Raad Volksgezondheid & Samenleving

Opnieuw akkoord?

Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Opnieuw akkoord?

Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad
Jet Bussemaker, voorzitter
Erik Dannenberg
Daan Dohmen
Pieter Hilhorst
Jan Kremer
Bas Leerink
Liesbeth Noordegraaf-Eelens
Ageeth Ouwehand
Jeannette Pols
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2021-05
ISBN: 978-90-5732-308-9
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2021

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.
U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ **www.raadrvs.nl**

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**6**
	Samenvatting in beeld	**8**
1	**Inleiding**	**9**
	1.1 Aanleiding	9
	1.2 Focus en aanpak	9
	1.3 Leeswijzer	10
2	**Beschrijving van de hoofdlijnenakkoorden**	**11**
	2.1 Oorsprong en ontstaan	11
	2.2 De inhoud van de afspraken	13
3	**Proces: totstandkoming van en werken met hoofdlijnenakkoorden**	**16**
	3.1 Representatie	16
	3.2 Totstandkomingsproces	17
	3.3 Borging	17
4	**Effect van hoofdlijnenakkoorden op afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars**	**20**
	4.1 Financiële afspraken	20
	4.2 Niet-financiële afspraken	20
5	**Effecten van werken met hoofdlijnenakkoorden binnen het zorgstelsel**	**22**
	5.1 De rol van VWS als stelselverantwoordelijke	22
	5.2 Wisselwerking met de rol van landelijke instituten	22
	5.3 Het politieke proces	23
6	**Samenvatting belangrijkste lessen**	**24**
7	**Toekomstperspectief**	**25**
	7.1 Sluit niet opnieuw hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm	25
	7.2 Start vanuit een langetermijnperspectief en hanteer een zorgvuldiger afwegingsproces voor bestuurlijke akkoorden	25
	7.3 Zorg voor een effectievere werkwijze met bestuurlijke akkoorden	28
	7.4 Tot slot	29
	Bijlage 1 Afkortingen	**30**
	Bijlage 2 Bestuurscultuur in de gezondheidszorg – een korte historische reflectie	**32**
	Literatuur	**33**
	Voorbereiding	**35**
	Lijst met geraadpleegde personen	**36**
	Publicaties	**38**

Samenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) sluit sinds 2012 hoofdlijnenakkoorden met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten in de curatieve zorg. Hoofdlijnenakkoorden zijn bestuurlijke akkoorden specifiek voor de curatieve zorg. In de hoofdlijnenakkoorden maken partijen, per sector, afspraken over de maximaal toegestane financiële groei. Daarnaast worden afspraken gemaakt over inhoudelijke onderwerpen, zoals digitalisering of veranderingen in de organisatie van zorg. In dit advies reflecteert de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) op de waarde van hoofdlijnenakkoorden in ons zorgstelsel. Dit doen we op basis van literatuur en gesprekken met inhoudelijk experts en directbetrokkenen.

De praktijk van het sluiten van hoofdlijnenakkoorden ontstond in de nasleep van de financiële crisis van 2008-2011. De minister, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voelden een gedeelde urgentie om de uitgavengroei binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), met name in de medisch-specialistische zorg, te beheersen. Ingrijpen leek noodzakelijk, maar ook (juridisch) lastig binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie. Bestuurlijke afspraken in hoofdlijnenakkoorden vormden daarvoor een (tijdelijke) oplossing. Ze creëerden de benodigde bestuurlijke rust in ruil voor bestuurlijke afspraken over beheerste groei van de zorguitgaven.

De Raad concludeert dat de hoofdlijnenakkoorden, zeker in de eerste jaren, hebben bijgedragen aan een lagere uitgavengroei. Met de inzet van een macrobeheersinstrument als stok achter de deur stimuleerden ze scherpere financiële afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vaak in de vorm van omzetplafonds of aanneemsommen. Ook creëerden de hoofdlijnenakkoorden een platform voor brancheorganisaties om in gesprek te gaan over de aanpak van inhoudelijke vraagstukken. De afspraken in de hoofdlijnenakkoorden boden daarmee een gedeelde werkagenda voor de sector. Mede door het (financiële) succes van de eerste hoofdlijnenakkoorden ontstond een sterke wens in de politiek en het veld om hoofdlijnenakkoorden een vervolg te geven en in meerdere sectoren toe te passen.

Dit aanvankelijke succes is tegelijkertijd ook de valkuil gebleken. Hoofdlijnenakkoorden werden in de politiek gezien als gunstig ‘hard’ instrument om zorguitgaven te beheersen. Deelnemen werd hierdoor ook een voorkeursroute voor veldpartijen, om hun belangen veilig te stellen. Zo kwamen meer partijen aan tafel en kwamen, in ruil voor financiële afspraken, meer en omvangrijkere inhoudelijke afspraken in de hoofdlijnenakkoorden terecht. Deze afspraken werden echter vaak algemeen geformuleerd, speelden onvoldoende in op onderliggende, tegengestelde belangen, of zetten soms vooral de status quo vast. De inhoudelijke afspraken leidden daardoor onvoldoende tot verandering in de zorgpraktijk, waar ze ook niet altijd bekend zijn. Zonder deze voortgang raakt het sturen via financiële groeinormen en omzetplafonds uitgewerkt. Door de veelzijdigheid en weidsheid van de inhoudelijke afspraken verwaterde bovendien de relatie met andere beleidsinitiatieven en -instrumenten, zoals de taken van toezichthouders of bekostigingsprikkels, en soms zitten de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden deze zelfs in de weg.

Het ‘kopen’ van bestuurlijke (financiële) rust in hoofdlijnenakkoorden heeft dus een duidelijke keerzijde. Desondanks lijkt het denken in termen van hoofdlijnenakkoorden een automatisme te zijn geworden. In programma’s van politieke partijen, beleidsverkenningen en toekomstvisies van de minister van VWS komt het sluiten van hoofdlijnenakkoorden vaak als oplossing terug. Belangrijke oorzaak hiervan is dat hoofdlijnenakkoorden nog steeds fungeren als harde besparingsmaatregel in de Haagse begrotingssystematiek. Ze zijn daarmee een ‘verleidelijke’, want lucratieve, beleidsoptie voor beleidsmakers en politici in de planvorming voor een nieuwe kabinetsperiode. De paradox is dus dat deze toegenomen populariteit van hoofdlijnenakkoorden onder beleidsmakers, politici en branchevereningingen samengaat met een afnemende waarde ervan in de lokale praktijk.

De RVS adviseert dan ook om niet opnieuw hoofdlijnenakkoorden af te sluiten in de huidige vorm. Dat betekent dus afstappen van sectorale hoofdlijnenakkoorden over een centrale financiële groeinorm. Zo ontstaat de benodigde ruimte en urgentie om van een smalle focus op kostenbeheersing op korte termijn te komen tot een langetermijnperspectief op de houdbaarheid van de zorg in de brede zin. Het sluiten van bestuurlijke akkoorden kan dan nog altijd van waarde zijn voor het aanpakken van concrete zorginhoudelijke opgaven die uit dit perspectief voortvloeien. Dat vraagt wel andersoortige bestuurlijke akkoorden en een beter inhoudelijk afwegingsproces om er al dan niet toe over te gaan.

Op basis van onze analyse van de hoofdlijnenakkoorden en de literatuur komen we tot zes leidende principes die de Rijksoverheid bij deze afweging kan hanteren. Hoe meer principes van toepassing zijn, hoe groter de kans dat een akkoord van toegevoegde waarde is:

1. Er moet sprake zijn van urgentie voor actie rond een inhoudelijk afgebakende opgave die relevant is voor alle potentiële partners; niets doen heeft voor alle potentiële partners negatieve consequenties.

2. Er is onderlinge afhankelijkheid; samenwerking is geboden en er is geen natuurlijke eigenaar van het vraagstuk.

3. Er is onzekerheid; wat er precies moet gebeuren is onduidelijk en samenwerking kan helpen deze onzekerheid te reduceren.

4. Er is een gedeeld maatschappelijk doel; ondanks de onzekerheid is er een gedeeld en tastbaar doel waar alle partijen zich aan kunnen committeren. De belangen van de deelnemende partijen kunnen niet te ver van dit overkoepelende doel afstaan.

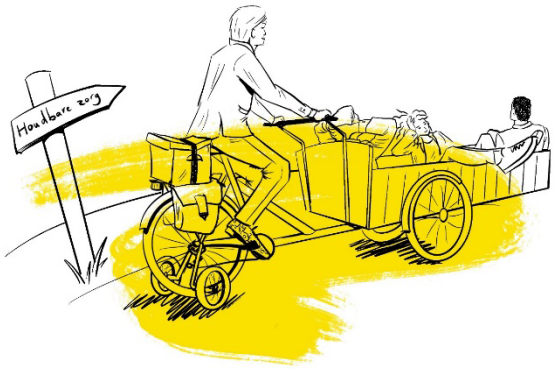
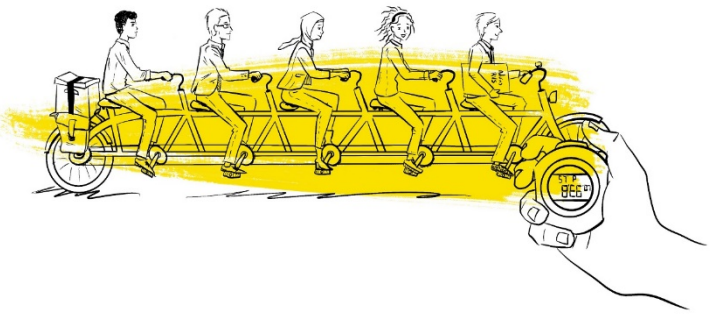
5. Er is leiderschap; er zijn individuen die legitimiteit en vertrouwen hebben om tot een akkoord te komen en dit te verdedigen. Deze individuen kunnen over een deelbelang heen kijken en zijn gericht op het in samenwerkingsverband vinden van oplossingen.

6. De ondertekenaars van het akkoord kunnen het maatschappelijke doel redelijkerwijs beïnvloeden.

Los van deze principes dient de Rijksoverheid per zorginhoudelijke, domeinoverstijgende opgave zorgvuldiger te toetsen – en expliciet te maken – hoe bestuurlijke akkoorden van meerwaarde kunnen zijn ten opzichte van andere beleidsinstrumenten, zoals overheidsregulering en concurrentieprikkels. Op deze wijze wordt de slagkracht van de verschillende beleidsinstrumenten beter benut en kunnen Rijksoverheid en toezichthouders meer rolvast optreden.

Of bestuurlijke akkoorden daadwerkelijk effectief zijn hangt ook af van de gekozen opzet en werkwijze. De Raad ziet op dit vlak verschillende verbetermogelijkheden. We bevelen aan om een tastbaar doel vast te stellen en daar alle daarvoor benodigde partijen bij te betrekken, eventueel buiten de nu gangbare sectoren of typen aanbieders. We adviseren de Rijksoverheid om, als trekker en medeondertekenaar, een actievere rol te nemen gedurende de looptijd van een akkoord (het akkoord is niet alleen ‘van het veld’). Ook stellen we voor om meer aandacht te besteden aan verbinding met parlement en samenleving, om zo de legitimiteit van bestuurlijke akkoorden in de zorg te vergroten. Tot slot pleiten we ervoor om het bereiken van het doel openbaar te monitoren gedurende de looptijd van een akkoord en te zorgen voor duidelijkere afspraken over follow-up (herziening of opzegging) als doelen uit het zicht raken. Het aanstellen van een onafhankelijke voorzitter kan bijdragen aan een effectiever akkoord.

Samenvatting in beeld

Opnieuw akkoord?	
	In 2012 sloot de minister van VWS het eerste hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg. In dit hoofdlijnenakkoord maakte de minister afspraken met partijen over financiële houdbaarheid en een beperkt aantal inhoudelijke onderwerpen. Het akkoord diende ook als 'steuntje in de rug' voor de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders. De afspraken creëerden bestuurlijke rust en droegen, zeker in de eerste jaren, bij aan een lagere uitgavengroei.
	Het eerste financiële succes zorgde ervoor dat hoofdlijnenakkoorden in meer sectoren werden toegepast. Er kwamen meer partijen aan tafel. In ruil voor financiële afspraken kwamen meer en omvangrijkere inhoudelijke afspraken in de hoofdlijnenakkoorden terecht. Die inhoudelijke beloften bleken moeilijk te realiseren en zetten soms vooral de status quo vast. Zonder inhoudelijke voortgang raakte het sturen via financiële groeinormen uitgewerkt.
	De RVS adviseert om niet opnieuw sectorale hoofdlijnenakkoorden af te sluiten over een financiële groeinorm. Start in plaats daarvan vanuit een perspectief op houdbare zorg in brede zin. Bestuurlijke akkoorden kunnen dan nog altijd van waarde zijn voor het aanpakken van concrete zorginhoudelijke opgaven. De RVS biedt een aantal toetsstenen om deze afweging, in afstemming met het parlement, zorgvuldig te maken. Bovendien adviseert de RVS om partijen te betrekken waarvan de belangen niet te ver van dit overkoepelende doel afstaan. Het bereiken van het doel moet openbaar gemonitord worden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Sinds 2012 sluit de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hoofdlijnenakkoorden met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten in de curatieve zorg. Hoofdlijnenakkoorden zijn bestuurlijke akkoorden specifiek voor de curatieve zorg. In de hoofdlijnenakkoorden maken partijen per sector afspraken over de maximaal toegestane financiële groei en over inhoudelijke onderwerpen. We gebruiken in dit advies de term hoofdlijnenakkoord omdat deze inmiddels gemeengoed is geworden voor dit type akkoorden; een aantal individuele akkoorden heeft op papier een andere titel.[1]

Aanvankelijk bestonden de hoofdlijnenakkoorden vooral uit afspraken over het beheersen van de oplopende zorguitgaven en in mindere mate uit inhoudelijke afspraken. In opvolgende hoofdlijnenakkoorden is de omvang van de inhoudelijke afspraken steeds verder uitgebreid. Zo kennen de lopende hoofdlijnenakkoorden (2019-2022) afspraken over het voorkomen en verplaatsen van zorg, over digitalisering en over de arbeidsmarkt. Waar het begon met een hoofdlijnenakkoord voor alleen de medisch-specialistische zorg, kennen inmiddels ook de huisartsenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de wijkverpleging en de paramedische zorg een eigen hoofdlijnenakkoord.

Ervaringen met de werking en de effecten van hoofdlijnenakkoorden in de zorg verschillen sterk. Betrokkenen schreven de hoofdlijnenakkoorden als een politiek succes bij op het conto van de ministers en ambtenaren van het ministerie van VWS (van Lent & van Steenbergen 2018). Volgens de Algemene Rekenkamer (2016) droegen de financiële afspraken in de akkoorden in de periode 2012-2015 bij aan een beheerste uitgavengroei. Over de zorginhoudelijke afspraken worden positieve geluiden (er ontstaat een gezamenlijke ambitie) afgewisseld met kritische geluiden (er is een beperkte doorwerking in de praktijk). Recent ontstond tijdens de coronacrisis ook discussie over de starheid van hoofdlijnenakkoorden, met name rond de financiële groeiruimte.

Op dit moment zijn hoofdlijnenakkoorden opnieuw onderdeel van de gedachtevorming over de toekomst van de curatieve zorg, zoals blijkt uit de partijprogramma's voor de Tweede Kamerverkiezingen en uit recente beleidsvoorstellen van het ministerie van VWS en zorgverzekeraars. Gezien de doorlopende discussies over het nut van de hoofdlijnenakkoorden achten we het als Raad van belang om regering en parlement te adviseren over de keuze voor- en de aanpak bij eventuele nieuwe bestuurlijke (hoofdlijnen)akkoorden in de zorg. Dit advies past binnen het thema 'Schurende stelsels' uit onze werkagenda 2020-2024. Onder dit thema bestudeert de Raad hoe de verschillende stelsels van zorg en ondersteuning beter kunnen werken voor burgers en samenleving. De vraag is welke rol hoofdlijnenakkoorden daarin in de nabije toekomst kunnen spelen.

1.2 Focus en aanpak

In dit advies analyseert de Raad de ontwikkeling en werking van de hoofdlijnenakkoorden als beleidsinstrument in de curatieve zorg van 2012 tot nu. Ook kijken we vooruit: hoe zouden *bestuurlijke akkoorden* waardevol kunnen zijn in de toekomst en is het opnieuw sluiten van *hoofdlijnenakkoorden* wenselijk? We hanteren drie invalshoeken voor onze reflectie op de huidige en de voorgaande hoofdlijnenakkoorden:

[1] De hoofdlijnenakkoorden hebben individueel verschillende titels: Hoofdlijnenakkoord (2 maal), Bestuurlijk akkoord (6), Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (1), Convenant (1), Onderhandelresultaat (2) of Bestuurlijke afspraken (1). Het hoofdlijnenakkoord (2017-2018) en de bestuurlijke afspraken (2012-2022) in de paramedische zorg vallen buiten bovengenoemde definitie, omdat er geen financiële groeinorm in is afgesproken. We nemen deze akkoorden toch mee in dit rapport, omdat ze in beleidsnotities en artikelen vaak als een van de vijf sectorale hoofdlijnenakkoorden worden gezien.

1. Allereerst kijkt de Raad terug op het proces van het sluiten van en werken met hoofdlijnenakkoorden. Daarbij staat vooral het ‘hoe’ centraal: op welke manier zijn de hoofdlijnenakkoorden tot stand gekomen door de tijd heen, zijn daarbij de juiste partijen betrokken en op welke wijze borgen partijen het opvolgen van afspraken?

2. Daarnaast kijkt de Raad naar het effect van hoofdlijnenakkoorden op de onderhandeling tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bieden ze, zoals voorzien, extra sturing en handvatten voor deze onderhandelingen – en op die manier een ‘steuntje in de rug’ voor het stelsel?

3. Ten slotte kijkt de Raad naar effecten van het werken met hoofdlijnenakkoorden op andere onderdelen van het zorgstelsel. Hieronder beschouwen we de wisselwerking van hoofdlijnenakkoorden met andere sturingselementen, zoals de wettelijke taken van toezichthouders, de rol van het ministerie van VWS als stelselverantwoordelijke en de rol van de politiek.

Hoewel we dus wel reflecteren op de effecten van de hoofdlijnenakkoorden, ligt een ‘hard’ kwantitatief oordeel over de financiële resultaten buiten de scope van dit advies. Wij richten ons op de werkingsprincipes erachter en op hoe de hoofdlijnenakkoorden zich verhouden tot het zorgstelsel. Op basis van deze werkingsprincipes kunnen we wel een kwalitatief oordeel geven over het effect van de akkoorden. We belichten de werking van hoofdlijnenakkoorden in algemene zin, maar houden oog voor verschillen tussen de deelsectoren die ieder een eigen hoofdlijnenakkoord kennen.

We baseren ons op openbare bronnen en gesprekken die wij de afgelopen periode voerden met 40 directbetrokkenen en inhoudelijk experts. Een conceptversie van het advies is voorgelegd aan brancheverenigingen als ondertekenaar van een of meerdere hoofdlijnenakkoorden en drie inhoudelijk experts.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we het ontstaan en de opzet van de hoofdlijnenakkoorden. In hoofdstuk 3 reflecteren we vanuit een procesperspectief op de hoofdlijnenakkoorden. In hoofdstuk 4 analyseren we het effect van de hoofdlijnenakkoorden op de onderhandeling tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Vervolgens kijken we in hoofdstuk 5 naar de bredere effecten van de hoofdlijnenakkoorden binnen het stelsel. De resultaten en conclusie van deze analyse vatten we samen in hoofdstuk 6, waarna de Raad in hoofdstuk 7 een beschouwing geeft op de mogelijke toekomstige rol van bestuurlijke akkoorden in de zorg.

2 Beschrijving van de hoofdlijnenakkoorden

2.1 Oorsprong en ontstaan

Het idee voor de hoofdlijnenakkoorden ontstond in de nasleep van de economische crisis van 2008. Deze crisis genereerde een breed gevoelde urgentie in politiek en zorgsector om de zorguitgaven beter te beheersen, vooral in de medisch-specialistische zorg. De uitgaven raakten steeds verder uit balans met de stagnerende economische groei. Binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie is zekerheid over de uitgavengroei per definitie lastig (Schut et al. 2011; Van der Geest et al. 2018) en is er geen evident instrument om deze disbalans te repareren. Zo zette het kabinet-Rutte I (2010-2012) in eerste instantie in op stringenter pakketbeheer, maar dit beleid stuitte op weerstand in de politiek en in de samenleving.

Als alternatieve strategie probeerde de Rijksoverheid overschrijdingen van het landelijke financiële kader te herstellen via generieke kortingen op het budget van (met name) ziekenhuizen. Tegen dit beleid kwam vanuit de ziekenhuizen echter stevig verzet. Er rezen twijfels over de juridische houdbaarheid van deze kortingen binnen de wettelijke kaders van het stelsel van gereguleerde concurrentie.

Vervolgens ontstond in 2011 het idee van een meerjarig bestuurlijk akkoord voor de medisch-specialistische zorg, waarin de landelijke branchepartijen en de minister van VWS afspraken maken over de maximale groei van de zorguitgaven.[2] Dit eerste akkoord, gesloten in juni 2011, lijkt 'vele vaders' te hebben, maar vrijwel iedereen noemt de in 2019 overleden toenmalige directeur-generaal curatieve zorg Leon van Halder. Partijen in het akkoord zetten hun handtekening onder een financiële groeinorm en de invoering van een macrobeheersinstrument, waarmee de Rijksoverheid overschrijdingen van de afgesproken financiële groeiruimte voor een sector als geheel kon terugvorderen bij individuele aanbieders. De spanningen tussen Rijksoverheid en zorgaanbieders verminderden, doordat partijen zich openlijk committeerden aan de groeinorm. Bovendien was de verwachting dat op deze wijze een sterkere juridische basis zou ontstaan voor eventueel overheidsingrijpen bij overschrijdingen van de groeinorm.

Een tweede belangrijke aanleiding voor het sluiten van een akkoord in de medisch-specialistische zorg was de geplande hervorming van de dbc-bekostiging. Het doorvoeren van deze hervorming kreeg rond 2011 extra urgentie, omdat er fouten waren geslopen in de dbc-tijdsregistraties van ondersteunend specialisten, zoals radiologen en medisch microbiologen. De invoering van de hernieuwde dbc-systematiek per 2012, in combinatie met een forse uitbreiding van het aantal dbc's met vrije prijzen, leidde tot financiële onzekerheid bij zorgverzekeraars over toekomstige uitgavenontwikkelingen. Hierdoor was er ook voor hen een belang om tot een akkoord te komen over uitgavengroei om deze financiële onzekerheid te reduceren.

Het eerste hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg had dus geen democratische basis in politieke partijprogramma's of een regeerakkoord. Het kwam op als een tijdelijk instrument tegen de achtergrond van een specifieke aanleiding en creëerde bestuurlijke rust over de uitgavenontwikkeling in de medisch-specialistische zorg. Idealiter kon de Rijksoverheid het ingrijpen in de omzet van zorgaanbieders op deze wijze vermijden. Het akkoord diende ook als een 'steuntje in de rug' voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in die sector. De inzet was immers dat het akkoord als landelijke afspraak voldoende ruimte zou bieden voor lokale variatie.

In beginsel was er geen voornemen om het instrument van een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ook in te zetten in andere deelsectoren. Toch zagen hoofdlijnenakkoorden snel het licht in ook de huisartsenzorg, de ggz en later de wijkverpleging en de paramedische zorg (zie tabel 2.1). De regeerakkoorden van de kabinetten-Rutte II (2012) en -Rutte III (2017) bevatten de afspraak tot het sluiten van nieuwe tranches hoofdlijnenakkoorden. Zo vormde de politieke planvorming via deze regeerakkoorden – anders dan bij het eerste hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg – een belangrijke basis voor de continuering en

[2] De ondertekenaars van dit eerste hoofdlijnenakkoord waren de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

verbreding van het beleidsinstrument. De huidige tranche van vijf hoofdlijnenakkoorden loopt van 2019 tot en met 2022. In de medisch-specialistische zorg, de ggz en de huisartsenzorg vormen deze akkoorden inmiddels de derde tranche.

Tabel 2.1: Een aantal kenmerken van hoofdlijnenakkoorden per tranche en per sector[1,2]

Tranche	Sector	Looptijd	Ondertekenaars	Groeinorm uitgaven
1e tranche 2012-2014	Medisch-specialistische zorg	2012-2015 (gesloten 4 juli 2011)	NFU, NVZ, ZKN, ZN, VWS	2,5%
	Geestelijke gezondheidszorg	2013-2014 (gesloten 18 juni 2012)	GGZNL, NVvP, LVG, MeerGGZ, LPGGz, ZN, NIP, LVE, NVVP, VWS	2,5%
	Huisartsenzorg	2012-2013 (gesloten 15 juni 2012)	VWS, LHV	3% (incl. 0,5% substitutie)
2e tranche 2014-2018	Medisch-specialistische zorg	2014-2017 (gesloten 16 juli 2013)	NVZ, NFU, NPCF, ZKN, OMS, ZN, VWS	1%
	Geestelijke gezondheidszorg	2014-2017 (gesloten 16 juli 2013)	GGZ NL, LPGGz, NVvP, NVVP, NIP, MEERGGZ, LVE, LVG, V&VN, ZN, VWS	1%
	Huisartsenzorg	2014-2017 (gesloten 16 juli 2013)	LOK, LVG, VHN, ZN, VWS	2,5%
	Wijkverpleging	2017-2018 (gesloten 28 juni 2017)	ActiZ, BTN, PFNL, V&VN, ZN, VWS	Macrokader voor 2018 van € 3.748 mln + € 30 mln substitutie
	Paramedische zorg	2017-2018 (gesloten 19 juni 2017)	KNGF, SKF, PPN, PFNL, ZN, VWS	n.v.t.
3e tranche 2019-2022	Medisch-specialistische zorg	2019-2022 (gesloten 4 juni 2018)	NVZ, NFU, PFNL, ZKN, FMS, ZN, V&VN, VWS	Aflopend van 0,8% in 2019 naar 0,0% in 2022
	Geestelijke gezondheidszorg	2019-2022 (gesloten 11 juli 2018)	GGZNL, NVvP, NIP, MEERGGZ, Ineen, MIND, LVVP, RIBW Alliantie, P3NL, V&VN, Federatie Opvang, ZN, VWS	Aflopend van 1,3% (2019) naar 0,7% (2022)

	Huisartsenzorg	2019-2022 (gesloten 11 juli 2018)	LHV, InEen, PFNL, ZN, VWS	2,5% (2019-2020) 3% (2021-2022)
	Paramedische zorg	2019-2022 (gesloten 20 juni 2019)	KNGF, PPN, PFNL, ZN, VWS, SKF	n.v.t.
	Wijkverpleging	2019-2022 (gesloten 6 juni 2018)	Actiz, BTN, PFNL, VNG, V&VN, ZN, VWS	2,4%

[1] Zie Paragraaf 2.2 voor specifieke zorginhoudelijke onderwerpen per akkoord.

[2] Zie Bijlage 1 Afkortingen voor de volledige namen van alle ondertekenaars.

2.2 De inhoud van de afspraken

De ontstaansgeschiedenis van de hoofdlijnenakkoorden maakt dat deze, zeker in de beginfase, een sterke nadruk legden op afspraken over de gewenste maximale uitgavengroei, met het macrobeheersinstrument als 'stok achter de deur'. Deze financiële afspraken gaan in alle hoofdlijnenakkoorden vergezeld van zorginhoudelijke afspraken over onder andere substitutie, doelmatigheid en organisatie van zorg. De inhoudelijke afspraken dienen als middel voor het realiseren van de afspraken over uitgavenbeheersing. De ondertekenaars van de hoofdlijnenakkoorden verwachten dat zowel de financiële als de inhoudelijke afspraken via de (contract)afspraken tussen individuele aanbieders en zorgverzekeraars leiden tot de gewenste veranderingen in de praktijk.

Door de tijd heen zien we de inhoud van de verschillende tranches hoofdlijnenakkoorden geleidelijk veranderen. Ten eerste zijn de financiële afspraken, met name in de medisch-specialistische zorg en ggz, aangescherpt in de vorm van lagere groeinormen. Ten tweede zijn de hoofdlijnenakkoorden gaandeweg steeds verder aangevuld met beelden over de toekomst van de zorgsectoren en additionele inhoudelijke doelen en afspraken. De hoofdlijnenakkoorden kregen in eerste instantie een invulling die paste bij de dynamiek van de verschillende sectoren en de opstelling van betrokken partijen.

Specifieke onderwerpen in hoofdlijnenakkoorden per sector

Medisch-specialistische zorg

Partijen gaan in het eerste hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg een inspanningsverplichting aan om de afgesproken financiële groeinorm te realiseren via scherpe zorginkoop, substitutie tussen sectoren, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en afbouw van overbodige ziekenhuiscapaciteit. Het tweede hoofdlijnenakkoord bouwt qua inhoud voort op het eerste. Daarbovenop worden een aantal onderwerpen benoemd die partijen na het sluiten van het hoofdlijnenakkoord verder uitwerken, zoals een 'kwaliteits- en doelmatigheidsagenda', een monitor die inzicht geeft in de voortgang op het gebied van substitutie en het stimuleren van e-health. In het laatste hoofdlijnenakkoord is, naast financiële afspraken en het hierna genoemde 'Juiste Zorg op de Juiste Plek', ook aandacht voor arbeidsmarktbeleid en het verminderen van regeldruk. Een onderwerp als de afbouw van ziekenhuiscapaciteit komt niet meer expliciet terug.

Huisartsenzorg

Het eerste hoofdlijnenakkoord, dat is gesloten tussen 'alleen' de Landelijke Huisartsen Vereniging en de minister van VWS, benoemt het te behouden uitgangspunt van de huisarts als poortwachter in ons stelsel. Partijen spreken ook af dat huisartsen zich inzetten om onnodige verwijzingen te voorkomen en geneesmiddelen doelmatiger te gaan voorschrijven. Bovendien wordt extra financiële ruimte gecreëerd om de benodigde verplaatsing van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts mogelijk te maken. Het tweede

hoofdlijnenakkoord heeft een vergelijkbare insteek en benoemt daarnaast 15 inhoudelijke thema's, zoals preventie en e-health, die na het sluiten van het akkoord verder worden uitgewerkt. Ook worden aandachtspunten voor de hervorming van de bekostiging van huisartsenzorg in het akkoord benoemd. In het laatste hoofdlijnenakkoord spreken partijen onder de kapstok 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' af om zich in te zetten voor meer tijd voor de patiënt, betere samenwerking in de keten en het transparant maken van 'etalage-info' voor patiënten.

Geestelijke gezondheidszorg

De ggz-akkoorden bevatten sinds de eerste tranche een inhoudelijke visie over de rol van de ggz en alle daarbij betrokken beroepsgroepen. In deze visie komt het belang van meer samenhang in het zorgaanbod en betere samenwerking steeds terug. Ook de positie en de zelfstandigheid van cliënten worden expliciet benadrukt, in het laatste akkoord onder de kop 'De mens centraal'. Partijen spreken af om zich voor het bereiken van deze doelen in te zetten. In de eerste twee hoofdlijnenakkoorden is expliciet benoemd dat zorgverzekeraars en aanbieders de beddencapaciteit in de ggz gaan afbouwen en dat partijen zich inzetten voor ambulantisering. Een ander specifiek element van de ggz-akkoorden is het transparant maken van kwaliteit door te werken met Routine Outcome Monitoring, al komt dit in het laatste hoofdlijnenakkoord niet meer terug. Partijen spreken in het laatste hoofdlijnenakkoord af om het contracteerproces in de ggz te verbeteren en het percentage aanbieders dat werkt zonder contract met een verzekeraar te verlagen.

Wijkverpleging

Samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein is een specifiek thema in de wijkverpleging-akkoorden. In het eerste hoofdlijnenakkoord spreken partijen af dat zij gaan inventariseren wat hiervoor nodig is. In het tweede hoofdlijnenakkoord benoemen partijen dat dit vooral lokaal en regionaal ingevuld moet worden. Een tweede specifiek thema is het contracteerproces, waarbij het doel is om de contracteergraad te verhogen. Hiervoor leggen partijen in het laatste hoofdlijnenakkoord meerdere 'contracteerprincipes' vast. Het arbeidsmarktvraagstuk komt ook in beide hoofdlijnenakkoorden terug, waarbij partijen afspreken om aan te sluiten bij een bestaand actieprogramma. In het laatste hoofdlijnenakkoord onderschrijven partijen ook de noodzaak om regeldruk terug te dringen en het gebruik van e-health verder te stimuleren.

Paramedische zorg

In de hoofdlijnenakkoorden van de paramedische zorg is expliciet aandacht voor het opstellen van een meerjarenprogramma voor kennisontwikkeling en onderzoek. Doel van partijen is om deze programma's gedurende de looptijd van het hoofdlijnenakkoord te ontwikkelen. Daarnaast zet men expliciet in op het gaan meten en ontsluiten van patiëntervaringen. Andere specifieke thema's in dit hoofdlijnenakkoord zijn het vergroten van de organisatiegraad van aanbieders in de paramedische zorg, digitalisering en informatie voor de patiënt.

Juiste Zorg op de Juiste Plek

Sinds de laatste tranche ligt er een meer gedeelde inhoudelijke onderlegger onder de verschillende hoofdlijnenakkoorden. In alle hoofdlijnenakkoorden staat namelijk een vergelijkbare paragraaf over de 'transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek' waaraan ondertekenaars zich committeren. Het rapport van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek werd voorafgaand aan de onderhandelingen over deze laatste tranche hoofdlijnenakkoorden opgesteld met betrokkenheid van vrijwel alle relevante partijen in de zorg (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek 2018). Zo werd het vrijwel automatisch ook een logische onderlegger waar men niet meer omheen kon.

De transformatie naar 'de juiste zorg op de juiste plek' omvat drie beoogde effecten die in alle hoofdlijnenakkoorden (2019-2022) zijn opgenomen: het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichter bij huis als dat kan en verder weg als dat moet), en het vervangen van zorg door andere zorg (zoals e-health) met een gelijkwaardige kwaliteit. In ieder akkoord staan afspraken die moeten bijdragen aan deze effecten, zoals het transparant maken van kwaliteit, het beter samenwerken in netwerken, en 'toekomstbestendige digitalisering' of het verbeteren van de ICT-infrastructuur. Volgens de hoofdlijnenakkoorden wordt van individuele aanbieders en verzekeraars verwacht dat zij over dit soort inhoudelijke zaken afspraken maken, ook in contracten. Rijksoverheid en branches ondersteunen en stimuleren dit via aanpalende programma's (bijvoorbeeld 'Uitkomstinformatie voor samen beslissen') of andere gremia ('Informatieberaad').

Verbreding van inhoudelijke afspraken in hoofdlijnenakkoorden

Door de tijd heen zijn de inhoudelijke afspraken in de hoofdlijnenakkoorden steeds verder verbreed. We zien dat er meer onderwerpen bijkomen, waarbij het soms de vraag is of deze bijdragen aan het bereiken van een bovenliggend maatschappelijk doel of dat ze wellicht eerder een status quo vastzetten. Een voorbeeld hiervan zijn de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden in de medisch-specialistische zorg. Daarin wordt onder andere beschreven dat 'de vrije keuze voor medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijft' en dat medisch specialisten 'buiten de werkingssfeer van de Wet Normering Topinkomens blijven'. In hetzelfde akkoord staat dat 'de beschikbaarheidsbijdrage van academische zorg zal worden ingezet alleen voor de huidige ontvangers'. Ook uit onze interviews maken we op dat het individuele belang van partijen sterk de boventoon kan voeren aan de bestuurlijke overlegtafels van de hoofdlijnenakkoorden, los van het feit of ze expliciet op papier terechtkomen.

Opzet en formulering van afspraken

De opzet van de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden varieert sterk. Met name de financiële doelstellingen zijn heel specifiek in 'harde' getallen of percentages geformuleerd. Weliswaar zijn ook sommige inhoudelijke afspraken specifiek geformuleerd; vaak gaat het echter om algemene doelen en weinig concrete actieplannen of voornemens (zie ook het rapport van de Algemene Rekenkamer (2016) en een aantal voorbeelden in paragraaf 4.2). Verder dan een inspanningsverplichting gaan de afspraken meestal niet.

Zeker in de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden zijn veel verwijzingen opgenomen naar aanpalende overheidsprogramma's of projecten, bijvoorbeeld op het gebied van ICT (verwijzing in het hoofdlijnenakkoord naar het informatieberaad) of het arbeidsmarktbeleid (verwijzing in het hoofdlijnenakkoord naar het actieprogramma 'Werken in de zorg'), die zo ook onderdeel van het akkoord zijn geworden. De verwevenheid met deze andere beleidstrajecten en de focus op 'hoofdlijnen' is ook expliciet gemaakt door hoe de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden 'zichzelf' omschrijven als afspraken over het 'dat', waarbij het 'hoe en wat' regionaal of lokaal zal worden ingevuld. Met andere woorden, in de hoofdlijnenakkoorden staat 'dat' er wordt gewerkt aan het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg, maar niet 'hoe en wat'.

De hoofdlijnenakkoorden in de zorg zijn technisch en zakelijk opgesteld en maken hoofdzakelijk gebruik van beleidsjargon. Ze verschillen daarin sterk van bestuurlijke akkoorden in andere beleidsdomeinen, waar ze ook steeds populairder zijn, zoals het Klimaatakkoord en het Nationaal Preventieakkoord. Die akkoordteksten zijn expliciet geschreven voor een breder publiek.

3 Proces: totstandkoming van en werken met hoofdlijnenakkoorden

We bekijken het proces van het sluiten van en werken met hoofdlijnenakkoorden aan de hand van een aantal elementen uit de bestuurskundige literatuur: representatie, de wijze waarop het totstandkomingsproces verloopt, en de wijze waarop de borging van de gemaakte afspraken is geregeld (zie ROB 2020).[3]

3.1 Representatie

Het aantal ondertekenaars van de hoofdlijnenakkoorden nam sinds de eerste tranche toe (zie Tabel 2.1). Nieuwe ondertekenaars bij de tweede en derde tranche zijn vertegenwoordigers van patiënten, verpleegkundigen en verzorgenden, en van specifieke groepen zorgaanbieders (huisartsenposten, geïntegreerde-/ketenzorg en zorg voor kwetsbare mensen) en gemeenten. Hierdoor vertegenwoordigen de laatste hoofdlijnenakkoorden een breder palet aan perspectieven en was er breder draagvlak bij de ondertekening van de akkoorden. Tegelijkertijd valt op dat de laatste hoofdlijnenakkoorden ook ruimer zijn qua omvang en inhoud. Uit de gesprekken leren we dat partijen (logischerwijs) ook aan tafel zitten om 'eigen belangen' in de hoofdlijnenakkoorden een plek te geven. Dit is van belang om partijen mee te krijgen in het ondertekenen, maar doet de scherpte en focus van het inhoudelijke doel afnemen op het moment dat het aantal deelnemers groeit.

Voorgaande betekent niet dat iedereen die op een gegeven moment graag aan tafel wil, ook aan tafel zit en meeondertekent. Bijvoorbeeld, de farmaceutische industrie en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen hebben – zonder resultaat – geuit graag betrokken te worden. Ook wisselt de inbreng van partijen die wel ondertekenen. Zo zijn gemeenten geen ondertekenaar van het laatste ggz-akkoord, maar blijkt uit de slotbepaling van dat akkoord dat nog met gemeenten wordt gesproken over afspraken waar zij een rol in hebben. Ook de positie van de patiëntvertegenwoordigers is anders dan die van de andere partijen. Hun achterban heeft immers geen direct financieel belang bij de gemaakte afspraken.

Het parlement speelt bij het opstellen van de hoofdlijnenakkoorden in de praktijk nauwelijks een rol. Het krijgt de hoofdlijnenakkoorden te zien zodra deze opgesteld zijn, maar in tegenstelling tot akkoorden in andere sectoren valt op dat er weinig tot geen politieke discussie over wordt gevoerd. Dit komt waarschijnlijk mede door de wijze waarop de hoofdlijnenakkoorden zijn ontstaan, als bestuurlijke afspraak tussen partijen. Volgens betrokkenen leek het parlement in het algemeen ook 'tevreden' met de uitkomst van de akkoorden, aangezien ze leken bij te dragen aan de breed gevoelde noodzaak tot uitgavenbeheersing. Toch is de democratische legitimering van akkoorden wel een aandachtspunt. Zeker nu ze inhoudelijk steeds verder uitweiden en er keuzes over de inrichting van het zorglandschap worden gemaakt.

Een ander perspectief dat ontbreekt aan tafel is het geluid van innovatieve partijen of aanbieders in de zorg. Dat geluid valt immers niet samen met de positie van branche- en beroepsorganisaties, die vooral 'de grote groep' van bestaande aanbieders vertegenwoordigen. Zoals is beschreven in hoofdstuk 2 sturen de laatste hoofdlijnenakkoorden wel aan op vernieuwing en transitie. In dat kader lijkt het van belang dat innovatieve koplopers in de sector – en niet alleen vertegenwoordigers van de grote groep – expliciet vertegenwoordigd zijn in het proces (NSOB 2020).

De branches consulteren hun achterban bij het tot stand komen van hoofdlijnenakkoorden; via ledenvergaderingen spreken ze met leden over de inhoud van hoofdlijnenakkoorden en wordt gestemd over ondertekening van het akkoord door de branche. In welke mate achterbannen de hoofdlijnenakkoorden onderschrijven en brancheorganisaties ze actief stimuleren om de afspraken te vertalen naar lokaal beleid,

[3] De Raad voor het Openbaar Bestuur stelde in 2020 "op basis van meerdere lijstjes van waarden voor goed openbaar bestuur" een normenkader op voor "goede maatschappelijke akkoorden" (ROB 2020). We hebben dit kader gebruikt als basis voor de indeling en invulling van dit hoofdstuk.

kunnen we niet precies vaststellen. In verschillende gesprekken komt naar voren dat leden (logischerwijs) niet altijd op één lijn zitten en dat het voor branches in sommige situaties lastig kan zijn om een standpunt in te nemen. In die situaties zal de branche eerder een 'gemiddelde' stem vertolken. Het valt ons in verschillende gesprekken bovendien op dat bestuurders in de zorg niet altijd een goed beeld lijken te hebben van de inhoudelijke afspraken in hoofdlijnenakkoorden.

3.2 Totstandkomingsproces

Het aantal partijen dat de hoofdlijnenakkoorden in de zorg ondertekent is relatief klein in vergelijking met dat aantal bij bijvoorbeeld het Klimaatakkoord (75 partijen), het Energieakkoord (47) of het Nationaal Preventieakkoord (31). Dit bespoedigt het proces om tot een akkoord te komen. Zo kan in relatief kleine kring snel worden onderhandeld tussen bestuurders van de betrokken partijen. Dit betekent uiteraard niet dat er geen discussie ontstaat; betrokkenen geven aan dat er stevig onderhandeld werd en dat er spanningen ontstonden. Zij geven ook aan dat de personen die het proces begeleidden en aanstuurden (ministers en ambtenaren van VWS) een belangrijke rol speelden in het realiseren van de uiteindelijke hoofdlijnenakkoorden. Persoonlijk, informeel contact was daarbij cruciaal. Uiteindelijk is ook van belang geweest dat iedereen de wil had om eruit te komen en dat de betrokken bestuurders elkaar vaak al lang persoonlijk kennen.

Uit internationaal onderzoek naar bestuurlijke akkoorden blijkt dat het van waarde is om voldoende tijd en aandacht te nemen voor het bepalen van een gezamenlijke probleemschets, visie, set uitgangspunten en aanpak ('*shared theory of action*') (zie Emerson et al. 2012). Hierdoor kan vertraging, onenigheid of verzanding van aanvankelijk enthousiasme in een later stadium worden voorkomen. Uit de gesprekken maken we op dat dit bij sommige onderwerpen in de hoofdlijnenakkoorden niet is gelukt, omdat specifieke afspraken onder hoge (politieke) druk in het akkoord zijn opgenomen. Deze druk lijkt te zijn toegenomen sinds de hoofdlijnenakkoorden in het regeerakkoord worden vastgelegd. Enige druk is nodig, maar het bijbehorend risico is dat onderhandelingen verzanden in een belangenuitruil of dat er te snel gedacht wordt vanuit specifieke oplossingen.

3.3 Borging

Opvolging en monitoring van afspraken

In de hoofdlijnenakkoorden fungeert het macrobeheersinstrument als middel om te borgen dat individuele aanbieders en verzekeraars opvolging geven aan de landelijke financiële afspraken. Voor de inhoudelijke afspraken is die opvolging sterker afhankelijk van de inzet van partijen en hun achterban; de hoofdlijnenakkoorden omvatten geen expliciete consequenties bij onvoldoende voortgang. De ondertekenaars van het akkoord hebben daarin vooral een indirecte rol; zij kunnen hun achterbannen stimuleren en faciliteren om inhoudelijke doelen te bereiken.

Monitoring en evaluatie is in verschillende vormen en gradaties opgenomen, met als gemene deler dat een gezamenlijk, periodiek bestuurlijk overleg plaatsvindt waarin de voortgang van afspraken en opspelende kwesties kunnen worden besproken.

In de lopende tranche hoofdlijnenakkoorden is een specifieke bepaling opgenomen dat partijen in het (sectorale) bestuurlijk overleg beraadslagen als afspraken niet of onvoldoende van de grond komen. Afspraken over wat er gebeurt zodra partijen er niet (meer) onderling uitkomen of als doelen onhaalbaar blijken, ontbreken nog. Bij een deel van de hoofdlijnenakkoorden is inmiddels een externe procesbegeleider betrokken die de voortgang van de afspraken tussen partijen nauwkeurig monitort en die de overkoepelende doelen scherp probeert te houden. Er zijn ook hoofdlijnenakkoorden waarbij het ministerie zelf deze rol vertolkt.

Met uitzondering van het hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg is in de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een monitorrol vervult, met

name om afspraken over het contracteerproces en de wijze van contracteren te volgen.[4] Zo wordt de opvolging voor een deel van de afspraken ook publiek transparant. Deze monitors geven wel vooral een algemeen beeld per sector. Individuele aanbieders of verzekeraars zien daarin hun eigen voortgang niet terug. Bovendien worden niet alle afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden via deze monitors gevolgd.

Flexibiliteit van de afspraken

Het is van belang om akkoorden flexibel genoeg te maken zodat partijen en afspraken zich kunnen aanpassen aan nieuwe omstandigheden (Emerson et al. 2012). Dit kan door naast inhoudelijke afspraken te maken 'vooruit te denken' in hoe afspraken gezamenlijk (en in goed overleg) up-to-date kunnen worden gehouden. De financiële afspraken in de hoofdlijnenakkoorden schuurden op een aantal momenten met ontwikkelingen die zich gedurende de looptijd van de hoofdlijnenakkoorden voordeden. Zo bleek het lastig om tot afspraken over een nieuwe cao van ziekenhuizen te komen door de financiële afspraken die in de hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt. Waar vakbonden een forse loonstijging eisten, waren ziekenhuizen gebonden aan de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden over de maximale groei van de totale uitgaven. Ook tijdens de coronacrisis bleken de afspraken in de huidige hoofdlijnenakkoorden niet flexibel genoeg om een dergelijke externe ontwikkeling te accommoderen.

Hoofdlijnenakkoorden en de coronacrisis

In 2020 is vanwege de coronapandemie discussie ontstaan over de houdbaarheid van de maximale uitgavengroei die in het hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg was afgesproken. Minister Van Ark van Medische Zorg heeft in augustus 2020 en nogmaals in december 2020 aangegeven geen reden te zien om dit hoofdlijnenakkoord aan te passen. Ze wees erop dat de coronacrisis juist de noodzaak om uitgaven te beheersen onderstreepte, net als het belang van de meeste inhoudelijke afspraken (VWS 2020b). Ook wees ze op de ruimte die hoofdlijnenakkoorden bieden om, via het bestuurlijk overleg van het akkoord als 'tafel', eventuele knelpunten alsnog te bespreken. In juli 2020 hebben zorgverzekeraars, ziekenhuizen en het ministerie van VWS separaat afspraken gemaakt over het verrekenen van gederfde inkomsten en extra kosten van het coronajaar 2020 (Zorgverzekeraars Nederland 2020). Het macrobeheersinstrument wordt ook niet ingezet bij overschrijdingen die veroorzaakt zijn door de pandemie.

Verbinding tussen partijen

Het proces van hoofdlijnenakkoorden sluiten heeft, zeker volgens de betrokkenen bij de eerste tranche, partijen dichter bij elkaar gebracht. Er ontstond een structureel platform waar partijen met elkaar in gesprek konden gaan, ook na sluiting van het akkoord. Overigens bestond een dergelijk platform in de historie van de Nederlandse zorg ook al in andere varianten (zie Bijlage 2 voor een korte historische reflectie). Dit platform is in de afgelopen jaren steeds bepalender geworden bij allerhande beleidsinitiatieven en opspelende kwesties, als 'tafel' waar knopen konden worden doorgehakt of om tegenstellingen op lager niveau 'op te schalen' en glad te strijken. Het op deze wijze bij elkaar brengen van partijen heeft waarde, omdat het vertrouwen en rust kan creëren, ook al ontstaat in de opvolging soms onenigheid tussen partijen. Overigens ontmoeten partijen elkaar inmiddels ook veelvuldig om tafel bij andere overleggen. Denk daarbij aan het Informatieberaad of het programma 'Uitkomstgerichte zorg' en aan overleggen bij de NZa en Zorginstituut Nederland.

De hoofdlijnenakkoorden brachten ook een gezamenlijk commitment tot stand – in ieder geval bij de ondertekenaars van het akkoord – om zich in te zetten voor het realiseren van afspraken. We signaleren wel dat de inzet van partijen verschilt tussen akkoorden. Zo blijkt uit de gesprekken dat de zorgverzekeraars een sterker belang leken te hebben bij het opstellen van de hoofdlijnenakkoorden in de medisch-specialistische zorg, in vergelijking tot de hoofdlijnenakkoorden in de huisartsenzorg en de wijkverpleging (zie ook Van Lent en Van Steenbergen 2018). Hun deelname in hoofdlijnenakkoorden in de huisartsenzorg en de ggz beschrijven zij ook wel als een "gunst" naar de bewindslieden van het ministerie van VWS. Dergelijke verschillen maken dat de verbinding tussen partijen niet bij ieder hoofdlijnenakkoord even sterk zal zijn.

Zoals we in paragraaf 3.1 omschreven, brengt het ontstaan van dit platform het risico met zich mee dat daarin het anticiperen en onderhandelen over individuele belangen centraal komt te staan en het bovenliggende doel uit beeld verdwijnt. De verschillende belangen en visies leiden er soms ook toe dat

[4] De NZa voert overigens op eigen initiatief een monitor uit over het contracteerbeleid in de medisch-specialistische zorg waarin elementen van de hoofdlijnenakkoorden wel terugkomen (zie NZa 2021a).

hoofdlijnenakkoorden stranden of niet tot stand komen. In de ggz zette de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) bijvoorbeeld in 2013 haar medewerking aan het akkoord stop naar aanleiding van de discussie over hoofd- en regiebehandelaarschap en zette de discussie over het gebruik van kwaliteitsgegevens (Routine Outcome Monitoring) door verzekeraars de relaties op scherp. De minister van VWS zegde vervolgens in 2015 het akkoord zelf helemaal op vanwege een lobby van GGZ Nederland in het parlement tegen de door haar voorgestelde aanpassing van artikel 13, die in haar ogen binnen de gemaakte afspraken viel, maar er volgens GGZ Nederland juist tegen inging.[5] Hier wreekte zich de groeiende verwevenheid van de hoofdlijnenakkoorden met aanpalende beleidsinitiatieven of -wijzigingen.

[5] Artikel 13 Zorgverzekeringswet: wetten.nl - Regeling - Zorgverzekeringswet - BWBR0018450 (overheid.nl)

4 Effect van hoofdlijnenakkoorden op afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

4.1 Financiële afspraken

Uit de interviews en eerdere onderzoeken maken we op dat individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars door de hoofdlijnenakkoorden andere financiële afspraken zijn gaan maken (Algemene Rekenkamer 2016; NZa 2019c; Visser et al. 2017). Het financiële kader in de hoofdlijnenakkoorden bood een referentiekader voor afspraken over de *hoogte* van de omzetgroei per aanbieder. Daarnaast vertaalden de hoofdlijnenakkoorden zich in een ander *type* financiële afspraken, met name omzetplafonds en in mindere mate aanneemsommen, om te borgen dat het landelijke financiële kader niet zou worden overschreden. Op deze wijze waren de hoofdlijnenakkoorden van invloed op een beheerste uitgavengroei, naast andere factoren zoals het verminderen van de zorgvraag door economische krimp en het verhogen van eigen bijdragen (Algemene Rekenkamer 2016).

Vooral in de medisch-specialistische zorg en de ggz wordt sinds de eerste hoofdlijnenakkoorden meer gewerkt met omzetplafonds en aanneemsommen (NZa 2021a; NZa 2021b). Ook in de wijkverpleging is dit in de laatste jaren het geval (NZa 2020). In de huisartsenzorg en paramedische zorg komen dergelijke omzetplafonds niet voor; zorgverzekeraars gebruiken in de huisartsenzorg standaardcontracten waarin de NZa-prestaties en NZa-maximumtarieven vrijwel zonder uitzondering worden gebruikt (NZa 2019a; NZa 2019b).

Tegelijkertijd ontstonden discussies tussen individuele aanbieders en zorgverzekeraars over de interpretatie van de landelijke groeinorm. De formuleringen in de hoofdlijnenakkoorden boden daar ook ruimte voor: zo spreekt het eerste hoofdlijnenakkoord in de medisch-specialistische zorg van een gemiddelde uitgavengroei van maximaal 2,5%. Betekent dit maximaal 2,5% groei voor elk ziekenhuis, of gemiddeld 2,5%, en kunnen er dan ziekenhuizen zijn die meer groeien? Onder huisartsen ontstond discussie over een gehanteerde nullijn door verzekeraars ondanks een afgesproken groeiruimte van 2,5%, en in de ggz rees de vraag hoe verzekeraars omgaan met bijcontractering van individuele zorgaanbieders boven de afgesproken financiële ruimte. Telkens verschillen de interpretaties: groeiruimte als individueel groeirecht, waar soms ook best boven kan worden gezeten (als het totaal maar uitkomt), of groeiruimte als maximum waarbinnen ook nog scherpere afspraken te maken zijn?

Overigens laten individuele contracten zien dat er in de praktijk wel degelijk wordt afgeweken van de landelijke uitgavennorm. De Algemene Rekenkamer constateerde dit eerder in 2016 specifiek voor de medisch-specialistische zorg, waar de omzetgroei in contracten van verschillende ziekenhuizen een “uiteenlopend beeld” liet zien (Algemene Rekenkamer 2016). Voor sommige ziekenhuizen bleef de gecontracteerde groeiruimte ruim boven de landelijke norm, terwijl deze voor andere eronder lag. Ook in onze interviews hoorden we dat de landelijke norm niet per se als uitgangspunt wordt gebruikt in de onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De lokale omstandigheden, zoals de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag (bijvoorbeeld door de vergrijzing) en de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars (mate van concurrentie) in de regio, zijn andere bepalende factoren.

4.2 Niet-financiële afspraken

Vertaling van inhoudelijke afspraken via lokale onderhandeling

Uit onze interviews en eerdere onderzoeken leren we dat de inhoudelijke afspraken (over onder andere substitutie van zorg, preventie, digitalisering) zich, in tegenstelling tot de financiële groeiruimte, niet direct vertalen in lokale afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars (onder andere Algemene Rekenkamer 2016; NZa 2020; NZa 2021b). Onderwerpen worden op dat niveau soms wel benoemd, bijvoorbeeld dat wordt ingezet op e-health, maar de mate waarin dit gebeurt blijft vaak onbestemd. Dit heeft als eerste te maken met de concreetheid van de landelijke afspraken. De financiële

groeiruimte wordt in hoge mate van detail, in precieze groeipercentages, vastgelegd in hoofdlijnenakkoorden, terwijl inhoudelijke afspraken vaak in veel algemenere termen worden omschreven. Ter illustratie een aantal voorbeelden:

- “Partijen gaan na welke mogelijkheden er zijn en welke maatregelen aanvullend nodig zijn om effectief te sturen op het zonodig afbouwen van capaciteit” (Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2012-2015).

- “Gestart wordt met experimenten/pilots […] voor het stimuleren van Samen Beslissen door zorgverleners en cliënten” (Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022).

- “Huisartsen zetten zich in om de samenwerking met andere professionals vorm te geven. Zorgverzekeraars onderkennen dat het van belang is dat de huisarts voldoende tijd heeft voor kwetsbare groepen. Situationeel moet worden bekeken welke aanpak het beste past” (Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022).

Doordat de formulering van inhoudelijke afspraken op landelijk niveau onbestemd blijft en er ook geen ‘stok achter de deur’ is voor het nakomen van die afspraken, krijgen de afspraken lokaal op verschillende manieren betekenis. In gesprekken horen we terug hoe de inhoudelijke kapstok van Juiste Zorg op de Juiste Plek vooral wordt beleefd als een algemeen of ‘impressionistisch’ concept waarin ieder uiteindelijk het zijne kan zien. Hoe dit lokaal wordt ingevuld is afhankelijk van de visies, belangen en posities van individuele spelers. Zeker wanneer het gaat om het veranderen van werkwijzen (bijvoorbeeld meer zorg digitaal), het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis naar de eerste lijn of het voorkomen van zorg via preventie zullen de visies en belangen tussen individuele partijen verschillen. Als vertegenwoordigende partijen hun achterban daartoe onvoldoende effectief (kunnen) aansturen, blijft de doorvertaling naar concrete lokale afspraken beperkt.

Inhoudelijke afspraken lijken in de praktijk dan ook beperkt stimulans of richting te bieden voor het beleid van individuele zorgaanbieders. Bestuurders van zorgorganisaties hebben niet altijd kennis van de gemaakte inhoudelijke afspraken in hoofdlijnenakkoorden. Of inhoudelijke afspraken lijken juist strategisch gedrag uit te lokken: bestuurders betalen lippendienst aan de inhoudelijke visie uit de akkoorden om ruimte vrij te spelen binnen onderhandelingen met verzekeraars. De sterkste stimulans voor inhoudelijke verandering in de eigen organisatie komt wellicht nog voort uit de financiële kaders. Veel ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld vergaande veranderingen kunnen doorvoeren die de productiviteit hebben verbeterd. Het oude mechanisme van ‘je uit de problemen groeien’ (meer patiënten behandelen met dezelfde hoeveelheid personeel) was namelijk niet meer mogelijk en dieper ingrijpen bleek de enige optie.

Vertaling inhoudelijke afspraken via landelijke programma’s

Een deel van de inhoudelijke afspraken in hoofdlijnenakkoorden verwijst ook naar ondersteunende of aanpalende landelijke programma’s voor het realiseren ervan. In de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden zijn dit bijvoorbeeld de landelijke programma’s ‘Werken in de zorg’, ‘Uitkomstinformatie voor Samen beslissen’ en ‘(Ont)regel de zorg’. Onlangs beschreef de Algemene Rekenkamer het risico dat dergelijke programma’s in de praktijk vaak moeizaam van de grond komen en tot weinig resultaat leiden (Algemene Rekenkamer 2016; 2018; 2020). De Rekenkamer concludeerde dit over de substitutiemonitor en doelmatigheidsprogramma’s (uit de eerste tranche hoofdlijnenakkoorden) en recenter bijvoorbeeld over het programma ‘Zinnige Zorg’ (dat op zichzelf overigens geen deel uitmaakt van de hoofdlijnenakkoorden) (Algemene Rekenkamer 2020). Volgens de Rekenkamer dragen onder andere een te grote vrijblijvendheid, een gebrek aan (ervaren) druk en beperkte doorwerking in de praktijk eraan bij dat dergelijke programma’s minder opleveren dan verwacht.

Aangezien dergelijke programma’s moeten bijdragen aan het behalen van de financiële doelen uit de hoofdlijnenakkoorden, zal dit steeds meer gaan ‘schuren’. Verschillende geïnterviewden spraken in dat kader ook over het risico dat de hoofdlijnenakkoorden in deze vorm ‘uitgewerkt’ raken. Dit laatste blijkt ook uit de toenemende discussies, met name in de ggz en medisch-specialistische zorg, over te krappe omzetplafonds waardoor het budget voor het eind van het contractjaar ‘op is’.

5 Effecten van werken met hoofdlijnenakkoorden binnen het zorgstelsel

5.1 De rol van VWS als stelselverantwoordelijke

Het ministerie van VWS heeft in het curatieve zorgstelsel zogenoemde ‘stelselverantwoordelijkheid’; dit betekent dat het ministerie verantwoordelijkheid neemt over de werking van het stelsel. De Rijksoverheid stelt de wettelijke kaders vast en schept de randvoorwaarden die de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg waarborgen. De rol van systeemverantwoordelijke biedt de mogelijkheid voor verschillende vormen van regievoering op het zorgstelsel (RVS 2016). Met het opstellen en realiseren van de hoofdlijnenakkoorden heeft het ministerie een actievere rol vervuld. Het speelde hiermee in op de politieke dynamiek waarin de minister van VWS, ondanks haar rol als systeemverantwoordelijke, sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in toenemende mate politiek ter verantwoording werd geroepen. De blik vanuit de Tweede Kamer én vanuit de sector was vooral op de minister gericht. De minister zag een hoofdlijnenakkoord ook als behulpzaam om die eigen verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het zorgstelsel meer naar de voorgrond te krijgen.

Tegelijkertijd valt op dat in de opvolging van hoofdlijnenakkoorden, dus nadat akkoorden gesloten zijn, het ministerie vooral een ‘faciliterende’ rol speelt. Het faciliteert het overleg met partijen, maar stuurt niet direct aan op het realiseren van resultaten. De hoofdlijnenakkoorden worden gezien als ‘iets van het veld’. Dit is opvallend, omdat de hoofdlijnenakkoorden bij uitstek ook waarde hebben voor de Rijksoverheid zelf, namelijk als een instrument om te sturen op uitgavenbeheersing. Het ministerie van VWS heeft vanuit dit belang (akkoorden als sturingsmiddel) ook een andere positie ten opzichte van de overige ondertekenaars van de akkoorden.

Wat verder opvalt is dat het ministerie van VWS tegelijkertijd parallelle wegen bewandelt om doelen te behalen of partijen te stimuleren. Denk aan parallelle beleidsprogramma’s, zoals ‘Uitkomstgerichte Zorg’ of ‘Zinnige Zorg’, waarnaar in de hoofdlijnenakkoorden ook veelvuldig wordt verwezen. Daarnaast probeert het ministerie steeds meer directe ondersteuning te bieden aan individuele aanbieders en verzekeraars bij specifieke vragen. Zo gaat het ministerie met individuele aanbieders en verzekeraars in gesprek om het gebruik van digitale zorg te stimuleren. Een risico van het bewandelen van al deze wegen is dat het overzicht verdwijnt en er te veel borden zijn waarop een ministerie moet schaken die allemaal een andere opstelling vereisen.

5.2 Wisselwerking met de rol van landelijke instituten

Het zorgstelsel bevat wettelijke instrumenten waarmee de overheid, via haar landelijke instituties, kan sturen op publieke belangen. Het valt de Raad op dat de hoofdlijnenakkoorden soms thema’s en afspraken bevatten die overlappen met de taken van onder andere de NZa en Zorginstituut Nederland.

Zo stelt de NZa voor delen van de zorg maximumtarieven vast om de betaalbaarheid van de zorg te borgen. Zoals hiervoor beschreven vertaalde de financiële groeiruimte per sector zich – zeker in de medisch-specialistische zorg en de ggz – in afspraken tussen individuele aanbieders en verzekeraars waarbij de groei per aanbieder werd gemaximeerd via omzetplafonds. Door deze wijze van contracteren neemt het nut van prestatieregulering en maximumtarieven voor het beheersen van de kosten af. Die beheersing vindt nu grotendeels plaats via het contract. De prestaties dienen dan vooral als middel om gemaakte kosten te verrekenen (administratieve functie).

Zorginstituut Nederland adviseert onder andere over de inhoud van het basispakket en stelt kwaliteitskaders vast om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. In de hoofdlijnenakkoorden worden ook afspraken gemaakt over wat goede kwaliteit van zorg inhoudt in een sector en over wat zinnige zorg of gepaste zorg is en hoe dat moet worden gestimuleerd. Hoe deze afspraken zich verhouden tot de wettelijke taken van het

Zorginstituut is niet direct helder. Geïnterviewden bevestigden deze overlap en gaven ook aan dat onderwerpen waarover het Zorginstituut besluiten neemt soms in het platform van het hoofdlijnenakkoord opnieuw worden besproken. Dit leidt tot verwarring in de besluitvorming en kan de voortgang belemmeren.

5.3 Het politieke proces

Door de koppeling met het macrobeheersinstrument hebben de hoofdlijnenakkoorden in de Haagse begrotingssystematiek een 'harde' status. Bij het doorrekenen van beleidsopties uit partijprogramma's wordt aan de hoofdlijnenakkoorden dan ook een potentiële – gemaximeerde – besparing toegekend (CPB 2021). In een regeerakkoord of begroting kunnen hoofdlijnenakkoorden vervolgens dus ook met een vast bedrag aan besparing worden 'ingeboekt'. Het ministerie van VWS vertaalt, in overleg met het ministerie van Financiën, de ingeboekte besparing voor de totale curatieve zorg naar groeinormen voor de afzonderlijke sectoren. Deze werkwijze heeft ertoe bijgedragen dat na het eerste akkoord in de medisch-specialistische zorg, vanwege het besparingspotentieel, hoofdlijnenakkoorden haast wel 'moesten' worden ingezet in andere sectoren van het curatieve zorgdomein. Ze waren zo 'lucratief' dat politieke partijen en een nieuwe regering er haast niet omheen konden. Aan andere beleidsopties in de zorg werden door het Centraal Planbureau (CPB) immers veel minder harde besparingen toegekend.

Waar in de zorgsector zelf het enthousiasme afneemt (zie paragraaf 4.2) worden de hoofdlijnenakkoorden door een groot deel van ambtelijk en politiek Den Haag wel blijvend positief ontvangen. Dit ondanks de zeer beperkte betrokkenheid van de Tweede Kamer bij de totstandkoming van de hoofdlijnenakkoorden.[6] Ze bieden de regering en politieke partijen een instrument dat in ieder geval in de eerste jaren voor beheerste groeicijfers lijkt te hebben gezorgd (en dat in die beleving dus werkt), zonder dat daarvoor op het oog iets hoeft te worden ingeleverd. Het is hiermee logisch dat het instrument meermaals terugkeert in verkiezingsprogramma's van politieke partijen en in regeerakkoorden. Deze dynamiek heeft er ook aan bijgedragen dat het initiatief voor nieuwe akkoorden, na een aanvankelijk gedeelde urgentie in de sector in 2012, ook steeds meer komt liggen bij politiek Den Haag (via regeerakkoorden) in plaats van bij de sector zelf.

[6] Meest concreet heeft de Commissie VWS van de Tweede Kamer in 2018 een hoorzitting van experts en betrokkenen georganiseerd in aanloop naar de nieuwe tranche hoofdlijnenakkoorden voor de hoofdlijnenakkoorden van 2019-2022.

6 Samenvatting belangrijkste lessen

In het proces van het werken met hoofdlijnenakkoorden zien we dat deze tot stand kwamen dankzij de (in eerste instantie) beperkte groep bestuurders en ambtenaren – op afstand van de politiek – en de uitgebreide aandacht voor persoonlijk en informeel contact. Hierdoor kon onderling vertrouwen ontstaan tussen een beperkt aantal bestuurlijke hoofdrolspelers. Dat lukte vooral vanwege de breed gevoelde urgentie. Langzaam werden onderhandelingen complexer doordat in latere tranches steeds meer partijen betrokken werden bij het sluiten van de akkoorden. Die complexiteit uit zich in terugkerende bestuurlijke discussies en in steeds meer thema's die in hoofdlijnenakkoorden landden. De democratische controle op hoofdlijnenakkoorden is sinds het begin beperkt. Ook is het de vraag in hoeverre sommige actoren, zoals patiëntenorganisaties en innovatieve voorlopers, betekenisvolle invloed kunnen uitoefenen op de gemaakte afspraken. Er is na de eerste hoofdlijnenakkoorden meer aandacht gekomen voor procesondersteuning en monitoring, maar wel vooral tussen branches, waardoor de resultaten onvoldoende transparant zijn voor achterbannen en niet-ondertekenaars (publieke verantwoording).

We zien dat de hoofdlijnenakkoorden verschillende **effecten hebben op de onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders**, de primaire manier waarop ze voorzien zijn 'door te werken' in de praktijk. De groeinorm uit de hoofdlijnenakkoorden stimuleerde om in contracten uitgaven te beheersen, voornamelijk via omzetplafonds. Tegelijkertijd leidden de hoofdlijnenakkoorden in veel mindere mate tot een actief gesprek in zorginkoopprocessen over zorginhoudelijke veranderingen. Dat is niet zo gek: inhoudelijke doelen in hoofdlijnenakkoorden zijn zeer algemeen geformuleerd, openbare monitoring met geaccepteerde criteria ontbreekt, en er is geen afrekenmechanisme opgenomen om de realisatie van inhoudelijke afspraken te waarborgen. Wellicht nog belangrijker is dat met name inhoudelijke afspraken over het verplaatsen en voorkomen van zorg in kunnen gaan tegen de belangen van de achterban van de ondertekenaars van het akkoord.

De hoofdlijnenakkoorden hebben ook een wisselwerking met andere sturingsinstrumenten in het zorgstelsel. We zien hoe de hoofdlijnenakkoorden zijn verworden van tijdelijke ingreep met een concreet doel (uitgavenbeheersing) tot instrument dat – via regeerakkoorden en doorrekeningen – 'automatisch' wordt ingezet. De hoofdlijnenakkoorden hebben politieke waarde, als middel om zorgbegrotingen rond te krijgen en te houden. Het ministerie van VWS nam in de laatste tranches actiever (en vaker) het voortouw om tot nieuwe hoofdlijnenakkoorden te komen en zo politieke voornemens in te vullen en aan begrotingseisen te voldoen. Het ministerie had andere partijen meer nodig dan andersom. Mede hierdoor omvatten hoofdlijnenakkoorden inmiddels een steeds breder scala aan onderwerpen en expliciteren ze soms ook belangen die het bovenliggende doel niet dienen. Opvallend genoeg neemt het ministerie na het sluiten van akkoorden vooral een 'faciliterende' rol in. Ook signaleren we dat de verhouding met andere overheidsprogramma's en de taken van toezichthouders vertroebeld is geraakt: de veelomvattendheid van de hoofdlijnenakkoorden drukt de waarde van andere beleidsinstrumenten naar de achtergrond.

Samenvattend concluderen we dat de hoofdlijnenakkoorden partijen bij elkaar brengen op centraal niveau. Zo ontstaat een platform waar deze partijen vanuit een gedeelde visie tot afspraken kunnen komen over toekomstige ontwikkelingen in de zorg, en onenigheden daarover gedurende de looptijd kunnen bespreken. De hoofdlijnenakkoorden hebben zeker in de eerste tranches gezorgd voor bestuurlijke rust en van daaruit invloed gehad op kostenbeheersing in de zorg. Dit eerste succes leidde tot een politieke wens om hoofdlijnenakkoorden in meerdere sectoren toe te (blijven) passen. In dit succes schuilt volgens de Raad tegelijk de valkuil. Steeds meer partijen kwamen aan tafel. In ruil voor een afspraak over uitgavenbeheersing ontstonden minder scherpe hoofdlijnenakkoorden. De inhoudelijke doelen zijn veelal algemeen geformuleerd en miskennen onderlinge belangenconflicten, of zetten bestaande belangen soms zelfs vast. De afspraken vinden onvoldoende hun weg naar de praktijk, waardoor partijen ervaren dat de hoofdlijnenakkoorden 'uitgewerkt raken'. De paradox is dus dat de toegenomen populariteit van hoofdlijnenakkoorden onder beleidsmakers, politici en branches de waarde ervan voor de lokale praktijk doet afnemen.

7 Toekomstperspectief

7.1 Sluit niet opnieuw hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm

De RVS adviseert om na 2022 niet opnieuw over te gaan tot het sluiten van hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm.[7] Dat betekent dus afstappen van hoofdlijnenakkoorden per sector vanuit een centrale financiële groeinorm, in combinatie met een macrobeheersinstrument, en het daarin 'onderbrengen' van inhoudelijke doelen. De huidige werkwijze biedt een verleidelijke zekerheid van 'harde' kostenbeheersing op korte termijn, maar remt het vormen van een langetermijnperspectief op wat er nodig is om de houdbaarheid van de zorg in brede zin, meer dan alleen financieel, te verbeteren. Deze fundamentele vraag verliest nu aan urgentie, doordat de hoofdlijnenakkoorden de politieke druk tijdelijk van de ketel halen. Bovendien brengen de hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm onvoldoende verandering teweeg in de praktijk, waardoor het sturen via financiële groeinormen en omzetplafonds uitgewerkt raakt. Hieronder beschrijven we hoe deze advieslijn zich verhoudt tot andere recente voorstellen omtrent nieuwe hoofdlijnenakkoorden.

Reflectie op voorstellen omtrent nieuwe hoofdlijnenakkoorden na 2022

In de afgelopen maanden hebben onder andere politieke partijen, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars voorstellen gedaan voor nieuwe hoofdlijnenakkoorden na 2022 (CPB 2021; VWS 2020a; CZ, Menzis en Zilveren Kruis 2021).

Van de politieke partijen namen D66, ChristenUnie en VVD hoofdlijnenakkoorden op in hun programma voor de Tweede Kamerverkiezingen. In de doorrekeningen van het Centraal Planbureau zien we dat GroenLinks en de PvdA een nieuwe tranche hoofdlijnenakkoorden hebben opgenomen in hun pakket aan maatregelen (CPB 2021). Bij GroenLinks gaat het om hoofdlijnenakkoorden in meerdere sectoren en bij de PvdA om een nieuw hoofdlijnenakkoord in alleen de medisch-specialistische zorg. De voorstellen van politieke partijen betekenen een voortzetting van de huidige vorm van hoofdlijnenakkoorden.

Het ministerie van VWS schetste een mogelijk alternatief, namelijk het integreren van de hoofdlijnenakkoorden per sector tot één overkoepelend akkoord (VWS 2020a). De gedachte hierachter is dat een beperking van het aantal akkoorden de consistentie van afspraken kan vergroten en ontschotting kan bevorderen (VWS 2020a). Partijen in de regio zouden dit landelijke akkoord kunnen vertalen in regionale doelstellingen en eventueel bekrachtigen in een 'regionaal akkoord'. Een aantal zorgverzekeraars presenteerde een vergelijkbaar voorstel waarbij regionale afspraken (overigens niet omschreven als 'regionaal akkoord') een nadere invulling zijn van één sector overstijgend landelijk hoofdlijnenakkoord (CZ, Menzis en Zilveren Kruis 2021).

Ook de voorstellen van het ministerie van VWS en zorgverzekeraars interpreteren wij als een voortzetting van de huidige vorm van hoofdlijnenakkoorden. Een financiële afspraak per sector lijkt nog altijd het startpunt te zijn, aangevuld met inhoudelijke onderwerpen die dan voor zover mogelijk worden geïntegreerd in één overkoepelend hoofdlijnenakkoord. Volgens de Raad komt ook deze aangepaste opzet nog onvoldoende los van de financiële groeinorm en de valkuilen die in dit rapport zijn beschreven. Zo biedt het integreren van alle inhoudelijke afspraken in één overkoepelend akkoord niet zomaar een antwoord op onderliggende conflicterende belangen die de voortgang kunnen vertragen.

7.2 Start vanuit een langetermijnperspectief en hanteer een zorgvuldiger afwegingsproces voor bestuurlijke akkoorden

De RVS pleit ervoor om te starten vanuit een langetermijnperspectief op wat er nodig is om de zorg in brede zin – dus niet primair in termen van kostenbeheersing – houdbaar te houden. Door af te stappen van kostenbeheersing als startpunt ontstaat de benodigde ruimte en urgentie om hier invulling aan te geven.

[7] De huidige hoofdlijnenakkoorden hebben een looptijd van 2019 t/m 2022.

Volgens de RVS betekent deze brede blik meer aandacht voor onderwerpen als kansenongelijkheid en preventie, innovatie en digitalisering, en toegankelijkheid van zorg (bijvoorbeeld het aanpakken van wachtlijsten) (RVS, 2021). Eerder pleitten ook andere adviesorganen al voor een dergelijke bredere blik (SER 2020, WRR 2021). Zo vroeg de SER aandacht voor de toekomstbestendigheid van de zorg, in termen van de beschikbaarheid en de organisatie ervan (SER 2020). De WRR onderscheidde drie dimensies van houdbaarheid: financiële houdbaarheid, houdbaarheid van personeel en kwaliteit en maatschappelijke houdbaarheid (WRR 2021).

Het sluiten van bestuurlijke akkoorden kan dan nog altijd van waarde zijn voor het aanpakken van concrete zorginhoudelijke, waar nodig domeinoverstijgende, opgaven die uit dit langetermijnperspectief voortvloeien. Dat vraagt echter andersoortige bestuurlijke akkoorden en een zorgvuldiger afwegingsproces om er al dan niet toe over te gaan. Bestuurlijke akkoorden zijn als beleidsinstrument namelijk niet voor elke opgave even geschikt, zoals onze analyse van de hoofdlijnenakkoorden ook laat zien.

Zes leidende principes voor bestuurlijke akkoorden

Voor dit zorgvuldige afwegingsproces kan de Rijksoverheid gebruikmaken van zes leidende principes die volgen uit onze analyse van de hoofdlijnenakkoorden en de literatuur.[8] Deze principes beschrijven vooral de *omstandigheden* waarin een bestuurlijk akkoord van toegevoegde waarde zou kunnen zijn. Hoe meer principes van toepassing zijn, hoe groter de kans dat een bestuurlijk akkoord meerwaarde heeft. Uiteraard is dit ook afhankelijk van de uiteindelijke opzet van en werkwijze met een eventueel nieuw akkoord (zie paragraaf 7.3):

1. Er is urgentie voor actie rond een inhoudelijk afgebakende opgave die relevant is voor alle potentiële partners: niets doen heeft voor allen (op korte of lange termijn) consequenties (directe bedreigingen of het missen van kansen). Een voorbeeld hiervan zijn de recentelijk gesloten ‘corona-akkoorden’, waarbij de dreiging van het SARS-CoV-2 virus zorgde voor urgentie met (financiële) consequenties voor aanbieders, verzekeraars en het ministerie van VWS. Overigens kan de Rijksoverheid deze urgentie beïnvloeden door een ‘onaantrekkelijke’ vorm van overheidsingrijpen als alternatief voor te stellen (dit gebeurde bijvoorbeeld bij het Energieakkoord).

2. Er is onderlinge afhankelijkheid: de opgave kan niet het hoofd worden geboden zonder onderlinge samenwerking. Er is geen natuurlijke eigenaar van het vraagstuk. Dit betekent dat het deelnemen aan akkoorden voor elk van de betrokken partijen meerwaarde moet hebben. Bij de huidige sectorale hoofdlijnenakkoorden signaleren we dat deze afhankelijkheid en noodzaak tot samenwerking niet altijd als zodanig worden ervaren, althans niet voor alle onderwerpen die nu in hoofdlijnenakkoorden staan.

3. Er is onzekerheid: het is niet direct duidelijk wat er precies nodig is. Samenwerking kan helpen om onzekerheid of risico’s te reduceren, bijvoorbeeld door perspectief te bieden, (bestuurlijke) rust te creëren of draagvlak te verwerven. Of toch iets van een punt te creëren op de horizon op basis waarvan gewerkt kan gaan worden.

4. Er is een gedeeld (maatschappelijk) doel: ondanks de onzekerheid is er een helder en tastbaar doel waaraan alle partijen zich kunnen committeren. Het belang van dit principe komt naar voren in onze analyse van de huidige akkoorden, waarbij het ontbreken van een duidelijke gedeeld doel de voortgang belemmert. De belangen van de deelnemende partijen kunnen niet te ver van dit overkoepelende doel afstaan.

5. Er is leiderschap: er zijn individuen die (breder dan binnen de eigen achterban of vanuit hun formele rol) legitimiteit en vertrouwen hebben om tot een akkoord te komen. Zij kunnen over een deelbelang heen kijken, zijn gericht op het in samenwerkingsverband vinden van oplossingen en kunnen zich onpartijdig opstellen.

6. De ondertekenaars van bestuurlijke akkoorden moeten ook redelijkerwijs invloed kunnen uitoefenen op de resultaten van het akkoord. Bestuurlijke akkoorden zijn niet geschikt voor vraagstukken waarop de

[8] Op basis van het model van Emerson et al. (2012), die hebben onderzocht in welke omstandigheden ‘*collaborative governance*’ (‘*bringing public and private stakeholders together in collective forums with public agencies to engage in consensus-oriented decision making*’, Ansell en Gash 2008) verwacht kan worden succesvol te zijn.

ondertekenaars, zoals brancheverenigingen of de Rijksoverheid, zelf beperkte invloed kunnen uitoefenen.

Aan de hand van het genoemde langetermijnperspectief en deze afwegingsprincipes kan de Rijksoverheid verder uitwerken welke vraagstukken in de nabije toekomst in aanmerking komen voor een akkoord. Een dergelijke uitwerking valt vanwege de benodigde tijd en zorgvuldigheid buiten de scope van dit advies. De Raad ziet daarbij op het eerste gezicht wel een aantal mogelijk relevante opgaven, die we hier *ter illustratie* noemen aan de hand van bovenstaande principes. Zo sluit het principe van *urgentie voor actie* aan bij het dreigende tekort aan geschikte woonzorgvormen voor ouderen en bij het probleem van oplopende wachttijden voor mensen met zwaardere psychische problematiek.[9] Het principe van een *gedeeld (maatschappelijk) doel* geldt voor beide vraagstukken ook; meer levensloopbestendige woonvormen voor ouderen creëren en wachttijden verminderen. Vanuit het principe van *onzekerheid* kan worden gedacht aan het thema complexe ongelijkheid waarvoor een duidelijk doel kan gelden, maar waarbij waarschijnlijk niet meteen duidelijk is wat er precies moet gebeuren (RVS 2020). Door principes en vraagstukken op deze wijze te combineren, krijgen keuzes voor de inzet van bestuurlijke akkoorden een betere onderbouwing.

Los van de zes principes dient de Rijksoverheid per inhoudelijke opgave zorgvuldiger te toetsen – en expliciet te maken – hoe bestuurlijke akkoorden meerwaarde kunnen hebben ten opzichte van andere beleidsinitiatieven en -instrumenten, zoals overheidsregulering en concurrentieprikkels. In de huidige situatie is dit volgens de Raad onderbelicht en signaleren we dat de afspraken in hoofdlijnenakkoorden andere instrumenten kunnen tegenwerken. Door meer duidelijkheid te creëren op dit vlak wordt de slagkracht van de verschillende beleidsinstrumenten beter benut en kunnen Rijksoverheid en toezichthouders rolvaster optreden. Het loslaten van de koppeling met kostenbeheersing biedt waarschijnlijk meer ruimte om zorgvuldig een afweging te maken tussen verschillende beleidsinstrumenten.

Reflectie op alternatieven voor kostenbeheersing in de Zorgverzekeringswet

De RVS is zich ervan bewust dat met ons advies om te stoppen met hoofdlijnenakkoorden in de huidige vorm een tijdelijk instrument voor kostenbeheersing wegvalt. Nu bevindt het zorgstelsel zich in een andere situatie dan in 2012 en hebben zorgverzekeraars inmiddels meer kennis en prikkels om kosten te beheersen. Desondanks constateren we dat zekerheid over de uitgavengroei op macroniveau per definitie lastig zal blijven binnen het stelsel van gereguleerde concurrentie (zie ook Schut et al. 2011; Van der Geest et al. 2018).

Verschillende politieke partijen kozen in hun verkiezingsprogramma's voor een alternatieve beleidsoptie in plaats van hoofdlijnenakkoorden, waarmee in theorie grotere besparingen kunnen worden behaald (CPB 2021).[10] De kern van deze beleidsoptie is dat er een *onafhankelijk gemandateerde autoriteit* wordt opgericht die de bevoegdheid heeft om het basispakket van de zorgverzekering te beperken zodra de zorguitgaven een door de politiek vastgestelde norm overschrijden. Deze norm is een afgesproken groeipercentage dat bijvoorbeeld gebaseerd kan zijn op demografische groei en op groei in lonen en prijzen. Om deze taak te kunnen uitvoeren, dient de autoriteit eerst meer budget en capaciteit te krijgen voor evaluatieonderzoek waarmee zij kan onderbouwen welke zorg indien nodig uit het basispakket zou kunnen (CPB 2021).[11]

Ondanks dat dit instrument nog de nodige uitwerking behoeft, twijfelt de Raad op voorhand aan de potentie ervan, en wel om twee redenen. Ten eerste is het de vraag of de door de politiek gemandateerde autoriteit in de praktijk voldoende draagvlak krijgt voor zelfstandige besluiten over het basispakket. Dit vooral omdat de maatregelen die de pakketautoriteit gaat voorstellen tot grote weerstand kunnen leiden in de zorgpraktijk. Ten tweede is de insteek van deze beleidsoplossing net als bij de hoofdlijnenakkoorden gericht op

[9] https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/07/10/wachttijden-ggz-stabiel-maar-niet-voor-alle-diagnosegroepen
[10] De beleidsoptie 'Instrument voor beperken groei zorgkosten in Zvw' (CPB 2021).
[11] Deze door het Centraal Planbureau ontwikkelde beleidsoptie vloeit voort uit het rapport van de 16e Studiegroep Begrotingsruimte (SBR 2020). In dit rapport bekritiseert de studiegroep de 'automatische kostengroei' in de zorg als gevolg van de logica van bestaande zorgwetten: kwaliteitsverbetering wordt automatisch opgenomen in het pakket en zorgt daarmee ongemerkt voor stijging. Daardoor ontstaat er een ongelijkheid met andere collectieve sectoren, waarbij een kabinetsbesluit nodig is voor stijging van uitgaven.

kostenbeheersing op de korte termijn. Wij pleiten er juist voor om vanuit een langetermijnperspectief te kijken naar de houdbaarheid van de zorg in brede zin.

7.3 Zorg voor een effectievere werkwijze met bestuurlijke akkoorden

Als er wordt gekozen voor nieuwe bestuurlijke akkoorden in de zorg, ziet de Raad ook verbetermogelijkheden in de manier van *werken met akkoorden* (onder andere gebaseerd op Hamer 2019; NSOB 2019; ROB 2020). Bij een omslag van hoofdlijnenakkoorden naar opgavegerichte akkoorden hoort ook een andere werkwijze. Met deze aanbevelingen onderstreept de Raad dat de inzet van bestuurlijke akkoorden om een aanpak vraagt die past bij de eigenheid van dit sturingsinstrument.

Maak helder wat de maatschappelijke opgave is en ook waar het akkoord *niet* over gaat

De Rijksoverheid kan als stelselverantwoordelijke een centrale rol spelen in het vaststellen van onderwerpen waarover een eventueel nieuw bestuurlijk akkoord wordt gesloten – volgens de toetsstenen uit paragraaf 7.2 – en met welk tastbaar doel. Dit doel wordt idealiter zo concreet mogelijk, in kwantitatieve termen, geformuleerd.

We adviseren de Rijksoverheid om daarbij expliciet te maken welke 'speelruimte' partijen hebben binnen de afspraken in een akkoord. Met andere woorden, maak ook duidelijk waar het akkoord *niet* over gaat, bijvoorbeeld vanwege de rol van andere beleidsinstrumenten zoals wet- en regelgeving. Volgens de Raad is het van belang om deze grenzen vooraf duidelijker af te stemmen met het parlement voor een helder politiek mandaat, aangezien dergelijke kaders politieke afwegingen vragen.

Laat de maatschappelijke opgave leidend zijn bij het erbij betrekken van deelnemers

Bij de rol van stelselverantwoordelijke hoort ook dat de Rijksoverheid ervoor zorgt dat partijen betrokken worden die een bijdrage kunnen leveren aan het te bereiken doel. Een voorbeeld: is het doel om een transitie in de zorg op gang te brengen, dan is het belangrijk om ook ruimte te maken voor het geluid van organisaties die in de gewenste verandering vooroplopen (koplopers). Dit geluid is volgens de RVS in de huidige hoofdlijnenakkoorden onderbelicht. Het is ook van belang dat het perspectief van burgers (dan wel verzekerden, consumenten of patiënten) nadrukkelijker meegenomen wordt bij het opstellen van akkoorden, via betrokkenheid van gemeenten of belangenorganisaties, of bijvoorbeeld door het organiseren van burgerpanels.

Werk aan vertrouwen en verbinding tussen deelnemende partijen

Het akkoord dient qua inhoud meer te zijn dan een uitruil tussen de deelnemende partijen; de tastbare zorginhoudelijke opgave dient voorop te staan. De RVS adviseert daarom om voldoende tijd en aandacht te besteden aan een gezamenlijke probleemschets, visie en 'theorie van actie'. Een duidelijk 'verhaal' waarin het akkoord is gesitueerd en welke 'plotwending' of verandering daarin voor ogen staat helpen hierbij.

Borg vervolgens ook dat de taal en toon van het akkoord aansluiten bij de doelgroep van het akkoord. Op het moment dat de beweging die je wilt inzetten moet leiden tot ander gedrag van bijvoorbeeld zorgprofessionals, richt je dan in het akkoord ook qua taal en toon tot deze groep. De huidige hoofdlijnenakkoorden zijn nog erg technisch van aard en bevatten veel beleidsjargon.

Tijdens de looptijd van het akkoord is het van belang dat de verbinding tussen de deelnemende partijen zo goed mogelijk behouden blijft. Deze verbinding is noodzakelijk om eventuele veranderingen in standpunten en nieuwe ontwikkelingen die het doel beïnvloeden bespreekbaar te maken. Ook is het noodzakelijk om alle partijen scherp te houden op het overkoepelende doel; een akkoord is namelijk meer dan de inhoudelijke afspraken of het ondertekende document en ook meer dan een uitruil van belangen. We adviseren de Rijksoverheid om als mededeelnemer en belanghebbende zelf een actievere rol in te nemen tijdens de looptijd van het akkoord (in tegenstelling tot de huidige opstelling waarbij het wordt gezien als 'iets van het veld').

Het aanstellen van een door de minister gemandateerde onafhankelijke voorzitter of secretaris van een akkoord kan helpen bij het creëren van vertrouwen en verbinding. Deze kan ervoor zorgen dat alle partijen, inclusief de Rijksoverheid, actief betrokken blijven bij het akkoord en een gelijke rol houden.

Borg verbinding met politiek en maatschappij

De onafhankelijke voorzitter kan gedurende de looptijd van het akkoord ook als ambassadeur naar de buitenwereld optreden. Zo kan deze het akkoord uitdragen, er verantwoording over afleggen, en het akkoord blijven verbinden met bredere discussies, nieuwe ontwikkelingen of andere geluiden. In dat licht stellen we voor om gedurende de looptijd van een nieuw akkoord er ook consequenter burgers en parlement bij te betrekken. Zo wordt tunnelvisie voorkomen en wordt geborgd dat partijen openstaan voor nieuwe perspectieven. Bovendien bevordert dit de legitimiteit van bestuurlijke akkoorden.

Het borgen van verbinding met politiek en maatschappij vraagt ook om openbare monitoring door een onafhankelijke partij. Sinds de laatste tranche hoofdlijnenakkoorden is hier meer aandacht voor, alleen nog niet voor alle afspraken en sectoren. Meer gedetailleerde monitoring wordt nu voornamelijk tussen de deelnemende partijen van de hoofdlijnenakkoorden besproken. Openbare monitoring moet regering en parlement inzicht bieden in de voortgang naar het te bereiken doel en de resultaten van de gemaakte afspraken. Hiermee kunnen zij zo nodig bijsturen en de werking van bestuurlijke akkoorden blijven afwegen ten opzichte van andere beleidsinstrumenten.

Zorg voor heldere afspraken tussen deelnemende partijen over de rol van monitoring en follow-up

Ook voor deelnemende partijen zelf is het van belang om de voortgang op weg naar het te bereiken doel onafhankelijk te laten monitoren. Deze ‘interne’ monitoring vindt momenteel al in verschillende vormen plaats. We signaleren dat partijen daarbij duidelijker kunnen afspreken wat er wordt gedaan met de resultaten en wat deze betekenen. Daar ontstaat nu in de praktijk nog te veel discussie over. Partijen kunnen de effectiviteit van akkoorden vergroten door te borgen dat monitoring ook inzicht biedt in de voortgang op lokaal niveau, zodat individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars het beleid van de eigen organisatie op basis daarvan kunnen bijsturen. Wil dit het gewenste effect hebben, dan is openheid van de resultaten van de monitoring essentieel. Dan ontstaat er de gewenste *peer pressure*.

Het is ten slotte noodzakelijk om, behalve voor financiële consequenties en kwantitatieve output, ook oog te blijven houden voor het gezamenlijke punt op de horizon en voor eventuele onvoorziene of ongewilde neveneffecten. De effecten van evaluaties moeten helder zijn; als (tussentijdse) doelen onvoldoende gehaald worden of juist helemaal bereikt zijn, is herziening of opzegging van het akkoord nodig. Nu verdwijnen onderwerpen soms zonder duidelijke evaluatie of onderbouwing uit de hoofdlijnenakkoorden. Hier kunnen nog meer expliciete afspraken over worden gemaakt, zodat de tijdelijkheid van bestuurlijke akkoorden ook beter geborgd wordt.

7.4 Tot slot

Voor dit advies heeft de RVS kritisch gekeken naar de waarde van hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg. Hoewel bestuurlijke akkoorden waardevolle instrumenten kunnen zijn om te sturen op maatschappelijke vraagstukken, waarschuwt de Raad ervoor dat het denken in hoofdlijnenakkoorden als beleidsmaatregel een automatisme wordt. Het eerste succes van de hoofdlijnenakkoorden in het creëren van bestuurlijke rust en beheerste kostengroei maakt dat meer fundamentele discussies over de toekomstige houdbaarheid van de zorg en de daarvoor te nemen stappen uit de weg kunnen worden gegaan.

Ons advies is daarmee dan ook te lezen als aansporing aan de minister van VWS om de slagkracht van bestuurlijke akkoorden te vergroten door ze anders in te zetten. Dat vraagt een actievere invulling van zijn systeemverantwoordelijkheid. Immers, we analyseren hoe de huidige praktijk van hoofdlijnenakkoorden beïnvloed wordt door de ‘harde’ financiële waardering van het instrument en de wijze waarop verschillende stakeholders hun belangen via de hoofdlijnenakkoorden proberen te behartigen. Om uit die greep van bestaande belangen en financiële kaders te komen, zal de Rijksoverheid een langetermijnperspectief moeten schetsen op de houdbaarheid van de zorg in brede zin. Bestuurlijke akkoorden zijn daarbij geen wondermiddel, maar kunnen wel helpen om dat perspectief in de praktijk te brengen.

Bijlage 1 Afkortingen

BTN	Branchevereniging Thuiszorg Nederland
CPB	Centraal Planbureau
dbc	diagnose-behandelcombinatie
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZNL	GGZ Nederland
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOK	Landelijke Organisatie voor Ketenzorg
LPGGz	Landelijk Platform GGz
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste Lijn
LVVP	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NSOB	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVVP	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
P3NL	Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen
PFNL	Patiëntenfederatie Nederland
PPN	Paramedisch Platform Nederland
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RVS	Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
SER	Sociaal-Economische Raad

SKF	Stichting Keurmerk Fysiotherapie
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2 Bestuurscultuur in de gezondheidszorg – een korte historische reflectie

De hoofdlijnenakkoorden passen vrijwel naadloos in een veel langer bestaande bestuurscultuur van de Nederlandse gezondheidzorg: zelfregulering en -bestuur door het maatschappelijk middenveld. In de verzorgingsstaatkunde wordt dat ook wel *neocorporatisme* genoemd, een systeem waarbij georganiseerde belangengroepen een deel van de beleidsvormende, regulerende en toezichthoudende taken van de overheid overnemen.

De wortels van deze bestuurscultuur in de Nederlandse gezondheidszorg liggen in de negentiende en het begin van de twintigste eeuw. In deze periode was de gezondheidszorg in Nederland geen overheidstaak; gezondheidszorg was grotendeels op private grondslag geregeld. De Rijksoverheid hield – op gepaste afstand – toezicht op de kwaliteit van zorg. Bij opbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat in de jaren vijftig en zestig van de twintigste eeuw werd op deze basis voortgebouwd. De overheid werd weliswaar steeds meer verantwoordelijk voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg, maar de uitvoering hiervan lag in handen van de private ziekenfondsen en verzekeraars, beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Deze actoren waren ook in grote mate verantwoordelijk voor de beleidsvorming én uitvoering.

De Ziekenfondsraad (1949-1998) was hiervan het meest uitgesproken voorbeeld. In deze raad werden alle sociale ziektekostenverzekeringen beheerd door vertegenwoordigers van de Rijksoverheid en van werknemers- en werkgeversorganisaties, ziekenfondsen, artsen en zorginstellingen. De Ziekenfondsraad was toezichthouder, regelgever én verplicht college van advies voor minister en parlement. Er kon geen zorgbeleid worden doorgevoerd zonder dat de Ziekenfondsraad was geraadpleegd. Daarnaast beheerde de Ziekenfondsraad de premies van de verplichte ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Ook de oudste voorganger van de RVS, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV), was een exponent van deze manier van besturen. De CRV was een adviesraad waarin alle sectoren van de gezondheidszorg vertegenwoordigd waren. Het was, net als de Ziekenfondsraad, een verplichte stop voor elke minister of staatssecretaris die gezondheidszorg in zijn portefeuille had.

Dit bestuurlijke bouwwerk was voor alle partijen profijtelijk. De Rijksoverheid had direct inzicht in de opvattingen en wensen van belanghebbenden in de gezondheidszorg en door hun betrokkenheid bij het overheidsbeleid was er vanzelfsprekende steun voor. Bovendien kon het overheidsapparaat klein blijven doordat de landelijke organisaties en de overlegorganen veel beleidsvoorbereidend werk deden. Ook voor organisaties zelf was deze betrokkenheid bij de beleidsvorming voordelig. Men was in een vroeg stadium op de hoogte van beleidsvoornemens, de lobby naar de Rijksoverheid was goedkoop en effectief, en de betrokkenheid van de particuliere organisaties bij het beleid gaf hen ook maatschappelijke gezag.

Aan het einde van de jaren 70 kwamen er echter barsten in dit model. Door de doorzettende ontzuiling viel het maatschappelijk draagvlak van de particuliere betrokkenheid bij beleidsvorming weg. Koepel- en brancheorganisaties hadden niet langer het vanzelfsprekende gezag dat nodig was om deze manier van besturen overeind te houden. De kritiek op de ondemocratische besluitvorming in de overleg- en adviescolleges zwol aan, evenals de politieke weerstand tegen hun ‘hindermacht’. Midden jaren negentig werden veel advies- en overlegorganen opgeheven of vervangen door colleges van deskundigen in plaats van belanghebbenden. Hoewel hiermee de institutionele kaders van de overlegcultuur – grotendeels – verdwenen, verdween die overlegcultuur niet. De Rijksoverheid is nog steeds afhankelijk van medewerking uit het veld om beleid tot een succes te maken.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2016). *Zorgakkoorden: uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2018). *Aandachtspunten bij de ontwerpbegroting 2019 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2020). *Verzekerd van Zinnige Zorg: De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019.* Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Ansell, C. en A. Gash (2008). 'Collaborative governance in theory and practice.' In: *Journal of Public Administration Research and Theory*, *18*(4), p. 543-571.

CPB (2021). *Keuzes in Kaart 2022-2025; Economische analyse van verkiezingsprogramma's*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CZ, Menzis, Zilveren Kruis (2021). *Samenwerken aan een gezonder Nederlands met goede zorg voor iedereen*.

Emerson, K., T. Nabatchi en S. Balogh (2012). 'An Integrative Framework for Collaborative Governance.' In: *Journal of Public Administration Research and Theory*, *22*(1), p. 1-29.

Geest, S. van der, J. Rijken, E. Schut en M. Varkevisser (2018). 'Beheersing zorguitgaven via macrobeheersinstrument is riskant.' In: *Economisch-Statistische Berichten*, *103*(4764), p. 364-367.

Hamer, M. (2019). 'Maatschappelijk akkoorden nodig bij complexe transities.' In: *SER Magazine*, september 2019, p. 8-10.

Lent, D. van, en E. van Steenbergen (2018). 'Hoe slimme ambtenaren 1,9 miljard op zorg bespaarden.' In: *NRC Handelsblad*, 15 oktober 2018.

NSOB (2019). *De kunst van het akkoord*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

NSOB (2020). *De politiek, netwerken en het politieke.* Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

NZa (2019a). *Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019b). *Monitor Paramedische zorg; Overzicht van ontwikkelingen 2012-2018*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2019c). *Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2020). *Monitor contractering wijkverpleging 2020*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2021a). *Monitor contracten medisch-specialistische zorg 2019*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2021b). *Monitor contractering ggz*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

ROB (2020). *Akkoord?! Besturen met akkoorden als evenwichtskunst*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur.

RVS (2016). *Verlangen naar samenhang*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2021). *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving; Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

SBR (2020). *Koers bepalen: kiezen in tijden van budgettaire krapte.* Den Haag: Studiegroep Begrotingsruimte.

SER (2020). *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg.* Den Haag: Sociaal-economische Raad.

Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011). 'Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen.' In: *Economisch-Statistische Berichten*, *4610*(96), p. 294-297.

Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek (2018). *De Juiste Zorg op de Juiste Plek*.

Visser, J., L. van ’t Veer, J. Hoendervanger, G. Gaspar, N. Stadhouders, X. Koolman en J.P. Heida (2017). *Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden*. In opdracht van het ministerie van VWS. SiRM / Celsus Academie / Talma Institute.

VWS (2020a). *Discussienota Zorg voor de Toekomst*. Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2020b). Commissiebrief Tweede Kamer inzake Reactie NVZ m.b.t. financiële schade ziekenhuizen. Kamerbrief van 18 augustus 2020. Den Haag: Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

WRR (2021). *Houdbare ouderenzorg. Ervaringen en lessen uit andere landen.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Zorgverzekeraars Nederland (2020). *CB-regeling ziekenhuizen*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Voorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Bas Leerink en Liesbeth Noordegraaf-Eelens en adviseurs Richard Heijink, Evert Schot en Jan-Luuk Hoff.

Lijst met geraadpleegde personen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Duco Bannink	Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam
Jos de Blok	Buurtzorg Nederland
Jonneke Bolhaar	Centraal Planbureau
Inge Borghuis	Amstelring
Wouter Bos	Invest-NL, voormalig VU-MC
Roger van Boxtel	voormalig Menzis
Jos Brinkmann	GGZ Noord-Holland Noord
Pieter de Jong	Raad voor het Openbaar Bestuur
Bas van den Dungen	Ministerie van Financiën, voormalig ministerie van VWS
Michel Dutrée	Assistis
Roland Eising	Zilveren Kruis
Seyno van Es	VGZ
Lieke Franken-Pullen	Ministerie van Financiën
Andrea Frankowski	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
Olivier Gerrits	Zilveren Kruis
Pieter Hasekamp	Centraal Planbureau
Bas Jurling	Nederlandse Zorgautoriteit
Dick Kabel	Ministerie van Financiën
Xander Koolman	Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam
Johan van Manen	Nederlandse Zorgautoriteit
Lisanne Marks	Algemene Rekenkamer
Anouk Mateijsen	Nederlandse Zorgautoriteit
Pauline Meurs	Erasmus Universiteit Rotterdam
Vincent Pelgröm	Nederlandse Zorgautoriteit
Johan Reesink	voormalig huisarts
Piet van den Reijen	Sociaal-Economische Raad

Minke Remmerswaal	Centraal Planbureau
Anne-Fleur Roos	Centraal Planbureau
André Rouvoet	GGD GHOR Nederland
Hans van Santen	Huisartsenpraktijk van Santen
Edith Schippers	DSM Nederland B.V., voormalig minister van VWS
Erik Schut	Erasmus Universiteit Rotterdam
Jaap Sijmons	Nysingh Advocaten-Notarissen
Martijn van der Steen	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
Marco Varkevisser	Erasmus Universiteit Rotterdam
Willem Veerman	Huisartsenmaatschap MCN
Bart Verhulst	VGZ
Sjaak Wijma	Zorginstituut Nederland
Annette Zeilstra	Centraal Planbureau
Rogier Zelle	Algemene Rekenkamer

Publicaties

Voor een volledig overzicht kijk op: https://www.raadrvs.nl/

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving