

# Besturen met duivselastiek



instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



Oratie 9 oktober 2009  
**Prof.dr. Kim Putters**

*Erasmus*

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT  
GEZONDHEIDSZORG

# Besturen met duivselastiek

Prof.dr. Kim Putters

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van  
bijzonder hoogleraar met als leeropdracht  
'Management van instellingen in de gezondheidszorg'  
aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
van de Erasmus Universiteit Rotterdam op  
9 oktober 2009



## **Colofon**

'Besturen met duivselastiek'  
Prof.dr. Kim Putters, 9 oktober 2009  
ISBN 978-94-90420-02-4

Titel:  
Met dank aan dr. Eelco van Hout

Oplage:  
1500

Productiebegeleiding:  
Marketing, Communicatie & PR iBMG

Ontwerp omslag:  
Meike Kerstholt, grafisch ontwerper

Vormgeving en druk:  
B&T Ontwerp en advies ([www.b-en-t.nl](http://www.b-en-t.nl))

De bijzondere leerstoel is ingesteld door:



Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg

In samenwerking met:



Erasmus Centrum voor Management Development in de zorg



instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



# Besturen met duivelselastiek

*Mijnheer de Rector Magnificus,  
Mijnheer de Decaan,  
Leden van de Raad van Bestuur van Erasmus MC,  
Leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam,  
Mijnheer de Minister, Excellenties,  
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

## 1. Legitimiteitscrisis in de gezondheidszorg<sup>1</sup>

Zembla rapporteert over huisartsen die door de farmaceutische industrie worden omgekocht. De regering bestrijdt de 'cowboys' in de thuiszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit prompt miljoenen in de IJsselmeerziekenhuizen om te voorkomen dat ze failliet gaan. De Tweede Kamer verdubbelt de boetes voor bestuurders die hun jaardocumenten niet op orde hebben. De Inspectie voor de Gezondheidszorg sluit operatiekamers omdat de patiëntveiligheid in gevaar is. Dergelijke gebeurtenissen krijgen veel publieke aandacht. Dit is niet zo raar als je kijkt naar de Grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Voor het waarmaken van die publieke verantwoordelijkheid is hij echter afhankelijk van private zorgaanbieders en zorgverzekeraars, autonome professionals en steeds meer marktpartijen die medeverantwoordelijk zijn voor goede zorg. De afstemming tussen al deze partijen gebeurde lange tijd via overleg, onderhandeling en

---

1 Graag bedank ik prof.dr. Tom van der Grinten, prof.dr. Pauline Meurs, prof.dr. Roland Bal, prof.dr. Mirko Noordegraaf en Hanneke van Houwelingen voor hun waardevolle commentaren op eerdere versies van deze tekst. Daarnaast bedank ik Koen Harms, Dirk Schmidt, Anne Jonker, Sophie Konings, Eelko den Breejen en Sander Bus voor hun ondersteuning bij de voorbereidingen op de oratie.

medebewind in een systeem dat we de 'polder' noemden. Dit gaf brancheorganisaties en de overheid de ruimte om landelijk tot breed gedragen afwegingen van belangen te komen. Alhoewel dit in de besluitvorming vaak voor vertraging zorgde gaf het vertrouwen in de uitvoering van het beleid. De overlegcultuur bood tegenwicht aan doorschietende marktwerking en overmatige overheidsregulering. De introductie van gereguleerde marktwerking en de decentralisatie van zorgtaken hebben dat systeem ontmanteld (Van der Grinten, 2007). De wisselwerking tussen het zorgbestuur en de maatschappelijke omgeving wordt steeds meer bepaald door de ruil tussen vraag en aanbod op de markt, de eigen verantwoordelijkheid van zorgvragers en het grotere takenpakket van gemeenten. Dit veronderstelt ruimte voor het maken van eigen afwegingen door zorginstellingen. Maar pakt dat ook zo uit en zijn we er blij mee?

Discussies over bijvoorbeeld pyjamadagen laten zien dat in die veranderde bestuurlijke ruimte niet vanzelfsprekend maatschappelijk aanvaardbare uitkomsten worden bereikt. Steeds vaker staan de keuzes van het zorgbestuur ter discussie en worden ze hoog op de politieke agenda geplaatst. De overheid heeft vervolgens de neiging om het handelen van de bestuurders te sanctioneren, uniformeren en reguleren (Putters, 2001; Frissen, 2002; 2003; Bal, 2008). In plaats van het verruimen van de beleidsvrijheid van het zorgbestuur wordt deze juist verkleind. Prof. dr. Tom van der Grinten (2007) constateerde tijdens zijn afscheidsrede dezelfde inefficiënte kortsluiting met Den Haag. Op de markt zien we hetzelfde gebeuren. Daar wordt de nadruk steeds meer gelegd op het meetbaar maken van zorgproducten en het keuzegedrag van klanten. De vraag is hoeveel ruimte er nog overblijft voor niet meetbare zaken, zoals een goede dialoog met en aandacht voor de patiënt (Van den Brink, 2006; Putters, 2007). Tot slot richt de sector zelf zich steeds meer op codes en richtlijnen die de ruimte voor het zorgbestuur ook verder afkaderen. Kortom, er wordt ruimte voor bestuurlijk handelen verondersteld maar de overheid, de markt én de sector zelf neigen juist tot een inperking ervan.

Mijn zoektocht richt zich op de vraag of zorgbestuurders nog eigen afwegingen kunnen maken in de publieke ruimte. Bestuurt de bestuurder zijn zorginstelling eigenlijk nog wel? Gegeven de nog immer sterke wederzijdse afhankelijkheden in de gezondheidszorg zijn deze vragen relevant (Van Hout, 2007; Stoopendaal, 2008). Opvattingen over wat

bestuurders moeten doen zijn er in overvloed. U verwacht ongetwijfeld van mij ook een uitspraak of ze meer de markt op moeten gaan of daardoor juist snel verdienende 'cowboys' zijn geworden. Die uitspraak krijgt u niet. Ik richt mij op hoe dit werkt. Zorgbestuurders moeten tegelijkertijd reageren op eisen en wensen van de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid. De bestuurskunde noemt dit 'meervoudig besturen'. Ons inzicht hierin is beperkt (Noordegraaf en Meurs, 2006; Van der Scheer, 2007). Des te interessanter is de vraag of het meervoudig besturen nog leidt tot acceptabele uitkomsten. De norm voor wat goed bestuur is doet er dus zeker wel toe. Prof.dr. Pauline Meurs constateerde al in 1997 in haar oratie op deze leerstoel, *Nobele Wilden*, dat die norm diffuus is en vaak ontbreekt. Dat leidt tot onvrede bij de politieke en maatschappelijke omgeving over het bestuurlijk handelen en tot een gevoel van onmacht bij de bestuurder die het nooit goed lijkt te kunnen doen. Een gebrek aan vertrouwen leidt tot een legitimiteitscrisis in het besturen van de gezondheidszorg.



## 2. Uitgangspunten van meervoudig besturen in de gezondheidszorg

Organisaties die meervoudig besturen noemen we 'hybride'. Ze zijn niet van de overheid, maar zijn ook geen klassieke marktpartij. Ze worden aangesproken door de markt en de overheid, maar ook door een bredere maatschappelijke omgeving. Deze bestaat onder meer uit burgerplatforms, lokale politici en media. Dit type organisaties wisselt van gedaante naarmate ze meer of minder op bepaalde prikkels uit de omgeving reageert. Dat leidt ertoe dat hybride organisaties soms meer richting ondernemerschap op de markt bewegen, dat ze soms meer als uitvoeringsorganisatie van de overheid functioneren en soms worden aangesproken op hun maatschappelijke betrokkenheid in wijken en buurten. Dat is het meervoudig besturen dat hen in zekere zin permanent 'experimenterende organisaties' maakt (Sabel, 2004). Om ons inzicht te vergroten in hoe deze organisaties ontstaan en functioneren moeten we dus uitgaan van beweging, oftewel van hybridisering. Wat leren bestaande benaderingen ons hierover?

### *Bestaande benaderingen schieten tekort*

Perspectieven, zoals de principaal agentbenadering, gaan uit van een scheiding tussen markt en overheid. Deze schieten tekort om het functioneren van hybride organisaties te begrijpen. Ze gaan er teveel vanuit dat overheidsbeleid vanuit Den Haag één op één door het zorgveld wordt uitgevoerd, of dat prestaties in contracten op de markt kunnen worden vastgelegd. Dit maakt hybride organisaties slechts uitvoerders van beleid of contractpartners. Dit is opmerkelijk gezien de historie (Arentsen en Trommel, 2005). Zorginstellingen zijn van oorsprong ontstaan uit particulier initiatief. Het zijn veelal privaatrechtelijke organisaties die publieke doelen nastreven. Traditioneel gaat het om stichtingen en verenigingen die vanuit religieuze overtuiging of vanuit een maatschappelijke doelstelling zorg verleenden. De overheid bemoeide zich minder met de zorg. Het waren dus geen klassieke marktorganisaties die gericht waren op rendement, maar ook geen overheidsorganisaties die enkel politiek geformuleerd beleid uitvoerden. Zoals eerder gezegd moesten zij ook met de bredere maatschappelijke omgeving rekening houden. Dit gaf hen een eigen identiteit. De derde sectorstudies onderkennen dit in een aparte 'derde sector' waarin hybride organisaties zich laten leiden door zorgzaamheid, publieke verantwoordelijkheid en ondernemerschap. (Anheier, 1990; Seibel,

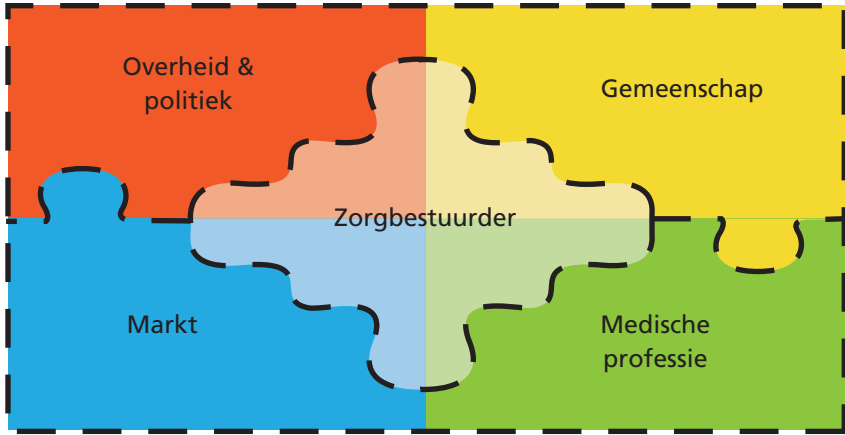
1989; Dekker, 2002). Het onderscheiden van een aparte derde sector leidt weliswaar tot een betere duiding van wat hybride organisaties zijn, maar het verklaart nog niet hoe ze functioneren.

In de politicologie en bestuurskunde bestaat een lange onderzoekstraditie naar de wijze waarop in corporatistische sectoren zoals de zorg overheidsregulering, marktwerking en zelfregulering worden gecombineerd (RVZ, 1998; Helderma, 2007; Bal, 2008). De publieke ruimte wordt dan gedeeld door overheidsorganisaties, marktpartijen en maatschappelijke of 'hybride' organisaties (Lijphart, 1997; Hemerijck, 1998; Hendriks en Toonen, 1998; Van der Grinten, 1997; De Rooij, 2002). Van de Donk (2001) spreekt over de 'tripolaire' ruimte tussen markt, staat en gemeenschap, waarbinnen de hybride organisaties functioneren. Ze verbinden professionele zorg met informele zorg. Ze combineren zowel publieke als private financiering, die zowel non profit als for profit kan zijn. Hun rechtsvormen laten ook de vermenging van publiek en privaat zien, bijvoorbeeld via de inspraak van belanghebbenden. Meervoudig besturen gaat dus over het vermengen van de zuivere publieke en private sferen. Dat blijkt uit de keuze voor samenwerkingspartners en financieringsbronnen, en aan wie verantwoording wordt afgelegd (Pestoff, 1992; Brandsen, 2004; Brandsen, Van de Donk en Putters, 2005).

#### *Het vierde domein*

Op twee punten schiet ook deze verdieping in het functioneren van hybride organisaties tekort. In de eerste plaats wordt te weinig rekening gehouden met een vierde domein dat voor de besturing van de gezondheidszorg onmisbaar is, namelijk de medische professie. Het is gerechtvaardigd om dit als apart domein naast de markt, de overheid en de gemeenschap te onderscheiden. Het kent namelijk eigen waarden, normen en sturingsmechanismen. De medische beroepsgroep kent bijvoorbeeld het uitgangspunt dat de medische urgentie altijd leidend moet zijn in de keuzes die gemaakt worden. Bovendien raakt dit vierde domein de patiënten op de meest persoonlijke wijze, namelijk tot in de privé sfeer (Van Heijst, 2005). In de tweede plaats blijft de specifieke rol van zorgbestuurders teveel onderbelicht (Putters, 2001; WRR, 2004). Dat is onterecht, omdat zij de organisatie sturen in de richting van de markt, de overheid, de gemeenschap of de medische professie.

Tabel 1. De zorgbestuurder tussen markt, overheid, gemeenschap en medische professie



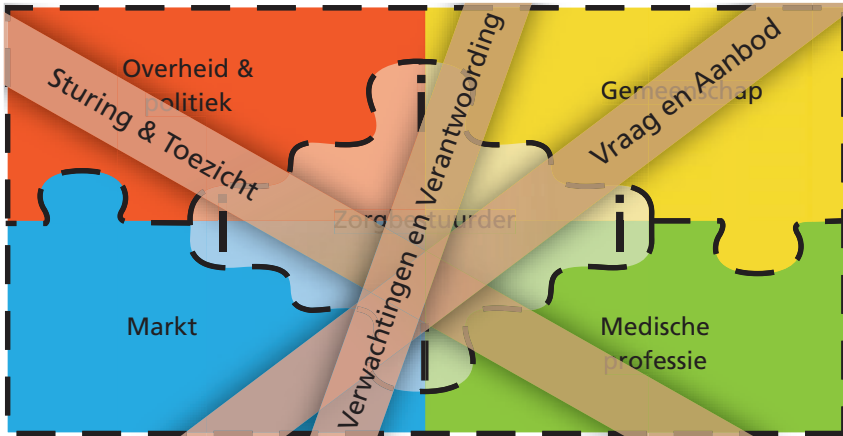
De strategieën die de zorgbestuurder gebruikt om te bewegen tussen de vier domeinen moeten we dus beter bestuderen (Sabel, 2004). In mijn benadering staan daarom de volgende drie begrippen centraal. Allereerst gaat het begrip *meervoudig besturen* over het tegelijk inspelen op soms conflicterende eisen van de markt, de overheid, de gemeenschap en de medische professie. Dit leidt tot een dubbele besturingsopdracht (Cornelissen et al., 2007; Bohigas, 2008). Het tweede begrip is de *handelingsruimte* van bestuurders om die opdracht te vervullen (Stoopendaal, 2008). Het derde begrip gaat over de keuzes die de bestuurder maakt en hoe legitiem deze worden gevonden. De norm voor goed bestuur ligt besloten in de wisselwerking tussen de bestuurder en zijn omgeving (Lawrence en Lorsch, 1967). Bij meervoudig besturen past dus niet het van bovenaf opleggen van doelen en normen. Het vergt een doelzoekende en normstellende houding van bestuurders (Bovens, 2005; Brandsen en Van den Brink, 2007; Kenis, 2005). De legitimatie voor bestuurlijk handelen is namelijk vooral lokaal en situationeel van aard. Met deze begrippen bestudeer ik het meervoudig besturen in de zorg.

### *Besturen met duivselastiek*

Daarvoor gebruik ik de metafoer van het duivselastiek. Dit is het elastiek dat poststukken van ongelijke grootte en dikte bijeenhoudt. Het kan van omvang en vorm veranderen, zit soms te los of te strak en kan knappen. De bedrijfskunde gebruikt de term om aan te geven dat er soms duivelse dilemma's spelen die vragen om doelzoeken, risico's inschatten en om discussie over wat goed of fout is. Daarbij past geen 'one size fits all' oplossing (Noordegraaf en Meurs, 2006). In het zorgbestuur zien we dat op drie gebieden het elastiek steeds strakker staat. Dat betreft in de eerste plaats de ruimte tussen *sturing en toezicht*, waar zowel de toenemende marktwerking als de overheidsregulering het zorgbestuur onder druk zetten. Het tweede elastiek staat gespannen tussen vraag en aanbod, omdat de individuele keuzes van zorgvragers steeds meer botsen met collectieve afwegingen. Het derde elastiek staat gespannen tussen *verwachtingen en verantwoording*, omdat er hoge en soms tegenstrijdige ambities zijn die in steeds meer richtingen moeten worden waargemaakt (Putters, Den Breejen en Frissen, 2009).

De spanningen op deze 'elastieken' nemen toe wanneer er vooral vanuit één domein aan getrokken wordt. De zorgbestuurder bevindt zich immers temidden van de vier domeinen: markt, overheid, gemeenschap en medische professie. Aangezien spanningen onlosmakelijk verbonden zijn met meervoudig besturen zijn ze echter niet oplosbaar. Ik ga daarom op zoek naar een manier waarop bestuurders de ergste druk van het elastiek kunnen halen. Alle vier de domeinen worden weergegeven als puzzelstukken met onderbroken strepen, wat benadrukt dat de grenzen ertussen diffuus zijn. De bestuurder kan dus handelingsruimte opzoeken en moet legitimiteit voor zijn handelen vinden. Dit leidt tot gevarieerd bestuurlijk gedrag, omdat bestuurders hun hulpbronnen verschillend gebruiken. De vier belangrijkste hulpbronnen zijn verwoord met de 4 'i's': de institutionele vormgeving (zoals rechtsvormen), de interacties met de omgeving (zoals samenwerking), de informatie en kennis die gebruikt worden (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid), en de intuïties van bestuurders zelf (zoals het al dan niet inzetten op winst oogmerk). Dit zijn de ingrediënten van het 'besturen met duivselastiek'.

Tabel 2. Besturen met duivelselastiek



Dit is geen ideaaltypemodel, maar een plek waar de bestuurder met zijn omgeving onderhandelt over vele belangen en doelen. We noemen dit wel een zogenaamde 'negotiated order' (Abbott, 1988; Kruijthof, 2005). De noodzaak hiertoe heeft alles te maken met de verschuiving van 'government' naar 'governance'. Dit is de beweging van meer publiek naar meer privaat, dus 'van de staat af'. Enerzijds gaat dat richting de 'markt', en anderzijds naar de 'samenleving' (WRR, 2004; RVZ, 2005; Tjeenk Willink, 2006-2008; Putters, Van Hout en Cardoso Ribeiro, 2007; ROB, 2009a,b). In het publieke debat gaat het bij governance vrijwel uitsluitend over de rol van Raden van Toezicht en hun relaties met de Raden van Bestuur. Ik kies voor een wetenschappelijke en bredere definitie. Oorspronkelijk ging de term 'governance' vooral over het geven van meer regie aan burgers over hun leven of zorgproces (Den Breejen, Meurs et al., 2008). Die verschuiving zet de drie genoemde elastieken van meervoudig besturen in de zorg onder druk. Waar de 'polder' voorheen die druk er vanaf haalde moet nu de zorgbestuurder voorkomen dat het elastiek knapt of de rek eruit gaat. Dat is geen neutrale bezigheid. Zeker waar het gaat om dilemma's tussen het investeren in wachtlijsten voor heupen of harten, of tussen de aanschaf van nieuwe technologie en meer aandacht voor patiënten (Grit, 2000).

### *Methodische benadering*

Het van binnenuit begrijpen van dit besturen met duivelselastiek vraagt om een methodologische keuze die het mogelijk maakt gedragingen, ervaringen en belevingen te beschrijven en interpreteren ('t Hart et al., 2001). In de sectie *Health Care Governance* van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg verkiezen wij daarbij een multidisciplinaire invalshoek. Vanuit bestuurskundig perspectief wil ik inzichtelijk maken hoe met de inherente tegenstrijdigheden van meervoudig zorgbestuur wordt omgegaan. Het beleidssociologische perspectief gebruik ik daarbij om de vraag te stellen hoe dat bestuurlijk gedrag werkt. Niet hoe het zou moeten, of wat vanuit een monodiscipline effectief lijkt, maar feitelijk wat er in de bestuurlijke praktijk gebeurt. Het Wetenschaps- en Techniekonderzoek benadrukt daarnaast de reflexiviteit op deze praktijk, en een stap verder, dat de zelfreflexiviteit van bestuurders in die praktijk bepalend is voor bestuurlijke effectiviteit en legitimiteit. Dat betekent dat de uitwerking van nieuwe sturingsconcepten, zoals gereguleerde marktwerking, niet het gevolg is van generieke modellen, theorieën, of blauwdrukken voor interventies, maar van de wijze waarop bestuurders en hun omgeving daarmee omgaan. Dat behoeft een benadering die tentatief, conditionerend, robuust experimenteel en sceptisch is, en zich leent voor het inleven in de personen van bestuurders. Ik heb daarmee een driedelige doelstelling: *empirisch* laten zien hoe het besturen met duivelselastiek werkt, een *conceptueel* handvat bieden om de spanningen eromheen te begrijpen en een *normatief-analytisch* kader bieden om deze hanteerbaar te maken en te werken aan goed bestuur in de zorg.

### 3. Het duivelselastiek in het zorgbestuur

Mijn eerste doelstelling is empirisch inzicht bieden in hoe het meervoudig besturen werkt. Ik doe dit door de drie spanningsvelden die ik zojuist heb toegelicht onder de loep te nemen. Ik neem u mee naar de plekken waar de spanningen zich voordoen en ik laat zien hoe daarmee omgegaan wordt. Gaat u met mij mee naar de plekken waar bestuurd wordt met duivelselastiek?

#### *Het elastiek van sturing en toezicht*

De druk op sturing en toezicht neemt toe door twee trends. Allereerst de kracht waarmee de markt de nadruk legt op meetbaarheid en transparantie van zorgprestaties. Daarnaast de toenemende mate waarmee de overheid toezicht pleegt en verantwoording vraagt op diezelfde indicatoren (Pollitt et al., 2008; Zuiderent, 2008). Het leidt enerzijds tot meer maatwerk in contracten, zodat situationeel effectiever op problemen kan worden ingespeeld. Anderzijds leidt het vooral tot het meten van wat meetbaar is, waardoor de neiging ontstaat om zorgpraktijken allemaal op dezelfde wijze beoordelen en aan het gemiddelde te laten voldoen. Wil je als zorginstelling inspelen op de behoeften van de patiënt of voldoen aan de lijstjes van toezichthouders? De meten is weten cultuur doet afbreuk aan het karakter van de zorgverlening. Dat wordt gekenmerkt door betrokkenheid en dienstbaarheid (Schnabel, 2004; Van Heijst, 2005; Van den Brink, 2006). Professionals zien hun handelen 'vertayloriseerd' worden, alsof ze lopende bandwerk doen. Niemand lijkt nog verantwoordelijk voor het hele zorgproces, ieder doet zijn stukje dat weer door aparte toezichthouders wordt gecontroleerd. De patiënt doorloopt echter niet de stukjes, maar ervaart het zorgproces als één geheel. De nadruk op procedures en meetbare prestaties staat steeds verder af van waar het om gaat in de zorg: de patiënt en de integrale kwaliteit van het hele proces van zorgverlening. Een van buiten opge-jaagde vernieuwing leidt vooral tot bureaucratisch gedrag en niet tot het vertrouwen in goede zorgverlening (Bekke, 1990; Lehnig, 1991; Power, 1997; 't Hart, 2001; 2007). Ik geef u een voorbeeld.

De overheid probeert minder vooraf te sturen en meer achteraf toezicht te houden op de publieke belangen. Dit staat haaks op veel budgetregels en verantwoordingsstructuren die bestuurlijk handelen aan de voorkant sturen. Om te laten zien hoe dat in de praktijk van sturing en toezicht

uitpakt neem ik u mee naar Zeeland. Bij de fusie tussen het Ziekenhuis Walcheren in Vlissingen en de Oosterscheldeziekenhuizen in Goes zijn vele belangen in het geding geraakt. Zeeland is een dunbevolkte provincie. Om goed gekwalificeerde artsen en verpleegkundigen aan te trekken en om de kwaliteit beter te borgen meende de Raad van Bestuur dat een fusie nodig was. Het zou kunnen garanderen dat artsen voldoende behandelingen verrichten om hun routines te behouden. Daarnaast zou het de financieel-economische stabiliteit en continuïteit garanderen ([www.nza.nl](http://www.nza.nl), [www.igz.nl](http://www.igz.nl), [www.goes.nl](http://www.goes.nl)). Artsen luidden echter in eerste instantie de noodklok en er was veel publieke en politieke commotie. Er bestond twijfel of de zorg met een centrale locatie in Middelburg nog dichtbij mensen georganiseerd kon worden. De vraag werd zelfs opgeworpen of het opzetten van een private kliniek op één van de locaties niet de werkelijke drijfveer van de bestuurders was. Ondertussen worstelden de toezichthouders met de weging van de in het geding zijnde belangen. De NMa was in eerste instantie tegen de fusie, vanwege de aanmerkelijke marktmacht die zou ontstaan. De mededingingsautoriteit hanteerde daarbij slechts dat criterium. De IGZ oordeelde echter dat de omvang van de bevolking in Midden-Zeeland onvoldoende is om volwaardige basisziekenhuiszorg aan te laten bieden door twee ziekenhuizen. De regio moet volgens de IGZ beschouwd worden als uniek, vanwege de geïsoleerde geografische positie. Waar andere kleinere ziekenhuizen eventuele kwetsbaarheden kunnen oplossen door gebruik te maken van nabijgelegen grotere (topklinische of academische) ziekenhuizen, kunnen zij dat niet. Vervolgens moet de NZa het kwaliteitsadvies van de IGZ integraal volgen in haar zienswijze richting de NMa. De NZa wilde dat de nadelen voor de keuzevrijheid van cliënten en de nabijheid van de zorg gecompenseerd zouden worden met passende maatregelen. Hij wilde dat de gevolgen voor zorgspecialismen en doelgroepen meegewogen werden en dat op onderdelen deconcentratie overwogen zou worden. De NMa hoeft echter niets te doen met die kanttekeningen van de NZa of de IGZ, maar besloot de fusie alsnog positief te beoordelen. Daarbij speelden doelmatigheid en kwaliteit een rol, maar lijken de drie toezichthouders verschillende interpretaties te hanteren. Het fusieziekenhuis komt evenwel in Goes, in Middelburg komt een klein ziekenhuis voor dagopnames en een EHBO post, en in Vlissingen sluit het Ziekenhuis Walcheren binnen een paar jaar.

Onduidelijk blijft hoeveel de aard van de zorgverlening er in de eindafweging toe doet. De verklaring daarvoor is gelegen in de verschillende



wettelijke bases van de toezichthouders. De NMa kijkt op basis van de Mededingingswet naar de vraag of er voldoende marktprikkels zijn om de kwaliteit te borgen. De NZa kijkt op basis van de WMG vooral naar toegankelijkheid, keus en kwaliteit van informatie. De IGZ kijkt op basis van de Kwaliteitswet naar inhoudelijke kwaliteit en patiëntveiligheid. Een gedeeld normenkader rond de kwaliteit van zorg ontbreekt, net als een afspraak welk van die belangen de doorslag geeft als ze strijdig zijn met elkaar. Toezichthouders geven daardoor verschillende signalen af over de weging van publieke belangen. Dat de IGZ, de NMa en de ziekenhuisdirectie het eens waren verhuult enigszins dat er ook andere stakeholders zijn die iets vinden. Te denken valt aan de Raad van Toezicht, cliëntenraden, media, huisartsen en zorgverzekeraars. De politiek liet zich ook niet onbetuigd in de roep om 'small is beautiful'. De toezichthouders op systeemniveau dienen allen in hoofdzaak één publiek belang, de scheiding tussen domeinen is daar vrij zuiver doorgevoerd, terwijl in de praktijk vele belangen tegelijk om de voorrang strijden en op het zorgbestuur afkomen. Er wordt geprobeerd dat in samenwerkingsprotocollen te ondervangen, maar die garanderen noch die gedragen weging van publieke belangen, noch een overeenkomstige interpretatie van wat het publieke belang is. Dat zorgt voor steeds meer spanningen.

#### *Het elastiek van vraag en aanbod*

De tweede governance relatie die ik met u wil bespreken is die tussen vraag en aanbod. Ook daar staat het elastiek gespannen. De individuele behoefte van de zorgvrager staat meer centraal, maar botst met wat collectief toegankelijk en betaalbaar is. Het botst soms ook met wat medisch of sociaal nodig is, of met wat van zorgvragers verwacht kan en mag worden. Technologisch kan er echter steeds meer. De grens tussen zorg en participatie wordt diffuser en de zorgbehoeften worden meer divers (Bekker, 2007; RVZ, 2009). Dat vraagt om afstemming in de keten, terwijl systemen van financiering en organisatie dat vaak bemoeilijken. Bovendien lijkt de samenleving niet zonder meer bereid ervoor te betalen, zoals een recente studie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2009) liet zien. We neigen er bovendien toe de uitgaven aan zorg als kostenpost te definiëren. Dat is opvallend als we ons beseffen dat we de uitgaven aan kinderopvang als ondersteuning zien en de aanleg van wegen als investering in economisch herstel. Dat we bijvoorbeeld de ouderenzorg als kostenpost beschouwen stuurt onze opvatting over het aantal ouderen

dat op één kamer moet verblijven of hoe we innovaties financieren. Het leidt echter tot spanningen tussen de systeemwereld en de leefwereld van zorgvragers en hulpverleners (Mintzberg en Glouberman, 2001; Van der Scheer, 2007; SCP, 2005; 2008). De oplossing wordt namelijk gezocht in betere aanbestedingsregels, nog meer richtlijnen en de bekostiging van tastbare zaken zoals 'verblijf'. Dat de zorgvraag van mensen echter complexer in elkaar steekt blijkt uit het volgende voorbeeld.

Daarvoor neem ik u mee naar het Wmo-loket in de gemeente Leeuwarden. Achter het loket zit een ambtenaar van wie verwacht wordt zich goed in te leven in de hulpvraag van de burger. In het loket verschijnt meneer De Vries die, waarschijnlijk als een van de laatste, van een Vut regeling gebruik gaat maken. Zijn vrouw heeft een AWBZ indicatie voor persoonlijke verzorging. Doordat hij stopt met werken wil hij haar graag zelf verzorgen. De man is ertoe in staat en, niet onbelangrijk, mevrouw wil het ook. De keerzijde is dat hij wel domotica en wat meer thuishulp via de Wmo nodig heeft. Dat maakt het mogelijk dat zijn vrouw de aandacht en verzorging krijgt die ze nodig heeft. De uitruil van de AWBZ indicatie tegen de Wmo hulp is weliswaar goedkoper, het maakt de cliënt blij en het is professioneel verantwoord, maar het mag niet. Het loopt vast in de systemen van financiering en verantwoording (VWS, 2009). In de rij voor hetzelfde loket ontmoet ik Els. Ze is 59 jaar en werkt 13 uur in de week. Ruim 7 jaar geleden koos ze ervoor om haar moeder thuis te verzorgen. Haar moeder is 90 en heeft 24-uurszorg nodig. Ze is dementerend en rolstoelafhankelijk. Ze heeft een knieprothese, en geen pijn meer aan die knie, maar haar mobiliteit is daardoor niet toegenomen. Els: "Moeder heeft vijf jaar lang, drie dagen in de week dagbehandeling gehad, en de huisarts kwam regelmatig langs. Maar ze trok het niet meer, en toen is ze gewoon weer thuis gekomen. Die dagen moest ik natuurlijk wel weer oplossen met nieuwe hulpen, maar mede doordat zij met die dagbehandeling is gestopt, is ons persoonsgebonden budget ook omhoog gegaan. Daar betalen we eigenlijk alle hulp van. Daarnaast heb ik een broer die meedraait, de weekenden. Mijn werkgever houdt rekening met het feit dat ik voor mijn moeder moet zorgen." Bij Els loopt het dus redelijk goed, door een kordate attitude, adequate professionele hulp en een gevarieerde inzet van financiële middelen. Bij Peter, een mantelzorger die uit schaamte niet naar het loket durft te komen, ligt dat anders. Hij raakte bedolven onder

formulieren van indicatieorganen, kon de kosten van ziekenvervoer niet meer dragen en bezweek onder de sociale druk van zijn familie om voor zijn zieke vader te zorgen.

De situaties van meneer De Vries, Els en Peter maken scherp duidelijk hoezeer zorg voor mensen draait om samenspel tussen professionele zorg en mantelzorg, en tussen de ambtenaar achter het loket en de cliënt. Dat raakt de kern van het zorgbestuur. Els wist zichzelf te redden, Peter niet. Bij de heer De Vries lukte het pas een goede oplossing te vinden toen Leeuwarden van de staatssecretaris mocht gaan experimenteren met het uitruilen van gelden. Dat is te prijzen, maar tegelijk een beetje gênant als het inspelen op de veranderende zorgvraag op experimentele basis moet gebeuren. De scheidslijn tussen cure, care en participatie wordt steeds dunner en samenwerking crucialer. De botsing van de systeemwereld met de leefwereld verhindert de adequate afstemming tussen vraag en aanbod. Ambtenaren in Wmo-loketten en zorgaanbieders overzien niet altijd wat cliënten zelf kunnen, en hoe het netwerk van woningcorporaties, zorgaanbieders, welzijnswerk en arbeidsmarkt eruit ziet. Daardoor krijgen cliënten niet altijd voldoende informatie over prijs en kwaliteit om keuzes te maken met hun PGB of voucher, maar is er ook te weinig zicht op het aanbod van collectieve voorzieningen in wijken en buurten. Een wat macabere illustratie daarvan kwam naar voren in onderzoek van de Hogeschool Rotterdam naar de aanbesteding van de eerstelijnszorg in Kralingen Crooswijk. De 5 gecontracteerde thuiszorgaanbieders boden de cliënt weliswaar keus, maar de huisarts ontmoette de verpleegkundige pas voor het eerst aan het sterfbed van de cliënt. De spanning met de integrale verantwoordelijkheid voor het hele zorgproces behoeft denk ik geen toelichting. Laten we maar zeggen dat er meer is tussen vraag en aanbod dan een aanbesteding.

### *Het elastiek van verwachtingen en verantwoording*

De derde gespannen elastiek bevindt zich tussen 'verwachting en verantwoording'. Verantwoording vindt niet enkel plaats tussen vrager en aanbieder op de markt, of tussen de overheid en degene die bijdraagt aan de uitvoering van overheidsbeleid. In toenemende mate vindt het horizontaal plaats richting groepen en individuen in netwerken in de samenleving. Daar leven ook verwachtingen over de kwaliteit van de zorg. Dat blijkt niet alleen uit claims als het misgaat, maar ook uit discussies in de media, met patiënten en in de lokale en regionale politiek. Er moet

in vele richtingen tegelijk verantwoording worden afgelegd. Waar dat niet adequaat gebeurt wordt opnieuw de oplossing gezocht in betere structuren, heldere verantwoordelijkheden, betere veiligheidssystemen, dwingende keurmerken, en meer transparantie-eisen rond prijs én kwaliteit. De neiging van zowel de markt, als de overheid is om er naar aanleiding van misstanden nog een tandje bij te doen. Zeker waar het om kwaliteit en patiëntveiligheid gaat behoren de zaakjes op orde te zijn, maar instrumentalisering en centralisatie leiden in een sociaal en professioneel systeem tot bureaucratisering en angstig gedrag. Het gevolg is dat de bestuurder zijn verantwoordelijkheid niet waarmaakt, dat de dialoog met medici tekortschiet en dat de Raad van Toezicht niet adequaat wordt geïnformeerd. De verantwoording naar de samenleving is dan ook gebrekkig. Er is dus meer nodig in termen van verwachtingen en verantwoording.

Ik neem u mee naar de televisiestudie van het programma Nova van dinsdag 1 september 2009. Clair Polak interviewt Wolter Lemstra in zijn functie als voorzitter van de onderzoeksc commissie die in opdracht van het Medisch Spectrum Twente de handelwijze van een van haar neurologen onderzocht. De verslaafde neuroloog stelde jarenlang verkeerde diagnoses, schreef verkeerde medicijnen voor, voerde geen overleg met collega neurologen, deed onderzoek zonder toestemming daarvoor te vragen, vervalste recepten en hield medische dossiers onvolledig bij. In de Nova reportage is te zien hoezeer dit het leven van de betrokken patiënten en families heeft ontwricht. Je zult maar onterecht te horen krijgen dat je Alzheimer hebt. Minstens zo belangrijk is de conclusie van de Commissie Lemstra dat die schade minder omvangrijk zou zijn geweest als de omgeving van de neuroloog het werk beter had gedaan. Zijn handelwijzen werden goedgepraat of verzwegen en niemand greep professioneel of bestuurlijk in. De Raad van Toezicht stond al helemaal op afstand, en de IGZ wachtte af. Een situatie dus die het vertrouwen in de zorgverlening schaadt en niet tegemoetkomt aan onze verwachtingen van professionals, bestuurders en toezichthouders. Achter Clair Polak en Wolter Lemstra zien we een live verbinding met Herre Kingma in Enschede, de huidige directeur van het ziekenhuis. Nadat Kingma de stelling van mevrouw Polak beaamt dat er een uiterst zorgelijke situatie was ontstaan, benadrukt hij vooral het disfunctioneren van de neuroloog. Hij spreekt nauwelijks over de rol van bestuur en toezicht. Niet onverwacht wordt hij ook bevraagd op zijn rol als hoofdinspecteur van de IGZ in de periode dat de verslaafde neuroloog

de schade aanrichtte. De verwondering op het gezicht van mevrouw Polak spreekt boekdelen als Kingma meldt dat er wel vaker meldingen van verslaafde artsen werden genoteerd, en dat het heel normaal was om het over te laten aan de regionale inspecteur en er zelf verder niks mee te doen. Geschokt richt mevrouw Polak zich weer tot Wolter Lemstra, die krachtig stelt dat er eindelijk eens iets aan de gezagsverhoudingen in ziekenhuizen moet gebeuren. Hij heeft gelijk dat de autonome positie van de medisch specialist een probleem vormt wanneer de moed ontbreekt om elkaar op fout gedrag aan te spreken. Zelfreflectie op professioneel en bestuurlijk disfunctioneren is echter minstens zo belangrijk. De ongetwijfeld onbedoelde grijns op het gezicht van Kingma vergroot de irritatie bij Clairy Polak zichtbaar. Laat ik maar eerlijk zijn, dat gebeurde niet alleen bij haar. 'Niemand is dus verantwoordelijk, en niemand dacht aan de patiënt?', is haar vraag aan Lemstra. Die kan niet anders dan dit bevestigen ([www.novatv.nl](http://www.novatv.nl); Commissie Lemstra, 2009).

In dit televisiefragment wordt duidelijk hoe het vertrouwen in de medische professie, het zorgbestuur en het toezicht een deuk oploopt. De verwachting is dat de zorgverlening professioneel en adequaat is. De verwachting is ook dat de patiënt centraal staat en dat er ingegrepen wordt als dat niet zo is. Verantwoording wordt steeds meer naar 'boven' gericht: richting het bestuur, de Raad van Toezicht, de Inspectie of de Minister. Daarbij wordt iedereen steeds meer aangesproken op het eigen stukje dienstverlening. Dat helpt niet bij het nemen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid in het hele zorgproces. Dat begint bij artsen zelf en hun bereidheid en morele plicht om elkaar aan te spreken en handelend op te treden als het niet goed gaat. Intercollegiale toetsing, visitaties en aandacht hiervoor in medisch specialistische opleidingen helpen daarbij. De maatschappelijke omgeving verwacht immers dat er communicatie plaatsvindt tussen medici, met de Raden van Bestuur en Toezicht en dat de Inspectie niet alleen sanctioneert maar inzet op de verbetering van kwaliteit en veiligheid. Het voorbeeld uit Twente deed me denken aan discussies met mijn oud collega-commissieleden bij de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de misstanden bij de cardiologie in het UMC St. Radboud in Nijmegen (OVV, 2008). Onze conclusie was dat zelfs al hebben instellingen keurmerken en accreditaties, en al juicht iedereen bij een score in de AD top 5, dat dit weinig zegt over de kwaliteit en patiëntveiligheid ter plaatse. Het wekt er alleen wel verwachtingen over.

## 4. De bestuurder stuurt!?

Ik heb u het duivelselastiek geschetst. De spanningen op de elastieken illustreren de complexe besturingsopdracht van zorgbestuurders. Het brengt hen gemakkelijk in een spagaat (Van Hout, 2007; Stoopendaal, 2008). De politieke en maatschappelijke omgeving trekken steeds krachtiger aan één kant van het elastiek, namelijk het insnoeren van hun handelen in procedures en structuren. Het afstemmen van vraag en aanbod gebeurt steeds meer via sancties en monitors. Verantwoording wordt meer afgelegd naar 'boven', richting toezichthouders, dan naar de patiënt. Het zijn vooral de 'one size fits all' oplossingen die voor het besturen met duivelselastiek ongeschikt zijn. Deze disciplinerende van het zorgbestuur is wel begrijpelijk, maar het belemmert het maken van afwegingen die op specifieke situaties zijn toegesneden (Glouberman en Mintzberg, 2001). Veel bestuurlijke oplossingen staan ver af van wat in de praktijk als behulpzaam ervaren wordt. De voorbeelden lieten echter ook zien dat de bal deels bij de bestuurder zelf ligt. Hij creëert handelingsruimte en verantwoordt zich daarover (Rhodes, 2007). Dat gaat soms ook mis. Nu we een aantal ruimtes hebben bezocht waar de spanningen rond meervoudig besturen zich voordoen, en we de plekken gezien hebben waar verantwoording wordt afgelegd, wil ik nader analyseren hoe hij daarbij legitimiteit verwerft of verliest. In mijn zoektocht naar wat goed zorgbestuur is loop ik de hulpbronnen van de zorgbestuurder langs.

### *Sturen met instituties*

Bestuurders gebruiken frequent verschillende hulpbronnen, maar doen dit niet altijd bewust. Net als in Den Haag is er in en rond zorginstellingen veel aandacht voor formele instituties, zoals rechtsvormen, financieringsstructuren en organisatiemodellen. Het helpt bij het omgaan met de spanningen, maar het is niet voldoende. Er wordt bijvoorbeeld een beperkt aantal belanghebbenden in een Raad van Toezicht of coöperatie benoemd, terwijl er steeds meer belanghebbenden zijn waarmee contacten moeten worden onderhouden om draagvlak voor keuzes te verwerven. De gedachte dat het verankeren van de relaties met de omgeving in een rechtsvorm of organisatiemodel per definitie tot effectiever bestuur leidt is onjuist. Daar is meer voor nodig. Ik loop drie institutionele hulpbronnen van de bestuurder langs.

Via *rechtsvormen en organisatiestructuren* proberen bestuurders dus allereerst de relaties met de omgeving en de interne verhoudingen met professionals te structureren. Dat gaat over aandeelhouderschappen en zetels in Raden van Toezicht en cliënten- of belanghebbendenraden (Van der Kraan en Meurs, 2007; VWS, 2009). Het Vlietlandziekenhuis in Schiedam probeert bijvoorbeeld via de zorgcoöperatie betrokkenheid te verankeren met medici, huisartsen, cliënten en de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar mede-eigenaar wordt van het ziekenhuis roept dat echter ook vragen op over de mogelijke keuzevrijheid van de patiënt en hun invloed op medisch inhoudelijke afwegingen. Het Waterlandziekenhuis in Purmerend probeerde via de invoering van een BV de medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen en patiënten als aandeelhouder aan zich te binden. Uiteindelijk ging dat niet door, omdat het niet mogen uitkeren van rendementen vooral voor de beroepsbeoefenaren onaantrekkelijk bleek. In de mogelijke nieuwe rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming wordt wel winstuitkering mogelijk gemaakt en wordt de positie van belanghebbenden via een radensysteem versterkt. Ook deze rechtsvorm roept echter veel discussie op over de invloed van investeerders en de verstarring die optreedt door de institutionalisering van de positie van belanghebbenden. Kortom, ook die rechtsvorm lost de spanningen die ik benoemde niet op. Er is dus aandacht nodig voor meer informele instituties, en andere hulpbronnen.

We zien daarom ten tweede meer *keurmerken, accreditaties* en *codes* ontstaan, zoals het keurmerk Topklinische GGz ([www.topggz.nl](http://www.topggz.nl)), het HKZ certificaat en de beloningscodes voor bestuurders. Met dergelijke instrumenten stelt het zorgveld zelf normen rond de kwaliteit van zorg, transparantie en goed bestuur. Als dit leidt tot nieuwe of betere zorg dan kunnen vraag en aanbod beter worden afgestemd. Dit brengt echter ook risico's met zich mee, bijvoorbeeld over de effectiviteit van nieuwe behandelingen of ten aanzien van de kosten van de toenemende vraag naar zorg. Het budgetsysteem, maar ook onderhandelingen op de markt, zijn er vaak op gericht om die risico's uit te sluiten. Als er geen bereidheid bestaat bij de overheid, zorgverzekeraars of de zorgaanbieders zelf om financiële of professionele consequenties aan een keurmerk te verbinden dan biedt het voor bestuurders en professionals weinig soelaas om de spanningen tussen vraag en aanbod beter hanteerbaar te maken.

Tenslotte noem ik de *beroepsvorming* onder bestuurders als institutionele hulpbron. De professionalisering van het vak is belangrijk voor het richtinggevend kader voor bestuurlijk handelen. De beroepsvereniging NVZD kent geen dwingend lidmaatschap, maar is wel steeds normender geworden in opleidingseisen en samenwerking met opleidingsinstituten zoals het Erasmus CMDz ([www.cmdz.nl](http://www.cmdz.nl)). Daarnaast is er betrokkenheid bij zelfregulerende instrumenten zoals de code 'good governance', de beloningscode van de NVZD en de NVTZ en de ethische code voor bestuurders ([www.nvzd.nl](http://www.nvzd.nl); NVZD en NVTZ, 2009). Er is ook een accreditatie voor bestuurders in ontwikkeling, een soort van puntenlijst voor kwaliteiten en ervaringen van bestuurders. Hoewel dit beoogt bij te dragen aan goed zorgbestuur suggereert het ook dat er een ideale set van criteria zou bestaan voor de 'match' tussen de bestuurder en de zorginstelling. De effectiviteit van het bestuur wordt echter niet één op één bepaald door de eigenschappen van de zorgbestuurder. Een accreditatie die daarvan uitgaat leidt tot een vorm van schijnkwaliteit, omdat de perfecte bestuurder nu eenmaal niet bestaat. Bij dokters is het iets duidelijker: een verkeerde ingreep kan tot de dood van een patiënt leiden. Een goede ingreep ook, maar dan geldt 'operatie geslaagd, patiënt overleden'. De complexiteit van het zorgbestuur maakt zo'n benadering onzinnig. Bestuurders moeten vooral kunnen reflecteren, de dialoog aangaan, begrijpen waar weerstanden zitten en tegenmacht kunnen organiseren.

### *Sturen met interacties*

Institutionele hulpbronnen helpen de bestuurder dus onvoldoende. De tweede categorie hulpbronnen betreft de interacties met de omgeving. Deze ontstaan wel binnen historisch gegroeide instituties (Haverland, 1999). De verhoudingen tussen zorginstellingen en hun omgeving hebben een geschiedenis. Toch verandert er veel in zowel het actuele 'samenstel' van betrokken actoren, als in hun 'samenspel' (Laeven, 2008). Met steeds meer publieke, private en professionele actoren moeten zorginstellingen contacten onderhouden. Bestuurders moeten dus het speelveld en de strategische opties kennen. Dat betekent: weten met wie je samenwerkt, hoe je lobby organiseert en hoe je werkt aan vertrouwen van cliënten en professionals. Naast institutioneel vertrouwen is dus sociaal vertrouwen relevant (Meurs, 2008). Het bespelen van relaties met de omgeving kan daarvoor ruimte creëren, zodat men beter in staat is vraag en aanbod te verbinden en zich adequaat te verantwoorden naar de maatschappij.



Ik schets u eerst de variëteit in het samenstel van stakeholders rond het zorgbestuur. Zo zijn er steeds meer toezichthouders die veel invloed uitoefenen op het speelveld. Naast de NMa, NZa en IGZ die ik al noemde zijn er bijvoorbeeld de AFM, DNB, het CVZ en de Consumentenautoriteit. Intern zijn er natuurlijk nog de Raden van Toezicht, de controllers en accountants. Als je het op een rij zet heeft een zorginstelling met meer dan 30 toezichthouders van doen. Verder neemt de rol van de media toe, net als de invloed van organisaties uit heel andere sectoren zoals de volkshuisvesting en de sociale zekerheid. Bovendien neemt, buiten het zicht van velen, de invloed van banken op investeringsbeslissingen sterk toe. Commerciële zorginstellingen betreden ook de markt. Bestaande instellingen participeren zelf in toenemende mate in nieuwe verbanden. Alliantie M3 is bijvoorbeeld een verzameling van instellingen voor mensen met een beperking die de zorginkoop coördineert en daarbij menselijke maat en aandacht voor zorgzaamheid probeert af te dwingen ([www.vgn.nl](http://www.vgn.nl)). De franchise alliantie Corona is ook zo'n voorbeeld, waarbij 20 instellingen en het commerciële Plexus zich verbonden hebben aan een concept om kleinschalige voorzieningen te realiseren, gericht op levensloopbestendig wonen, via de inzet van E-learning, ICT en domotica ([www.corona-wonen.nl](http://www.corona-wonen.nl)). Het komt bovendien steeds vaker voor dat professionals een eigen kliniek of thuiszorgorganisatie beginnen, en dat zij in nieuwe zorgconcepten zoals Buurtzorg participeren. Ouders nemen initiatieven zoals bij de Thomashuizen, en verenigingen zoals Scouting Nederland werken met gemeenten en instellingen samen om met hun jeugdleden bij te dragen aan het slechten van drempels voor gehandicapten op openbare plaatsen ([www.scouting.nl](http://www.scouting.nl)). Dit alles is slechts een impressie van wie zich op het speelveld van de zorg begeeft.

Dit veranderende speelveld zorgt ook voor ander *samenspel* tussen zorginstellingen en de omgeving. Het systeem van gereguleerde concurrentie leidt tot verhoudingen die gebaseerd zijn op de 'rational choice' benadering en 'principal-agent' mechanismen, uitgaande van scherp omschreven en gescheiden verantwoordelijkheden en rollen voor de overheid en marktpartijen (Lapré, Rutten en Schut, 2001; Schut, 2003). 'Agents' streven één doel na voor een ander, en voeren op basis van een contract of aanwijzing opdrachten uit die in overeenstemming zijn met dat doel. Dat kan een ziekenhuis zijn dat voor de overheid een voorziening van spoedeisende zorg uitvoert. Daarbij ligt een sterke focus op onderhandelingen over contracten, en op hiërarchische sturing

door de overheid op bijvoorbeeld kostenbeheersing. Waar 'agents' de legitimiteit van hun handelen ontleen aan de naleving van hun contract, en uitvoeringsorganisaties van de overheid dat doen aan de uitvoering van politiek geformuleerd beleid, is voor hybride organisaties echter de wisselwerking met de maatschappelijke context cruciaal. Ik schetste net al dat daar juist veel beweging in het spelersveld is. Dat leidt tot de roep om inspraak voor belanghebbenden, samenwerking in zorgketens, het betrekken van verschillende typen professionals en het koppelen van zorg aan maatschappelijke dienstverlening en welzijn (Van Wijngaarden, 2006). Deze meer horizontale relatiepatronen zijn niet te begrijpen vanuit een principaal-agent benadering.

Een voorbeeld waarbij geprobeerd wordt om op dit veranderende krachtenveld in te spelen is MijnZorgNet in Nijmegen. Met behulp van digitale netwerken voor patiënten die een IVF behandeling ondergaan of aan Parkinson lijden, krijgen patiënten zelf de regie over hun zorgdossier. Zij kunnen chatten met lotgenoten en artsen. Er kan op maat een behandelingschema worden afgesproken, en er wordt via multidisciplinaire samenwerking een samenhangend zorgpakket aangeboden. Er wordt een digitale community gecreëerd rond de patiënt, met als doel 'loyalty' naar elkaar, vertrouwen in en verbinding tussen professionals. Tegelijkertijd streeft men naar meer transparantie over prijs en kwaliteit en valt er voor patiënten iets te kiezen ('choice' en 'exit'). Het initiatief is nog sterk regiogebonden, waardoor er ook een binding met de gemeenschap en de huisartsen ontstaat. Het is dus een duidelijke poging om patiënten meer regie te geven, keuzemogelijkheden op de markt te vergroten, een community te creëren van ervaringsdeskundigen, lotgenoten en professionals en loyaliteit aan behandelingen en afspraken te vergroten. Wij zullen de komende periode volgen en evalueren of het lukt om deze spanningsvolle combinatie te accommoderen. Behalve de keuze voor de BV als rechtsvorm wordt gestuurd op de relaties met stakeholders eromheen, zoals de overheid, de politiek en onderzoeksinstituten zoals ZonMw. Meervoudig besturen vinden we dus terug in de creatie van interfaces met de cliënt en met de omgeving die het samenspel sturen.

#### *Sturen met informatiegebruik en kennisverwerving*

Daarbij speelt ook de derde hulpbron voor bestuurders een rol: informatie en kennis. Bij de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen bleek de informatie over de gevolgen voor de kwaliteit van zorg beperkt of te worden betwist.

Er werden verschillende criteria voor kwaliteit en toegankelijkheid gebruikt en de relatie tussen de norm en het oordeel van toezichthouders is niet altijd duidelijk (Tuijn et al., 2009). De spanning tussen vraag en aanbod werd zichtbaar in het Wmo-loket. De beschikbare informatie over bijvoorbeeld prijs en kwaliteit maakt de dialoog en het onderlinge vertrouwen niet onbelangrijker. Het voorbeeld van de verslaafde neuroloog in Twente liet bovendien zien dat de informatie over handelwijzen er soms wel is, maar niet wordt gebruikt. Bestuurders gebruiken dus soms ondoordacht hun kennisbronnen. Er wordt wel marktonderzoek verricht, de AD- en Elsevierlijstjes vinden grif aftrek en er zijn registratiesystemen voor van alles en nog wat. Ervaringsdeskundigheid, epidemiologisch onderzoek en kennis uit de 'civil society' blijven echter vaak onontgonnen of onbenut. Dat geldt ook voor de mogelijkheden die ICT toepassingen bieden om belanghebbenden te raadplegen. Kennis van de eigen maatschappelijke omgeving en doelgroep zijn cruciaal voor de effectieve wisselwerking ermee. De wijze waarop bestuurders dus hun omgeving interpreteren, en ook cognitief verbindingen leggen naar relevante kennisbronnen, is sturend voor het afstemmen van vraag en aanbod en voor het managen van verwachtingen (Nooteboom, 2004; WRR, 2006; Meurs, 2006).

Allereerst is er de *onontgonnen informatie*. De behoeften van cliënten staan de bestuurder niet altijd helder op het netvlies. Ik neem u mee naar de keukentafel van een oud echtpaar in een verpleeghuis in Nieuw-Lekkerland. In een gesprek met één van onze studenten geven de man en vrouw aan dat ze heel tevreden zijn over de zorg en dat het personeel toch altijd zo vriendelijk voor hen is. Na een tijdje zijn ze meer op hun gemak en komen ze los. Hun ervaren leefkwaliteit bleek toch niet zo optimaal te zijn als geschetst. Er is vooral ergernis over de tuin die niet onderhouden wordt. Terwijl ze hun hele leven goed voor hun eigen tuin hebben gezorgd moeten ze nu elke dag tegen een wildernis aankijken. De keukentafelgesprekken leidden ertoe dat het verpleeghuis het tuinonderhoud anders en frequenter kon gaan organiseren om de cliënttevredenheid te vergroten. Knelpunten in de hulpverlening liggen dus niet altijd in de professionele zorg of service, maar ook in de relatie met mantelzorg, sociaal contact en het tuinonderhoud (Van der Lans, 2009). Kennis daarvan vraagt om informatie vanuit de doelgroep. Een opgestuurde enquête laten invullen helpt daarbij niet. Het inleven

in de doelgroep vraagt om het benaderen van die doelgroep op heel verschillende en onconventionele manieren. Ervaringskennis vraagt om inlevingsvermogen van bestuurders en hulpverleners.

Daarnaast is er de *onbenutte informatie*. De beschikbare kennisinfrastructuur is soms onzichtbaar of onbekend. In twee GGD-regio's in Brabant is een regionale VTV ontwikkeld. Binnen dit project zijn specifiek voor gemeenten lokale kernboodschappen voor beleid gemaakt. Deze omvatten waardevolle epidemiologische en demografische informatie voor het in kaart brengen van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid. De belangrijkste klant van die informatie zijn gemeenten en de lokale politiek (Van Bon-Martens, De Goede, Van de Goor en Van Oers, 2009). Zorginstellingen en hulpverleners zijn niet of nauwelijks bij de totstandkoming betrokken, laat staan dat ze de informatie vinden en gebruiken. Uit onderzoek bleek in de gemeente Oss slechts 3 van de 11 ambtenaren betrokken bij de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid, kennis van lokale kernboodschappen te hebben. In Breda was dit 5 van de 13. Dat richt zich bovendien op concrete issues, zoals alcohol- en drugsgebruik (De Goede, 2009). Buiten de afdelingen Wmo en Public Health is er niemand bekend mee. In Breda werden zorginstellingen wél betrokken bij het lokaal gezondheidsbeleid, maar ook bij hen zijn slechts 5 van de 20 betrokkenen bekend met wat er aan informatie over de volksgezondheid en de zorgvraag beschikbaar is. Beschikbare informatie werkt niet door in het gemeentelijke Wmo-beleid en in het beleid van zorginstellingen. Het blijft iets dat binnen de 'koker' van Public Health blijft hangen, terwijl het ook voor andere beleidsterreinen strategische waarde heeft.

Tenslotte is er nog *ongeschikte informatie*. De kennisinfrastructuur in de zorg blijkt sterk verweven te zijn met de institutionele omgeving. Adviesraden zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling adviseren nog overwegend aan de Regering en het Parlement, terwijl veel verantwoordelijkheden voor de zorg inmiddels zijn gedecentraliseerd of vermarkt (Bal et al., 2002; Bal, 2008). Het gaat daardoor vaak over beleid en bestuur op nationaal niveau, terwijl informatie over lokale behoeften of werkwijzen nodig zijn (Den Breejen, Meurs, Putter, 2008; Putter, 2009). Informatiestromen veranderen niet synchroon mee met het zorgstelsel (Van der Steen, 2009).

Hetzelfde fenomeen doet zich overigens in zorginstellingen voor. Informatie over professionele praktijken zou het zorgbestuur moeten bereiken, maar de van bovenaf opgelegde indicatoren over innovatie en kwaliteit sluiten daar vaak niet op aan (Zuiderent, 2008). Daardoor komt niet alle relevante informatie bij het bestuur terecht. Voor de legitimiteit en effectiviteit van het zorgbestuur is informatie over de specificiteit van zorgpraktijken echter van toenemend belang. Dat vraagt om het zich inleven in die praktijken.

### *Sturen op intuïtie en vanuit jezelf*

Als laatste hulpbron noem ik de bestuurder zelf. Je brengt tenslotte ook jezelf nog mee. De opstelling van Hans Simons in de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen deed ertoe, net als die van de inspecteurs. De bestuurder die meedeed bij de aanbesteding van de Wmo in Leeuwarden zette in op het doorbreken van de financieringsschotten. Herre Kingma zat in Nova. Ze acteren verschillend. Hoe komt dat, en waaraan ontlene we onze beoordeling of zij het goed doen of niet? Een beroepsethiek die aangeeft wat we van hen mogen verwachten ontbreekt teveel (Grit en Meurs, 2005; Trappenburg, 2008). Deze beroepsethiek is een afgeleide van die van medische professionals, maar ook van maatschappelijke betrokkenheid, ondernemerschap en publieke verantwoordelijkheid. Hoeveel monitors of accreditatiesystemen we ook instellen, en hoeveel taken we ook scheiden, de verwachtingen en richtinggevende normen voor het gedrag worden dus nooit eenduidig. Dat vraagt om een beroepsethiek die zich richt op specifieke situaties. Daarbij zijn er enkele vaste ijkpunten te noemen.

Als eerste het vermogen om *meerdere rollen tegelijk te vervullen*. Markt en overheid hebben de neiging op één van de rollen te sturen, terwijl de maatschappelijke omgeving alles tegelijk verwacht. Soms wordt je aangesproken als ondernemer, als hoeder van een publiek belang of als partij in maatschappelijke dienstverlening. Je moet de zorgvrager in vele rollen bedienen: als patiënt, cliënt, burger en klant (Van der Kraan, 2006). Het risico bestaat dat als je het bestuurlijk handelen langs inhoudelijke lijnen legitimeert je aanloopt tegen procedurele, organisatorische of financiële onmogelijkheden. Wanneer je het handelen procedureel legitimeert kom je vaak niet tegemoet aan de behoeften van personeel en cliënt. Toch lukt het bestuurders regelmatig om rollen te combineren, zoals bij MijnZorgNet het geval lijkt te zijn. Een ander voorbeeld is de begeleiding van een meervoudig gehandicapte jongen door de Lunet

zorggroep uit Eindhoven. De ouders van de jongen zouden eens in de zoveel tijd een weekend zonder hem moeten zijn om tot rust komen. De opvang van de jongen wordt echter niet gedekt door het overheidstarief of via de onderhandeling op de markt. Toch kiest de bestuurder ervoor. Het bevordert de kwaliteit van het professionele werk en de situatie van het gezin. Dat is geen neutrale keuze, de bestuurder stelt: 'Je kunt als instelling ervoor kiezen je eigen solidariteit te organiseren'. De consequentie is dat de instelling deze voorziening betaalt uit eigen middelen. En die middelen zijn beperkt.

In de tweede plaats is het onderhouden van *relevante netwerken* van belang. Tussen markt, overheid, gemeenschap en professie bestaan zorgnetwerken en participeren zorgbestuurders in commissies, adviesorganen, en commissariaten (Schulz, 2009). Een beetje zorgbestuurder heeft direct toegang tot de Minister van VWS en wordt vaak gezien op het departement. Dat geldt evenzeer bij de Board of Directors van Philips overigens, waar menig toezichthouder of bestuurder vanuit professionele achtergrond inmiddels meer raakvlak mee heeft. Er worden op persoonlijk vlak publieke, private, commerciële en professionele verbindingen gelegd. De voorbeelden zijn talrijk. Ella Kalsbeek is directeur van een jeugdzorginstelling en voorzitter van het Actieplan Professionalisering Jeugdzorg. Wim van der Meeren was ziekenhuisdirecteur en is nu voorman van de CZ groep Zorgverzekeringen en deelnemer in vele overheids- en NVZD commissies en besturen. De bestuurders leggen dus ook zelf – in persoon – verbindingen tussen domeinen.

Als derde is het van belang dat de bestuurder de *competentie heeft om distantie te bewaren* tot elk van de domeinen, zodat hij normen ter discussie kan stellen, zoals pyjamadagen of het handelen van artsen. Via het opstellen van competentieprofielen, het publiceren van boeken en artikelen, en het creëren van opleidingscentra draagt de NVZD bij aan de zoektocht naar adequate competenties en ijkpunten voor goed bestuur (Van der Meulen, 2009; Noordegraaf, 2008). De nadruk ligt daarbij echter sterk op het ondernemerschap van zorgbestuurders en – zoals gezegd – de zuivere match met de geschiktheid van de bestuurder. Het bestuur van zorginstellingen vraagt echter om het vermogen tot reflectie en om zorginhoudelijke kennis. Juist in de verbinding tussen de zorginhoudelijke kennis met de maatschappelijke en financieel-economische context moeten

bestuurders afstand kunnen bewaren tot elk van de domeinen, maar ook nabij kunnen zijn vanuit hun betrokkenheid bij de zorg (Stoopendaal, 2008).

Dat wordt ten vierde sterk gestuurd door het morele kompas van de bestuurder: hoe er naar de zorg en de omgeving wordt gekeken. Dat gaat over zijn visie op wat goede zorg is, en hoe dat gerealiseerd moet worden. Het morele kompas richt zich op de betrokkenheid bij de doelgroep van de zorgverlening en het ten dienste willen staan van de professionals. Daarnaast moeten bestuurders tegenmacht kunnen organiseren om een adequate weging met andere in het geding zijnde belangen te maken. Door te reflecteren op zijn persoonlijke voorkeuren, professionele normen en externe claims (politiek en maatschappelijk) moet de bestuurder daartoe in staat zijn (NVZD, 2004; Meurs en Van der Grinten, 2005; Noordegraaf, 2005). Op deze wijze weet de omgeving van de bestuurder wat ze kan verwachten (Le Grand, 1997). Het Sint Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg profileert zich bijvoorbeeld als 'lief ziekenhuis', waarbij de maatschappelijke betrokkenheid en invloed van patiënten wordt benadrukt. Het ziekenhuis neemt afstand van het 'u roept wij draaien' principe. Het Erasmus MC stuurt aan op een 'contract met de Rotterdamse samenleving' en wil de maatschappelijke inbedding in het kennis- en zorgnetwerk van de stad versterken. De Parnassia Bavo Groep verkiest een meer onzichtbare rol waar het gaat om het bereiken van mensen met een alcohol- of drugsverslaving. Iedereen kan anoniem de website [www.drugsondercontrole.nl](http://www.drugsondercontrole.nl) of [www.alcoholondercontrole.nl](http://www.alcoholondercontrole.nl) een vragenlijst invullen en de eigen situatie in kaart brengen en eventueel daarna een arts te raadplegen. Dit is een benadering die past bij het klantdenken, maar ook bij de lastig te bereiken doelgroep. Het is steeds verbonden met de visie van de bestuurder en zijn kennis van de doelgroep. Via hun morele kompas kunnen bestuurders dus vakkundigheid en ethisch normbesef tonen (Van der Meulen, 2009). Een beroepsethiek die al deze elementen verbindt, en dient als richtinggevend kader voor goed zorgbestuur, ontbreekt echter.

## 5. Het bestuurlijke tekort in de zorg

Ik heb u laten zien dat de ruimte voor het besturen met duivelselastiek wel wordt gevonden, maar evenzo snel weer wordt betwist. Ik liet u ook zien dat er op vele plekken hulpbronnen worden ingezet om het bestuurlijk handelen te legitimeren. Zoals ik aantoonde met de beschikbare informatiebronnen, worden deze soms niet of eenzijdig gebruikt. De nadruk ligt al snel op de meetbare indicatoren voor goede zorg, terwijl er méér wordt verwacht van goede zorgverlening dan dat. Dat versterkt de spanning op het elastiek. Dat duidt op een bestuurlijk tekort dat zelfs de vraag oproept of de bestuurder nog wel bestuurt of kan besturen. Ik zal dit tekort toelichten aan de hand van drie kwesties.

### *Structurele onderwaardering van het eigene van de zorg*

De eerste kwestie gaat over de aard van de zorg en de kenmerken van de patiënt zelf. In navolging van het rapport Lemstra zou ik bijna zeggen ‘Wat doet de patiënt ertoe?’ Procedurele normen redeneren weg van het unieke van de relaties met patiënten en cliënten. Dat wringt, omdat het type professionals veelal hoogopgeleid en specialistisch geschoold is. Dat verdraagt zich moeilijk met van bovenaf opgelegde uitvoeringsdecreten en een hausse aan registratie-eisen. De productiemiddelen zijn bovendien niet gestandaardiseerd, omdat het de professional en diens relatie met de cliënt betreft. De beschikbare tijd en het geld om tot afwegingen te komen worden beperkter, terwijl zorgverlening om meer aandacht voor de cliënt vraagt. Pas op langere termijn worden de kwalitatieve resultaten (leefkwaliteit en levensverwachting) zichtbaar. Bovendien betekent de zorg voor professionals vaak het hebben van een roeping. Het is dus meer dan de vervaardiging van een product. De niet aflatende wens om de zekerheid en voorspelbaarheid van zorgbestuur te vangen in prestatie-indicatoren en monitors leidt dus tot schijnwerelden en schijnzekerheden (Van der Lans, 2005; Van den Brink, 2006; Meurs, 2008; Van Hout, 2007; Cazemier et al., 2009).

De zorginhoudelijke boodschap is te voorkomen dat het bestuurlijk handelen wegdrijft van waar het in de zorg om draait: de goede zorg voor de patiënt. Komend vanuit een situatie van veel vertrouwen in professionals ontstaat nu een situatie van een dominant vertrouwen in contracten en systemen. Die vormen steeds meer een keurslijf dat de reflectie op wat goede zorg is in gevaar brengt. Het leidt tot een



structurele onderwaardering van het eigene van de zorg in het bestuur. Mijn onderzoeksagenda richt zich op de vraag hoe dit uitwerkt en anders kan.

*De fundamentele kenmerken van meervoudig besturen worden niet geaccepteerd*

De tweede kwestie is dat de fundamentele kenmerken van meervoudig besturen in de zorg niet meer worden geaccepteerd. Meervoudig besturen impliceert namelijk ook gedeeld bestuur: het delen van de macht in de publieke ruimte tussen overheid, markt, gemeenschap en medische professie. De daaruit voortvloeiende opdracht voor bestuurders, namelijk te zoeken naar gedragen compromissen tussen de vele eisen en verwachtingen, is daardoor lastig te realiseren. De sterke wederzijdse afhankelijkheden in de zorg maken een publiek-private én professionele dialoog noodzakelijk. In reactie hierop zullen sommigen stellen dat dit er minder toe doet, dat polderstructuren verdwenen zijn of moeten verdwijnen. Empirisch gezien klopt dat niet. Het illustreert de afstand tussen ideologie en praktijk. De culturele component van die traditionele context is namelijk allerminst verdwenen. Als het erop aan komt vallen we terug op mechanismen van overleg en consensusvorming, vermenging van publiek en privaat, formele en informele verbanden, en non-profit en for profit. Een pregnante uiting ervan is de aanpak van de economische crisis door het Kabinet en de sociale partners. Ineens werd de afstemming met sociale partners, van wie kort ervoor nog werd betwist of ze vanwege afnemend ledental nog wel legitieme gesprekspartners waren, in ere hersteld. In de zorg zien we hetzelfde bij het ontwikkelen van normen voor kwaliteit en de samenwerking rond de medisch specialistische opleidingen. Ik liet u ook veel voorbeelden zien waarbij de bestuurder zelf zoekt naar gedeeld bestuur. Het gebeurt dus wel, maar het mag eigenlijk niet.

De 'way out' wordt gezocht in procedurele oplossingen. Marktwerking en overheidssturing neigen als twee tegen elkaar opstuwende golven de ruimte voor bestuur in snel tempo op te vullen met straffe disciplinerende van het bestuurlijk handelen (Saltman, 2008; Van Kemenade, 2007; Helderma et al., 2007; Van der Grinten, 2007). Een zeer actueel voorbeeld is te vinden in de brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' (VWS, 2009) waarin wederom nog sterker de nadruk ligt op transparantie, uitbreiding van prestatie indicatoren en meetbare eenheden, meer heldere verantwoordelijkheden en sanctionerende instrumenten voor

toezichthouders. Hierdoor ontstaan fricties tussen het feitelijk gedrag van het zorgbestuur en de maatschappelijke waardering daarvan. Dat maakt de zorgbestuurder snel verdacht.

De boodschap is dat voorkomen moet worden dat de oplossingen voor bestuurlijke problemen steeds in dezelfde groef van disciplineren, schuld en boete worden gezocht. De spanningen rond het zorgbestuur moeten juist hanteerbaar worden gemaakt in plaats van te worden versterkt. De zoektocht naar nieuwe vormen van leiding geven, interne en externe verantwoording en dialoog zijn onderdeel van mijn onderzoeksagenda. Ze zijn onderdeel van mijn zoektocht naar de legitimiteit van gedeeld bestuur.

#### *Beroepsethiek van bestuurders ontbreekt*

De derde kwestie betreft de ontbrekende beroepsethiek van bestuurders. Het richtinggevende normenkader voor goed bestuur ontbreekt, ook bij deze beroepsgroep zelf. Dat leidt ertoe dat ze gemakkelijk als 'cowboys' en ferrari-rijders worden neergezet die voor economisch profijt gaan. Ze voldoen niet altijd aan de maatschappelijke en professionele verwachtingen, al zijn deze ook vaak tegenstrijdig of onduidelijk (Weick, 1995; Peeters, Van Twist en Van der Steen, 2008). Er wordt wel een 'guardian syndrome' en een 'commercial syndrome' onderscheiden, waarmee de bestuurder als hoeder van het publieke belang en de bestuurder als marktkoopman tegenover elkaar worden gesteld (Jacobs, 1993). De koopman appelleert aan winstoogmerk, efficiëntie en innovatie. De hoeder van het publieke belang aan gelijke toegankelijkheid, rechtvaardigheid en solidariteit. Er is echter een derde 'syndroom' van 'care, cure en charitas' met een eigen moraliteit. Deze refereert allereerst aan de zorg als waarde in zichzelf, dat gaat uit van de unieke situatie van zorgrelaties. Daarnaast richt het zich op compassie, lichamelijke mededogen, de verwachting van dankbaarheid, professionele deskundigheid, kwetsbaarheid en maatschappelijk ondernemerschap (Tonkens, 2003; Kenis, 2005; Duivenboden en Van Hout, 2009). Het ontbreken van een beroepsethiek op basis van een verbinding van dergelijke waarden leidt tot een structureel legitimatietekort rond het handelen van bestuurders.

De boodschap is hier dus een eigen beroepsethiek te ontwikkelen in plaats van steeds te balanceren tussen het 'commerciële' en het 'publieke'. Zorgbestuurders moeten zelf veel duidelijker maken waar zij voor staan

en wat dit voor de zorg betekent. Het gaat bij meervoudig besturen namelijk niet om het scheiden, maar om het verbinden van tegengestelde belangen, verlangens en ideeën. De beroepsethiek moet daaraan richting geven via het morele kompas van bestuurders. Dat moet leiden tot nieuwe routines, het inzetten van nog onbenutte kennisbronnen en relaties, en het communiceren van reële verwachtingen (Hertogh, 2004; WRR, 2004; Brandsen, Van de Donk en Kenis, 2006). Hoe dit kan en werkt is eveneens onderdeel van mijn onderzoeksagenda.

## 6. Herbezinning op de machtsdeling tussen de politiek en het zorgbestuur

Deze analyse over het zorgbestuur leidt tot vragen over de relatie met de politiek. De zorgsector ontwikkelt zich van een dominant corporatistisch bestel met intermediaire bestuurlijke structuren naar een meer pluralistisch bestel van een ongespecificeerd aantal veelvormige, competitieve en niet hiërarchisch gebonden organisaties. Steeds meer partijen met verschillende belangen begeven zich op het speelveld. Zij hebben geen zeggingskracht op basis van het representeren van een gezamenlijk belang richting de politiek en de overheid. De bestuurlijke instituties om tot een compromis tussen vele belangen te komen zijn daarnaast verplaatst naar het decentrale overleg en de onderhandeling op de markt. Dit blijkt voor de politiek, die deze instituties zelf gecreëerd heeft, lastig. Het betekent namelijk dat de publieke ruimte gedeeld moet worden met een variëteit aan organisaties en netwerken dat de zorg op verschillende manieren realiseert (Schuyt, 2006; Saltman, 2008). Het ontbreken van die acceptatie leidt ertoe dat veel maatschappelijke issues direct op de politieke agenda terechtkomen en niet meer in de 'tussenruimte' worden opgelost (Van der Grinten, 2007; Drosterij, 2008).

Dit leidt paradoxaal genoeg ook tot een democratisch tekort. Waar economen met hun taal en kennis de financieel-economische discussie domineren, geldt dat voor kwaliteitsinstituten en de Inspectie rond kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarnaast praat de samenleving terug via media, cliëntengroepen en mantelzorgers. De politiek zelf spreekt zorginstellingen aan als ondernemer, maar ook als hoeder van het publieke belang. De bestuurder zit dus tussen al die trekkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk 'ongrijpbare' bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het 'echte bestuur' zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken en schipperen tussen alle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard. In mijn onderzoek verken ik hoe we via vormen van machtsdeling en situationele

verantwoording dit democratisch tekort kunnen opvullen (Tjeenk Willink, 2006-2008; Algemene Rekenkamer, 2009; Van Duivenboden en Van Hout, 2009). De conclusie luidt wel dat de gevolgen van de stelselherziening in de zorg bestuurlijk en democratisch niet goed zijn doordacht.

Toch is het maken van uitvoerbare wetgeving en het controleren van de regering daarop al een oud ambacht. Het begint en eindigt steeds met het (her)definiëren van de publieke belangen. Op momenten dat de politiek daar echter niet goed uitkomt, of het oneens is met elkaar, wordt het in procedures weggezet. Bij veel voorstellen voor de decentralisatie of vermarkting van zorgtaken is dat het geval. De controverses worden dan verplaatst naar Amvb's, Ministeriële regelingen, convenanten, monitors, evaluaties en de verdere decentralisatie van verantwoordelijkheden. Om de mogelijke negatieve effecten van meer lokale vrijheid tegen te gaan worden via die route van bovenaf weer uniformerende eisen aan de bestuurlijke praktijk opgelegd. Het bestuurlijk handelen in die praktijk is dan al snel strijdig met de ene of de andere politieke ambitie. Zo creëert het parlement dus eigenlijk de eigen agenda. Natuurlijk ligt hier ook een belangrijke verantwoordelijkheid bij het zorgbestuur, dat ik al opriep zelf meer richting te geven met een eigen beroepsethiek. Er is echter ook zelfreflectie nodig bij de politiek. De Tweede Kamer uitte dit recent ook in het rapport *Vertrouwen en zelfvertrouwen* (2009). De Eerste Kamer en Raad van State benadrukken ook al jaren de noodzaak om meer aandacht te schenken aan de uitvoerbaarheid van wetgeving (Jaarverslagen, 2006-2008). Het zou ten aanzien van de zorg al helpen als de politiek in haar oplossingen afstapt van het dichotome denken tussen markt en overheid. Dat biedt ruimte voor een nieuw perspectief op het delen van de macht. Het besturen van de zorg gaat namelijk niet over het scheiden en bestrijden van de macht, maar om het delen en verbinden ervan.

## 7. Onderzoek en onderwijs

Ik heb een tour d'horizon gemaakt langs de belangrijkste vraagstukken van het meervoudig besturen in de zorg. U kunt zich voorstellen dat ik daarmee mijn *onderzoeksagenda* heb gepresenteerd. Twee onderzoeksvragen zullen steeds centraal staan, namelijk de vraag naar de ruimte voor het meervoudig besturen en de vraag naar de daarbij behorende norm van goed bestuur. Bij mijn zoektocht naar nieuwe strategieën voor en vormen van situationele legitimiteit hanteer ik een drietrapsraket. Allereerst wil ik laten zien hoe meervoudig besturen werkt en waar het plaatsvindt. Daarbij zal ik aandacht schenken aan de grote variëteit van oude en nieuwe plekken waar het meervoudig besturen tussen markt, overheid, gemeenschap en medische professie gebeurt. Dat is bijvoorbeeld lokaal bij de uitvoering van de Wmo het geval, maar ook bij het ontwikkelen en verspreiden van innovaties. Daarnaast wil ik vanuit het handelingsperspectief van de bestuurder, en van de middenmanagers in de lagen daaronder, laten zien hoe de verschillende hulpbronnen worden gebruikt om te schipperen tussen de vele belangen, eisen en wensen uit de omgeving. Ik zal daarbij ook aandacht schenken aan nieuwe informatiebronnen en vormen van inspraak om belanghebbenden bij het zorgbestuur te betrekken. Daarnaast verdient de rol van de media de nodige aandacht als het gaat om de wijze waarop bestuurders zich naar de omgeving toe verantwoorden. Tenslotte bestudeer ik of dit ook leidt tot 'goed' zorgbestuur. Ik wil de cruciale randvoorwaarden voor de effectiviteit en legitimiteit van het zorgbestuur achterhalen. De rol die de beroepsethiek van zorgbestuurders daarbij speelt krijgt bijzondere aandacht. Wat mij betreft geldt bij dit alles 'practice what you preach'. Ik zal vanuit de sectie Health Care Governance van het iBMG verbanden leggen naar andere vakgebieden en naar de bestuurlijke praktijk. Op die manier kunnen we steeds opnieuw verkennen hoe de zorgverlening en het zorgbestuur veranderen en wat dat betekent voor onze onderzoeksagenda. Hieronder schets ik onderzoeksthema's die aan de orde komen.

	Instituties	Interacties	Intuïtie	Informatie
<b>Ruimte voor meervoudig bestuur</b>	Systeem vs organisatie. Schaalgrootte. Rechtsvormen. Machtsdeling.	Patronen van samenspel tussen markt, overheid, professie en gemeenschap.	Bestuurder als verbindings-officier. Pioniers in innovatie. Competenties.	Gebruik van de variatie aan informatiebronnen. Erosie van kennis.
<b>Legitimiteit van het handelen</b>	Institutioneel en sociaal vertrouwen. Rol keurmerken, codes, opleidingen. Rol van tradities.	Dialogoog. Verkenning tegenposities. Management van verwachtingen.	Moreel kompas. Relatie tot zorginhoud. Relatie tot politiek en maatschappij.	Checks en balances door informatie en onafhankelijkheid. Relatie wetenschap en bestuur.

Tabel 3. Enkele kwesties voor de onderzoeksagenda

Naast het onderzoek vormt het *onderwijs* een kerntaak binnen deze leerstoel. Van een studie Beleid en Management Gezondheidszorg mag diepgang in bestuurskundige en beleidswetenschappelijke aspecten van de zorg worden verwacht. Veel van onze studenten belanden immers in beleidsmatige en bestuurlijke functies. Dat we nu in het eerste bachelorjaar het vak Beleidswetenschap gaan verzorgen lijkt dus een vanzelfsprekendheid, maar is een mooie overwinning gebleken. Het biedt de kans om door de opleiding heen te werken aan de kennis over en kunde van het besturen van de zorg. In de Zorgmanagement master verbinden we dit aan thema's als ondernemerschap en innovatie. In de master Health Economics, Policy & Law gaan we in op de relatie tussen politiek en bestuur. In het post academische onderwijs bij het Erasmus CMDz vinden bijzondere ontmoetingen plaats. Daar is onderwijs een blijvende leerschool voor mezelf. Wat een voorrecht om daar met zoveel mensen uit de praktijk te mogen werken aan goed bestuur.

## 8. Dankwoord

Dames en heren, aan het einde van mijn verhaal gekomen is het mij een genoegen een aantal van u te bedanken. In de eerste plaats bedank ik het bestuur van de Nederlandse vereniging voor bestuurders in de zorg (NVZD), de decaan van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van Erasmus MC en het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam voor het in mij gestelde vertrouwen. Tegen de leden van de NVZD wil ik zeggen dat ik het als een eervolle opdracht beschouw om deze leerstoel te mogen bekleden. Uw organisaties en uw omgeving zijn sterk in beweging. Er wordt veel van u gevraagd. Het ligt in mijn voornemen en enthousiasme besloten om u bij te staan als klankbord en hopelijk als inspirator. Dat ik veel van uw ervaringen kan leren hebben de gesprekken met sommigen van u over de dilemma's en uitdagingen van het bestuurdersvak al bewezen. Ik dank u daar alvast voor, maar dit is pas het begin!

Het vorige en huidige managementteam van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg bedank ik voor de kansen die mij geboden worden. Met mijn collega's van het instituut beschouw ik de samenwerking over de secties heen als een uitdaging. De onderlinge collegialiteit en inspiratie zijn ons kompas. De sectie Health Care Governance en de collega's van het Erasmus CMDz bedank voor hun enthousiasme, betrokkenheid en vriendschap. Laten wij onze krachten bundelen om de complexe bestuurlijke vraagstukken in de zorg inzichtelijk maken. Ik doe dat graag met én naast jullie. Dat Anne Jonker daarbij niet alleen náást mij maar ook voor mij gaat staan, dat is mijn redding.

### *Beste studenten.*

Ik kijk er naar uit om met jullie de wereld van het zorgbestuur écht te verkennen. Van jullie word ik enthousiast. Elke kans om met elkaar gedachten en ervaringen in en rond het bestuur van de zorg te delen gaan we de komende tijd benutten. Dat jullie mij dit jaar streelden met de titel 'docent van het jaar' vond ik een grote eer. Het verraste me wel, want de oratie slokte toch wel veel tijd op. Stel je eens voor wat er gaat gebeuren nu ik echt alle aandacht op jullie kan richten...!



*Hooggeleerde Bal, beste Roland.*

Jouw werklust, wetenschappelijke kennis én inzichten uit de praktijk zijn een continue stroom van energie waar ik graag aan gekoppeld ben. Dat ik daarnaast met jou als hopman, en met Pauline en Antoinette het dagelijks bestuur van onze sectie mag vormen biedt de uitdaging en plicht om samen de governance vraagstukken hoog op de iBMG agenda te houden.

*Hooggeleerde Meurs, beste Pauline.*

Wat een eer om jou te mogen opvolgen op deze leerstoel. Jouw werk van de afgelopen 12,5 jaar vormt een stevige basis om op voort te bouwen. We zijn jou veel dank verschuldigd voor de wijze waarop je de vraagstukken rond governance in de zorg op de agenda hebt gezet. Voor mij persoonlijk ben je een voorbeeld en een inspiratiebron, maar bovenal een goede vriendin. Dat wij samen zoveel plezier kunnen halen uit het bewegen tussen de wetenschap, de bestuurlijke praktijk en de politiek maakt het tussen ons altijd spannend en bruisend. Laten we onze tandem nog lang volhouden. Hij zit écht lekker, zowel voor- als achterop!

*Hooggeleerde Van der Grinten, beste Tom.*

Jij bent mijn leermeester! Bij het schrijven van deze oratie dacht ik vaak terug aan mijn scriptie en proefschrift. Jouw potloodaantekeningen, de waardevolle suggesties en de vaderlijke zorg blijven een warm bad. Het is een eer om samen met onze collega's jouw verworvenheden op beleidswetenschappelijk terrein binnen het onderzoek en onderwijs van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg voort te zetten. Ik weet niet of ik al moet uitvliegen, of dat dit al is gebeurd, maar jouw betrokkenheid en steun is me heel veel waard. We gaan een mooie tijd tegemoet.

*Hooggeleerde Noordegraaf, beste Mirko.*

Samen werkten we in het kleinste kamertje van de Erasmus Universiteit Rotterdam aan onze proefschriften. Knel gezet tussen bureau en muur zeiden we dan dat we het zelf heel anders en veel beter zouden doen. Nu moet het: geen woorden maar daden! Dank voor je waardevolle commentaar in de voorbereiding op deze oratie. Ik zie uit naar onze samenwerking.

*Beste oud-collega's van de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur aan de Universiteit van Tilburg.*

Mijn jaren in jullie midden waren bepalend voor wat ik vandaag heb gezegd. Jullie enthousiasme over de studie naar het meervoudig bestuur, in combinatie met een Bourgondische levensstijl, maakte mijn overstap lastig. Inmiddels blijkt Rotterdam Bourgondischer dan ik dacht, al heb ik nooit afscheid van jullie genomen. Prof.dr. Wim van de Donk en dr. Eelco van Hout bedank ik voor hun betrokkenheid bij de voorbereidingen op mijn oratie.

*Beste Andres, Jan, Inge, Koen en Dirk.*

Zonder jullie student-assistentie in de achterliggende jaren, jullie niet aflatende steun en uithoudingsvermogen had ik hier niet gestaan. Dat student-assistentie in vriendschap overgaat zegt veel over jullie. Heel veel dank.

Mijn promovendi en junior onderzoekers zijn een continue bron van inspiratie voor de leerstoel. Ik zei het al, wat mij betreft is het 'practice what you preach'. Onderzoek doen over schotten, universiteiten en werelden heen. Inmiddels hebben we onderzoek opgezet naar de verschillende aspecten van het meervoudig besturen van en in de zorg. Samen met prof.dr. Pauline Meurs begeleid ik Eelko den Breejen en Arjo Boendermaker die bestuderen hoe innoveren in een hybride omgeving werkt. Eelko evalueert MijnZorgNet, waarbij we samenwerken met met prof.dr. Bas Bloem en prof.dr. Jan Kremer van de Radboud Universiteit Nijmegen. Met de steun van Amcham bestudeert hij ook de kansen en belemmeringen bij innoveren in de zorg. Arjo onderzoekt de innovatiekracht van zorginstellingen. Joyce de Goede kijkt naar het gebruik van informatie uit de lokale kernboodschappen van GGD-en. Ik begeleid haar samen met prof.dr. Hans van Oers van het RIVM en de Universiteit van Tilburg. Martin Schulz onderzocht de rol die commissies spelen in het publieke domein. Hem te begeleiden samen met prof.dr. Mark van Twist en prof.dr. Paul Frissen van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur was een genoegen. Samen met prof.dr. Bart Berden van de TIAS Business School van de Universiteit van Tilburg begeleid ik Ron van der Pennen bij zijn onderzoek naar de veranderende verhoudingen tussen de medici en het management in ziekenhuizen. Lieke Oldenhof kijkt naar de rol en positie van het middenmanagement in zorginstellingen, en werkt samen met GrowWork en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Samen met prof.dr. Pauline Meurs en dr. Annemiek Stoopendaal mag ik haar begeleiden. Jeroen Postma onderzoekt met BMC de betekenis van schaalgrootte van zorginstellingen voor onder meer patiëntgerichtheid en kwaliteit. Maarten Janssen onderzoekt tenslotte de betekenis van de Wmo voor het zorgbestuur. Zolang we de afspraak maken dat jullie mij mee uit eten nemen als er niet elke zes weken een tekst ligt houden we deze samenwerking vast nog lang vol!

*Beste collega's en vrienden uit de politiek.*

Misschien heb ik vandaag niet steeds verwoord wat jullie politiek gezien zouden willen horen. Dat moest natuurlijk om wetenschappelijk geloofwaardig te blijven... Zonder gekheid, jullie betrokkenheid bij mij is me veel waard. Het levert het bewijs dat je ook in de politiek vriendschappen kunt sluiten en koesteren.

*Lieve vrienden.*

Dat jullie er steeds weer zijn ondanks de weinige tijd die ik voor jullie heb is veelzeggend. Ik kan niet iedereen noemen, maar ik wil Hanneke speciaal bedanken voor haar steun. Door jouw scherpe journalistieke inzicht is het toch nog een begrijpelijk verhaal geworden.

*Lieve familie.*

Jullie onvoorwaardelijke steun, liefde en vriendschap is de smeerolie in al mijn bezigheden. Ze geven me rust op momenten dat ik dat nodig heb. Mijn ouders, Barrie, Cora, Jeroen, Timon en oma Putters wil ik zeggen dat ik van ze houd. Het afgelopen jaar was om veel redenen niet makkelijk voor ons en onze familie. Vandaag hebben wij met elkaar dus wel een feestje verdiend.

Ik heb gezegd.

# Referenties

Abbott, A., 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. The University of Chicago Press.

Algemene Rekenkamer, 2009. *Zorg op afstand, een innovatie in de langdurige zorg*. Algemene Rekenkamer, Den Haag.

Anheier, H.K., 1990. 'A profile of the third sector in West Germany'. In: H.K. Anheier en W. Seibel (red.), *The third sector: comparative studies of nonprofit organisations*, Walter de Gruyter, Berlin, New York: 313-332.

Arentsen, M. en W. Trommel (red.), 2005. *Moderniteit en overheidsbeleid: hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken*. Uitgeverij Coutinho, Bussum.

Bal, R., 2008. *De nieuwe zichtbaarheid: sturing in tijden van marktwerking*. Oratiereeks Erasmus MC, Rotterdam.

Bal, R., R. Hendriks, W.E. Bijker, 2002. 'Honderd jaar gezondheidsraad: coördinatiemechanismen en het gezag van de gezondheidsraad', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(42)5: 1996-2000.

Bekke, A.J.G.M., 1990. *De betrouwbare bureaucratie: over veranderingen van bureaucratische organisaties en ontwikkelingen in het maatschappelijk bestel*. Samsom H.H. Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn.

Bekker, M.P.M., 2007. *The politics of healthy policies*. Eburon, Delft.

Bohigas, L., 2008. 'Comment on decentralisation, re-centralisation and future health policy', *European Journal of Public Health*, 18(3): 22.

Bon-Martens, M.J.H. van, J. de Goede, L.A.M. van de Goor en J.A.M. van Oers, 2009. 'De regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Resultaten van de ontwikkeling in twee Brabantse regio's', *TSG*, 86(5):249-260.

Bovens, M.A.P., 2005. 'Publieke verantwoording: een analysekader'. In: W. Bakker en K. Yesilkagit (red.), *Publieke verantwoording*, Boom, Amsterdam: 25-55.

Brandsen, T., 2004. *Quasi-market governance: an anatomy of innovation*. Lemma, Utrecht.

Brandsen, T., W.B.H.J. van de Donk en K. Putters, 2005. 'Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector', *International Journal of Public Administration*, 28(9-10): 749-765.

Brandsen, T., W.B.H.J. van de Donk en P.N. Kenis (red.), 2006. *Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties*. Lemma, Den Haag.

Breejen, E. den, P.L. Meurs, K. Putters en J. Meems, 2008. *Patiënt centerend governance. Een exploratief onderzoek naar de positie en invloed van patiënten en consumenten in de governance van de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brink, G.J.M. van den, 2006. *Dynamiek, complexiteit en ordening: uitgangspunten voor een moderne bestuurskunde*. Universiteit van Tilburg.

Cazemier, G., E.J.Th. van Hout en K. Putters, 2009. 'Verantwoorde zorg'. In: H.P.M. van Duivenboden, E.J.Th. van Hout. C.J. van Montfort en J.C. Vermaas, *Verbonden verantwoordelijkheden in het publieke domein*, Lemma, Den Haag: 183-200.

Commissie-Lemstra, 2009. *En waar was de patiënt? Rapport over het (dis)functioneren van de medisch specialist en zijn omgeving*. Externe onderzoekscommissie Medisch Spectrum Twente.

Cornelissen, E.M.H., P.H.A. Frissen, S. Kensen en T. Brandsen (red.), 2007. *Betoverend bestuur: legitimiteit, vitaliteit, meervoudigheid*. Lemma, Den Haag.

Dekker, P. (red.), 2002. *Particulier initiatief en publiek belang: beschouwingen over de aard en toekomst van de Nederlandse non-profitsector*. SCP, Den Haag.

Donk, W.B.H.J. van de, 2001. *De gedragen gemeenschap. Over katholiek maatschappelijk organiseren de ontzuiling voorbij*. SDU, Nijmegen.

Drosterij, G., 2008. *Politics as jurisdiction: a new understanding of public and private in political theory*. Universiteit van Tilburg.

Duivenboden, H.P.M. van, E.J.Th. van Hout, C.J. van Montfort en J.C. Vermaas (red.), 2009. *Verbonden verantwoordelijkheden in het publieke domein*. Lemma, Utrecht.

Eerste Kamer der Staten-Generaal, 2006-2008. *Jaarverslagen*. SDU, Den Haag.

Emous, K., 2005. *De loden mantel: zorg en verzorging in Nederland*. Mets & Schilt, Amsterdam.

Erding, G.G. en H. van Dartel, 2004. *Stoeien met integriteit*. NVZD/Media Business Press, Utrecht.

Frissen, P.H.A., 2002. *De staat: een drieluik*. De Balie, Amsterdam.

Frissen, P.H.A., 2003. *Ontregeling*. Paul Cremerslezing 2003.

Globerman, S. en H. Mintzberg, 2001a. *Managing the care of health and the care of disease, part I: differentiation*. Aspen Publishers.

Globerman, S. en H. Mintzberg, 2001b. *Managing the care of health and the care of disease, part II: integration*. Aspen Publishers.

Goede, J. de, 2009. *Kennis in werking: kernboodschappen voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid in de gemeenten Oss en Breda*. Universiteit van Tilburg/ Erasmus Universiteit Rotterdam.

Grinten, T.E.D. van der, 1997. 'Changing management in health care', *Journal of Management in Medicine*, 11(5): 209-213.

- Grinten, T.E.D. van der, 2007. *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grit, K., 2000. *Economisering als probleem: een studie naar de bedrijfsmatige stad en de ondernemende universiteit*. Van Gorcum, Assen.
- Grit, K. en P.L. Meurs, 2005. *Verschuivende verantwoordelijkheden: dilemma's van zorgbestuurders*. Van Gorcum, Assen.
- Hart, P. 't, 2001. *Verbroken verbindingen: de politisering van het verleden en de dreiging van een inquisitiedemocratie*. De Balie, Amsterdam.
- Hart, P. 't, A. Boin en E. Stern, 2007. *The politics of crisis management: public leadership under pressure*. Cambridge University Press.
- Haverland, M. 1999. *National autonomy, European integration and the politics of packaging waste*. Thela Thesis, Amsterdam.
- Heijst, A. van, 2005. *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*. Uitgeverij Klement, Kampen.
- Helderman, J.K., 2007. *Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and healthcare*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Helderman, J.K., P.L. Meurs en K. Putters (red.), 2007. *Orkestratie van gezondheidsbeleid: besturen met rationaliteit en redelijkheid*. Van Gorcum, Assen.
- Hemerijck, A.C., 1998. 'Het leervermogen van de overlegeconomie'. In: F. Hendriks, Th.A.J. Toonen (red.), *Schikken en plooiën. De stroperige staat bij nader inzien*, Van Gorcum, Assen: 117-134.
- Hendriks, F., Th.A.J. Toonen (red.), 1998. *Schikken en plooiën: de stroperige staat bij nader inzien*. Van Gorcum, Assen.
- Hertogh, M., 2002. *De levende rechtsstaat: een ander perspectief op recht en openbaar bestuur*. Lemma, Den Haag.
- Hout, E.J.Th. van, 2007. *Zorg in Spagaat: management van hybride maatschappelijke organisaties*. Lemma, Utrecht.
- Jacobs, J., 1993. *Systems of survival: A dialogue on the moral foundations of commerce and politics*. Knopf, New York.
- Kemenade, Y.W., 2007. *Healthcare in Europe: the finance and reimbursement systems of 11 European countries*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Kenis, P.N., 2005. 'Hybriditeit vanuit een netwerktheoretisch perspectief', *Bestuurskunde*, 14(3): 27-33.
- Kraan, W.G.M. van der, 2006. *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kraan, W.M.G. van der, en P.L. Meurs, 2007. *Effectieve medezeggenschap: een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Kruijthof, K., 2005. *Doctors' orders. Specialists day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals*. Uitgeverij Badoux, Nieuwegein.

Laeven, A.M.W., 2008. *Een gezonde blik naar buiten: een marktonderzoek naar oorzaken en gevolgen van marktorientatie bij algemene ziekenhuizen*. Kluwer, Deventer.

Lans, Th. van der, 2009. *Wachten op 't Waellant*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lans, J. van der, 2005. *Koning Burger: Nederland als zelfbedieningszaak*. Uitgeverij Augustus, Amsterdam.

Lapr e, R.M., F.F.H. Rutten en F.T. Schut (red.), 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg. Elsevier Gezondheidszorg*. Elsevier, Maarssen.

Lawrence, P. en J. Lorsch, 1967. 'Differentiation and Integration in Complex Organizations', *Administrative Science Quarterly*, 12: 1-30.

Le Grand, J., 1997. 'Knights, knaves or pawns? Human behaviour and social policy', *Journal of Social Policy*, 26: 149-169.

Lehning, P.B., 1991. *Beleid op niveau: over de architectuur van overheidsinterventie*. Boom, Meppel.

Lijphart, A., 1997. 'Dimensions of democracies', *European journal of political research*, 31(1-2): 193-204.

Meulen, M. van der, 2009. *Achter de schermen: vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie*. Eburon, Delft.

Meurs, P.L., 1997. *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P.L., 2006. *Lerende overheid: een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Amsterdam University Press.

Meurs, P.L., 2008. *Sociaal vertrouwen*. Verweij-Jonker/SER lezing.

Meurs, P.L. en T.E.D. van der Grinten (red.), 2005. *Gemengd besturen: besturingsvraagstukken en trends in de gezondheidszorg*. Academic Service, Den Haag.

Ministerie van VWS, 2009. *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Brief van de Bewindlieden van VWS d.d. 9 juli 2009*. VWS, Den Haag.

Ministerie van VWS, 2009. *Samenhang tussen Wmo, WJ, WSW en WWB. Brief van de staatssecretarissen van VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid*. VWS, Den Haag.

Nederlandse Vereniging voor bestuurders in de gezondheidszorg en Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg, 2009. *Beloningscode voor bestuurders*. NVZD/NVTZ, Utrecht.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2009. *De waarde van zorg*. NVZ, Utrecht.

- Nederlandse Zorgautoriteit, 2009. *Dossier Zeeuwse ziekenhuizen*. NZa, Utrecht.
- Noordegraaf, M., 2008. *Tijd voor eerherstel van de publieke manager*. Universiteit Utrecht.
- Noordegraaf, M. en P.L. Meurs, 2000. *De zichtbare manager: wat weten we van directeurs in de gezondheidszorg?* Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Noordegraaf, M., P.L. Meurs, 2006. *Beelden rond besturen: gedachten over geestelijke gezondheidszorg in post-politieke tijden*. GGZ Nederland, Amersfoort.
- Nooteboom, B., 2004. *Innovatie: theorie en beleid*. Universiteit van Tilburg.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008. *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in het UMC St. Radboud*. OVV, Den Haag.
- Peeters, R., M. van Twist en M. van der Steen, 2008. *Verschuivende verwachtingen: over rolverandering en vormgeven aan strategische professionaliteit*. NSOB, Den Haag.
- Pestoff, V.A., 1992. 'Third sector and co-operative services. An alternative to privatization', *Journal of Consumer Policy*, 15(1): 21-45.
- Pollitt, C., S. Harrison, G. Dowswell, R. Bal en S. Jerak, 2008. *Performance indicators for healthcare: an anglo-dutch comparison*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Power, M., 1997. *The audit society: rituals of verification*. Oxford University Press.
- Putters, K., 2001. *Geboeid ondernemen: een studie naar het management van de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Van Gorcum, Assen.
- Putters, K., 2007. 'Twee handen op een buik? Levert het spanningsveld tussen concurreren en samenwerken innovatiekracht op?', *HMF*, 2(5): 7-11.
- Putters, K., 2009. 'Yes Minister, maar soms even niet!' In: Raad voor het Openbaar Bestuur, *Het wegen van publieke waarden*, Rob, Den Haag: 27-38.
- Putters, K., E.J.Th. van Hout en T. Cardoso Ribeiro, 2007. *De zorg van het lokaal bestuur*. Van Gorcum, Assen.
- Putters, K., E. den Breejen en P.H.A. Frissen, 2009. *De winst van zorgvernieuwing*. Van Gorcum, Assen.
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006a. *Inhoud stuurt de beweging: drie scenario's voor het lokale debat over de Wmo*. SWP, Amsterdam.
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006b. *Vershil maken: eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. SWP, Amsterdam.
- Raad voor het Openbaar Bestuur, 2009a. *Het wegen van publieke waarden*. Rob, Den Haag.
- Raad voor het Openbaar Bestuur, 2009b. *Slagvaardig bestuur: advies over integraliteit en vertrouwen in het openbaar bestuur*. Rob, Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998. *Tussen markt en overheid*. RVZ, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005. *Van weten naar doen*. RVZ, Den Haag.



Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2009. *Buiten de gebaande paden: advies over intersectoraal gezondheidsbeleid*. RVZ, Den Haag.

Rhodes, W.A.W., 2007. 'Understanding governance: ten years on', *Organisation Studies*, 28(8): 1243-1264.

Rooij, P. de, 2002. *Republiek van rivaliteiten: Nederland sinds 1813*. Mets & Schilt, Amsterdam.

Sabel, C.F., 2004. 'Beyond principal-agent governance: experimentalist organisations, learning and accountability'. In: E.R. Engelen, M.S. Sie Dhian Ho, *De staat van de democratie: de democratie voorbij de staat*. Amsterdam University Press, Amsterdam.

Saltman, R.B., 2008. 'Decentralisation, re-centralisation and the future of European health policy', *European Journal of Public Health*, 18(2): 104-106.

Scheer, W.K. van der, 2007. 'Is the new health-care executive an entrepreneur?', *Public Management Review*, 9(1): 49-66.

Scheer, W. van der, K. Putters en P.L. Meurs, 2008. *Besturen tussen kunst en kunde. De geneeskundige bestuurder in het ziekenhuis gewaardeerd*. NVZD-GV, Utrecht.

Schnabel, P., 2004. *Een eeuw van verschil: van achterstelling tot zelfontplooiing: de dynamiek van het gelijkheidsideaal*. SCP, Den Haag.

Schut, F.T., 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schulz, M.C.S., 2010. *De Commissie*. Te verschijnen.

Schuyt, Th.N.M., 2006. *Het ontwikkelen van een filantropieschaal*. Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005a. *De mantelval*. SCP, Den Haag.

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005b. *Vermaatschappelijking in de zorg*. SCP, Den Haag.

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008a. *Betrekkelijke betrokkenheid: sociaal en cultureel rapport 2008*. SCP, Den Haag.

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008b. *Portretten van mantelzorgers*. SCP, Den Haag.

Steen, M. van der, 2009. *Een sterk verhaal: een analyse van het discours over vergrijzing*. Lemma, Den Haag.

Stoopendaal, A., 2008. *Zorg met afstand: betrokken bestuur in grootschalige instellingen*. Van Gorcum, Assen.

Tjeenk Willink, H.D., 2006-2008. *Algemene beschouwingen bij de jaarverslagen van de Raad van State*. SDU, Den Haag.

Tonkens, E., 2003. *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. NIZW, Utrecht.

Trappenburg, M., 2008. *Genoeg is genoeg: over gezondheidszorg en democratie*. Amsterdam University Press.

Tweede Kamer, 2009. *Vertrouwen en zelfvertrouwen: rapport over parlementaire zelfreflectie*. SDU, Den Haag.

Veld, R.J. in 't, 1997. *Noorderlicht: over scheiding en samenballing*. VUGA, Den Haag.

Weick, K.E., 1995. *Sense making in organizations*. Sage, Thousand Oaks.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2004. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Den Haag/Amsterdam.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2006. *Lerende overheid: een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Amsterdam University Press, Den Haag/Amsterdam.

Wijngaarden, J. van, 2006. *Cooperation in care: steering, coordination and learning for integration of care in networks*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Zuiderent-Jerak, T., 2008. *Standardizing healthcare practices: experimental interventions in medicine and science and technology studies*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

## Gebruikte websites

[www.corona-wonen.nl](http://www.corona-wonen.nl)

[www.goes.nl](http://www.goes.nl)

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

[www.nvzd.nl](http://www.nvzd.nl)

[www.novatv.nl](http://www.novatv.nl)

[www.nza.nl/nza/Nieuws/zorgspecifiekefusietoets/](http://www.nza.nl/nza/Nieuws/zorgspecifiekefusietoets/)

[www.nza.nl/nza/Nieuws/fusieAMC-VZA/](http://www.nza.nl/nza/Nieuws/fusieAMC-VZA/)

[www.nza.nl/nza/Nieuws/zeeuwse\\_ziekenhuizen/](http://www.nza.nl/nza/Nieuws/zeeuwse_ziekenhuizen/)

[www.scouting.nl](http://www.scouting.nl)

[www.vgn.nl](http://www.vgn.nl)

[www.vlissingen.nl](http://www.vlissingen.nl)

## Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AFM	Autoriteit Financiële Markten
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DNB	De Nederlandse Bank
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
VWS	Ministerie van VWS
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WWB	Wet Werk en Bijstand



fotograaf Levien Willemse

Prof.dr. Kim Putters (1973) is bestuurskundige en bijzonder hoogleraar Management van instellingen in de gezondheidszorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij promoveerde in 2001 aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen aan diezelfde universiteit op het proefschrift *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Putters was onder meer werkzaam bij de opleiding Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, bij de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur van de Universiteit van Tilburg en bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Kim Putters is daarnaast lid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal en van de gemeenteraad van Hardinxveld-Giessendam. Hij is lid van verschillende raden van toezicht van zorginstellingen en van adviescommissies op het terrein van de volksgezondheid en zorg. Bij ZonMw is hij voorzitter van de programmacommissie Zorg voor Jeugd.

'Besturen met duivsel elastiek' gaat in op de vraag of zorgbestuurders hun instellingen nog kunnen besturen. Ze moeten tegelijk marktkoopman, hoeder van het publieke belang en maatschappelijk betrokken zijn. De politiek en de overheid hebben steeds meer de neiging om zorgbestuurders aan banden te leggen via onder meer de registratie-eisen van toezichthouders. De markt rekent hen daarnaast vooral af op een keurslijf van prestatie-indicatoren. Bovendien maken zorgbestuurders zelf te weinig duidelijk waar het in de zorg echt om gaat: de patiënt. Kim Putters waarschuwt voor de vertrouwenscrisis in het zorgbestuur die hiervan het gevolg is.



Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam  
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Tel. 010 - 408 85 55  
Fax 010 - 408 90 94  
E-mail [info@bmg.eur.nl](mailto:info@bmg.eur.nl)  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)