen en het toezicht op de rechtmatige uitgave van het collectieve geld, maar heeft de NZa het Zorginstituut ook nodig om te bepalen wat verzekerd is en hoe zij dat dan vervolgens gaan controleren (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Eenzelfde wisselwerking bestaat met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Wanneer het Zorginstituut een kwaliteitsstandaard opnemen in het Register waarin partijen het eens zijn geworden over wat goede zorg is, kan de IGZ er vervolgens op toezien dat men ook volgens die standaard gaat werken (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Zo kunnen de verschillende overheidsinstanties elkaar versterken en zijn het ministerie en de andere ZBO's en adviesraden in het veld samenwerkingspartners waar gezamenlijk mee naar hetzelfde doel wordt toegewerkt: het realiseren van goede, betaalbare zorg voor iedereen.

De tot nu toe beschreven domeinen – de burger, het veld, het departement en de andere overheidsorganen in de zorg – zijn allen domeinen waar het Zorginstituut bewust mee samenwerkt of zich (direct of indirect) op richt. De overige drie benoemde effectdomeinen komen in het onderzoek niet zodanig als beoogde doelgroepen naar voren. De eerste hiervan is het *parlement*. Hoewel de politiek wordt erkend als invloed en als aanjager van beleid, is men voorzichtig in het wederzijds uitoefenen van die invloed. "We zijn niet zo bezig met iets in de politiek teweeg brengen. [...] Ik vind de politiek al zo onrustig." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Het contact met de Kamer en de politiek zou meer aan het ministerie zijn. De uitzondering hierop is het jaarlijks overleg met de vaste Kamercommissie: "Dat is op hun verzoek en informerend vooral, maar je probeert daar natuurlijk wel ook zelf iets over het voetlicht te brengen." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Op dat moment is het Zorginstituut dus wel

bewust in beeld bij de Kamer. Daarnaast kunnen, met name vanuit pakketbeheer, adviezen indirect wel reuring veroorzaken in de politiek (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Een enkeling reageert heftig op de vraag of het Zorginstituut zich in de politiek zou moeten mengen: "Ik zou de stelling willen wagen: hoe verder men daar vanaf blijft, hoe groter de invloed." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Van de politiek zou het Zorginstituut alleen maar last en hinder hebben, omdat het zo weinig consistent is. Het Zorginstituut zou hier juist een rol kunnen vervullen door daar zo resistent mogelijk tegen te zijn. Deze opvatting is een extreme, maar men is zeker behoedzaam in de omgang met de politiek.

Ook de *media* worden niet bepaald als ondersteuning gezien. In sommige gevallen zelfs als stoorzender. "Dat er ineens weer een nieuwsbericht uitgaat of dat er weer zo'n Radar onderwerp van wordt gemaakt. [...] Dat is heel ongenueanceerd. [...] Dat leidt enorm af van waar we met z'n allen mee bezig zijn en wat ons primaire einddoel is." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). De media kunnen bepaalde onderwerpen heel plots en onverwacht oppakken en groot maken. "Radar had laatst Kiesbeter onder de loep. Dat was even heel heftig en dan zijn er allerlei Kamervragen. Ik denk dat uit dat soort dingen het Jaar van de Transparantie ook naar boven komt en die interesse van de minister." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Zo kan een effect in de media vervolgens weer effect hebben in andere domeinen, bijvoorbeeld door Kamervragen in het parlement of dat de minister het ook oppakt.

De *wetenschap*, tot slot, wordt ook herkend als een domein waarin het werk van het Zorginstituut mogelijk iets teweeg kan brengen (Beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland, persoonlijke communicatie, 24 april 2015). Ook wordt genoemd dat de wetenschap belangrijke input levert voor het opstellen van pakketadviezen en dat het Zorginstituut op haar beurt in de beoordeling van wetenschappelijke literatuur ten behoeve van adviezen de wetenschap beïnvloedt (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Dit is van alle effectdomeinen echter degene die het minst wordt aangehaald. Dit kan te maken hebben met de dubbele rol die de medische professie in het zorgveld heeft. Medische professionals als artsen zijn uitvoerders van de zorg, maar komen tegelijkertijd ook uit het wetenschappelijk veld. Wetenschappelijke beroepsverenigingen als de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) bevinden zich hierdoor eigenlijk in twee domeinen tegelijk: het veld en de wetenschap. In de gesprekken worden artsen vaker gerelateerd aan het eerste domein genoemd dan aan het tweede.

Een opmerking die vaak wordt gemaakt en belangrijk is om nog te benoemen is dat de doelgroep voor ieder onderwerp en iedere taak anders kan zijn. Zo is het Zorginstituut aan de pakketkant direct adviserend aan het ministerie van VWS (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Op het gebied van kwaliteit werkt men juist vooral samen met de koepelorganisaties in het veld (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Een product als KiesBeter, een website die de bezoeker voorziet van kwaliteitsinformatie over de zorg in Nederland, heeft weer bij uitstek de burger als klant (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Dit maakt het lastig om eenduidig de doelgroep van het Zorginstituut te benoemen. De uitspraak "Met wie niet eigenlijk?" is dus begrijpelijk.

5.2.2 Duiding

Het is duidelijk geworden dat het Zorginstituut in haar werk met veel verschillende actoren te maken heeft. Er zijn verschillende doelgroepen per taak te benoemen, maar het Zorginstituut is voor de uitvoering van die taken ook afhankelijk van andere partijen in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor elke taak van het Zorginstituut geldt dat het uiteindelijk bij moet dragen in het maatschappelijk domein, voor de burger in brede zin. Het is de burger die uiteindelijk de maatschappelijke effecten van het Zorginstituut ervaart. Echter, de andere domeinen zijn nodig, als samenwerkingspartner of als uitvoerder, om dat effect in het maatschappelijk domein te

kunnen bereiken. Om uiteindelijk (indirect) effect in het maatschappelijk domein te kunnen realiseren, richt het Zorginstituut zich in een groot deel van haar taken direct op andere domeinen, zoals de partijen in het veld, het ministerie en de andere overheidsorganen.

5.3 Wat?

De derde vraag is wat de effecten van het Zorginstituut zijn, maar vooral ook wat daarvan in kaart zou kunnen worden gebracht in een effectiviteit monitoring. Op basis van de theorie zijn enkele componenten onderscheiden: de effecten zelf, de mate waarin met die effecten vooraf gestelde doelen worden bereikt en de voorwaarden waaronder dat lukt. Ook deze componenten zijn voorgelegd in de empirie.

5.3.1 Bevindingen

De typen *effecten* die op basis van de literatuur zijn onderscheiden in het theoretisch kader worden ook herkend in de praktijk van het Zorginstituut. Het eerste, een instrumenteel effect, wordt herkend als een type effect dat door het Zorginstituut beoogd wordt. Enkele voorbeelden die worden aangehaald zijn advisering door een expertgroep over kwaliteit in de spoedzorg, het stellen van een deadline voor het verplicht aanleveren van kwaliteitsdata en de pakketadviezen op basis waarvan interventies wel of niet worden opgenomen in het basispakket (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015; Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Er worden ook vraagtekens gezet bij de mogelijkheid om te achterhalen in hoeverre dit effect ook daadwerkelijk wordt bereikt. Vaak is het juist bij de vergoedingsvraagstukken waar discussie over is dat het Zorginstituut om een standpunt wordt gevraagd: "Als het over vergoedingsvraagstukken gaat dan is het altijd ja of nee. Nee doet altijd ergens pijn, anders lag die vraag niet hier. En er zullen altijd partijen proberen om van die nee toch een ja te maken." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). De vraag is hoever de invloed van het Zorginstituut in deze gevallen reikt. De daadwerkelijke zorg wordt geleverd in de spreekkamer zelf, daar wordt het uiteindelijke instrumenteel effect behaald en daar is het Zorginstituut natuurlijk niet bij. "Tuurlijk een pakketadvies dat door een minister wordt overgenomen wordt meteen in de wet verwerkt. Krijgt daarmee een individu die zorg dan ook echt niet meer vergoed? Dat weten we helemaal niet. [...] Het kan goed zijn dat pakketadviezen helemaal niet opgevolgd worden." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Zelfs wanneer een pakketadvies - dit geldt ook voor adviezen over kwaliteit - wordt overgenomen, is een instrumenteel effect in de praktijk dus niet gegarandeerd. Voorwaarden waaronder de waarschijnlijkheid van effect kan worden vergroot komen later aan bod.

Ook een conceptueel effect behoort tot de beoogde effecten van het Zorginstituut. Het is onder andere terug te vinden in de wettelijke omschrijving van het takenpakket. Dit geldt zowel voor pakketbeheer - "Het Zorginstituut geeft aan zorgverzekeraars, aan zorgaanbieders en aan burgers voorlichting over de aard, inhoud en omvang van de prestaties." - als voor de kwaliteitstaken: "Het Zorginstituut draagt zorg voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van verleende zorg." (Zorgverzekeringswet, 2005). Gezien de complexiteit van het zorgstelsel weten burgers vaak niet hoe het precies werkt. Het Zorginstituut kan een rol spelen in het uitleg geven hierover en het overdragen van kennis (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Onder andere wat betreft de houdbaarheid van het systeem en daarbij het kostenaspect probeert het Zorginstituut hier een bijdrage in te leveren: "Dat merk je wel bij artsen, zorgverleners, dat dat er vaak helemaal niet is. Daar worden ze ook niet in opgeleid. Zij willen mensen beter maken of helpen. En dat geldt hetzelfde bij de burger natuurlijk, die heeft ook geen notie van wat het kost." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Naast voorlichting en informatievoorziening draagt het Zorginstituut ook bij aan kennisvermeerdering door het uitzetten van onderzoeken en door het op één plek bundelen van bestaande kennis op bepaalde onderwerpen (Manager Projecten &

Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Ook wordt inzicht gegeven in bestaande kennis door middel van de literatuurreviews die worden gedaan voor het uitbrengen van een pakketadvies (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Stukken als een recent rapport over kosteneffectiviteit proberen meer direct invloed uit te oefenen op de manier waarop over bepaalde thema's wordt gedacht. "Het anders laten nadenken over het maatschappelijk vraagstuk waar wij voor staan om de zorg toegankelijk, maar betaalbaar te houden. Daar hebben we niet alleen naar de burger toe, maar ook naar al die brancheorganisaties en koepelorganisaties echt wel een rol." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Het conceptueel effect wordt in de praktijk dus herkend in de zin van voorlichting en informatievoorziening, kennisvermeerdering, bundeling van kennis, het toetsen van bestaande kennis en het beïnvloeden van opvattingen van betrokkenen op specifieke thema's.

Het agenderend effect wordt herkend in de zin van het signaleren van onderwerpen die aandacht verdienen, zodat hier actie op kan worden ondernomen. "Agenderen doe je niet om het agenderen, dat doe je om een actie teweeg te brengen." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). De kosten in de geestelijke gezondheidszorg is voorbeeld van een onderwerp dat het Zorginstituut op die manier heeft opgepakt (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Het kosteneffectiviteitsrapport wordt opnieuw genoemd, ditmaal als een voorbeeld van een onderwerp waar het Zorginstituut aandacht voor wil vragen in het veld en in de maatschappij. Hoewel het geen nieuw onderwerp is en er in het verleden al eerder aandacht is besteed, kan het Zorginstituut nieuw leven in de discussie brengen. "Soms is de tijd ook niet rijp. Men is nu wel zover dat iedereen zoiets heeft van de rek is er wel uit met de premies en het eigen risico. Dat kan niet veel meer oplopen. Dus iedereen begrijpt wel dat voor dit soort discussies misschien nu wel de tijd rijp is." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Het Zorginstituut heeft ook concrete instrumenten voor het agenderen van bepaalde onderwerpen, zoals de Meerjarenagenda: "We inventariseren bij alle bij het zorgstelsel betrokken partijen welke onderwerpen we in de komende jaren moeten oppakken in het perspectief van het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Voor het realiseren van de maatschappelijke agenda zetten we zowel pakketinstrumenten als kwaliteitsinstrumenten in." (Zorginstituut, 2013). Ook het programma Zinnige Zorg agendeert door middel van monitoring en screening specifieke onderwerpen, primair op het vlak van kostenbesparing (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Naast eigen monitoring en screening kunnen signalen ook binnenkomen via bijvoorbeeld de inspectie of het ministerie. Zij kunnen dingen op het spoor komen, vervolgens ligt de aanjaagrol bij het Zorginstituut (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). De focus in het agenderen lijkt vooral te liggen op het veld. De vraag wordt geopperd of het wel de rol is van het Zorginstituut om echt het maatschappelijk of politiek debat te willen beïnvloeden. Enerzijds omdat de praktijk en de politiek het Zorginstituut hierin vaak al voor zijn, anderzijds omdat het departement en bijvoorbeeld de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S) ook al een agenderende rol hebben (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Een initiërende, agendavormende rol zou de RV&S beter passen en het Zorginstituut zou daar wat voorzichtiger mee moeten zijn. Dit geldt niet voor het vooruitdenken binnen het eigen takengebied: "Als het gaat om het ontwikkelen van nieuwe inzichten op het gebied van kwaliteit bijvoorbeeld, dat is natuurlijk logisch dat het Zorginstituut daar een goede initiërende rol kan vervullen." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Het is daarbuiten dat het Zorginstituut voorzichtig zou moeten zijn, dat zou andermans territorium zijn.

Het laatste type effect uit de theorie is het politiek-strategisch effect. Intern wordt aangegeven dat het voorkomt dat het Zorginstituut de positie van een bepaalde partij in het veld probeert te versterken, maar alleen om de balans onderling te waarborgen. "Eigenlijk zouden wij overbodig zijn als het stelsel zou werken." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Het stelsel blijkt echter niet vanzelf te werken en de

onderlinge balans tussen de partijen in de zorg is niet vanzelfsprekend. Het Zorginstituut kan partijen die hun rol niet optimaal vervullen vanuit een onafhankelijke positie daarbij helpen. "Dat kan willekeurig welke partij zijn. Dat is niet de ene liever dan de andere." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Zorgverzekeraars baseren zich in de zorginkoop op adviezen van het Zorginstituut en hebben dus baat bij adviezen waar ze "mee kunnen wapperen" (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Zorgaanbieders kunnen evengoed naar het Zorginstituut komen voor een advies wanneer zorgverzekeraars weigeren een bepaalde interventie te vergoeden. Ook de positie van patiënten- en cliëntenorganisaties kan worden versterkt, bijvoorbeeld doordat aan opname van richtlijnen in het register de voorwaarde wordt gesteld dat goed contact wordt onderhouden met de NPCF over hun medewerking en input (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Een direct maatschappelijk effect wordt bijvoorbeeld betracht door de KiesBeter website. Doordat de burger beschikt over meer informatie heeft hij een versterkte positie ten opzichte van zijn arts in de spreekkamer (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Hoewel het Zorginstituut oog heeft voor ieders belangen en iedere partij zo nodig kan worden versterkt, wordt veel aandacht besteed aan het cliëntenperspectief. Dit zou echter uiteindelijk in ieders belang moeten zijn: "De patiënt centraal is denk ik toch uiteindelijk ook bij de zorgverlener het geval en bij de zorgverzekeraar ook, want die doet het daar ook voor." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015).

Naast de genoemde vier typen effecten werd in sommige interviews nog een vijfde type aangedragen. In andere gesprekken werd dit meer gezien als een bepaalde werkwijze of een manier om effect te bewerkstelligen. Het gaat om de zogenaamde 'koffieschenkrol' die het Zorginstituut aanneemt. "Dat betekent gewoon heel veel praten met partijen, onafhankelijk van elkaar, kijken waar draagvlak ligt en dan oog hebben voor weerstanden. Het is moeilijk zichtbaar te maken, maar het is wel heel belangrijk." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). In deze rol neemt het Zorginstituut een faciliterende houding aan met als doel om actie bij de betrokken partijen aan te jagen. Deze werkwijze, die het Zorginstituut regelmatig en steeds vaker toepast, is een karakteristiek voorbeeld van een direct-deliberatieve werkvorm zoals die ook in de wetenschappelijke literatuur werd beschreven. Het Zorginstituut kiest bewust voor deze werkwijze en ziet hier de voordelen van. De effecten die hier uiteindelijk mee gerealiseerd worden zijn indirect: het zijn immers effecten van de veldpartijen die met elkaar aan de slag zijn gegaan, niet van het instituut zelf. Eerder is al benoemd dat het Zorginstituut voor het bereiken van haar doelen in veel gevallen afhankelijk van haar samenwerkingspartners. In de faciliterende 'koffieschenkrol' wordt hierop ingespeeld en probeert het Zorginstituut haar indirecte effect te vergroten. Door deze indirectheid is het misschien geen apart te benoemen type effect van het Zorginstituut, maar het deliberatieve karakter van de werkwijze kan in de analyse worden meegenomen.

De categorisering die in dit onderzoek wordt aangehouden is niet de enige mogelijke operationalisering van het effect van het Zorginstituut. In eerdere evaluatierapporten zijn ook andere opties toegepast. Zo is in de pilot evaluatie van pakketuitspraken van het CVZ vooral gefocust op het instrumenteel effect van de adviezen en standpunten: "De kernvraag [...] luidde of en, zo ja, in welke mate en op welke manier de pakketactie het gedrag van zorgpartijen [...] beïnvloedde." (IVA, 2012, p.1). Deze keuze is vermoedelijk beïnvloed door de aard van het toenmalige takenpakket van het CVZ, dat vooral een instrumenteel effect beoogde. In het recentere concept kwaliteitshandboek wordt een ander onderscheid gemaakt, namelijk tussen stimulerende, helpende en doorzettende instrumenten (Zorginstituut, 2015b, p. 12). Echter, door onderscheid te maken aan de instrumentkant is nog geen onderscheid gemaakt aan de effectkant, waar in dit onderzoek de nadruk op ligt. Tot slot wordt in een recent Rekenkamerrapport over uitgavenbeheersing in de zorg de nadruk gelegd op de financiële gevolgen van het werk van het Zorginstituut (Algemene Rekenkamer, 2015). Dit type effect wordt ook vanuit het ministerie van VWS benadrukt (Beleidsmedewerker Directie Zorgverzekeringen VWS, persoonlijke communicatie, 26 mei 2015). De vraag is in hoeverre dit

meer een indirect effect van het Zorginstituut is dat door middel van bijvoorbeeld een instrumenteel effect in het zorgveld kan worden gerealiseerd. In dit geval kan een instrumenteel effect meer worden opgevat als een veldeffect en juist het indirecte financieel effect als een maatschappelijk effect.

Het tweede aspect van de monitoring van effecten van het Zorginstituut is de *effectiviteit*: de mate waarin het Zorginstituut haar doelen weet te bereiken. Dit is natuurlijk ten eerste afhankelijk van de doelen die het Zorginstituut zichzelf stelt. Hier wordt het meteen al lastig. De doelen die het Zorginstituut zich stelt hebben te maken met het borgen van goede zorg en het verzekeren daarvan. De missie voor het hele instituut wordt verwoord in de spreuk "van goede zorg verzekerd", voor pakketbeheer is het doel "een verantwoord basispakket" en "met elkaar alleen betalen voor zorg die ons daadwerkelijk helpt", en het Kwaliteitsinstituut moet goede zorg stimuleren "door partijen in de zorg te helpen de kwaliteit van zorg steeds verder te verbeteren en door patiënten de weg te wijzen naar goede zorg" (Zorginstituut, 2014a, 2014b, 2014c). Het is de vraag of het mogelijk is om aan deze ambitie concrete, meetbare doelstellingen te verbinden.

Ten eerste wordt benoemd dat de gewenste effecten zeer verschillen per taak en product van het Zorginstituut. Het zou daarom een idee zijn om doelen ook per taak en product te stellen. Dit schijnt ook bij de monitoring van pakketbeheer te worden gedaan (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Dan blijft de vraag of doelen die op productniveau kunnen worden gesteld en vervolgens ook gemeten iets zeggen over de effecten van het Zorginstituut op de bredere, maatschappelijke missie die zij zichzelf heeft gesteld. Dit geldt bijvoorbeeld op het gebied van pakketbeheer: "Je ziet ons wel veel rapporten schrijven, maar gaat de spreekkamer daar nu anders van werken?" (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Een ander voorbeeld wordt gegeven aan de kwaliteitskant. Het jaar van de transparantie is een opdracht van het ministerie van VWS aan het Zorginstituut op het gebied van kwaliteitsinformatie. "Daar zitten een aantal heel concrete kwantificeerbare dingen in die we moeten opleveren, dus dat kan je wel tellen. Maar ja de echte interessante vraag is: worden ze dan ook gebruikt en wordt de zorg daar beter van en worden uiteindelijk patiënten daar beter van?" (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Eenzelfde opmerking wordt gemaakt wat betreft het register voor kwaliteitsrichtlijnen: "Je kan doelen stellen van ik wil dat alle beroepsgroepen hun richtlijnen aan het register aanbieden. Dat is een doel die je kan stellen. Dat kan je prima meten. [...] Het effect daarvan: gaan partijen ook naar die plek voor hun richtlijnen en gaan ze daar zich ook wat van aantrekken van wat er in die richtlijnen staat? Nou dat effect is gruwelijk moeilijk te meten." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015).

De relevante doelen zouden zich dus op een veel abstracter niveau bevinden dan het aantal pakketadviezen of kwaliteitsstandaarden dat het Zorginstituut publiceert. Die zitten eerder op het niveau van gepast gebruik van zorg, kwaliteit van leven en de gezondheid van mensen. Dit zijn meer doelen op maatschappelijk niveau. Hier doet zich weer een ander probleem voor: "Dat wordt tegelijkertijd door zoveel andere dingen beïnvloed dat het heel erg lastig is om daar de bijdrage van de zorg aan vast te stellen, laat staan dan nog eens het effect dat wij op die zorg hebben." (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Door de complexiteit van het zorgstelsel hebben zoveel verschillende actoren invloed op het wel of niet bereiken van doelen op een hoger niveau dat het moeilijk te achterhalen is welk stukje het Zorginstituut daar dan aan bij heeft gedragen. Bovendien is bij pogingen om dit wel te achterhalen het risico om te verzanden in de bureaucratie van registratiesystemen groot (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015).

De doelen die concreet kunnen worden gesteld zouden dus te weinig informatie opleveren over de relevante effecten van het Zorginstituut, maar van de relevante, maatschappelijke doelen is moeilijk te achterhalen wat het Zorginstituut daaraan bij heeft gedragen. Bovendien worden ook praktische vraagtekens gesteld bij de meetbaarheid van vooraf gestelde doelen. "Ik kan werkelijk geen doel bedenken die je vooraf kan stellen en die

enige kans van slagen heeft," zo stelt de manager Projecten & Ondersteuning (persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). In de tijd die het kost om na het stellen van een bepaald doel te bedenken wat moet worden gedaan om dat doel te bereiken, dat daadwerkelijk te doen en vervolgens de effecten te meten, zou alweer teveel zijn veranderd om die meting een succes te maken. Hoe zou dan wel kunnen worden bepaald of het Zorginstituut met haar behaalde effecten effectief is in de maatschappij? Wat betreft meetbaarheid lijkt te moeten worden geaccepteerd dat dit vooral op productniveau kan worden bepaald. Voor het stellen van doelen geeft men over het algemeen de voorkeur aan brede, maatschappelijke doelen. Er zou dus moeten worden gezocht naar een vorm van monitoring dat die twee aspecten combineert: het volgen van effecten op productniveau en het stellen van brede doelen in maatschappelijke context. "Het meest belangrijk vind ik altijd dat je in ieder geval blijft kijken of je dat doel ondersteunt. Alleen je weet dat je niet de enige bent, dus als je het einddoel gaat meten kan je dat niet aan jou oorzakelijk toerekenen en dat maakt het zo lastig. Maar je probeert wel op te lijnen naar dat doel toe." (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015).

"Vaak is het proces belangrijker dan de uitkomst." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). In een effectiviteit monitoring is het niet alleen belangrijk om te kijken naar de bereikte effecten, maar ook naar de manier waarop die effecten zijn bereikt. Alleen dan is het mogelijk om deze effecten te verklaren en te leren hoe en waar verbetering mogelijk is. In de onderzoeksresultaten komen verschillende *voorwaarden voor effect* naar voren. Zo wordt in het concept kwaliteitshandboek voor de sector Zorg een overzichtelijke reeks benoemd: inhoudelijk gezag, onafhankelijkheid, omgevingsbewustzijn, ondersteunende houding, creativiteit, lef (Zorginstituut, 2015b, p. 23). De in de interviews genoemde voorwaarden zullen worden beschreven aan de hand van de voor dit onderzoek onderscheiden categorieën.

Ten eerste komen enkele kenmerken van een uitgevoerd product of geboden dienst van het Zorginstituut naar voren die het effect ervan kunnen beïnvloeden. Zo moet de inhoud weloverwogen zijn en ook kloppen. "Het moet echt niet ter discussie staan wat je zegt." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Andere voorwaarden die worden herkend zijn duidelijkheid en uitvoerbaarheid. Wanneer een advies of standpunt onduidelijk of niet bruikbaar is wordt het voor het veld alleen maar moeilijker om hun werk goed te doen. Tot slot worden presentatie en nazorg ook als belangrijke factoren gezien. Presentatie, omdat "de manier waarop je de dingen verkoopt" het verschil maakt, en nazorg in de zin van een onderwerp volgen en warm houden, want: "iets is nooit af" (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015).

Kenmerken van de organisatie maken ook een groot verschil. Ten eerste de reputatie van het instituut, zeker ook vanuit het verleden. Dit kan een positieve of negatieve invloed hebben. Het feit dat het Zorginstituut onder een nieuwe naam is verder gegaan wordt als iets positiefs beschouwd, omdat het CVZ als een bureaucratische organisatie werd gezien (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Naast reputatie heeft het Zorginstituut ook een wettelijke grondslag waar zij zich in haar werk op baseert. Dit wettelijk kader kan het Zorginstituut sterken in haar handelen (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Belangrijker dan wettelijke macht zou echter gezag zijn. Gezag is iets wat moet worden verworven en moet worden opgebouwd, maar wat in grote mate bepaald of betrokkenen ook iets gaan doen met dat wat het instituut adviseert of voorschrijft. Gezag wordt ook direct gekoppeld aan personen binnen het Zorginstituut. "Als daar mensen zitten die snappen met wat voor vraag men in het veld zit en daarop in kunnen spelen en daar handreikingen voor bieden ook in bestuurlijke zin, dan kun je dat gezag ontwikkelen, opbouwen, verwerven." (Voorzitter ActiZ, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). De kwaliteit van de mensen die het Zorginstituut in huis heeft zou naar buiten toe nog beter benut kunnen worden om dat gezag te stimuleren (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Aan de samenstelling en het type personeel zijn ook voorwaarden te stellen. "Je hebt nogal wat

verschillende competenties nodig om het werk goed te doen. Je moet zorgen dat je dus dat brede scala in huis hebt." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Voeling met het veld is een van die belangrijke competenties: "Ik heb een aantal mensen rondlopen die het veld goed kennen. Die ook zelf in de zorg hebben gezeten, dus dat je de problematiek kent en daar ook oog voor hebt. Ik denk dat dat heel belangrijk is." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Het begrip hebben en sensitief zijn voor de partijen in het veld is belangrijk voor de gehele houding van het Zorginstituut. Andere aspecten die worden genoemd wat betreft die houding zijn onafhankelijkheid, rechtvaardigheid en rationaliteit. Een cruciale factor voor impact van het Zorginstituut is communicatie. Het zowel naar de burger, als naar de betrokken organisaties toe helder communiceren van de rol van het Zorginstituut en het belang van partijen die samen besluiten wat goede zorg zou een belangrijke succesfactor zijn. Hier schijnt ten opzichte van het verleden nog ruimte voor verbetering te zijn: "Het oude Zorginstituut was natuurlijk vrij naar binnen gericht." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Tot slot wordt ook de eigen monitoring van de behaalde effecten genoemd als iets wat de organisatie zelf kan doen om haar impact te vergroten (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015).

Het Zorginstituut heeft te maken met verschillende doelgroepen die van invloed zijn op het effect dat het instituut wil bereiken. De omstandigheden waarin deze groepen werkzaam zijn, zijn dan ook een factor in het succes van het Zorginstituut. Zo is het van belang dat er onder de doelgroepen begrip is voor dat wat het instituut wil bereiken en waarom (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Ook is de ruimte die de doelgroepen zelf hebben om te handelen naar het advies van het Zorginstituut van invloed. Hierbij wordt als belangrijk voorbeeld het beschikbare geld genoemd (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Naast eigenschappen van de specifieke doelgroepen spelen ook kenmerken van het beleidsveld in brede zin een rol. Het beeld van het Nederlands zorgstelsel als mammoettanker is hier tekenend voor. Die tanker bepaalt de hoofdkoers en het Zorginstituut probeert hier waar nodig en mogelijk invloed op uit te oefenen (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Timing is hierbij van groot belang. Ten eerste omdat het Zorginstituut afhankelijk is van en op zoek is naar een window of opportunity voor wat zij wil bereiken (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Ten tweede werkt het zorgstelsel soms traag: "Voordat je maatschappelijke effecten bereikt, dat duurt even." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015).

Door de afhankelijkheid van andere partijen voor het maatschappelijk effect is het voor het Zorginstituut van groot belang om voeling te hebben met die partijen. Dit kan door goede interactie en afstemming met de verschillende doelgroepen en samenwerkingspartners. "Ons werk staat of valt met zijn wij in staat partijen op één lijn te krijgen en te overtuigen." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Om dit te bereiken zijn nabijheid en contact cruciaal (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Dit doet het Zorginstituut ten opzichte van haar doelgroepen door middel van het eerder beschreven 'koffieschenken': "partijen bij elkaar brengen, het geheel faciliteren, zorgen dat er voortgang plaatsvindt" (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Het Zorginstituut kan het (indirecte) maatschappelijke effect vergroten door hier de regie in te nemen. Uiteindelijk is de daadwerkelijke uitvoering aan de veldpartijen en het is soms zoeken hoever de taak van het Zorginstituut hierin reikt: "We kunnen ook niet de hele wereld op onze schouders nemen." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Een andere factor die wordt genoemd die van invloed is op het maatschappelijk effect van het Zorginstituut is goede afstemming met samenwerkingspartners in het beleidsveld, zoals het departement en andere overheidsactoren. Niet alleen interactie met de partijen in het veld is dus van belang, ook de interactie met andere actoren binnen de overheid. Die actoren werken immers allemaal aan het doel dat de overheid zich stelt: "Nederland gezond en wel" (Ministerie van VWS, 2015).

Om dit te bereiken moet worden afgestemd en samengewerkt. "Er is niet één partij die dat mooie doel kan bereiken, dus je hebt elkaar nodig. [...] Daarin kan je elkaar versterken, maar je kan elkaar ook in de weg zitten." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). De verschillende actoren zouden elkaar hier meer in op kunnen zoeken.

5.3.2 Duiding

De typen effecten die het Zorginstituut realiseert zijn divers. Dit heeft niet alleen te maken met de variëteit in taken die het instituut heeft, maar ook met de verschillende domeinen waarin het effect zich direct of indirect voordoet. Dit is meteen ook wat een meting van 'maatschappelijke effectiviteit' voor het Zorginstituut zo ingewikkeld maakt. De brede doelen die het Zorginstituut zich stelt – zoals goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen – worden gesteld op het niveau van het maatschappelijk domein: het is de burger die uiteindelijk de toegevoegde waarde moet voelen. Het is op dit niveau dat de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut wordt gerealiseerd. Echter, slechts een beperkt aantal producten van het Zorginstituut richten zich direct op die maatschappij. Voor het grootste deel van haar maatschappelijke effecten is het instituut afhankelijk van andere partijen – met name de veldpartijen, maar ook bijvoorbeeld het departement of andere overheidsinstanties in het zorgveld. De meeste taken van het Zorginstituut richten zich daarom direct op het stelsel om daarmee haar indirecte, maatschappelijke doelen te kunnen realiseren. Juist om deze reden is interactie en samenwerking met veldpartijen en andere overheidsactoren zo'n belangrijke voorwaarde voor effect voor het Zorginstituut en is het relevant om niet alleen naar de maatschappelijke effectdomeinen, maar ook de overige domeinen te kijken in een maatschappelijke effectiviteitsevaluatie. Dit betekent tegelijkertijd dat het vrijwel onmogelijk is om te achterhalen welk stukje het Zorginstituut nou specifiek heeft bijgedragen aan de uiteindelijke maatschappelijk doelbereiking. Dit neemt niet weg dat het voor het Zorginstituut, maar ook voor het zorgstelsel als geheel, van belang is om zo goed mogelijk te halen wat zij met haar werk direct teweeg brengt in de verschillende domeinen, om op basis daarvan te concluderen of de koers die in de praktijk wordt uitgezet in lijn is met de beoogde maatschappelijke doelen. De focus zou hierbij – vooral in een leer- en verbeterperspectief – moeten liggen op de vraag of dit effectief gebeurt, maar met name ook hoe dit effectiever kan. Een zinvol verantwoordingsarrangement moet dan ook rekening houden met het belang van de actoren in het veld en de vaak indirecte vorm van het maatschappelijke effect van het Zorginstituut.

5.4 Hoe?

Tot slot de vraag waar het in dit onderzoek om draait: hoe kan de monitoring van maatschappelijke effectiviteit worden gestructureerd en ingebed in de organisatie? Hierbij kan worden gekeken zowel naar hoe bestaande evaluaties worden gestructureerd, als naar welke voorkeuren er worden geuit in de gesprekken en verzamelde documenten. Voor beide aspecten wordt gekeken in hoeverre deze aansluiten bij de cyclus van experimentalist governance.

5.4.1 Bevindingen

De cyclus van experimentalist governance is relatief nieuw. In het theoretisch kader zijn ook kenmerken van meer traditionele, zich vaak op New Public Management baserende, verantwoordingsarrangementen aan bod gekomen. Wat is bij bestaande evaluatiepraktijken bij het Zorginstituut te herkennen van deze meer traditionele vormen van verantwoording? Hierbij is een goed voorbeeld de formulering van prestaties in het jaarplan en het productverslag over het jaar 2014. In deze documenten is het werk van het Zorginstituut uitgewerkt in een reeks producten. In het jaarplan wordt per product beschreven wat het inhoudt en wat men hiermee probeert te bereiken. Voor de producten waarbij dat mogelijk is zijn vervolgens de verwachte prestaties beschreven. Hierin worden de gestelde doelen per product vertaald naar gekwantificeerde doelstellingen. Zo wordt voor het product 'Pakketadviezen' gesteld dat deze

gericht zijn "[...] op een basispakket dat toegankelijk is voor alle verzekerden, kosteneffectief en betaalbaar is, bijdraagt aan kwaliteit van leven." (Zorginstituut, 2013, p. 8). Hiertoe adviseert het Zorginstituut de minister van VWS over de inhoud van het basispakket middels "[...] adviezen over in- en uitstroom van zorg, adviezen over de plaats van extramurale geneesmiddelen, adviezen over het systeem of systeemaanpassingen." (Zorginstituut, 2013, p. 8). De verwachte prestaties voor 2014 zijn vervolgens geformuleerd in termen van aantallen adviezen die het Zorginstituut verwacht uit te gaan brengen in dat jaar en de verwachte kosten die daaraan zijn verbonden (Zorginstituut, 2013, p. 8-9). In het productverslag is tenslotte verslag gedaan van de mate waarin aan deze gestelde prestaties is voldaan (Zorginstituut, 2015a, p. 7).

Hoewel dit voor de organisatie bedrijfsmatig gezien belangrijke informatie kan zijn, is het de vraag in hoeverre deze cijfers iets zeggen over in hoeverre het Zorginstituut in staat is geweest de op maatschappelijk niveau gestelde doelen te realiseren. In het jaarplan is hier duidelijk een bewuste keuze in gemaakt, waardoor op basis van het productverslag vrij weinig kan worden gezegd over de maatschappelijke bijdrage van het Zorginstituut in het jaar 2014. In de organisatie is men zich hier ook van bewust en wordt meermaals opgemerkt dat de waarde van dergelijke kwantificeerbare prestatiedoelstellingen zeer relatief is. Als voorbeeld wordt het jaar van de transparantie genoemd, een initiatief van het ministerie van VWS op het gebied van kwaliteitsinformatie over de zorg aan de burger. Hiervoor is een lijst van drieënvijftig doelen en acties opgesteld vanuit het ministerie waarvan wordt verwacht dat het Zorginstituut die gaat opleveren. Alleen het afvinken van deze lijst is echter niet genoeg: "De echte interessante vraag is: [...] wordt de zorg daar beter van en worden uiteindelijk patiënten daar beter van?" (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Harde, kwantitatieve doelstellingen zouden ook een bedreiging kunnen vormen voor de onafhankelijkheid van het Zorginstituut. Hierbij wordt het voorbeeld van een bezuinigingdoelstelling gegeven: wanneer het Zorginstituut de doelstelling wordt gegeven om met haar adviezen en standpunten tenminste vijftig miljoen te besparen op jaarbasis, wordt bedreigt dat zij zich in haar adviezen puur op haar onafhankelijk oordeel baseert (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015).

Niet alleen in het stellen van doelen, ook in het evalueren van prestaties zouden getallen niet het hele verhaal vertellen. Het programma 'Zichtbare Zorg' – tevens op het gebied van informatievoorziening – wordt hier als voorbeeld gegeven, dat werd geëvalueerd in een rapport van de Algemene Rekenkamer. In de evaluatie werd gefocust op kwantitatieve aspecten: de hoeveelheid geld die erin was omgegaan, het aantal indicatoren dat was geleverd en hoeveel van de indicatoren bruikbare informatie opleverde. De op basis hiervan getrokken conclusies ware "redelijk vernietigend" (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Deze evaluatie zou echter slechts een deel van de effecten hebben geëvalueerd: het was niet het hele verhaal. Waar het programma wel effect had was op het eerder benoemde conceptuele vlak, namelijk dat het onderwerp transparantie in de zorg bespreekbaar werd en dat alle betrokken partijen ook daadwerkelijk met elkaar om de tafel gingen om het te bespreken (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Ook de niet meetbare effecten kunnen dus van toegevoegde waarde zijn.

Uit het voorgaande blijkt dat binnen de organisatie het besef bestaat dat de meer traditionele vormen van verantwoording mogelijk niet volledig toereikend zijn voor het Zorginstituut. Dit wordt bovendien in een bredere ontwikkeling geplaatst waarin maatschappelijke maakbaarheid in twijfel wordt getrokken. In het bijzonder voor complexe vraagstukken als het verbeteren van de kwaliteit van zorg en daar als overheidsorganisatie invloed op uitoefenen zou het niet reëel zijn om te specifieke lange termijn doelen te stellen: "Het liefste wil je dat wij als Zorginstituut zo aan de slag zijn dat we [...] sensitief zijn en reflectief zijn over wat er gebeurt, dat meteen evalueren [...] en weer ons beleid daarop aanpassen." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Om dit in de praktijk mogelijk te

maken moet naar andere inrichtingen van het verantwoordingsproces worden gezocht.

In dit onderzoek wordt op basis van de theorie de cyclus van experimentalist governance als mogelijke vorm voorgesteld. De onderzoeksresultaten laten zien dat in de empirie aspecten van deze meer polyarchische en experimentele vorm van besturen kunnen worden herkend. Een systeem dynamica model voor gepast gebruik van zorg laat zien hoe in het complexe zorgveld verschillende actoren op verschillende plekken in het stelsel aan de knoppen draaien, allen met het doel om (direct of indirect) gepast gebruik van zorg te stimuleren (Ronde Tafel Overleg, 2013). Het schetst geen hiërarchisch, maar een polyarchisch beeld. Ook het idee van een reflectieve cyclus is niet nieuw bij de organisatie. Zo wordt in het concept kwaliteitshandboek voor de sector zorg van het instituut een "interne kwaliteitscirkel" beschreven waarin de stappen *plan*, *do*, *check* en *act* elkaar opvolgen (Zorginstituut, 2015b, p. 7). Deze cyclus is in het werk van het Zorginstituut continu, zo wordt ook in de interviews gesteld: "Iets is nooit af." (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Geen enkele actie staat hierin op zich. Het is een continu proces waarin de verschillende actoren in continu contact met elkaar moeten staan, zowel intern binnen het Zorginstituut als extern met de partijen in het zorgveld (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Bij een dergelijke omgeving lijkt het idee van experimentalist governance goed aan te sluiten. Hoewel experimentalist governance een nieuw concept is voor het Zorginstituut, kan wel worden nagegaan of in de bestaande werkwijze al elementen van de cyclus zichtbaar zijn. Dit zal worden gedaan aan de hand van de vier stappen in de cyclus: centraal kaderstellen, zelfstandige implementatie, regelmatige rapportage en periodieke herziening.

De eerste stap van de cyclus, het kaderstellen, is tweeledig. Ten eerste gaat het om het stellen van brede kaders van voorlopige doelen en standaarden, en ten tweede worden deze kaders opgesteld in samenspraak tussen centrale en lokale eenheden en relevante maatschappelijke stakeholders. Het idee van het stellen van brede doelen wordt gedragen in de organisatie. Dit blijkt uit de documentanalyse, maar ook uit de interviews. In de factsheets die het takenpakket van het Zorginstituut beschrijven worden brede doelstellingen benoemd waarvoor het Zorginstituut grotendeels afhankelijk is van andere partijen, zoals een "verantwoord basispakket van zorg" en "goede zorg bevorderen" voor respectievelijk pakketbeheer en het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut, 2014b, 2014c). Ook in het concept kwaliteitshandboek voor de sector Zorg worden dergelijke brede doelstellingen geformuleerd, zoals het eerder genoemde motto voor het gehele Zorginstituut – "Van goede zorg verzekerd." – en de missie voor specifiek de sector zorg: "Zorginstituut Zorg bevordert kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk." (Zorginstituut, 2015b). Hoe deze doelstellingen in de praktijk precies moeten worden ingevuld, wordt vervolgens in de uitvoeringsfase verder uitgewerkt. Op deze manier wordt veel bewegingsvrijheid geboden, of deze doelen nu binnen het Zorginstituut of door het ministerie worden gesteld. In een van de gesprekken komt het verschil tussen het stellen van specifieke doelstellingen en het werken vanuit een bredere bedoeling ter sprake (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). In het eerste geval wordt naar één precies punt toegewerkt. Wanneer dit punt wordt bereikt betekent het succes, zo niet is het gefaald. Als daarentegen vanuit een brede bedoeling wordt gewerkt, bepaalt deze de koers die in het werk wordt uitgezet, zonder dat men wordt beperkt in welke resultaten vervolgens tot de categorie succes behoren. Anders gezegd kan een te nauwe doelstelling of strakke afstemming het "repertoire" voor een organisatie beperken (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015).

Men lijkt de voordelen van het stellen van brede kaders van doelen en criteria in te zien. Het bepalen van deze kaders in overleg met andere centrale actoren in de zorg lijkt steeds meer een aandachtspunt te zijn. Dit was ten tijde van het CVZ nog niet het geval. In de evaluatie van 2009 wordt dit benoemd: "In de huidige invulling door het CVZ van zijn taak pakketbeheer bestaat er geen verbinding met de landelijke strategische agenda voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg." (Boer&Croon, 2009, p. 26). Uit het evaluatieonderzoek zou zijn

gebleken dat stakeholders van mening waren dat het CVZ "[...] meer discussies zou moeten voeren om een visie op de toekomst van het pakket en het zorgstelsel te ontwikkelen." (Boer&Croon, 2009, p. 26). Hierbij wordt gesteld dat ook het strategisch overleg met het ministerie van VWS onvoldoende aanwezig zou zijn. Dit aandachtspunt wordt herhaald in de evaluatie van 2014, waarin opnieuw wordt geconstateerd dat het strategisch overleg tussen Zorginstituut en ministerie niet optimaal verloopt. Hierbij wordt nog eens benadrukt waarom dat gezamenlijke overleg over de bredere ontwikkeling van het zorgstelsel, de positie van het Zorginstituut hierin en de ontwikkeling van zowel de gezamenlijke als de eigen agenda zo belangrijk is: "Beiden partijen hebben er baat bij oog te hebben voor elkaars agenda en positie. Het risico is dat het Zorginstituut en VWS, maar ook andere zorg-ZBO's, elkaar verrassen en niet optimaal rekening houden met het maatschappelijke belang, elkaars agenda en belangen. Periodiek, goed voorbereid overleg met passende agenda is bijna een open deur." (Boer&Croon, 2014, p. 3). Er zijn echter ook voorbeelden te noemen waarin al wel aandacht wordt besteed aan een gezamenlijke agenda en doelbepaling. Zo is in 2011 en opnieuw in 2014 een 'Convenant Gepast Gebruik van Zorg' gesloten tussen respectievelijk acht en twaalf partijen in de zorg. Dit betreft zowel een aantal ZBO's uit het zorgveld als een reeks vertegenwoordigers van de veldpartijen. In het convenant committeren de partijen zich aan het gezamenlijke doel van gepast gebruik in de zorg. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het belang van samenwerking: "Als organisaties die ieder afzonderlijk een belangrijke rol in de gezondheidszorg spelen, beseffen wij terdege dat wij de problemen alleen samen met andere collega-organisaties écht kunnen aanpakken." (Ronde Tafel, 2011). Zo vormen deze convenanten in feite een gezamenlijk kader van doelen en criteria voor het thema gepast gebruik, zoals dat in de literatuur over experimentalist governance wordt beschreven. Ook voor het overige agenderingsproces van het Zorginstituut wordt meer aandacht besteed aan het betrekken van relevante actoren en wordt gezocht naar onderwerpen waar partijen zich gezamenlijk achter willen scharen (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). Toch wordt, ondanks deze hoopgevende voorbeelden, in de interviews ook gesteld dat er nog veel meer mogelijk zou zijn als het aankomt op strategisch overleg op centraal niveau, ten minste wat betreft de afstemming tussen de verschillende betrokken overheidsorganisaties.

Bij de tweede stap, zelfstandige implementatie, gaat het er in eerste instantie om dat lokale eenheden de ruimte krijgen om de centraal gestelde doelen op eigen wijze en naar eigen inzicht na te streven. Dit is eigenlijk de manier waarop het op veel plekken binnen het zorgstelsel geregeld is. De rol van de overheid is hierin relatief beperkt en daar is bewust voor gekozen. Door de keuze voor marktwerking in de zorg heeft de overheid geen overheersende rol in het zorgstelsel en dat is ook hoe men het wil (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Onder andere het Zorginstituut probeert waar nodig wel invloed uit te oefenen, maar uiteindelijk zijn het de partijen in het veld die met elkaar uit moeten maken hoe de zorg kan worden verbeterd en welk traject daarvoor kan worden ingezet, en zijn het de instellingen binnen de sectoren zelf die vormgeven aan de daadwerkelijke zorg (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Deze manier van werken lijkt dus inherent aan de inrichting van het zorgstelsel. Ook binnen de organisatie van het Zorginstituut lijkt aan deze werkwijze de voorkeur te worden gegeven, zo blijkt uit het concept kwaliteitshandboek voor de sector Zorg. "De Raad van Bestuur wil een besturing op strategisch niveau [...]. Daarvoor is nodig dat er een gerechtvaardigd vertrouwen is dat de operationele processen in goede handen zijn, dat significante afwijkingen van afgesproken standaardprocessen tijdig worden gesignaleerd en gerapporteerd." (Zorginstituut, 2015b, p. 10). Het ruimte geven aan zelfstandige, lokale uitwerking van de missie van het Zorginstituut, maar ook van het gehele stelsel, vereist vertrouwen. De zelfstandige processen worden wel gemonitord. Zo wordt de taak om te bepalen wat goede kwaliteit van zorg is en dit ten uitvoering brengen overgelaten aan de partijen in de zorg, maar wil het Zorginstituut dit ook kunnen blijven volgen: "Het enige wat ze nog voor ons moeten doen is één keer per jaar een setje cijfers aanleveren zodat wij het op een heel hoog abstract niveau ook nog kunnen zien."

(Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Dat het Zorginstituut hierin relatief onzichtbaar blijft, betekent niet dat zij hier niet bezig is met het monitoren en waar nodig ondersteunen van de centrale doelbereiking.

Het op abstract niveau volgen van de lokale implementatie wordt mogelijk gemaakt door regelmatige rapportage, de derde stap in de cyclus van experimentalist governance. Het doel hiervan is evaluatie. Ook deze werkwijze is herkenbaar bij het Zorginstituut. Deze monitoring vindt plaats voor het leertraject van de werkwijze van het Zorginstituut, "[...] zodat wij ook zelf zien of de impact van ons advies daar ook daadwerkelijk is.", maar ook ten behoeve van het leertraject van de lokale uitvoeringseenheden zelf (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Wanneer beroepsgroepen of zorgaanbieders zelf gegevens registreren over de kwaliteit van zorg, zal dit hen hier ook zelf inzichten over bieden. Er worden in de interviews tevens voorbeelden genoemd waarbij het Zorginstituut een begeleidende rol speelt bij vormen van peer review, een aspect dat vanuit de literatuur ook bij deze derde stap van experimentalist governance hoort. Zo wordt een projectgroep 'passend bewijs' beschreven die maandelijks bijeenkomst om de effectiviteit van zorg in de langdurige zorg te evalueren (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). Hierbij is opnieuw de faciliterende rol die het Zorginstituut aanneemt een belangrijke.

De gegevens op basis waarvan de evaluatie plaatsvindt moeten op een bepaalde manier geregistreerd worden. Hierbij wordt de voorkeur gegeven aan "registratie aan de bron" (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Het kost immers veel tijd en geld om dataregistratiesystemen op te zetten en bij te houden. Daarom wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registratiesystemen en is men selectief in het opzetten van nieuwe systemen (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Hoewel men alles wat in de zorg gebeurt wel heel nauwkeurig zou willen volgen, lijkt men ook te accepteren dat dat nu eenmaal niet mogelijk is.

Naast het hoe van de gegevensverzameling is in deze stap ook belangrijk om af te wegen in welke informatie men geïnteresseerd is, voor dit onderzoek specifiek wat betreft de monitoring en evaluatie van de maatschappelijke effectiviteit. In het concept kwaliteitshandboek voor de sector Zorg wordt een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve data beschreven. De kwalitatieve gegevens dienen om "de voortgang te tonen en vanuit communicatief oogpunt speciale aandachtspunten te identificeren.", terwijl in kwantitatieve zin de aantallen per product worden gevolgd om ook hier de voortgang in te kunnen volgen. Gezamenlijk moeten deze gegevens dienen als input voor het jaaroverzicht (Zorginstituut, 2015b, p. 21-22). Deze combinatie van onderzoeksmethoden zou ook voor een maatschappelijke effectiviteit monitoring waardevol kunnen zijn. Echter, wat dat onderwerp betreft wordt in de interviews benoemd hoe lastig meting ervan voor het werk van het Zorginstituut is: "We hebben niet een controlegroep in Friesland waar het Zorginstituut geen macht geeft of zo." (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Om toch de bijdrage van het Zorginstituut aan te kunnen tonen zou een goede procesbeschrijving zinvol zijn, waarin aandacht is voor dat wat het Zorginstituut heeft gedaan, maar ook voor wat anderen deden. Zo zouden uiteindelijke (maatschappelijke) effecten kunnen worden onderbouwd: "Door met partijen te praten en de vraag te stellen van wat nou als [...] wij er niet geweest waren, wat zou er dan gebeurd zijn, op die manier kan je er misschien wel iets zichtbaar van maken." (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Uit de onderzoeksresultaten blijkt ook dat de relevante bronnen voor gegevens afhankelijk zijn van het onderwerp waar het om gaat. Als twee extreme voorbeelden worden de informatiesite Kiesbeter en de door het Zorginstituut uitgevoerde risicoverevening genoemd. Het één is direct op de burger gericht, het ander op de zorgverzekeraars. Op die plaatsen zit dan ook de informatie die men wil weten (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Voor andere onderwerpen geldt vaak een combinatie van doelgroepen. Het idee wordt dan ook geopperd om gecombineerd te monitoren en evalueren per onderwerp: "De kankerpatiënten, daar doen wij allemaal dingen voor. [...] Nou dit

samenspel aan activiteiten, lieve kankerpatiëntenverenging of losse kankerpatiënten of zorgverleners daarvoor, wat vinden jullie van dit geheel aan activiteiten?" (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). Door dit voor een aantal onderwerpen te doen zouden deze als voorbeeld kunnen dienen voor de werkwijze van het Zorginstituut (Manager Kwaliteit, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015). Door zo te rapporteren over de werkwijze van een lokale eenheid bij een specifiek onderwerp, kunnen andere lokale eenheden hier weer van leren. Dit is precies wat ook in de literatuur over experimentalist governance wordt beschreven. De gezamenlijke evaluatie uit 2009 van het toenmalige CVZ en de NZa laat bovendien zien dat dit soort vormen van peer review niet alleen op productniveau, maar ook op institutioneel niveau mogelijk zijn. Door deze twee ZBO's –in het rapport benoemd als twee van de belangrijkste ZBO's die betrokken zijn bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de AWBZ – in samenhang te evalueren, laat Boer & Croon zien dat zij van elkaar kunnen leren (Boer&Croon, 2009). Zo kan peer review niet alleen werken op het niveau van verschillende, op hetzelfde onderwerp, aan hetzelfde doel werkende zorginstanties, maar ook op het niveau van verschillende, in hetzelfde veld, aan hetzelfde doel werkende overheidsinstanties. Van dit proces kan iedere betrokken partij leren: "De perceptie van anderen die naar hetzelfde doel streven is de meest belangrijke feedbackloop." (Manager Pakketbeheer, persoonlijke communicatie, 12 mei 2015).

Uiteindelijk moet men met de verzamelde en gerapporteerde gegevens ook iets doen. Zoals in een van de interviews wordt opgemerkt, men moet alleen informatie verzamelen op basis waarvan men ook daadwerkelijk bereid is te handelen of veranderen (Manager Projecten & Ondersteuning, persoonlijke communicatie, 1 mei 2015). In de cyclus van experimentalist governance gebeurt dit in de vierde stap, waarin periodiek de in stap één gestelde kaders worden herzien. Het belang van het regelmatig evalueren en zo nodig herzien van gestelde doelen of gevoerde werkwijzen kan herkend worden in de onderzoeksresultaten. De Ronde Tafel-bijeenkomsten in het kader van het convenant gepast gebruik zijn hier een mooi voorbeeld van.

Wij ontmoeten elkaar eens in de zes weken bij zogenoemde Ronde Tafel-bijeenkomsten, waar wij casuïstiek bespreken, meer structurele belemmeringen identificeren en afspreken hoe wij dit onder de aandacht brengen van de betrokkenen. De resultaten van de aanpak van de casuïstiek, van de structurele belemmeringen en onze communicatie daarover laten we evalueren. Dit veronderstelt dat we bij elk van deze activiteiten vooraf bepalen welk doel we willen bereiken, zodat we achteraf kunnen vaststellen of dat doel is behaald. (Ronde Tafel, 2014)

Eenzelfde wens voor reflectiviteit wordt beschreven in de voorbereiding voor de evaluatie van het Kwaliteitsinstituut, waarin wordt beschreven dat op basis van evaluatie van de gerealiseerde effecten de samenstelling van de Meerjarenagenda kan worden aangepast (Zorginstituut, 2014e, p. 1). Deze werkwijze kan ook van toepassing zijn op de monitoring van de maatschappelijke effecten en effectiviteit van het Zorginstituut. Hierbij wordt weer opgemerkt dat rekening moet worden gehouden met het feit dat het Zorginstituut niet de enige is die het bredere maatschappelijke doel nastreeft. Juist daarom is een brede en gezamenlijke monitoring en evaluatie belangrijk. "Het meest belangrijk vind ik altijd dat je in ieder geval blijft kijken of je dat doel ondersteunt. [...] Je probeert op te lijnen naar dat doel. [...] Als we met zijn allen kunnen zeggen, [...] de kwaliteit van zorg in de instellingen is echt verbeterd en het gaat echt anders en de cliënt weet waar die aan toe is en wordt goed voorgelicht en weet wat hij kan verwachten: dan zijn we met zijn allen op de goede weg." (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, persoonlijke communicatie, 13 mei 2015). In een ander gesprek wordt dit proces beschreven als "koers houden" en wordt de vergelijking gemaakt met '*scrummen*', een term uit de ICT wereld en oorspronkelijk uit de rugbysport (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). De hierbij behorende werkwijze is een continu proces van handelen en reflecteren, '*act-reflect-act-reflect*'. Centraal staat dat de handelende partij zich lerende opstelt: "Je probeert niet te ver vooruit te kijken, maar in het hier en nu kijk je van

oké, ik ga nu dit proberen, hoe past dat nou... En dan heb je een heel duidelijk ankerpunt nodig, van waar wil ik heen, wat is mijn bedoeling vanuit de organisatie, waarom ben ik op aard, wat wil ik teweeg gaan brengen." (Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders, persoonlijke communicatie, 6 mei 2015). In het kader van het experimentalist governance is dit een passende visie op de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut.

Tenslotte is in het theoretisch kader geopperd dat het Zorginstituut een centrale rol kan vervullen in een reflectieve evaluatiecyclus voor de maatschappelijke effectiviteit binnen het Nederlands zorgstelsel. Een aantal geïnterviewden ziet het instituut inderdaad als een potentiële spin in het web. Om te beginnen omdat het Zorginstituut in de positie zou zijn om een bepaald overzicht te hebben over het systeem van zowel pakket als kwaliteit, van waaruit zij kan zien wanneer dit wel of juist niet werkt (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Daarnaast wordt juist die verbindende taak ook gezien als onderdeel van de opdracht van het nieuwe Zorginstituut (Deelprogrammamanager Langdurige Zorg, 13 mei 2015). Deze probeert het Zorginstituut dan ook uit te voeren door verschillende organisaties met elkaar in contact te brengen, kennis uit te laten wisselen en bij elkaar te zetten. "Ik denk wel dat wij degene zijn geweest die [...] een heel aantal van die partijen bij elkaar hebben gekregen." (Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij, persoonlijke communicatie, 7 mei 2015). Zo wordt de bijzondere rol die het Zorginstituut heeft in het stelsel herkend. Voor het oordeel over de gehele werking van het systeem wordt uiteindelijk naar de minister gekeken: "Het is aan de minister om dan te kijken of het hele systeem nog werkt: komen we nog uit of lopen de premies de spuigaten uit of is het niet meer te handelen voor heel Nederland. Dat is niet aan ons." (Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg, persoonlijke communicatie, 8 mei 2015). Dit neemt niet weg dat het Zorginstituut in de verbetering van de werkwijze en vergroting van de gehele effectiviteit van het stelsel een schakelrol kan aannemen.

5.4.2 Duiding

Voor de inrichting van een verantwoordingsstructuur kunnen verschillende keuzes worden gemaakt. In deze laatste stap van het onderzoek is onderzocht welke keuzes bij het Zorginstituut worden gemaakt en welke het beste bij haar werkwijze zouden passen. Hoewel bestaande monitoring bij het Zorginstituut zich nog vaak richt op kwantificeerbare prestaties, lijkt men zich intern bewust van de relativiteit van dergelijke cijfers, zeker wanneer het gaat om de maatschappelijke effecten van het instituut. Men is nog zoekende naar een meetvorm die het hele verhaal vertelt. In dit onderzoek is het polycentrische karakter van de werkomgeving van het Zorginstituut gebleken. Een zinvol verantwoordingsarrangement zou zich niet aan deze omgevingsstructuur moeten opleggen, maar zou er juist op aan moeten sluiten. Op basis van de theorie wordt in dit onderzoek de cyclus van experimentalist governance geopperd als passende evaluatievorm. Elementen van de verschillende stappen uit de cyclus en de waarde ervan blijken uit de onderzoeksresultaten te herkennen in de werkwijze van het Zorginstituut. Door de veelheid aan actoren die met hetzelfde einddoel werkzaam zijn in het zorgstelsel is het bepalen van brede, centrale kaders van doelen en criteria in overleg met relevante samenwerkingspartners een werkwijze die door het Zorginstituut wordt nagestreefd. Inherent aan de inrichting van het Nederlands zorgstelsel is dat de overheid vervolgens in de uitvoering meer op afstand staat en dat de daadwerkelijke implementatie op lokaal niveau plaatsvindt. Om die werkwijze te kunnen blijven volgen, evalueren en waar nodig verbeteren is het nodig dat regelmatig wordt gerapporteerd over het gevolgde proces en de bereikte resultaten. De intentie van het volgen van dergelijke rapportages is voor het Zorginstituut om te constateren of men op de goede weg zit, hierop te kunnen reflecteren en op basis daarvan te handelen, zoals ook in de periodieke herziening van de experimentele cyclus de bedoeling is. Het besef van het belang van de verschillende elementen van experimentalist governance is dus zeker aanwezig en heeft op sommige plaatsen ook invloed op de gehanteerde werkwijze. De toepasselijkheid van deze verantwoordingsstructuur lijkt dus aangetoond. Echter, deze manier van werken wordt nog niet

structureel en systematisch doorgezet. Hier zou men wel voor kunnen kiezen, niet alleen binnen het Zorginstituut, maar juist ook voor het stelsel als geheel. In dit onderzoek is gebleken dat juist wanneer het aankomt op het onderzoeken en monitoren van de maatschappelijke effectiviteit het Zorginstituut slecht een radertje in een groter geheel is. Juist daarom is een overstijgende helicoptervisie nodig om in beeld te krijgen in hoeverre de gestelde missie wordt gerealiseerd. Het Zorginstituut zou hier, hoewel slechts een enkel radertje, door haar positie in het systeem een belangrijke rol in kunnen vervullen.

5.5 Resumerend

In het theoretisch kader voor dit onderzoek zijn vier conceptuele vragen geformuleerd aan de hand waarvan het onderwerp maatschappelijke effectiviteit monitoring bij Zorginstituut Nederland kan worden behandeld. Hierbij werd beredeneerd waarom juist het concept van experimentalist governance zou kunnen passen bij de polycentrische omgeving waarin het Zorginstituut werkzaam is. Nadat de conceptuele vragen zijn gesteld in de empirie en de theorie is getoetst, kan worden afgewogen of deze verantwoordingsstructuur inderdaad zou kunnen worden toegepast bij het Zorginstituut.

Uit de onderzoeksresultaten is op verschillende punten gebleken dat de cyclus van experimentalist governance inderdaad zou kunnen aansluiten bij de werkwijze en werkomgeving van het Zorginstituut. Dit bleek onder andere uit de positieve reacties in de gevoerde interviews en het feit dat elementen van deze cyclus al te herkennen zijn in de huidige werkwijze van het Zorginstituut. Een belangrijk voorbeeld is de zogenaamde 'koffieschenkrol' die het Zorginstituut op zich neemt. Juist deze werkwijze waarbij verschillende actoren om de tafel gaan om gezamenlijk doelen te stellen en na te gaan hoe deze het beste kunnen worden gerealiseerd, sluit aan bij het direct-deliberatieve karakter van experimentalist governance. Daarnaast laat de analyse van de antwoorden op de conceptuele vragen – waarom, wie, wat en hoe – zien waar het Zorginstituut behoefte aan heeft in een verantwoordingsarrangement.

De opbrengst waar met name naar wordt gezocht is de mogelijkheid om te leren en verbeteren, welke ook in de experimentalistische cyclus wordt nagestreefd. Het biedt ook mogelijkheden voor de bevordering van de legitimiteit van het instituut. De direct-deliberatieve werkwijze stimuleert de inputlegitimiteit en de reflectieve cyclus de throughputlegitimiteit. Outputlegitimiteit ligt in het geval van het Zorginstituut en de complexe omgeving waarin zij werkzaam is wat lastiger, omdat het moeilijk te achterhalen is welk stukje het Zorginstituut bijdraagt aan het realiseren van de brede missie van het zorgveld. Echter, de output van het stelsel als geheel wordt wel degelijk gevoeld in de maatschappij. De cyclus van experimentalist governance stelt het stelsel in staat om gezamenlijk deze output te optimaliseren, waardoor mogelijk toch de outputlegitimiteit van het stelsel als geheel – en daarmee ook van het Zorginstituut – kan worden versterkt. Bovendien kan de onderlinge controle tussen lokale eenheden het gat van het 'democratisch tekort' mogelijk opvullen.

Uit de beschrijving van de verschillende effectdomeinen blijkt dat de werkomgeving van het Zorginstituut polycentrisch is, met verschillende actoren die ieder op hun eigen manier invloed hebben op de werking van het Nederlands gezondheidszorgstelsel. Deze actoren zijn bovendien vaak van elkaar afhankelijk voor de uitvoering van hun taakstelling. Uiteindelijk werken ze echter gezamenlijk aan dezelfde maatschappelijke missie: goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg. De direct-deliberatief polyarchische structuur van experimentalist governance maakt van deze diversiteit een meerwaarde.

Wat kan worden gemonitord ten behoeve van de evaluatie van de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut verschilt per onderwerp. Door de zelfstandige implementatie en regelmatige rapportage in de tweede en derde stap van de experimentalistische cyclus kan hier op lokaal niveau op worden aangesloten. Uiteindelijk kan in de vierde stap op centraal niveau worden geëvalueerd of de op lokaal niveau behaalde effecten bijdragen aan de breed gestelde maatschappelijke doelen en dus of het Zorginstituut in het stelsel maatschappelijk effectief is. Zo maakt experimentalist governance mogelijk om op strategisch niveau brede

doelen te stellen en op productniveau de effecten te monitoren. Door ook de effectvoorwaarden mee te nemen in de monitoring kan hiervan worden geleerd door te vergelijken hoe verschillende lokale implementatiewijzen leiden tot verschillende resultaten.

Voor het antwoord op de laatste conceptuele vraag, hoe kan het Zorginstituut invulling geven aan een verantwoordingarrangement, lijkt de cyclus van experimentalist governance bruikbare handvatten te bieden. In de organisatie blijkt men ook open te staan voor deze manier van werken. De reflectiviteit en flexibiliteit die de cyclus van experimentalist governance biedt sluit aan bij de behoeften van het Zorginstituut. Door deze werkwijze meer structureel en systematisch door te voeren in de organisatie – en mogelijk ook daarbuiten – en hierin onderwerpen als maatschappelijke effectiviteit centraal te stellen, kan het Zorginstituut zichzelf in staat stellen om hierin een structurele verbetercyclus te doorlopen.

6 Conclusie & discussie

Deze thesis is de verslaglegging van een onderzoek naar de mogelijkheid om de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland in kaart te brengen. In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies gepresenteerd en wordt op het uitgevoerde onderzoek gereflecteerd. Tot slot zullen op basis van de bevindingen enkele aanbevelingen worden geformuleerd die het Zorginstituut kan meenemen in de inrichting van een eventuele monitoring van haar maatschappelijke effectiviteit.

6.1 Conclusies

De conclusies die op basis van dit onderzoek kunnen worden getrokken zullen worden gepresenteerd aan de hand van de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen. Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden is een aantal stappen gezet, welke zijn geformuleerd in vier deelvragen. Deze deelvragen zullen worden beantwoord alvorens een antwoord te formuleren op de centrale onderzoeksvraag.

6.1.1 Beantwoording deelvragen

Welke taken heeft Zorginstituut Nederland in de Nederlandse gezondheidszorg en welke te realiseren maatschappelijke effecten volgen hieruit? De rol van het Zorginstituut in de Nederlandse gezondheidszorg is onderzocht en de te realiseren maatschappelijke effecten die hieruit volgen zijn geconstateerd. De drie hoofdtaken van het Zorginstituut zijn op het gebied van pakketbeheer, kwaliteitsbevordering en zorgberoepen en –opleidingen. De laatste hiervan staat nog in de kinderschoenen en is niet meegenomen in dit onderzoek. De missie die het Zorginstituut zich hierbij stelt is "Van goede zorg verzekerd". Om deze missie te realiseren zet het Zorginstituut verschillende instrumenten in. Ze beoogt hiermee enerzijds een gepast verzekerd basispakket – niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk – en anderzijds goede zorg waarvan de kwaliteit voldoende wordt geborgd. Het Zorginstituut heeft hiermee een breed en complex takenpakket, dat het hele zorgstelsel omvat. Het Zorginstituut is op zoek naar een manier om de maatschappelijke effecten die zij met dit takenpakket teweeg brengt structureel te monitoren en de mate waarin zij haar missie weet te realiseren, oftewel haar maatschappelijke effectiviteit, zo mogelijk te vergroten.

Wat leert de bestuurswetenschappelijke literatuur ons over maatschappelijke effectiviteit en prestatiemeting? De bestuurswetenschappelijke literatuur biedt handvatten wat betreft het begrip maatschappelijke effectiviteit en de mogelijkheden van prestatiemeting. Deze zijn naar vier stappen uitgesplitst. Om te beginnen zijn er de mogelijke opbrengsten van de monitoring van en de verantwoording over de maatschappelijke effectiviteit. Deze kunnen vanuit democratisch, rechtsstatelijk, cybernetisch en bestuurlijk worden gezien. Om te weten waar de maatschappelijke effecten van het Zorginstituut zich voordoen en kunnen worden gemonitord, moet eerst worden achterhaald wie die maatschappelijke effecten ervaren. Hierin zijn verschillende, zowel directe als indirecte, effectdomeinen te onderscheiden. Daarnaast moet men om te kunnen monitoren eerst weten wat men wil monitoren. Hierin zijn drie aspecten onderscheiden: de verschillende typen effecten die worden gesorteerd, de effectiviteit die hiermee wordt behaald en de voorwaarden waaronder dit gebeurt. In de monitoring van maatschappelijke effectiviteit kan dus in verschillende effectdomeinen informatie worden verzameld over verschillende aspecten van die maatschappelijke effectiviteit. De laatste stap is hoe het Zorginstituut de hierover verzamelde informatie kan mobiliseren. Hiertoe is de cyclus van experimentalist governance voorgesteld, die een cyclus van vier stappen beschrijft waarin op centraal niveau doelen worden gesteld, welke vervolgens op lokaal niveau worden nagestreefd, waarover wordt gerapporteerd, zodat tenslotte periodiek kan worden gezien of de doelen en gehanteerde werkwijzen moeten worden bijgesteld. Deze werkwijze zou passen bij de complexe omgeving en het diverse takenpakket van het Zorginstituut.

Welke opvattingen bestaan binnen en buiten de organisatie over maatschappelijke effectiviteit en de monitoring daarvan? Door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden is achterhaald welke opvattingen zowel binnen als buiten de organisatie van het Zorginstituut bestaan over maatschappelijke effectiviteit en de monitoring ervan. Het conceptueel kader zoals dat op basis van de theorie is geformuleerd wordt herkend in de empirie. Het doel van een monitoring van de maatschappelijke effectiviteit zou met name het leren en verbeteren moeten zijn. Ook het belang van legitimiteit en het bewijzen van de toegevoegde waarde als instituut wordt erkend, maar men twijfelt of een monitoring van de maatschappelijke effectiviteit hier gezien de complexe werkomgeving van het Zorginstituut aan bij kan dragen. De maatschappelijke effecten van het Zorginstituut zijn vaak indirect en bovendien is zij niet de enige actor die werkt aan de brede maatschappelijke doelen die worden gesteld. Dit blijkt ook uit het antwoord op de vraag wie de maatschappelijke effecten van het Zorginstituut ervaart. Maatschappelijke doelen van het Zorginstituut worden gesteld op het niveau van de burger. Dit is de uiteindelijke doelgroep van het instituut en op dit niveau wordt maatschappelijke effectiviteit gerealiseerd. Het Zorginstituut is vaak echter afhankelijk van partijen in de andere benoemde effectdomeinen om in het maatschappelijk domein resultaat te behalen. Een deliberatieve werkwijze is dan ook cruciaal voor het Zorginstituut om haar maatschappelijke doelen te realiseren. Daarnaast is ook flexibiliteit van groot belang. Voor iedere taak van het instituut zijn weer andere actoren belangrijk, gelden er andere voorwaarden voor effect en zijn de typen effecten anders. Om het brede maatschappelijke doel dat wordt gesteld, "van goede zorg verzekerd", te realiseren moeten de variërende effecten op de verschillende taken van het instituut gericht zijn op dit doel. Dit zal de diversiteit in lokale uitvoering niet wegnemen, maar het maatschappelijk doel is uiteindelijk hetzelfde. In het theoretisch kader is experimentalist governance genoemd als een aanpak die aan zou kunnen sluiten bij de positie en werkwijze van het Zorginstituut. Verschillende elementen van de cyclus zijn al te herkennen in de empirie, maar dit is nog gefragmenteerd. Dat men deze manier lijkt te waarderen en op sommige plekken al nastreeft, ondersteunt wel het vermoeden van de toepasbaarheid ervan op de situatie van het Zorginstituut.

Hoe kan de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit aansluiten bij de situatie en behoeften van Zorginstituut Nederland? De vierde deelvraag in dit onderzoek vraagt hoe de monitoring van maatschappelijke effectiviteit aan kan sluiten bij de situatie en behoeften van Zorginstituut Nederland. Gezien de resultaten van dit onderzoek lijkt een monitoring structuur die uitgaat van direct-deliberatieve polyarchie, zoals de cyclus van experimentalist governance, aan te kunnen sluiten bij de situatie en behoeften van het Zorginstituut. Het maakt van de diversiteit van de werkomgeving van het instituut een meerwaarde, het stelt in staat om te leren van concrete, lokale ervaringen en het maakt het mogelijk om flexibel te schakelen tussen verschillende omstandigheden, bij verschillende taken en met verschillende samenwerkingspartners.

6.1.2 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Tot slot kan de centrale vraag in dit onderzoek worden beantwoord: *onder welke condities en op welke wijze kan de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland bijdragen aan de verantwoording over haar functioneren?* De structuur voor de monitoring van de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland zal aan een aantal voorwaarden moeten voldoen. Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat het Zorginstituut als belangrijkste doel van een dergelijke prestatiemeting de mogelijkheid tot leren en verbeteren ziet. Dit is dan ook een doel dat een succesvolle monitoring structuur moet realiseren. Daarnaast is de werkomgeving en het takenpakket van het Zorginstituut complex gebleken. Verschillende partijen met verschillende vormen van besturing en verantwoording voelen de effecten van haar werk en zijn betrokken bij de totstandkoming ervan. Bovendien zijn de maatschappelijke effecten van het werk divers en veranderlijk, maar vaak ook indirect en moeilijk te achterhalen. Een passende monitoring structuur moet rekening houden met deze realiteit waar het

Zorginstituut in werkzaam is. De werkwijze wat betreft de monitoring van maatschappelijke effecten blijkt ten tijde van het onderzoek nog gefragmenteerd. Het is van belang dat het Zorginstituut hier als organisatie een meer structurele en systematische invulling aan geeft. In dit onderzoek is de cyclus van experimentalist governance voorgesteld. Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat deze inderdaad als passende structuur kan dienen voor de monitoring van en verantwoording over de maatschappelijke effectiviteit van Zorginstituut Nederland. Het beoogt het leerdoel dat ook binnen het instituut wordt beoogd. Het maakt het mogelijk om in een polycentrische omgeving samen te werken en naar hetzelfde maatschappelijke doel toe te werken. Het biedt bovendien de mogelijkheid om voor verschillende taken te schakelen tussen verschillende besturings- en verantwoordingsarrangementen. Tot slot biedt het een monitoringssysteem dat structureel en systematisch kan worden ingebed in de gehele organisatie. Deze werkwijze kan worden toegepast op alle niveaus in de organisatie en zelfs daarbuiten: van individu, tot team, tot afdeling, tot instituut.

6.2 Reflectie

Dit onderzoek kan op verschillende punten worden geëvalueerd. In deze paragraaf zal worden gereflecteerd op de gebruikte theorie, de toegepaste onderzoeksmethoden, de relevantie van de onderzoeksresultaten en de vervolgvragen die het onderzoek opwerpt.

6.2.1 Kwaliteit van het onderzoek

In dit onderzoek is geprobeerd een abstract onderwerp als de monitoring van maatschappelijke effectiviteit begrijpelijk te maken. Door verschillende aspecten van het onderwerp in kaart te brengen op basis van de wetenschappelijke literatuur werd duidelijk waar behoefte aan was wat betreft het verantwoordingsarrangement en werd tevens een hypothetisch passende structuur gevonden. De toepasselijkheid van de structuur van experimentalist governance op de werkwijze van het Zorginstituut werd in de empirie bevestigd. Het ontwikkelde conceptuele kader kan het Zorginstituut, maar ook andere instanties, houvast bieden in het ontwikkelen van een verantwoordingsstructuur.

Juist het abstracte karakter van het onderwerp, maatschappelijke effectiviteit, maakte dit onderzoek lastig. De theorie gaf structuur aan het onderzoek. Ongetwijfeld zijn nog meer conceptuele vragen te stellen bij dit onderwerp, maar de indeling in de vragen waarom, wie, wat en hoe maakte het mogelijk om ergens te beginnen. Het maakte bovendien mogelijk om in enkele stappen aan te tonen waarom traditionele vormen van verantwoording niet toereikend zouden zijn en waarom juist de kenmerken van experimentalist governance aansloten bij de situatie van het Zorginstituut.

Het onderzoeksmodel heeft ook beperkingen. Juist door op specifieke concepten te focussen en hier hypothetische antwoorden op te geven is de onderzoeker geneigd de resultaten ook in dit kader te zien. Gedurende de gesprekken is getracht de vragen, hoewel gericht op de onderscheiden concepten, open te stellen en waar mogelijk door te vragen. Hetzelfde geldt voor de analyse van de resultaten: door zoveel mogelijk citaten data mee te nemen moet worden voorkomen dat de onderzoeksresultaten in het stramien van het conceptueel kader worden gedrukt dat de onderzoeker verwacht aan te treffen.

In een evaluatie van de kwaliteit van het onderzoek moet ook aandacht besteed worden aan betrouwbaarheid en validiteit. Om de betrouwbaarheid van een onderzoek te waarborgen moeten toevalligheden worden voorkomen. In dit onderzoek is dat gedaan door gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden, namelijk interviews en documentanalyse, wat de interne betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Door het uitgevoerde onderzoek nauwkeurig te beschrijven is ook aandacht besteed aan de externe betrouwbaarheid, onder andere door het toevoegen van de lijst met geïnterviewde personen en geanalyseerde documenten. De validiteit van een onderzoek wordt versterkt door mogelijke bronnen van vertekening in de resultaten inzichtelijk te maken. Door in dit verslag de onderzoeksopzet nauwkeurig te beschrijven, de interviewgids in de bijlage toe te voegen en de transcripten van de interviews ter controle voor te leggen aan de geïnterviewden is aandacht besteed aan de

interne validiteit. Om te externe validiteit, oftewel de generaliseerbaarheid van de resultaten te tonen is in de bijlage een beschrijving van en toelichting op de keuze voor de geïnterviewde personen bijgevoegd. In de keuze voor deze personen is geprobeerd om intern het takenpakket van het Zorginstituut zoveel mogelijk te beslaan en extern de verschillende stakeholders zoveel mogelijk te betrekken. Dit is redelijk gelukt, zowel intern als extern was men bereid om te reageren op het onderwerp. Intern zijn alle managers van de sector Zorg aan het woord geweest plus een aantal deelprogrammamanagers, waardoor meerdere takken van de organisatie aan bod zijn gekomen. Extern is één belangrijke partij door omstandigheden helaas niet aan het woord geweest, namelijk de Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF). De zorgverzekeraars, zorgaanbieders, het departement en overige overheidsinstanties in het veld zijn daarentegen wel allen vertegenwoordigd. Al met al is een redelijk compleet beeld van de organisatie en de omgeving waarin zij werkzaam is gevormd.

6.2.2 Relevantie van het onderzoek

In het inleidende hoofdstuk van dit verslag zijn een aantal beoogde opbrengsten van dit onderzoek benoemd. Het was de intentie om zowel het Zorginstituut als de maatschappij in staat te stellen om zicht te krijgen op dat wat het Zorginstituut met haar werk teweeg brengt. Ook andere organisaties zouden kunnen leren van een onderzoek naar de mogelijkheid tot monitoring van maatschappelijke effectiviteit.

Hoewel het onderzoek nog niet heeft geleid tot een uitgewerkt monitoringssysteem of verantwoordingsarrangement, is wel inzicht geboden in de vragen die moeten worden gesteld om tot een passende structuur te komen. Vooral in complexe omgevingen als die van het Zorginstituut zijn deze vragen belangrijk om af te wegen. De lijn van input naar output is in een dergelijke omgeving niet eenvoudig te reconstrueren, is vaak indirect en wordt door verschillende factoren beïnvloed. Door innovatieve vormen van verantwoording te overwegen wordt een lerend perspectief op maatschappelijke effectiviteit ook in deze situaties mogelijk.

In dit onderzoek is op een nieuwe manier gekeken naar maatschappelijke effectiviteit en de meetbaarheid ervan. In plaats van het stellen van benchmarks en prestatie-indicatoren waar individuele actoren hiërarchisch op kunnen worden afgerekend, is een structuur beschreven die de nadruk legt op interactie en deliberatie, die ruimte geeft aan zelfstandige uitvoering, maar tegelijkertijd ook een stelsel van samenwerkende actoren in staat stelt om gezamenlijk koers te houden en gaandeweg te leren. Het toepassen van deze structuur op de monitoring van maatschappelijke effectiviteit met als doel hier als organisatie of zelfs als stelsel van te leren vormt een bijdrage aan de bestaande literatuur.

6.2.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Na het uitvoeren en evalueren van het onderzoek naar maatschappelijke effectiviteit monitoring zijn blijven nog een aantal vragen liggen. In deze paragraaf zullen een aantal suggesties worden gedaan voor mogelijk verder onderzoek.

- Ten eerste zou het waardevol zijn om de aanzet die in dit onderzoek wordt gedaan voor een mogelijke verantwoordingsstructuur verder uit te werken en de resulterende verantwoordingscyclus toe te passen op een specifieke casus bij het Zorginstituut. Zo kan worden nagegaan of de structuur daadwerkelijk toepasbaar is.
- Daarnaast zou het kunnen dat deze structuur niet alleen aansluit bij de situatie en behoeften van het Zorginstituut, maar ook bij die van andere overheidsorganen in het zorgveld en mogelijk ook in andere sectoren. Juist omdat experimentalist governance uitgaat van de betrokkenheid van meerdere actoren, zou het goed zijn om dit nader te onderzoeken.
- In het verslag is meermaals opgemerkt dat effecten, voorwaarden voor effect en manieren om die te achterhalen verschillen per onderwerp of per taak. Om de uiteindelijke effect monitoring van kwaliteit te laten zijn zou vervolgonderzoek kunnen worden gedaan naar deze verschillen.
- Mashaw (2006) spreekt van een taxonomie van verantwoordingsarrangementen: een

categorisering van verschillende verantwoordingsarrangementen die bij verschillende besturingsregimes passen. Dit onderzoek heeft laten zien dat het Zorginstituut in een omgeving werkt van verschillende besturingsregimes waar verschillende verantwoordingsarrangementen bij horen waartussen moet worden geschakeld. De vervolgvraag hierbij is: welke verantwoordingsarrangementen passen bij welke besturingsregimes?

- In dit verslag is beschreven hoe de tegenstelling van centrale kaderstelling en zelfstandige implementatie in zekere zin inherent is aan een stelsel waarin marktwerking een grote rol is toebedeeld. Het zou interessant zijn om te kijken of in een sector waar minder sprake is van die marktwerking, deze cyclus ook van toepassing kan zijn.
- Het is geconstateerd dat het Zorginstituut in het Nederlands gezondheidszorgstelsel een bijzondere positie heeft. Zouden vergelijkbare instituten in andere landen ook die bijzondere positie innemen? En wat neemt die plaats in in landen zonder vergelijkbaar instituut?

6.3 Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek zoals dat is beschreven kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan. Deze aanbevelingen gelden als aandachtspunten die het Zorginstituut mee kan nemen in haar zoektocht naar een passend verantwoordingsarrangement voor haar maatschappelijke effectiviteit. De aandachtspunten gelden voor het Zorginstituut, maar kunnen ook voor andere partijen in het zorgveld en daarbuiten waardevol zijn.

- Zie de diversiteit van het takenpakket, de veranderlijkheid van de omgeving en de vaak indirecte effecten van het Zorginstituut niet als een probleem dat moet worden opgelost. Het zijn eigenschappen die onlosmakelijk verbonden zijn met het werk en de omgeving van het Zorginstituut. De organisatie kan hier mee omgaan door een verantwoordingsstructuur te vinden die hierbij aansluit. Hierbij is het van belang dat het instituut sensitief is voor haar omgeving en de stakeholders die zich hierin bevinden. Naast sensitiviteit is ook flexibiliteit cruciaal: de verschillende besturingsregimes in de werkomgeving van het Zorginstituut vragen van het instituut dat het zich hieraan kan aanpassen.
- Zorg voor verbinding. Sensitiviteit en begrip voor de verschillende actoren in het stelsel ontstaat door voldoende interactie onderling. Door de verbinding op te zoeken, kunnen de verschillende partijen elkaar versterken.
- Geef ruimte aan autonomie. De overheid staat in het Nederlands zorgstelsel op enige afstand van het veld, maar probeert hier toch ook invloed op uit te oefenen. In een op experimentalist governance gebaseerde verantwoordingscyclus is het belangrijk dat, nadat gezamenlijke doelen overeen zijn gekomen, de ruimte en het vertrouwen wordt gegeven aan lokale actoren om zelfstandig en op eigen wijze deze doelen na te streven.
- Monitor bewust. Het registreren van gegevens ten behoeve van een effectiviteitsevaluatie kan veel werk zijn. Het is daarom goed om vooraf na te denken over het waarom van de evaluatie, zodat duidelijk is welke informatie relevant is en later kan worden bepaald of het monitoringssysteem succesvol is.
- Laat resultaten van monitoring niet liggen. Door te reflecteren op de resultaten kan worden geconcludeerd wat het voor de organisatie betekent. Door de opgedane kennis te mobiliseren, bijvoorbeeld in een leer- en verbetercyclus, wordt een monitoring waardevol.
- Waarborg een continue, structurele en systematische cyclus van leren en verbeteren. De cyclus van experimentalist governance lijkt bij het Zorginstituut aan te sluiten. De elementen die ervan te herkennen zijn in de huidige werkwijze zijn echter gefragmenteerd. Wanneer een volledige cyclus wordt doorlopen, zal de verantwoordingsstructuur het meest succesvol zijn.
- Wees een lerende organisatie. Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen hoe het Zorginstituut kan leren over haar maatschappelijke effectiviteit, de vorm van leren die Argyris & Schön deuterio leren noemden (1996, p. 26). Pas wanneer de resultaten van dit onderzoek ingebed raken in het beeld dat binnen de organisatie bestaat over de monitoring

van maatschappelijke effectiviteit, kan worden gesproken van leren als organisatie. Dit geldt ook voor het leren van een monitoring van de maatschappelijke effectiviteit: pas wanneer de resultaten hiervan doorsijpelen in de gehele organisatie kan het instituut hier ook als organisatie van leren.

6.4 Tot slot

In de inleiding van deze thesis werd het Nederlands gezondheidszorgstelsel vergeleken met een mammoettanker. De rol van het Zorginstituut zou zijn om in de gaten te houden of die mammoettanker de juiste koers blijft varen en waar nodig hier invloed op uit te oefenen. Het Zorginstituut lijkt inderdaad een bijzondere positie in te nemen in het zorgstelsel. Het zit op een positie waar het overzicht heeft en in contact staat met de vele actoren die het stelsel rijk is. Het houdt in de gaten welke koers het zorgstelsel vaart en of deze eventueel gecorrigeerd dient te worden. De invloed van het instituut is relatief. Het zal het Zorginstituut nooit lukken om het roer helemaal om te gooien. Hoewel het instituut veel doet, blijft de invloed die zij uitoefent altijd selectief. Het Zorginstituut staat er echter niet alleen voor. Geen van de actoren in het zorgstelsel is alleen en individueel verantwoordelijk voor het realiseren van goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Het is de optelsom van het werk van iedereen samen dat ervoor zorgt dat maatschappelijke doelen worden bereikt. Er zijn meerdere partijen die de richting van de tanker proberen te beïnvloeden. Juist door gezamenlijk overeen te komen wat de koers zou moeten zijn en vervolgens die ieder op eigen wijze te volgen, kan de invloed van alle partijen gezamenlijk worden vergroot. Hoe dat het beste kan, ondervindt men door te proberen, te reflecteren en ervaringen te delen. Op basis daarvan kan men, individueel of als geheel, leren en de koers zo nodig bijstellen.

Literatuurlijst

Algemene Rekenkamer (2015). *Basispakket zorgverzekering: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*. Vinddatum 28 april 2015, op www.rekenkamer.nl/dsresource?objectid=21863&type=org.

Argyris, C. & D.A. Schön (1996). *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice*. Tweede druk. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.

Bekkers, V., M. Fenger, V. Homburg & K. Putters (2004). *Doorwerking van Strategische Beleidsadvisering*. Erasmus Universiteit Rotterdam & Universiteit van Tilburg. Vinddatum 1 april 2015, op repub.eur.nl/pub/1594/BSK-CPG-2004-001.pdf.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Eerste druk. Den Haag: Boom Onderwijs.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Tweede druk. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Boer & Croon (2009). *Evaluatie CVZ en NZa*. Vinddatum 26 november 2014, op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2009/09/25/evaluatie-cvz-en-nza>.

BoerCroon (2014). *Evaluatie Zorginstituut Nederland*. Vinddatum 26 november 2014, op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/10/01/evaluatie-zorginstituut-nederland>.

Bovens, M. & T. Schillemans (2009). *Handboek publieke verantwoording*. Eerste druk. Den Haag: Boom Uitgevers.

Breeman, G. & W. Van Noort (2008). *De bestuurlijke kaart van Nederland*. Vierde druk. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Bruijn, J.A. de (2006). *Prestatiemeting in de publieke sector*. Tweede druk. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Cohen, J. & C. Sabel (1997). Directly-Deliberative Polyarchy. *European Law Journal*, 3 (4), p. 313-342.

CVZ (2014). *Van goede zorg verzekerd: veranderprogramma van CVZ naar Zorginstituut Nederland*. [Uitgave van College voor Zorgverzekeringen voor intern gebruik]

Dijstelbloem, H.O. & P.L. Meurs (2004). Publieke verantwoording in de maatschappelijke dienstverlening. *De staat van de democratie: democratie voorbij de staat*. Vinddatum 27 mei 2015, op oopen.org/download?type=document&docid=440346.

Grit, K., J. Dwarswaard & R. Bal (2012). *Adviseren met beleid: een onderzoek naar de doorwerking van adviezen van de Gezondheidsraad*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Vinddatum 1 april 2015, op https://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Onderzoeksrapporten___Working_Papers/iBMG_2012.04_Adviseren_met_beleid_31jul12__B_T12500_.pdf.

Groenewegen, P.P. & S. Nekuee (1995). *Vervlechting in de praktijk: een onderzoek naar het gebruik van adviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in het veld*. Utrecht: NIVEL.

Helderman, J.K., J. De Kruijf, J. Verheij & S. Van Thiel (2014). *De Dijkgraaf van de Zorgpolder*. Vinddatum 7 november 2014, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/overige-publicaties/1406-de-dijkgraaf-van-de-zorgpolder/De+Dijkgraaf+van+de+Zorgpolder.pdf>.

Kaderwet Zelfstandig Bestuursorganen (2006). Vinddatum 10 september 2015, op http://wetten.overheid.nl/BWBR0020495/geldigheidsdatum_10-09-2015.

Klein Haarhuis, C. & A. Oosterwaal (2014). *Handvatten voor evaluaties van effectiviteit*. Vinddatum 12 mei 2015, op <http://www.binnenlandsbestuur.nl/Uploads/2014/11/Handvatten-voor-evaluaties-van-effectiviteit.pdf>.

Mashaw, J.L. (2006). Accountability and Institutional Design: Some Thoughts on the Grammar of Governance. In: M.W. Dowdle (2006). *Public Accountability: Designs, Dilemmas and Experiences*. Eerste druk. Cambridge: Cambridge University Press.

McGinnis, M.D. (2011). Costs and Challenges of Polycentric Governance: An Equilibrium Concept and Examples from U.S. Health Care. Vinddatum 4 september 2015, op http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2206980.

Ministerie van BZK (2001). *De staat van advies: eerste verslag van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over de doeltreffendheid en de effecten van de Kaderwet adviescolleges in de praktijk (1997-2000)*. Vinddatum 12 mei 2015, op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-28101-1.html>.

Ministerie van VWS (2015). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Overzicht*. Vinddatum 22 november 2015, op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>.

Pen, M. (2011). *De paradox van de rigide prestatiemeting*. Vinddatum 12 mei 2015, op http://www.berenschot.nl/publish/pages/797/de_paradox_van_de_rigide_prestatiemeting.pdf.

RIVM (2014). *Zorguitgaven blijven stijgen*. Vinddatum 7 juli 2015, op http://www.eengezondernederland.nl/Heden_en_verleden/Zorg/Zorguitgaven.

RMO (2002). *Bevrijdende kaders: sturen op verantwoordelijkheid*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Ronde Tafel (2011). *Convenant Gepast Gebruik van Zorg*. Vinddatum 22 november 2015, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/organisatie/1106-convenant-gepast-gebruik-van-zorg/1106-convenant-gepast-gebruik-van-zorg/Convenant+gepast+gebruik+van+zorg.pdf>

Ronde Tafel (2014). *Tweede Convenant Gepast Gebruik van Zorg*. Vinddatum 22 november 2015, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/pakket/1404-tweede-convenant-gepast-gebruik-van-zorg/Tweede+convenant+Gepast+Gebruik+van+zorg.pdf>.

Ronde Tafel Overleg (2013). *Gepast gebruik in model*. [System Dynamics model door Ronde Tafel Overleg, verkregen van J.J.G.M. van den Hoek]

Sabel, C. (2004). Beyond principal-agent governance: experimentalist organizations, learning and accountability. *De staat van de democratie: democratie voorbij de staat*. Vinddatum 27 mei 2015, op open.org/download?type=document&docid=440346.

Sabel, C. & J. Zeitlin (2012). Experimentalist Governance. *The Oxford Handbook of Governance*. Vinddatum 4 september 2015, op <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199560530.001.0001/oxfordhb-9780199560530-e-12>.

Schillemans, T. & M. Bovens (2004). Horizontale verantwoording bij ZBO's en agentschappen. In: S. van Thiel (2004). *Governance van Uitvoeringsorganisaties: Nieuwe Vraagstukken voor Sturing in het Publieke Domein*. Apeldoorn: Kadaster.

Schippers, E.I. (2014). *Toespraak bij de opening van het Zorginstituut Nederland*. Vinddatum 12 mei 2015, op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2014/04/02/toespraak-bij-de-opening-van-het-zorginstituut-nederland>.

Scott, C. (2006). Spontaneous Accountability. In: M.W. Dowdle (2006). *Public Accountability: Designs, Dilemmas and Experiences*. Eerste druk. Cambridge: Cambridge University Press.

Thiel, S. Van & F. Leeuw (2003). De prestatieparadox in de publieke sector. *Beleidswetenschap*, 17 (2), p. 99-122.

Tonkens, E. (2010). Waarom is er geen verzet? *De Volkskrant*. Vinddatum 7 december 2015, op <http://www.volkskrant.nl/archief/waarom-is-er-geen-verzet~a1054337/>.

Twist, M. Van & W.J. Verheul (2010). Onvoorziene opbrengsten: meer dan de tragiek van goede bedoelingen. *Beleid en Maatschappij*, 37 (4), p. 308-319.

Visser, M. (2015). Management control, verantwoording en leren in publieke organisaties: een kritische analyse. *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 69 (1), p. 31-47.

Weiss, C.H. (1991). Policy research: data, ideas or arguments? In: P. Wagner, C.H. Weiss, B. Wittrock & H. Wollman (1991). *Social sciences and modern states: national experiences and theoretical crossroads*. Eerste druk. Cambridge: Cambridge University Press.

Wijngaart, M. Van Den, M. Dückers & M. Van Tits (2012). *Pilot evaluatie effectiviteit CVZ uitspraken: ontwikkeling van een evaluatieprogramma*. Tilburg: IVA beleidsonderzoek en advies. [Ontvangen per e-mail van S. van der Schreur]

Zeitlin, J. (2013). Towards Governance-Based Regulation? *Tijdschrift voor Toezicht*, 4 (4), p. 10-15.

Zorginstituut Nederland (2013). *Jaarplan 2014 CVZ/Zorginstituut Nederland*. [Ontvangen per e-mail van J.J.G.M. van den Hoek]

Zorginstituut Nederland (2014a). *Factsheet Van Goede Zorg Verzekerd*. Vinddatum 1 april 2015, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/organisatie/1501-van-goede-zorg-verzekerd-zorginstituut-nederland/Van+goede+>

zorg+verzekerd+(Zorginstituut+Nederland).pdf.

Zorginstituut Nederland (2014b). *Factsheet Pakketbeheer*. Vinddatum 1 april 2015, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/organisatie/1501-pakketbeheer-verantwoord-basispakket-van-zorg/1501-pakketbeheer-verantwoord-basispakket-van-zorg/Pakketbeheer+%28Verantwoord+basispakket+van+zorg%29.pdf>.

Zorginstituut Nederland (2014c). *Factsheet Het Kwaliteitsinstituut*. Vinddatum 1 april 2015, op <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/organisatie/1506-het-kwaliteitsinstituut-goede-zorg-bevorderen/1506-het-kwaliteitsinstituut-goede-zorg-bevorderen/Het+Kwaliteitsinstituut+%28Goede+zorg+bevorderen%29.pdf>.

Zorginstituut Nederland (2014d). *Offerteaanvraag "Waarderings- en tevredenheidsonderzoek sector Zorg" ten behoeve van Zorginstituut Nederland*. [Ontvangen per e-mail van S. van der Schreur]

Zorginstituut Nederland (2014e). *Voorbereiding evaluatie van het Kwaliteitsinstituut*. [Ontvangen per e-mail van F. Vlems]

Zorginstituut Nederland (2015a). *Productverslag 2014*. [Ontvangen per e-mail van J.J.G.M. van den Hoek]

Zorginstituut Nederland (2015b). *Concept Kwaliteitshandboek Sector Zorg*. [Ontvangen per e-mail van F. Vlems]

Zorgverzekeringswet (2005). Vinddatum 12 mei 2015, op http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/geldigheidsdatum_12-05-2015.

Zwieten, M. Van, & D. Willems (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47 (13), p. 631-635.

Bijlagen

- 1 – Interviewguide
- 2 – Lijst van geïnterviewde personen
- 3 – Beschrijving geïnterviewde personen
- 4 – Lijst van geanalyseerde documenten

Bijlage 1 – Interviewguide

Vragenlijst intern:

TOPIC: Inleiding

- Vertellen over achtergrond.
- Doel van het onderzoek aangeven, beschrijven hoe het onderzoek is opgebouwd en benoemen waarom de respondent van belang is voor het onderzoek.
- Vragen of er bezwaar is tegen het gebruik van een opnamerecorder en aangeven dat het transcript van het interview zal worden voorgelegd ter controle.

TOPIC: Algemeen

- Wat is uw rol binnen de organisatie en met welke taken van Zorginstituut Nederland heeft u daarin te maken?

TOPIC: Waarom?

- Wat is het nut voor Zorginstituut Nederland van het in kaart brengen van haar maatschappelijke effectiviteit?
- Wat is er nu bekend over de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut? Is dat (on)voldoende?

TOPIC: Wie?

- Wie denkt u dat worden geraakt door het werk van Zorginstituut Nederland?
- Wat wordt er denkt u door de verschillende belanghouders van het Zorginstituut verwacht?

TOPIC: Wat?

- Wat zou Zorginstituut Nederland moeten meten om haar maatschappelijke effectiviteit in kaart te kunnen brengen?
- Welke vormen van effect ziet u in de praktijk? Welke rol speelt het Zorginstituut?
- Onder welke voorwaarden is het Zorginstituut effectief?
- Op welke resultaten zou het Zorginstituut moeten worden afgerekend?

TOPIC: Hoe?

- Wat zou Zorginstituut Nederland moeten monitoren om haar maatschappelijke effecten in kaart te brengen?
- Moet het Zorginstituut concrete doelen stellen en prestaties daarop meten of zou zij vanuit een bredere missie moeten werken en onderzoeken in hoeverre zij hieraan bijdraagt?
- Welke methoden zouden geschikt zijn voor monitoring? Kwantitatief of kwalitatief?
- Zou monitoring instituutbreed of per afdeling moeten worden ingericht?
- Hoe kan het Zorginstituut leren van gegevens uit maatschappelijke effectiviteit monitoring?

TOPIC: Afsluiting

- Is er verder nog iets dat u zou willen toevoegen over dit onderwerp?
- Bedankt voor dit interview.

Vragenlijst extern:

TOPIC: Inleiding

- Vertellen over achtergrond van het onderzoek.
- Doel van het onderzoek aangeven, beschrijven hoe het onderzoek is opgebouwd en benoemen waarom de respondent van belang is voor het onderzoek.
- Vragen of er bezwaar is tegen het gebruik van een opnamerecorder en aangeven dat het transcript van het interview zal worden voorgelegd ter controle.

TOPIC: Algemeen

- Wat is uw rol binnen organisatie X en met welke taken van Zorginstituut Nederland hebben u en uw organisatie te maken?

TOPIC: Waarom?

- Wat is het nut voor Zorginstituut Nederland van het in kaart brengen van haar maatschappelijke effectiviteit?
- Wat is er voor zover u weet nu bekend over de maatschappelijke effectiviteit van het Zorginstituut? Is dat (on)voldoende?

TOPIC: Wie?

- Wie denkt u dat worden geraakt door het werk van Zorginstituut Nederland?
- Wat wordt er denkt u door de verschillende belanghouders van het Zorginstituut verwacht?
- Wat verwacht uw organisatie van Zorginstituut Nederland?

TOPIC: Wat?

- Wat zou Zorginstituut Nederland moeten meten om haar maatschappelijke effectiviteit in kaart te kunnen brengen?
- Welke vormen van effect ziet u in de praktijk? Welke rol speelt het Zorginstituut?
- Onder welke voorwaarden is het Zorginstituut effectief? Zijn er succes- en faalfactoren te benoemen?
- Op welke resultaten zou het Zorginstituut moeten worden afgerekend?

TOPIC: Hoe?

- Wat zou Zorginstituut Nederland moeten monitoren om haar maatschappelijke effecten in kaart te brengen?
- Zou het Zorginstituut concrete doelen moeten stellen en de prestaties daarop meten of zou zij vanuit een bredere missie moeten werken en onderzoeken in hoeverre zij hieraan bijdraagt?
- Welke methoden zouden geschikt zijn voor monitoring? Kwantitatief of kwalitatief?
- Hoe kan het Zorginstituut leren van al die gegevens uit een maatschappelijke effectiviteit monitoring?

TOPIC: Afsluiting

- Is er verder nog iets dat u zou willen toevoegen over dit onderwerp?
- Bedankt voor dit interview.

Bijlage 2 – Lijst van geïnterviewde personen

Tabel 2.1: Verkennende gesprekken

Naam	Functie	Organisatie
Maud van der Veen	Manager Sector Zorg – Pakketbeheer	Zorginstituut Nederland
Sander van der Scheur	Onderzoeker Sector Zorg – Projecten & Ondersteuning	Zorginstituut Nederland
Ilse Verstijnen	Onderzoeker Sector Zorg – Monitoring	Zorginstituut Nederland

Tabel 2.2: Interviews Intern

Naam	Functie	Organisatie
Arnold van Halteren	Manager Sector Zorg – Projecten & Ondersteuning	Zorginstituut Nederland
Maud van der Veen	Manager Sector Zorg – Pakketbeheer	Zorginstituut Nederland
Diana Delnoij	Manager Sector Zorg – Kwaliteit	Zorginstituut Nederland
Paula Polman	Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij	Zorginstituut Nederland
Mona Wets	Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg	Zorginstituut Nederland
Sary Witteveen	Deelprogrammamanager Langdurige Zorg	Zorginstituut Nederland
Femke Vlems	Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders	Zorginstituut Nederland

Tabel 2.3: Interviews Extern

Naam	Functie	Organisatie
Dimitri Schakelaar	Medewerker Directie Markt & Consument	Ministerie van VWS
Victoire Lucieer	Medewerker Directie Zorgverzekeringen	Ministerie van VWS
Misja Mikkers	Directeur Strategie & Juridische Zaken	Nederlandse Zorgautoriteit
Theo Hooghiemstra	Algemeen Secretaris	Raad Volksgezondheid & Samenleving
René Groot Koerkamp	Bestuursadviseur	Zorgverzekeraars Nederland
Marjon Kallewaard	Directeur Kwaliteit	Federatie Medisch Specialisten
Guus van Montfort	Voorzitter Raad van Bestuur	ActiZ

Bijlage 3 – Beschrijving geïnterviewde personen

Interviews Intern

Managers Sector Zorg:

Binnen de sector zorg zijn drie hoofden benoemd die gezamenlijk de sector Zorg aansturen. De hoofden van de sector Zorg zijn zeer relevant voor dit onderzoek, omdat zij vanuit hun positie overzicht hebben over het gehele takenpakket en de werkwijze van het Zorginstituut.

- *Arnold van Halteren – Manager Sector Zorg, Projecten & Ondersteuning*

Arnold van Halteren werkt al sinds 2002 bij het Zorginstituut en eerdere CVZ. Hij is binnen de sector verantwoordelijk voor het onderdeel Projecten & Ondersteuning. Dit betekent dat hij werkt aan onderwerpen die niet specifiek onder pakket óf kwaliteit vallen, maar die juist de twee hoofdthema's verbinden. Dit zijn bijvoorbeeld de bedrijfsvoeringaspecten, maar ook academische en internationale samenwerking.

- *Maud van der Veen – Manager Sector Zorg, Pakketbeheer*

Maud van der Veen is binnen de sector Zorg verantwoordelijk voor de taak Pakketbeheer en werkt al sinds 2000 bij het toenmalige CVZ. In de functie van manager Pakketbeheer ziet zij toe op alles wat wordt gedaan in het kader van het pakketbeheer.

- *Diana Delnoij – Manager Sector Zorg, Kwaliteit*

Diana Delnoij is manager Kwaliteit binnen de sector Zorg. Dit betekent dat zij verantwoordelijk is voor de taken van het nieuwe Kwaliteitsinstituut. Zij is tevens bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg, waar zij zich bezig houdt met transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief.

Deelprogrammamanagers Sector Zorg:

Door te spreken met deelprogrammamanagers kan verder worden ingezoomd op de uitwerking van de taakstelling van het Zorginstituut. Door met managers van verschillende deelprogramma's te spreken kan een zo volledig mogelijk beeld worden geschetst.

- *Paula Polman – Deelprogrammamanager Zorg Dichtbij*

Paula Polman werkt als deelprogrammamanager Zorg Dichtbij en werkt al vijftien jaar bij het Zorginstituut en daarvoor bij het CVZ. In haar functie heeft zij te maken met zowel de pakket- als kwaliteitstaken. De vormen van zorg die binnen haar programma vallen zijn onder andere de eerstelijnszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de hulpmiddelenzorg en de medisch specialistische revalidatiezorg.

- *Mona Wets – Deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg*

Mona Wets is werkzaam als deelprogrammamanager Gespecialiseerde Zorg. Dit deelprogramma omvat de tweedelijnszorg minus de geestelijke gezondheidszorg. Hierin heeft zij te maken met zowel de pakket- als kwaliteitstaken van het Zorginstituut.

- *Sary Witteveen – Deelprogrammamanager Langdurige Zorg*

Sary Witteveen werkt ook al langer bij het Zorginstituut en daarvoor het CVZ. Zij is als deelprogrammamanager Langdurige Zorg verantwoordelijk voor zowel de verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg als voor het pakketbeheer.

- *Femke Vleems – Deelprogrammamanager Kwaliteitskaders*

Femke Vleems is als deelprogrammamanager Kwaliteitskaders verantwoordelijk voor een deel van de instrumenten van het nieuwe Kwaliteitsinstituut, namelijk het toetsingskader en het

register. Zij is hier al sinds begin 2013 bij betrokken, toen werd begonnen met het ontwikkelen van het takenpakket en de werkwijze van het Kwaliteitsinstituut.

Interviews Extern

Actoren bij de overheid:

Als organisaties die ook namens de overheid werken aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg zijn andere actoren binnen de overheid belangrijke samenwerkingspartners voor het Zorginstituut. Zij kunnen van buitenaf kijken naar het instituut, wat relevante feedback op kan leveren. Externe organisaties zullen de situatie vanuit hun eigen omgeving en belangen bezien, waardoor in gesprekken met deze partijen rekening moet worden gehouden met mogelijke bias.

- *Dimitri Schakelaar – Medewerker Directie Markt & Consument, Ministerie van VWS*
Dimitri Schakelaar is momenteel werkzaam bij de Directie Markt & Consument van het ministerie van VWS, de verantwoordelijke directie voor het Kwaliteitsinstituut. In zijn eerste opdracht bij het ministerie werkte hij mee aan het programma Zichtbare Zorg, waarmee de focus op transparantie over de kwaliteit van zorg werd gelegd en van waaruit het idee voor een Kwaliteitsinstituut zou zijn geboren. Hij is dus al langere tijd betrokken bij de relatie tussen het ministerie en het Zorginstituut.
- *Victoire Lucieer – Medewerker Directie Zorgverzekeringen, Ministerie van VWS*
Victoire Lucieer is werkzaam bij het pakketcluster binnen de Directie Zorgverzekeringen van het ministerie van VWS. De Directie Zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor het functioneren van het zorgstelsel, van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Tevens is de directie verantwoordelijk voor het pakketbeheer in het algemeen en is zij accounthouder van het Zorginstituut. Deze directie geldt dus als belangrijk contactpersoon, maar ook opdrachtgever van het Zorginstituut op het gebied van pakketbeheer.
- *Misja Mikkers – Directeur Strategie & Juridische Zaken, Nederlandse Zorgautoriteit*
Misja Mikkers is al sinds 2006 werkzaam bij de Nederlandse Zorgautoriteit en heeft dan ook jarenlange ervaring binnen de zorgsector en specifiek bij een ZBO in de zorgsector. De NZa zorgt voor de verdere uitwerken van de pakketadviezen en –duidingen van het Zorginstituut en houden toezicht op de uitvoering ervan door zorgverzekeraars en –aanbieders. Vanuit het gezichtspunt van de NZa heeft de heer Mikkers dan ook zicht op de werkwijze en het effect van het Zorginstituut op deze onderwerpen.
- *Theo Hooghiemstra – Algemeen Secretaris, Raad Volksgezondheid & Samenleving*
Sinds 2012 is Theo Hooghiemstra algemeen secretaris van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Deze adviesraad is in 2014 samengegaan met de Raad voor Maatschappelijk Ontwikkeling en sindsdien vervult hij voor de nieuwe Raad Volksgezondheid & Samenleving dezelfde functie. Als algemeen secretaris van een adviesraad die zich voor de onderwerpen volksgezondheid en samenleving op de gehele maatschappij richt, heeft de heer Hooghiemstra een brede blik waarbinnen hij het Zorginstituut en het werk dat zij verricht kan plaatsen.

Actoren in het veld:

De actoren in het veld zijn degene die het Zorginstituut probeert te ondersteunen en beïnvloeden om zo hun maatschappelijke doelen te realiseren. Zij kunnen schetsen hoe in het veld wordt gedacht over het Zorginstituut, haar positie en werkwijze. Opnieuw geldt dat externe organisaties de situatie vanuit hun eigen omgeving en belangen zullen bezien, waardoor in gesprekken met deze partijen rekening moet worden gehouden met mogelijke bias.

· *René Groot Koerkamp – Bestuursadviseur, Zorgverzekeraars Nederland*

De eerste in de driehoek van veldactoren zijn de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars Nederland is hier de koepel van. René Groot Koerkamp is bestuursadviseur bij ZN en heeft in die hoedanigheid voornamelijk op het gebied van pakketbeheer te maken met het Zorginstituut. Voor zijn werk bij ZN was de heer Groot Koerkamp werkzaam bij het ministerie van VWS, hij kan het Zorginstituut dus ook vanuit dat perspectief bezien.

· *Marjon Kallewaard – Directeur Kwaliteit, Federatie Medisch Specialisten*

De volgende in de driehoek, de zorgaanbieders, kan worden uitgesplitst in twee onderdelen. De eerste hiervan zijn de zorgverleners. De FMS is de beroepsvereniging van medisch specialisten. Marjon Kallewaard is werkzaam als directeur Kwaliteit bij de Federatie Medisch Specialisten. Zowel op pakket als kwaliteit heeft zij te maken met het Zorginstituut.

· *Guus van Montfort – Voorzitter Raad van Bestuur, ActiZ*

Het tweede onderdeel van de groep zorgaanbieders zijn de zorginstellingen. Hierbinnen is een belangrijke partij ActiZ, de branchevereniging voor werkgevers in de zorg, wonen, welzijn, kraamzorg en jeugdzorg. De heer van Montfort is voorzitter van de raad van bestuur van ActiZ en vertegenwoordigt in deze functie de belangen van de werkgevers in de zorg. Daarnaast is hij professor Gezondheidseconomie aan de Universiteit van Twente en is hij eerder werkzaam geweest als bestuurder bij Achmea. Hij heeft zodoende vanuit verschillende invalshoeken te maken gehad met het Zorginstituut en haar voorganger het CVZ.

Bijlage 4 – Lijst van geanalyseerde documenten

Tabel 4.1: Documenten Intern

Titel	Datum	Omschrijving
Jaarplan – Begroting 2014 CVZ / Zorginstituut Nederland	17/12/2013	<i>Overzicht van de door het Zorginstituut in 2014 te leveren producten en diensten.</i>
Offerteaanvraag Waarderings- en tevredenheidsonderzoek Sector Zorg t.b.v. Zorginstituut Nederland	07/10/2014	<i>Vraag om offerte voor de uitvoering van een waarderings- en tevredenheidsonderzoek.</i>
Vorbereiding Evaluatie van het Kwaliteitsinstituut	16/10/2014	<i>Eerste versie van een gezamenlijk voorstel van VWS en het Kwaliteitsinstituut.</i>
Factsheets Zorginstituut Nederland	01/12/2014	<i>Een reeks factsheets waarin het takenpakket overzichtelijk wordt weergegeven.</i>
Productieverslag Sector Zorg 1^e Kwartaal 2015	01/04/2015	<i>Kwantitatieve rapportage.</i>
Concept Kwaliteitshandboek Sector Zorg	01/05/2015	<i>Beschrijving van de interne kwaliteitscirkel in de sector Zorg.</i>

Tabel 4.2: Documenten Extern

Titel	Datum	Omschrijving
Zorgverzekeringswet	16/06/2005	<i>Wettelijke vastlegging Zorginstituut.</i>
Kaderwet ZBO's	02/11/2006	<i>Wettelijke vastlegging ZBO's.</i>
Evaluatie CVZ en NZa	25/09/2009	<i>Periodieke evaluatie door Boer&Croon.</i>
Convenant Gepast Gebruik van Zorg	20/06/2011	<i>Acht partijen in de zorg committeren zich aan het gezamenlijk doel van gepast gebruik van zorg.</i>
Pilot Evaluatie Effectiviteit CVZ Uitspraken	01/07/2013	<i>Pilot evaluatie effectiviteit pakketuitspraken CVZ door onderzoeksbureau IVA.</i>
Toespraak bij de opening van het Zorginstituut Nederland	02/04/2014	<i>Toespraak minister Schippers van ministerie van VWS.</i>
Tweede Convenant Gepast Gebruik van Zorg	24/04/2014	<i>Twaalf partijen in de zorg bevestigen nogmaals het gezamenlijk doel van gepast gebruik van zorg.</i>

Eindrapport Evaluatie Zorginstituut Nederland	01/10/2014	<i>Periodieke evaluatie door Boer&Croon.</i>
Basispakket Zorgverzekering: Uitgavenbeheersing in de Zorg Deel 3	23/04/2015	<i>Rapport Algemene Rekenkamer.</i>
Gepast Gebruik In Model	-- / -- / ----	<i>Beschrijving van een systeem-dynamica model van gepast gebruik in de zorg.</i>
