

Het onzekere voor het zekere

Tweebenig besturen in de zorg

Uncertain times

Ambidextrous management in healthcare

Prof. dr. Richard T.J.M. Janssen

Het onzekere voor het zekere

Tweebenig besturen in de zorg

Uncertain times

Ambidextrous management in healthcare

Prof. dr. Richard T.J.M. Janssen

Rede

In verkorte vorm uitgesproken op 24 november 2017 ter gelegenheid van de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar vanwege de NVZD - Vereniging van bestuurders in de zorg - met als leeropdracht Bestuur en management van Instellingen in de Gezondheidszorg aan Erasmus School of Health Policy Management (ESHPM) van Erasmus Universiteit Rotterdam in samenwerking met Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Inaugural lecture

Delivered in abbreviated form on 24 November 2017 to mark the occasion of public acceptance of the post of endowed professor on behalf of the Dutch Association of Healthcare Executives (NVZD). The teaching and research remit is 'Governance and Management of Healthcare Organisations' at Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus University Rotterdam, in collaboration with the Erasmus Centre for Healthcare Management.

Colofon/Colophon

Het onzekere voor het zekere: Tweebenig besturen in de zorg/

Uncertain times: Ambidextrous management in healthcare

Prof. dr. Richard Janssen, 24 november 2017

Oplage/Circulation

750 stuks

Uitgever/Publisher

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving/Design

PanArt.nl

Druk/Print

De Bondt grafimedia

Beeld voorkant omslag/Photo cover

Jules Janssen

Foto achterkant omslag/Photo back cover

Mariske Krijgsman

Redactie ondersteuning/Editorial assistance

Rob Vullings van Tekstschrijvers.nl bv

Vertaling/Translation

Business Translation Services B.V.

Ik dank Roland Bal, Kim Putters, Pauline Meurs, Antoinette de Bont, Henk Bakker, Sophie Bijloos, Christel Dekkers, Jos de Beer, Roxanne Vernimmen, Stan Janssen, Carina Hilders, Frank van Gool, Martin den Hartog, Marjolein Overdijk, Mariët Remie, Inge Bongers, Wilma van der Scheer, Lizette van Veen, Maarten Janssen, Mike Landhorst, Erik Schut, Barbara Schmeits, Misja Mikkers, Tessa van Dijk, Rob Vullings en Ljuba van Spaandonk voor hun waardevolle adviezen en bijdragen bij de voorbereiding van deze oratie.

Het onzekere voor het zekere

Tweebenig besturen in de zorg

Inleiding.....	7
Mise-en-scène, het regulerend kader	9
Terugblik vanuit een marktdynamische visie, de casus GGZ	13
Actuele context en dynamiek	20
Impact op sturing van zorgorganisaties, een conceptuele inbedding	25
Een toekomst met meer variatie in bestuurspraktijken	31
Perspectief: leren, experimenteren en innoveren.....	35
Onderzoek	41
Dankwoord	44
Literatuur	47

Het onzekere voor het zekere

Tweebenig besturen in de zorg

**Mijnheer de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan,
Zeer gewaardeerde collega's en oud-collega's,
Lieve familie en vrienden en studenten,**

Inleiding

Het was in de zomer van 2008 toen de accountmanager van de Fortisbank mij als bestuurder van de GGZ-organisatie Mondriaan in de avond belde en mededeelde dat de bank niet langer de huisbankier voor Mondriaan kon zijn en dat de rekening courant faciliteit zou worden ingetrokken. Dat betekende dat we binnen 14 dagen een bank moesten vinden die bereid was de salarissen voor zo'n 2400 medewerkers uit te betalen en de rol van huisbankier op zich te nemen. Voorwaar een moment dat je getroffen wordt door existentiële onzekerheid. Gaan we dit redden of niet?

Wij leven in een tijdperk met veel onzekerheid. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP 2016) haalt in haar rapport 'De toekomst tegemoet' Elchardus (2015) aan, die het gevoel van onzekerheid en onbehagen aanduidt als declinisme. Hij schetst dat het geloof in vooruitgang vervangen is door het denken aan de toekomst als een periode van neergang. Dit gevoel lijkt ook samen te hangen met de afname van beïnvloedingsmogelijkheden voor burgers.

Mijn voorgangers op deze leerstoel, Kim Putters, Pauline Meurs en Winfried de Gooijer, hebben ieder op eigen wijze het krachtenveld beschreven waarin de bestuurder van een zorgorganisatie opereert. Pauline Meurs (1997) sprak in haar oratie 'Nobele Wilden' van een diffuse en vaak ontbrekende normstelling. Kim Putters (2009) heeft het in zijn oratie over meervoudig besturen in een krachtenveld met diverse waardensystemen. Hij spreekt dan ook over 'Besturen met Duivelselastiek'. Hij benoemt de markt, de overheid, de gemeenschap en de medische professie als waardensystemen waarin de bestuurder in de zorg opereert. Wilma van der Scheer (2013) stelt in haar proefschrift dat de permanente dynamiek in dit krachtenveld van waardensystemen resulteert in een institutionele ambiguïteit, waarbij het ontbreekt aan consensus en voorspelbare kaders. Ook dat leidt tot grotere onzekerheid.

Bovendien hebben meer partijen dan voorheen invloed op de uitvoering van de zorg. Dit werd bijvoorbeeld duidelijk in de publieksactie van afgelopen zomer, gericht op de kwaliteit van de ouderenzorg, ingezet door Hugo Borst en Carin Gaemers (Scherpopouderenzorg.nl). Een van de uitgangspunten van de nieuwe governance-code voor de zorg (2017) is dat belanghebbenden adequaat invloed moeten kunnen uitoefenen op de sturing van de organisatie. Permanente dialoog met deze belanghebbenden is daarvoor vereist.

Voor de ultieme doelstelling van het Nederlandse stelsel - effectieve zorg die toegankelijk en betaalbaar is en blijft - is de afgelopen jaren breed draagvlak ontstaan. Het is ook duidelijk dat zorgorganisaties daaraan bijdragen. Echter, bij de invulling van deze doelstelling zijn er nog veel variaties mogelijk, zeker in een context die vraagt om onderscheidend te zijn en in zekere zin competitief ten opzichte van collega-organisaties. Daar komt bij dat de effecten van keuzes in de inrichting van zorg(organisaties) allerminst voorspelbaar zijn. Ook op dit vlak is onzekerheid troef. Zo is de institutionele zekerheid die de zorg ooit kenmerkte, langzaam vervangen door een dynamiek met vele beïnvloedende factoren.

In deze oratie maak ik met u een toer door en langs het regulerend kader. Daarbij schets ik tevens hoe deze kan interfereren met marktdynamiek. De ontwikkelingen in de GGZ gebruik ik daarvoor als casus. Ik laat zien dat de marktdynamiek niet alleen invloed heeft op de regulering van de financiële markten, maar indirect ook de context van Nederlandse zorginstellingen beïnvloedt. Via de veranderende rol van zorgverzekeraars en banken.

In zekere zin is er ook sprake van normalisering. Zorgorganisaties worden steeds meer behandeld als andere organisaties in een marktomgeving. Dat maakt het besturen van zorginstellingen spannend en complex. Enerzijds moet de uitvoering ('het huis') op orde zijn, anderzijds moet men inspelen op veranderingen. Dit vraagt om eigenschappen van bestuurders en van hun organisaties die vergelijkbaar zijn met tweebenigheid (Duncan 1976). Dat is het vermogen om beide kwaliteiten in de organisatie te realiseren en ook nog het draagvlak te organiseren bij alle betrokkenen. Ik eindig met een toekomstperspectief voor besturen in de zorg en het onderzoek dat ik vanuit deze leerstoel wil initiëren.

Mise-en-scène, het regulerend kader

Traditioneel speelt de rijksoverheid een belangrijke rol in de ordening van de Nederlandse zorg. De invulling van deze rol is de afgelopen decennia aanmerkelijk veranderd. Het tijdperk sinds begin jaren '70 kunnen we, in navolging van Cutler (2002), Schut (2003), Blank en Egging (2014) en Mikkers (2016), opdelen in drie perioden:

1. 1972–1982: outputbekostiging
2. 1983–2001: budgetbekostiging en capaciteitregulering
3. 2002–heden: gereguleerde competitie en selectieve inkoop

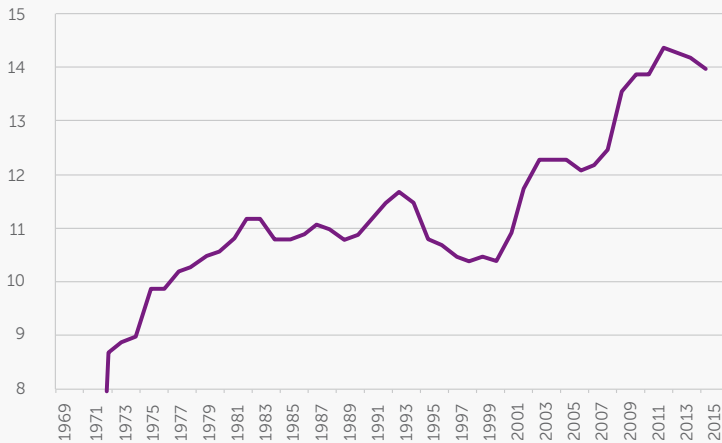
In de periode tot begin tachtiger jaren stond de toegankelijkheid van de zorg centraal. Het bekostigingsstelsel was op verrichtingen gebaseerd. De incentives waren gericht op vraagresponsiviteit en niet op het verbeteren van de efficiëntie (Janssen 1994; Blank en Egging 2016). Er waren geen budgetlimieten. Figuur 1 laat een bestendige en substantiële groei van de totale zorgkosten zien gedurende deze periode. De bekostiging van de ziekenhuizen was tot 1982 een opneemfinanciering (Hartog et al. 1998, 2013).

De tweede periode duurt van 1983 tot 2001. Dit is de periode van overheidsregulering op basis van capaciteitsplanning en budgetfinanciering. De rijksoverheid reguleerde tot 2006 de capaciteitsplanning door middel van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Tevens werd het samengaan van ziekenhuizen in de regio gestimuleerd. De overlevingskansen van kleine ziekenhuizen kwamen in het gedrang door de wettelijke eis van een minimale capaciteit van 175 bedden (Schut et al. 1990). Het budgetteringsregime, dat in 1982 geïntroduceerd werd, bevorderde in eerste instantie nog weinig de doelmatigheid. Na een overgangperiode tot en met 1987 werd het beoogde bekostigingsstelsel in volle omvang geëffectueerd. Het budget was gebaseerd op drie componenten: adherentie (beschikbaarheid), capaciteit en productie. In 1988 werden maatregelen geïntroduceerd om te komen tot beddenreductie. Daarmee wilde men de klinische capaciteit van ziekenhuizen verder beperken. Figuur 1 laat zien dat over deze periode als geheel de doelstelling van kostenbeheersing gerealiseerd werd.

De derde periode wordt door Cutler (2002) getypeerd als een periode waarin de regelgever steeds meer gebruik maakt van incentives voor het bevorderen van doelmatigheid. In het advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, beter bekend als het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de commissie-Dekker (1987), werd het voornemen geformuleerd om te komen tot een nieuw samenhangend stelsel, gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Dat leidde vanaf de eeuwwisseling tot anticiperend gedrag.

De van oudsher regionaal georiënteerde markt van zorgverzekeringen transformeerde in korte tijd naar een meer nationale markt. Voor de verzekeraars - voortgekomen uit ziekenfondsen en vaak regionaal georiënteerd - werd duidelijk dat hun regionaal exclusieve positie definitief teneinde liep (Helderman et al. 2005).

Figuur 1: Zorguitgaven als percentage BBP



Bron: CBS Statline, 2017

Deze inschatting leidde tot een snelle opschaling naar landelijk niveau. De vier grootste verzekeraars kregen meer dan 80% van de markt in handen. Thans hebben de vier grootste zorgverzekeraars een marktaandeel van bijna 90% (NZa 2016). Bovendien verschoof de zorgmarkt van een stelsel gebaseerd op nationale en publiekrechtelijke regelgeving naar een stelsel van privaatrechtelijke contractering (Boonen 2009; Halbersma et al. 2011).

Deze overgang werd in mijn eigen loopbaan gemarkeerd door de gelegenheid die we als GGZ-organisatie Mondriaan kregen om het technisch failliete Psychiatrische ziekenhuis Vijverdal in Maastricht in 2005 te integreren. Eén van de afspraken in dit verband was een substantiële reductie van de klinische capaciteit in de regio. De voorganger van de NZa, het College Tarieven Gezondheidszorg, wikkelde dit dossier af met een steun van ruim 9 mln. euro. Daarna begon een tijdperk waarin het niet langer vanzelfsprekend is dat zorginstellingen met publieke middelen overeind gehouden worden.

Toen verslavingszorginstelling Victas in 2016 in een faillissement geraakte werd de afwikkeling daarvan bepaald door de partij die bereid was het grootste deel van de schuldenlast voor haar rekening te nemen en de continuïteit van de zorg te garanderen. In elk geval werd Altrecht – met een grote overlap in het patiëntenbestand – gepasseerd en werd het Amsterdamse Arkin de nieuwe eigenaar.

Deze casus typeert naar mijn mening de derde periode, waarin financiële waarden belangrijker zijn geworden.

In 2005 werd het budgetteringsregime voor ziekenhuizen vervangen door een outputgerelateerd bekostigingssysteem (Hartog en Janssen 2014), dat gebaseerd werd op diagnose-behandelcombinaties (dbc's). De tarieven van de dbc's hebben een integraal karakter, inclusief afschrijvingskosten. In dit bekostigingssysteem kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen voor een aantal routinematige ziekenhuisdiensten onderhandelen over de prijs per diagnosegroep (Varkevisser 2009). De weg naar liberalisering werd geleidelijk afgelegd, totdat in 2015 de tarieven en de volumeafspraken geheel werden overgelaten aan vrije onderhandelingen, behalve voor enkele uitzonderingen, zoals zeer gespecialiseerde zorg (NVZ 2017).

De kern van de gereguleerde marktwerking wordt gevormd door de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating zorginstellingen (WTZI). In het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking heeft de zorgverzekeraar de taak gekregen om via contractering de benodigde zorg in te kopen. Ze kunnen dat selectief doen (Boonen 2009; Ruwaard et al. 2014). Door die selectieve contractering zijn zorgverzekeraars in staat capaciteit en dienstenportfolio's van zorginstellingen op termijn te beïnvloeden. Zorgorganisaties zijn hierdoor in een meer onzekere positie gekomen. Ze lopen meer financieel risico als zij niet of beperkt worden gecontracteerd. Bovendien is het bij deze prestatie-bekostiging minder passend om direct op de capaciteit van instellingen in te grijpen. Dit mechanisme dient zich meer marktconform te voltrekken. Daardoor is ook het risico van overcapaciteit bij de zorgaanbieder komen te liggen.

Instellingen die in aanmerking willen komen voor een contract voor het leveren van zorg in het kader van de Zvw, moeten allereerst voldoen aan de eisen die de WTZI stelt. Daarbij gaat het om de bereikbaarheid van acute zorg en om transparantie van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering. Figuur 1 laat zien dat er in deze periode sprake is van een forse toename van de totale zorgkosten als percentage van BBP. Vanaf 2013 zien we dat er een afvlakking van de groei plaatsvindt, die zich lijkt door te zetten tot 2017. De zorgakkoorden die in de periode 2012-2015 werden afgesloten, hebben zeker bijgedragen tot deze groeivertraging. Feitelijk werd op deze manier de contracteerruimte van de marktpartijen gebonden aan budgettaire macrokaders (Algemene rekenkamer 2016).

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet is het regulerend kader ingrijpend veranderd en daarmee ook de spelregels voor de besturing van zorgorganisaties. De besturing van zorgorganisaties is steeds meer gaan lijken op die van een gewoon bedrijf. Die normalisatie blijkt uit een aantal kenmerken. In de eerste plaats nemen meerdere partijen de rol van opdrachtgever op zich, zoals gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars en patiënten zelf wanneer zij hun Persoonsgebonden budget (Pgb) aanwenden. Daarnaast zijn de kapitaalslasten volledig geïntegreerd in de tarieven. We spreken dan ook van integrale tarieven. De exclusiviteit in de regio is verdwenen. Het is niet ongebruikelijk meer in elkaars werkgebieden te opereren. De verwijzer en de zorggebruiker hebben vaak meer keuze. De inkoopende partij, zoals de gemeente, kan zelfs van oudsher lokaal werkende partijen passeren en nieuwe toetreders de

lokale aanbesteding gunnen. Vrijheid van gunning wordt dat genoemd. Allemaal kenmerken van een markt.

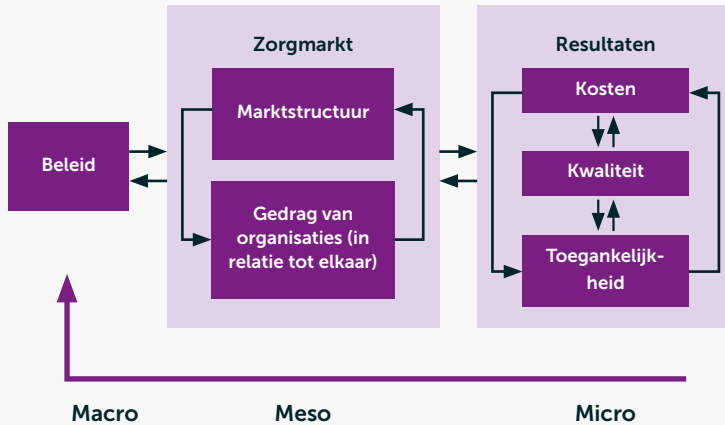
Door de vele aanpassingen in het regulerende systeem zijn de onzekerheden en de bedrijfsmatige risico's voor zorgorganisaties fors toegenomen. Sinds de financiële crisis in 2008 heeft er een culminatie van onzekerheden en risico's plaatsgevonden met in maatschappelijk opzicht gewenste en minder gewenste effecten.

Terugblik vanuit een marktdynamische visie, de casus GGZ

In dit deel van mijn oratie wil ik wat specifiekere stilstaan bij de ontwikkelingen in de GGZ. Enerzijds omdat ik twaalf jaar als bestuurder in dit zorgveld gewerkt heb, maar ook omdat het een heel interessante casus is om een impressie te geven van de marktdynamiek in de zorg. Ik maak gebruik van een model dat voortkomt uit de traditie van het zogenaamde Structuur-Gedrag-Resultaat- (SGR-)paradigma. Dat is de wetenschappelijke invalshoek die sectoren en bedrijfstakken analyseert op basis van de samenhang tussen de structuur van een markt, het gedrag van de organisaties en de resultaten, respectievelijk prestaties die organisaties daarbinnen realiseren (Sheferd 1997). Deze stroming in de economische wetenschap, ook wel Theory of Industrial Organisation genoemd, heeft zich altijd scherp onderscheiden van de neoklassieke benadering, die een meer modelmatige benadering kiest. De eerstgenoemde benadering onderkent dat er in veel sectoren sprake is van wederzijdse afhankelijkheden tussen organisaties binnen een markt en van intrinsieke consolidatieprocessen. Met dat laatste bedoelen we dat organisaties streven naar minder onzekerheid in hun omgeving. Ze tenderen de onzekerheden te verkleinen, bijvoorbeeld door te fuseren of op een andere wijze een groter aandeel van de markt te verkrijgen. Je kunt hierbij ook denken aan het bieden van gunstige contractvoorwaarden aan de aanbestedende partij.

In een recente studie van Westra et al. (2016) wordt deze benadering gebruikt om te komen tot een conceptueel raamwerk voor het in beeld brengen van de resultaten van sturing door de overheid. Hij maakt onderscheid bij de effecten van het beleid op de structuurkenmerken van de markt, gedrag van organisaties, ook naar elkaar toe, en prestaties of uitkomsten in de sfeer van kosten, kwaliteit en toegankelijkheid (zie figuur 2). Westra e.a. benadrukken dat het gedrag tussen organisaties van belang kan zijn voor de werking van het beleid.

Figuur 2: De relatie tussen beleid, marktdynamiek en prestaties



Bron: Westra et al. 2016

De dynamiek die de opeenvolgende beleidswijzigingen in de GGZ teweegbrachten, is te beschouwen als een natuurlijk experiment, waarbij een vergaande geïnstitutionaliseerde sector bloot werd gesteld aan een grotendeels nieuw krachtenveld. Deze stelling vraagt toelichting, te beginnen met een historische aanloop.

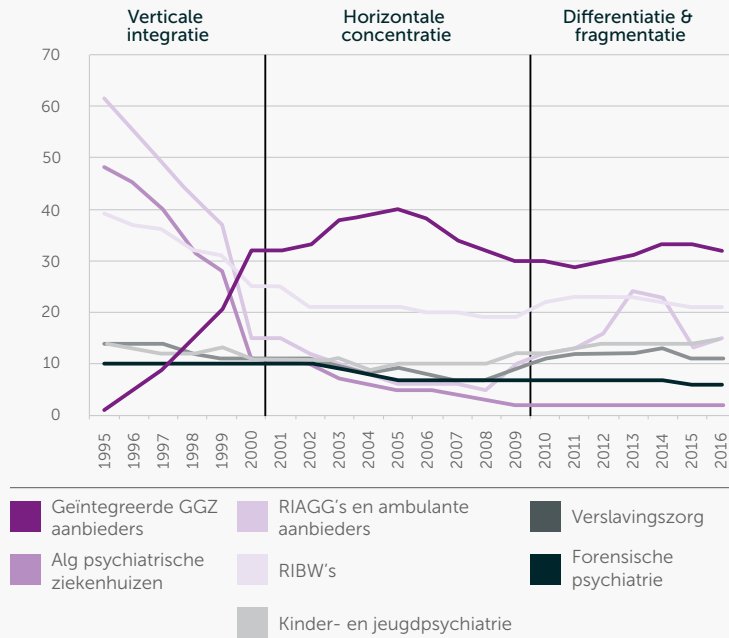
Voor 1985 was de GGZ een gefragmenteerde sector. Gemeenten hadden verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld in het kader van de verslavingszorg. Provincies hadden verantwoordelijkheden in het kader van de jeugdzorg. De psychiatrische ziekenhuizen werden betaald in het kader van de ziektekostenverzekering (Bakker 2009).

Met de 'Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid' van staatssecretaris Van der Reijden werd er in 1984 een visie neergelegd om de totale GGZ-zorg samenhangend te organiseren binnen het kader van de AWBZ (Bakker 2009). Eén van de doelstellingen was om door integratie van klinische en ambulante zorg een meer optimaal zorgarrangement te scheppen, waarbij ambulantisering van de zorg een wenselijke uitkomst was. In een periode van twee decennia werden ambulante en klinische GGZ-zorg gebundeld, waarbij er regionaal grote organisaties ontstonden die integrale GGZ-zorg leverden (Van der Grinten en Kasdorp 1999). Deze periode is te typeren als een periode van 'verticale integratie'.

Voor verwijzers bood deze situatie het voordeel dat er één aanbieder was die in principe alle benodigde zorg kon leveren. Er waren nog wel gefocuste instellingen, zoals in de jeugd- en de forensische psychiatrie, maar het dominante beeld bestond uit zo'n dertig regionaal werkende GGZ-aanbieders die elkaars werkgebied respecteerden. Daarmee was het samenhangend regionaal zorgaanbod grotendeels gerealiseerd. Tevens was er een zekere regionale exclusiviteit ontstaan, die tot aanmerkelijke wederzijdse afhankelijkheden leidde tussen verwijzers, cliënten en de integrale aanbieder van GGZ-zorg.

Met de overgang naar de Zorgverzekeringswet - een nieuw bekostigingssysteem gebaseerd op dbc's en integrale tarieven - kreeg de sector te maken met een volstrekt nieuw fenomeen. Nieuwe toetreders betraden de markt en boden veelal specifieke zorg. Hiermee kwam een eind aan de regionale exclusiviteit van de geïntegreerde GGZ-aanbieders. Sommige instellingen gingen zelf bovenregionaal werken en betraden werkgebieden van andere organisaties. Het raamwerk van Westra e.a. (figuur 2) geeft inzicht in de samenhang en de dynamiek die ontstaat door onafhankelijke beslissingen van instellingen en door beleid van de overheid.

Figuur 3: Dynamiek GGZ markt op basis van aantallen organisaties naar type



Bron: Database GGZ Nederland

In figuur 3 is die marktdynamiek in één oogopslag zichtbaar. Doordat GGZ-instellingen uit naastliggende regio's in het eerste decennium van deze eeuw met elkaar gingen fuseren, ontstonden er grote organisaties. In marktdynamische termen is dit te typeren als 'horizontale concentratie'. Zo ontstonden relatief grote organisaties als Arkin, Altrecht, Pro Persona, GGZ Centraal, Lentis, Mondriaan en Breburg. Parnassia ontwikkelde zich tot een waarlijk 'overnamemachine'. Een en ander leidde ertoe dat de tien grootste organisaties bijna de helft van de sectorale omzet voor hun rekening nemen (zie tabel 1). Het is duidelijk dat de structuur van de GGZ-markt ingrijpend veranderde als gevolg van deze concentratiebeweging.

Tabel 1: Bedrijfsopbrengsten van de 10 grootste organisaties in de GGZ met mutaties t.o.v. voorgaand jaar

Instelling	Bedrijfsopbrengsten 2016	
Parnassia	€ 612.540.767	(+3,8%)
Lentis	€ 237.261.539	(-3,3%)
Arkin	€ 233.785.000	(+9,6%)
Pro Persona	€ 225.885.000	(-1,2%)
GGZ Centraal	€ 192.833.933	(-2,6%)
Altrecht	€ 184.837.000	(-2,8%)
Antes	€ 181.617.461	(+2,2%)
Dimence	€ 175.172.915	(-2,9%)
GGzE	€ 171.764.310	(-2,0%)
Rivierduinen	€ 161.926.000	(-6,5%)

Bron: Jaarverslag analyse sectorrapport GGZ 2016 Intrakoop (2017)

Vanaf 2008 is er een toename van nieuwe toetreders in de GGZ, die zich meestal richten op kortdurende ambulante behandeling van patiënten met angst- en stemmingsstoornissen. Deze nieuwe toetreders werken over het algemeen met minder indirecte (overhead) kosten. Door die kostenstructuur vormden zij als het ware een strategische groep (Peteraf en Shanley 1997), die door verzekeraars gebruikt wordt om tarieven onder druk te zetten en de gehele sector tot grotere doelmatigheid te dwingen.

Wat betreft marktdynamiek kun je dit vergelijken met het personenvervoer door de lucht. De low-cost carriers dwongen de gevestigde aanbieders om hun bedrijfsmodellen te herzien, maar ook veroorzaakten zij een substantiële groei van de markt door de toegankelijkheid voor nieuwe groepen klanten te vergroten. In zekere zin hadden ook de zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg zo'n spelveranderende rol. In de GGZ hebben deze nieuwe toetreders namelijk bijgedragen aan het vergroten van de toegankelijkheid en het beïnvloeden van het stigma dat er op deze zorg zat en zit.

De combinatie van het bestuurlijk akkoord GGZ in 2012 (Jeurissen et al. 2016) – de reductie van maar liefst 30% van de klinische capaciteit - en het volledig verantwoordelijk worden voor de kapitaallasten, eiste een behoorlijke bestuurlijke inspanning. Tegelijkertijd stonden organisaties voor de uitdaging om een wending te geven aan

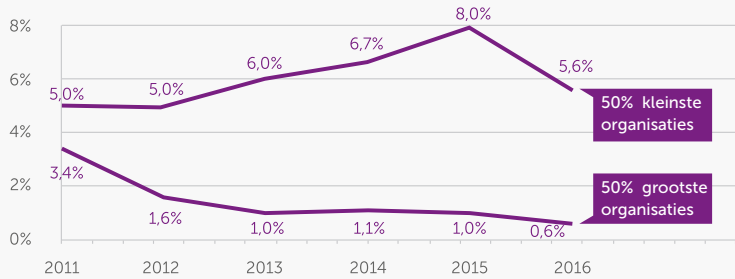
de professionele tradities en de bedrijfsmatige uitdaging om het vastgoed, waarin deze klinische capaciteit ondergebracht is, zonder grote verliezen van de balans af te krijgen.

Bovendien werden in die tijd de eisen die banken als vermogensverschaffers stelden, substantieel aangescherpt. De aandacht verschoof van solvabiliteitsvereisten naar kasstroom en de onzekerheden op de langere termijn. Instellingen die de afgelopen 10 jaar nieuwbouw hadden betrokken, maakten grote kans om in serieuze financiële problemen te geraken. Dit leidde niet alleen tot de status van bijzonder beheer - naar schatting zo'n 20% van de sector - maar ook tot faillissementen. Denk aan organisaties zoals Riagg Rijnmond, Victas en Lievegoed.

Een andere factor die het krachtenveld ingrijpend deed verschuiven, is het onderbrengen van delen van de GGZ in verschillende wettelijke kaders. De zorg onder de 18 jaar ging over naar de Jeugdwet; begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen gingen over naar de Wmo en de langdurige chronische zorg ging over naar de Wet langdurige zorg (Wlz). De forensische zorg was inmiddels ondergebracht bij het Ministerie van Justitie. De eenvoud van het zorgkantoor als enige aanbesteder verschoof naar de complexiteit van een heel scala aan contracterende partijen (Helderman 2016).

Daarnaast werd in 2014 de zogenaamde basis-GGZ ingevoerd met als doel de complexiteit te verlagen en zorg dicht bij huis mogelijk te maken. Patiënten met een lichte zorgvraag worden door de huisarts geholpen in de zogenaamde eerste-lijns-GGZ. Patiënten met een milde zorgvraag worden door de huisarts verwezen naar de basis geestelijke gezondheidszorg. Patiënten met een zware zorgvraag gaan naar de gespecialiseerde curatieve GGZ (Tiemens 2017). De gediversifieerde GGZ-organisaties met brede portfolio's kregen met al deze ontwikkelingen te maken. Dit in tegenstelling tot de nieuwe toetreders, die juist gekozen hadden om zich vrij specifiek in deze nieuwe context te positioneren. Portfoliomanagement werd daarmee een belangrijk thema bij de besturing van GGZ-organisaties.

Figuur 4: Verschil in margeontwikkeling tussen 50% grootste en 50% kleinste GGZ-instellingen 2011-2016



Bron: Jaarverslag analyse sectorrapport GGZ 2016 Intrakoop (2017)

Wanneer we het conceptuele raamwerk van Westra e.a. als uitgangspunt nemen, kunnen we vaststellen dat de structuur van de sector aanmerkelijk verandert als gevolg van beleidsmatige ingrepen, maar dat deze ook veroorzaakt wordt door het gedrag van individuele organisaties. Grote organisaties kunnen impact hebben vanwege hun schaal, maar kleinere organisaties kunnen ook veel impact hebben, indien zij laten zien dat in een ander bedrijfsmodel goede zorg geleverd kan worden tegen lagere kosten of met hogere marge zoals figuur 4 laat zien (NZa 2016a; Postma 2015). Dan krijgen ze de rol van spelveranderaar, mede gesteund door verzekeraars, die hen gebruiken om druk uit te oefenen op grotere organisaties. Bovendien is een groot aantal nieuwe opdrachtgevers in deze gereguleerde markt actief geworden, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en Ministerie van Justitie. Deze laatste periode is dan ook goed te typeren als een periode van segmentatie, fragmentatie en differentiatie.

De nieuwe bestuurlijke uitdagingen vertalen zich ook in een nieuwe set van competenties voor bestuurders en hun organisaties. De toetreders maken gebruik van hun ondernemend vermogen om in de nieuwe situatie snel operationeel te worden. Bij de gevestigde aanbieders wordt het aanpassingsvermogen op de proef gesteld. De veranderende situatie dwingt tot keuzes in de eigen dienstenportfolio of tot het je eigen maken van de innovaties van de toetreders (Janssen en de Jong 2014). Deze ontwikkeling spreekt het bestuur van de organisatie aan op tweebeide kwaliteiten: consolideren en aanpassen.

Actuele context en dynamiek

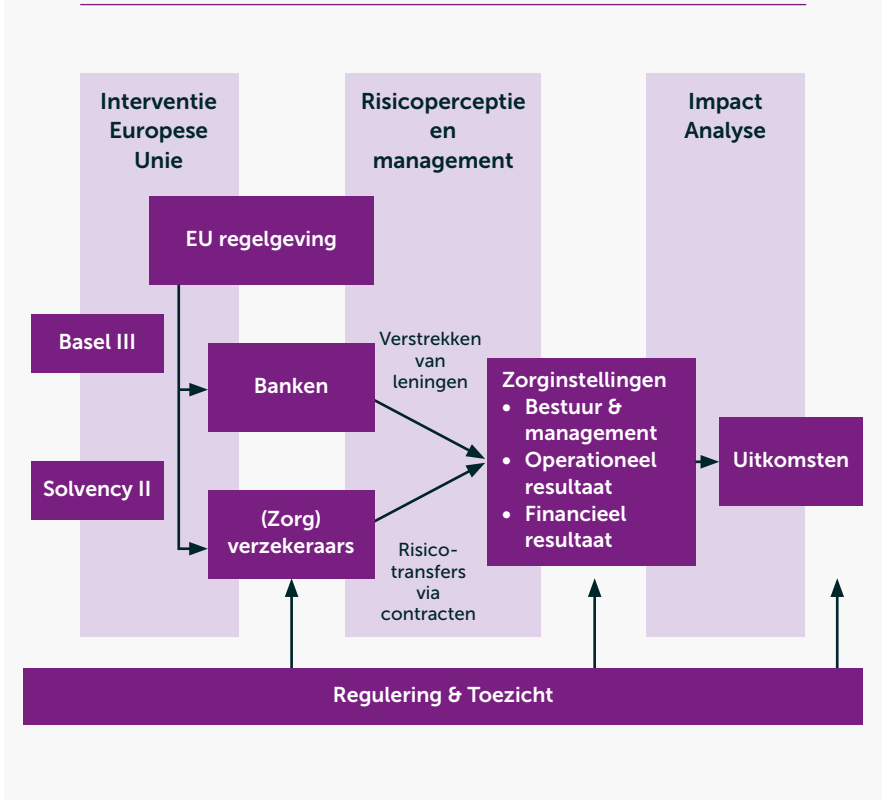
We pendelen in deze lezing tussen de uitvoerende praktijk, de organisatie daarvan en het beleid. Een groot deel van de beleidsmaatregelen die vanwege de financiële crisis in 2008 zijn genomen, werken nu nog na. Dit geldt met name voor de grote beleidsmatige herordering van de afgelopen jaren om de groei in de uitgaven te beperken. Gelijktijdig met substantiële bezuinigingen zijn er echter veel onzekerheden in het stelsel gebracht door een stapeling van structurele hervormingen, zoals de ontmanteling van de AWBZ, het overdragen van sturende rollen naar de gemeente in de vorm van de Jeugdwet, de Wmo en de veranderingen van de bekostiging binnen de Zorgverzekeringswet.

Deze onzekerheden werden ervaren door de gebruikers - zoals ouderen, ouders en hun kinderen - door de uitvoerende instanties en natuurlijk ook door de lagere overheden die nieuwe verantwoordelijkheden kregen, gekoppeld aan forse bezuinigingsopdrachten, tot 20%. De instituties die normaal 'zekerheden' vertegenwoordigen, konden deze steeds moeilijker bieden. Dat kwam nog bovenop de financiële en bestuurlijke crisis die de EU en de rest van de wereld trof. Met de effecten van de geopolitieke crisis, tot en met het opvangen en huisvesten van vluchtelingen, dringt een breed gevoel van onzekerheid zich op (SCP 2016). In de periode na 2008 ontstond er in de samenleving een oncomfortabele sfeer, zoals eerder aangehaald (Elchardus 2015).

Deze breed gevoelde onzekerheid infecteerde ook het zorgstelsel als gereguleerd systeem. Veel publieke en politieke aandacht is gegeven aan de ontmanteling van de AWBZ. In de nieuwe compartimentering kopen gemeenten zorg in en voeren zorgkantoren de Wet langdurende zorg uit. De uitvoering van de Jeugdwet komt volledig in handen van de gemeenten. Hoewel dit veel fricties en administratieve inspanningen heeft opgeleverd, zijn we langzaam gewend aan de nieuwe setting en organiseren de instellingen met veel moeite de nieuwe complexiteit in het stelsel.

In het vervolg ga ik wat dieper in op veranderingen die vanuit Europees niveau inwerken op Nederlandse zorginstellingen, omdat deze mijns inziens structurele impact hebben en omdat de werking daarvan minder evident is, laat staan publiekelijk gedeeld wordt. Het gaat hierbij om Europese regelgeving die zich richt op het functioneren van banken en verzekeraars. Deze regelgeving wordt wel aangeduid met Basel III en Solvency II. De doelstelling van Basel III is het terugdringen van de risico's om als bank in een crisis te geraken. Daarvoor zijn de vereisten voor het aanhouden van eigen vermogen door de bank aanmerkelijk verhoogd (Niemeyer 2016). Deze vereisten worden medebepaald door het onderliggende risico dat bij de uitstaande leningen verondersteld wordt. De risicomodellen die daarvoor zijn opgezet, hebben ingrijpende gevolgen op het gedrag van de banken.

Figuur 5: Conceptueel model doorwerking Basel III en Solvency II op zorgorganisaties



In de eerste plaats worden de vereisten voor het verstrekken van lang vermogen fors aangescherpt. Borging door het Waarborgfonds WFZ draagt weliswaar bij aan een lagere risico-opslag, maar de looptijd is fors teruggebracht. De borging door het Waarborgfonds is teruggebracht naar maximaal 70%. Dat betekent dat de lenende organisatie feitelijk het renterisico op zich neemt tot moment van herfinanciering, meestal over 10 of 15 jaar. Er wordt gebroken met een traditie waarin borging binnen het publieke domein plaatsvond. Zo stelt Raghuram Rajan (FD 2017), oud IMF econoom: 'het onderliggende risico in de economie moet door iemand gedragen worden. Doordat de banken het niet meer mogen, komt dat nu bij 'schaduwbanken' terecht: pensioenfondsen, verzekeraars, private partijen etc.'. Mijns inziens kun je zorginstellingen aan dat rijtje toevoegen.

Ook voor het verschaffen van werkkapitaal hebben we te maken met een geheel nieuwe situatie. Kon je voor de crisis redelijk gemakkelijk in je werkkapitaal voorzien tegen aantrekkelijk rentevergoeding, nu betaal je voor de beschikbaarheid en bij de huidige rentestand zelfs voor het aanhouden van een positief saldo bij de bank. Kortom, de condities waaronder zorginstellingen over vreemd vermogen kunnen beschikken, zijn significant veranderd en de kosten, los van het rentebestanddeel, zijn fors toegenomen.

Daar komt nog bij dat banken de totale omvang van uitstaande leningen bij een partij in de zorg maximeren tot zo'n 70 mln. Dit betekent dat een instelling met een totaal aan leningen van bijvoorbeeld 300 mln. met een consortium van vier banken te maken heeft en daardoor een beperkte keuze heeft voor andere kapitaalverstrekkers in de markt. In dit opzicht kun je spreken van marktverhoudingen met grote wederzijdse afhankelijkheden en - in termen van contractuele condities - van disciplinerende werking (Smith et al. 2012; Tuohy 2003). Daarom zoeken zorginstellingen naar andere partijen om te voorzien in hun kapitaalbehoeften, zoals de Europese investeringsbank of institutionele beleggers. Wat dat betreft zijn de kredietovereenkomsten die het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en het Amphia ziekenhuis hebben afgesloten met de Europese Investeringsbank een doorbraak, omdat daarmee een alternatief is ontstaan voor de Nederlandse banken (FMT 2017).

Groot en Maessen (2017) stellen dat banken in een onwenselijke machtspositie gebracht zijn, mede doordat het zorginstellingen wettelijk verboden is risicodragend kapitaal aan te trekken. Een ander gevolg hiervan is, dat met name ziekenhuizen relatief dure leasecontracten afsluiten voor bijvoorbeeld kostbare apparatuur en ICT-systemen om hun kapitaalbehoefte te verlagen. De facto lijkt de ruimte voor het besturen van een zorgorganisatie eerder af- dan toe te nemen. Dat voelt als een onbedoeld en onverwacht effect van het beleid dat ten grondslag ligt aan het nieuwe stelsel, namelijk gereguleerde concurrentie (Merton 1936).

Zoals we eerder al stelden, staan zorgverzekeraars eveneens bloot aan de Europese regelgeving genaamd Solvency II. Zij moeten grotere buffers aanhouden in relatie tot de risico's die ze verzekeren en dat merken zorginstellingen op een indirecte wijze. Zorgverzekeraars zullen immers hun verzekerde risico's in het contract 'verpakken'. Dat kan allerlei vormen aannemen, zoals het afspreken van een maximaal budget waarbinnen alle gevraagde zorg geleverd moet worden, of het contract aanbieden in de vorm van een aanneemsom.

In de markt van verzekerde collectiviteiten kunnen grote aantallen verzekerden in januari van verzekeraar veranderen en daarmee de uitgangspunten onder druk zetten van een contract dat in november gesloten is. Deze dynamiek wordt niet altijd vertaald naar herziening van contracten. De risico's in de markt van verzekeringen - die vanwege de overgang van collectiviteiten lokaal substantieel kunnen zijn - komen op die manier deels bij zorgaanbieders terecht. Zo bleken in de praktijk van Altrecht in het eerste kwartaal van het contractjaar 2015 de afzonderlijke contracten fors uit de pas te lopen. Bij de ene verzekeraar bleken we het volume niet te halen en bij de andere werd deze fors overschreden. Dit betekent contractueel tweemaal verlies. Bij nader onderzoek bleken in de regio twee collectiviteiten van uitkeringsgerechtigden van gemeenten bij een andere verzekeraar ondergebracht te zijn. Zonder dat die informatie met ons gedeeld was, waren de contractgrondslagen achterhaald.

Het Europees beleid is erop gericht bepaalde markten zodanig te reguleren dat de onzekerheid van bedrijfsrisico's afneemt. Maar via het functioneren van banken en zorgverzekeraars heeft dat ook effect op het functioneren van zorginstellingen in Nederland. Voor hen nemen de risico's toe en we betalen de daaruit voortkomende extra kosten uit publieke middelen. De marktverhoudingen in termen van

machtsbalans zijn van dien aard dat de zorginstellingen aan het kortste eind trekken. Via de contracten ter verkrijging van leningen wordt het effect van regelgeving direct en eenzijdig doorgegeven aan klanten. Dat is opmerkelijk in een privaatrechtelijke context.

Komende tijd zullen we vanuit ESHPM meer specifiek onderzoek doen naar de impact van het voorgaande op sturing, bedrijfsvoering en geleverde zorg. Wanneer bijvoorbeeld een zorgorganisatie in de situatie van 'bijzonder beheer' bij de bank komt, wordt de besturing van die zorgorganisatie in een strak kader geplaatst. De relatie met de bank(en) neemt een hiërarchische taakstellende vorm aan en zij gaan dicht op het bestuurlijk proces zitten. Zeker in de setting van bijzonder beheer werkt dat disciplinerend. Tweebenigheid krijgt in deze situatie een andere betekenis: het is niet voldoende alleen maar goede zorg te leveren, het komt er tevens op aan een structureel gezonde bedrijfsvoering te realiseren. Anders gezegd: goede zorg is een noodzakelijke voorwaarde, maar geen voldoende voorwaarde.

Een aspect dat ik nog wil aanstippen, is de rol van mogelijke reputatie-effecten (Power, M. et al. 2009). Het effect hiervan kan van velerlei aard zijn. In het algemeen zullen ieders belangen en de wederzijdse afhankelijkheden ertoe leiden dat er gestreefd wordt naar uitkomsten die maatschappelijk geaccepteerd worden. Daarbij zijn zorginstellingen, zorgverzekeraars en banken uiteindelijk op elkaar aangewezen. Faillissementen zijn over het algemeen slechts een uitkomst als er alternatieven zijn, zodat de continuïteit van de zorg op korte termijn gewaarborgd is en de impact op de zorg op langere termijn beperkt is. Geen van de partijen wil immers zijn reputatie belasten met het veroorzaken van fricties in de patiëntenzorg.

Er is natuurlijk nog veel meer te zeggen over de dynamiek in deze tijd en de rol van onzekerheid. Cliënten via de cliëntenraad en medewerkers via de OR zoeken over het algemeen ook zekerheden, bijvoorbeeld met betrekking tot goede zorg, werkomstandigheden en redelijke beloning. Kortom, de waardensystemen wedijveren met elkaar om honorering. Om draagvlak en legitimiteit te verkrijgen, moeten bestuurlijke beslissingen daarin een gedragen balans vinden en een zorgvuldig proces doorlopen.

Ook toezichthouders vermijden over het algemeen onzekerheid. In de nieuwe governancecode wordt aanbevolen om een risicoraamwerk voor de eigen organisatie op te stellen. Naast de eigen raad van toezicht hebben we de IGJ, de NZa en de ACM, maar ook de DNB en de AFM. Zij allen zijn op enigerlei wijze betrokken geraakt bij het stelsel van gereguleerde concurrentie in de zorg. In het jaarlijks verantwoordingsproces spelen accountants eveneens een belangrijke rol. Zij hebben zelf hun werkwijze verregaand geprotocolleerd, nadat zij in hun beroepsuitoefening onder druk kwamen te staan. Kortom, er is sprake van een stapeling van toezicht en dat veroorzaakt een opwaartse druk op de indirecte kosten.

Dit alles leidt tot een merkwaardige tegenstelling. De stelselwijziging had als belangrijk doel de zorg onder meer genormaliseerde omstandigheden ten uitvoer te brengen. Zorginstellingen moeten zich met meer vrijheidsgraden en ruimte voor ondernemerschap kunnen kwijten van hun uitvoerende taak. Dat proces is zeker op gang gekomen (Dijk 2017). Daar staat echter tegenover dat de wederzijdse

afhankelijkheden zodanig zijn geworden dat er de facto sprake is van een institutionaliseringproces. De vrijheidsgraden voor zorgorganisatie en bestuur zijn helemaal niet zo groot. Bovendien zijn risico's en bestuurlijke uitdagingen fors toegenomen.

Michael Power (2007) stelt dat in deze moderne tijd risico's geconstrueerd worden als onderdeel van overheidsbeleid of beleid van toezichthoudende organen en dat het daarbij veelal niet gaat om wezenlijke onbeïnvloedbare risico's zoals een natuurramp. Hij stelt dat de impact hiervan op het gedrag van organisaties maatschappelijk onwenselijke gevolgen kan hebben. Deze these van Power lijkt in het bovenstaande bevestigd te worden. Daarnaast denk ik dat ook de veel gehoorde onvrede in de zorg met betrekking tot administratieve last hiermee geassocieerd kan worden. Veel van deze verplichtingen hebben te maken met een vorm van risicobeheer, ex- of intern vereist, zonder dat deze verplichtingen ervaren worden als een wezenlijke bijdrage tot betere zorg.

Het antwoord op deze situatie zou moeten zijn dat spelregels en speelveld zodanig gedefinieerd worden dat iedere partij in zijn eigen natuurlijke rol blijft om op die manier het maatschappelijk doel van toegankelijke, betaalbare en gepaste zorg maximaal te realiseren. Voorbeeld hiervan is dat de verzekeraar verantwoordelijk blijft voor het volumerisico en de zorginstelling voor het doelmatig leveren van zorg.

Impact op sturing van zorgorganisaties, een conceptuele inbedding

Er is dus een tendens zichtbaar van toenemende onzekerheden waar bestuurders in de zorg en hun organisaties mee te maken hebben. Er is nog een ander thema dat besturen in de zorg bijzonder maakt. Ik doel op de aanwezigheid van meerdere waardensystemen, die allen normerend werken op de sturing van de organisatie.

Kim Putters (2009) associeerde in zijn oratie deze waardensystemen met vier domeinen: de markt, de samenleving, de medische professie en de overheid. In de bestuurskunde wordt het besturen in een dergelijke waardenconstellatie 'meervoudig besturen' genoemd. Daarbij onderscheidt Putters twee elementen: 'handelingsruimte' en 'legitimiteit'.

Figuur 6: De zorgbestuurder tussen markt, overheid, gemeenschap en medische professie



Bron: Putters 2009

Deze normerende kaders geven uiteindelijk al of niet legitimiteit aan het bestuur. Dit krachtenveld is door Mark Moore beschreven in zijn klassiek geworden werk *Creating Public Value* (1995). De bestuurder van een maatschappelijke onderneming, zoals je een zorgorganisatie kunt beschouwen, moet rekening houden met een drietal aspecten of opereert, in wat Mouwen (2011) noemt, een strategische driehoek. De eerste is dat er sprake is van legitimiteit en draagvlak. De legitimiteit kan bij wet geregeld zijn. Denk hierbij aan de WTZi. Maar er moet ook sprake zijn van publiek draagvlak. Denk bijvoorbeeld aan separeren in de psychiatrie: hoewel er sprake was van een wettelijke inbedding, was er steeds minder draagvlak voor deze wijze van 'zorg verlenen'.

Het tweede aspect is, dat er sprake moet zijn van een maatschappelijke waardenpropositie. Voor een zorgorganisatie is dat in zijn algemeen het leveren van gepaste zorg (Brouwer 2012; Janssen en Buschbach 2012). Elke organisatie zal dat moeten concretiseren in de strategische ruimte die er voor haar is. In het kader geef ik missie en visie van Altrecht als voorbeeld daarvan.

Missie en visie van Altrecht

Missie

Bij Altrecht gaan we uit van de eigen kracht van mensen. Met specialistische diagnostiek en behandeling helpen we kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met een psychiatrische aandoening de regie over hun leven te behouden en hun rol in de samenleving weer op te pakken. Samen werken we aan ontwikkeling en herstel in al zijn facetten, ook als dat soms ingewikkeld of zelfs onmogelijk lijkt.

We hebben de ambitie om vernieuwend te zijn en de zorg steeds te verbeteren. We blijven ons ontwikkelen door behandelingen samen met patiënten te evalueren, door op de praktijk gericht wetenschappelijk onderzoek te doen en mensen op te leiden.

Visie

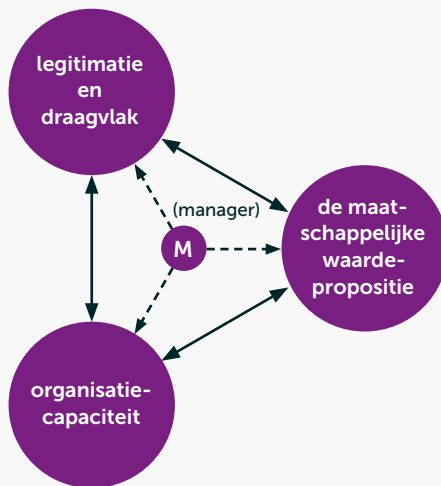
In de visie van Altrecht staan de patiënt en zijn/haar naasten voorop. Daarbij wordt uitgegaan van het individuele proces van herstel en wordt de autonomie van de patiënt bevorderd. Om dit te bereiken zetten onze medewerkers hun expertise ten volle in, stellen zich professioneel bescheiden, gelijkwaardig en hoffelijk op, zowel in de relatie met de patiënt als in de relatie met ketenpartners. De medewerkers voelen zich ondersteund, gewaardeerd en tevreden, waardoor zij met toewijding naast de patiënt staan in zijn/haar herstelproces. Mede door onze opleidings- en onderzoeksfunctie dragen de medewerkers actief bij aan het evalueren, uitdragen en verder ontwikkelen van GGZ expertise zowel intern als aan ketenpartners door middel van consultatie en deskundigheidsbevordering. De zorg die geboden wordt, is gepast, waarbij de keuze van de interventie bepaald wordt door criteria als doelbewust, doelgericht en doelmatig.

www.altrecht.nl/over-ons/visie-missie

Het derde aspect is wat Moore noemt 'operational capabilities' van de organisatie. We hebben het dan over het geheel van georganiseerde processen die leiden tot maatschappelijke gewenste uitkomsten - het eigenlijke waardevormingsproces - zoals het geven van cognitieve gedragstherapie of het leveren van thuiszorg. Daarbij kunnen we onderscheid maken tussen primaire, ondersteunende en sturende processen.

Mijn toevoeging aan dit model is, dat van een bestuurder tweebenigheid vereist wordt vanwege de dynamiek in deze strategisch ruimte. Tweebenigheid, of eigenlijk tweehandigheid - de letterlijke vertaling van het Latijnse 'ambidextrie' - betekent dat iemand zowel links- als rechtshandig is. Hiermee sluit ik aan bij de eigenschappen van organisaties die Duncan (1976) noemt om zowel in de bestaande markt succesvol te zijn als tijdig te kunnen vernieuwen en zich aan te passen aan veranderende marktomstandigheden. Hij noemde dat 'organizational ambidexterity'. Collega's als Mom (2009), Jansen (2009) en Volberda van de Rotterdam School of Management hebben deze eigenschappen van de organisatie vertaald in die van de manager.

Figuur 7: De strategisch driehoek



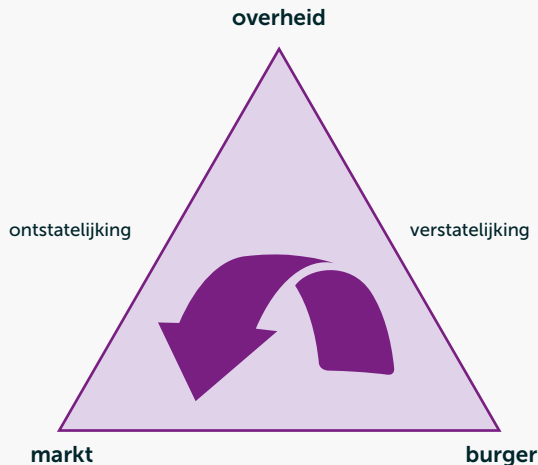
Bron: Mouwen naar Moore 2011

In het voorgaande heb ik u laten zien dat er verschuivingen plaatsvinden in het krachtenveld van waardensystemen waardoor de handelingsruimte of vrijheidsgraden voor de bestuurder eerder af- dan toenemen. Daarnaast lijken deze krachtenvelden ook te verschuiven wat betreft gewicht. Tom van de Grinten (2006) associeerde deze verschuiving met maatschappelijk ondernemerschap. Concreter: klantwaarden en bedrijfseconomische waarden zijn aan belang toegenomen ten opzichte van professionele en publieke waarden. Sinds de periode van gereguleerde concurrentie is er sprake van een permanent veranderings- en aanpassingsproces. Dat vergt tweebenigheid van zorgorganisaties.

Het moge ook duidelijk zijn dat de individuele uitdagingen van een zorgorganisatie zeer situationeel en contextueel bepaald zijn. Een zorgorganisatie zonder hypothecair belast vastgoed en met een gezonde exploitatie beschikt immers over meer vrijheidsgraden dan een organisatie die zojuist haar totaal aan leningen van bijvoorbeeld 300 mln. euro heeft moeten herstructureren. Voor een jeugdzorgorganisatie die jaarlijks contracten moet afsluiten met een vijftigtal gemeenten ziet het krachtenveld er nog weer anders uit. En weer anders voor een organisatie die haar middelen voornamelijk op basis van de Wet langdurige zorg verkrijgt (Wlz) en langdurige relaties met haar cliënten onderhoudt, zoals in de gehandicaptenzorg over het algemeen aan de orde is. Situationeel is ook het eigen 'verhaal' van de organisatie, de ontstaansgeschiedenis, waarin een deel van de eigen identiteit opgesloten is. Sommige zorginstellingen hebben immers een historie van honderden jaren, zoals Reinier van Arkel in Den Bosch of Reinier de Graaf in Delft. Deze historie biedt echter op zichzelf geen garantie voor de toekomst.

Het bovenstaande laat zien dat er sprake is van aanmerkelijk uiteenlopende besturingsopdrachten als gevolg van ontmanteling van de AWBZ en de grotere rol die gemeenten gekregen hebben als gevolg van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Niet alleen zijn de spelregels veranderd, ook het speelveld is veranderd.

Figuur 8: Schematische voorstelling van de dynamiek binnen de positioneringsdriehoek



Bron: Mouwen naar Moore 2011

Naast de genoemde nuances en verschillen in contexten is er nog een andere lange-termijntendens, namelijk dat de waardensystemen van dominante positie kunnen wisselen. Mouwen (2011) laat met zijn positioneringdriehoek (zie figuur 8) zien dat deze in de tijd verschuiven. Door de invoering van de stelselwijziging, waarbij de overheid de zorg op grotere afstand zet en in een context van gereguleerde competitie brengt, zijn legitimering en draagvlakverrijking in een ander krachtenveld terecht gekomen. Maar tegelijkertijd wordt de geleverde waardenpropositie op een andere wijze beoordeeld. In het zorgverzekeringsstelsel is de zorgverzekeraar dat steeds meer gaan doen, evenals de zorggebruiker zelf. In de gedecentraliseerde Wmo heeft de lokale overheid die rol overgenomen, evenals de zorgvragende burger.

Dit proces van ontstatelijking is gepaard gegaan met een toenemende verantwoordingsplicht, zeker na een maatschappelijk oproep om een einde te maken aan incidenten en misstanden. Maar ook het decentralisatieproces leidt tot meer regels. Het ex-ante sturen door de overheid wordt in het ontstatelijkingsproces vervangen door een ex-post gestapeld verantwoordingsproces. Dit proces draagt tevens bij aan het vervangen van heldere overheidsregels door met meer onzekerheid omgeven verantwoordingsregels.

Samenvattend kunnen we stellen dat we in het stelsel - dat we vanuit gedragen maatschappelijke doelstellingen hebben geconstrueerd - inmiddels zoveel onzekerheden hebben ingebracht, dat het steeds minder ervaren wordt als 'iets van ons', het collectief. Dat is een bijzonder gegeven, want zo was het niet bedoeld. Het was juist de bedoeling om het eigenaarschap terug te geven aan het individu. In werkelijkheid hebben we echter een stelsel gecreëerd waar niemand meer in een legitieme positie is om regie en eindverantwoordelijkheid te nemen. Dit sluit aan bij de vaststelling van Pauline Meurs (RVS 2016) dat er steeds meer sprake is van pluriformiteit en dat dit ook consequenties heeft voor de sturing. Zij pleit voor de onderkenning van de wederzijdse afhankelijkheden en onzekerheden. Sturing vraagt om het organiseren van elkaars betrokkenheid en om minder handelen vanuit een principale positie, maar ook om binnen een context van marktkrachten te consolideren en te vernieuwen, oftewel tweebenig te besturen.

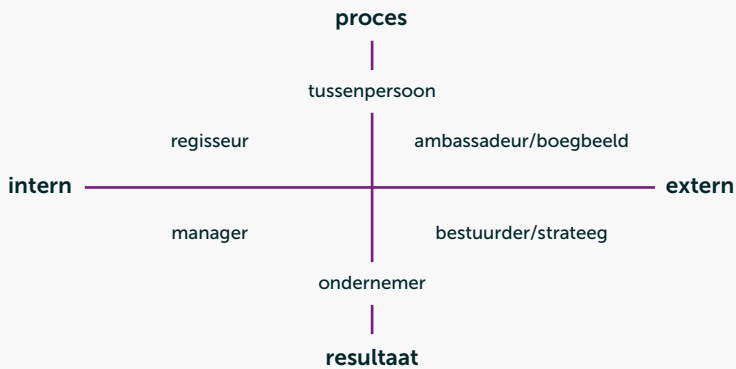
Een toekomst met meer variatie in bestuurspraktijken

Bovenstaande analyse heeft ertoe bijgedragen dat de nieuwe Governancecode Zorg (2017) belanghebbenden uitdrukkelijk betreft in het sturingsproces. De dialoog met alle belanghebbenden in meer horizontale verhouding is als uitgangspunt genomen. Naast advisering wordt er ook gesproken van beïnvloeding. Omdat de handlingsruimte niet altijd groot is, is het voor de bestuurder noodzakelijk open kaart te spelen. Anders gezegd: de beïnvloedbare kaders helder te communiceren.

Je zou dit 'besturen met betrokkenen' (shared governance) kunnen noemen. Heel praktisch kan dit vertaald worden door bijvoorbeeld de ondernemingsraad en de cliëntenraad deel te laten nemen aan de voortgangsgesprekken met de organisatieonderdelen die periodiek plaatsvinden in het kader van de jaarlijkse plannings- en controlecyclus. Extern – in interactie met ketenpartners en opdrachtgevers – kan de bestuurlijke ruimte vergroot worden door voortdurend in overleg te zijn over beleidsvoornemens, dilemma's in de uitvoering en verantwoording over geleverde prestaties.

De genoemde besturende rollen zijn convergerend met veranderingen in de uitvoering van de zorg zelf. Ook de zorgvrager wordt immers uitdrukkelijk betrokken bij keuzes om te komen tot gezamenlijke beslissingen. Dit is ook de strekking van het RVS-rapport 'Zonder context geen bewijs' (2017), waarin voorbij evidence based medicine gepleit wordt voor een uitdrukkelijke rol van de patiënt en zijn context bij de behandeling. Met andere woorden: we zitten in een beweging waarin steeds meer variatie in de bestuurspraktijken aan de orde is.

Figuur 9: Bestuurlijke rollen



Bron: Wilma van der Scheer 2013

Het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur houdt sinds 2000 elke vijf jaar een onderzoek onder de leden van de NVZD, waarbij de aangesloten bestuurders beraagd worden op hun rolinvulling. De laatste enquête is gehouden in 2015 (Bijloos et al. 2017). Op deze wijze kan gevolgd worden of er sprake is van een dynamiek die aansluit op de hiervoor genoemde verandering. In haar proefschrift, gebaseerd op dit periodieke onderzoek, onderscheidt Wilma van der Scheer (2013) vier typen bestuurders, namelijk de bestuurder/strateeg met de blik naar buiten, de manager met de blik naar binnen, de tussenpersoon, die meer op het proces gericht is en de ondernemer, die vooral op verbetering en vernieuwing gericht is. Uit de enquête van 2010 bleek dat de rol van ondernemer het moeilijkst om in te vullen was.

Uit de in 2015 gehouden enquête (Bijloos et al. 2017) blijkt dat de eigen rolopvatting relatief stabiel gebleven is. De rol van bestuurder/strateeg vinden respondenten het belangrijkste. Dat was zo in 2000, 2005 en 2010 en zo is het nog steeds in 2015. Belangrijker dan die van ondernemer, vinden respondenten de rol van boegbeeld en tussenpersoon. Bestuurders geven invulling aan ondernemerschap onder meer door 'het aangaan van samenwerkingsrelaties' en 'stimuleren van professionals om te innoveren'. Het verschil tussen wens en (ervaren) werkelijkheid is het grootst als het om de ondernemende rol gaat. In alle onderzoeken (2000, 2005, 2010 en 2015) geven bestuurders aan, dat zij wensten dat zij ondernemender waren. Deze laatste rol, die onder druk lijkt te staan, kunnen we associëren met de tweede eigenschap van tweeëenigheid. Door de jaren heen is de verdeling naar zorginhoudelijke en beheersmatige aangelegenheden veranderd. Het merendeel van de bestuurlijke agenda wordt nog steeds in beslag genomen door beheersmatige onderwerpen

(56% in 2015), maar de trend zet zich voort dat zorgbestuurders meer tijd aan de zorginhoud besteden. Anno 2015 geven respondenten aan 44% van hun tijd aan zorginhoudelijke zaken te besteden, in 2010 was dit nog 40% en in 2005 37%.

Tabel 2: Top drie van belangrijkste veranderopgaven in de afgelopen vijf jaar, het heden en de komende vijf jaar, vergelijking tussen de jaren

	Verandering afgelopen vijf jaar	Heden	Toekomst
2000	Nieuwe topstructuur Nieuwbouw/ renovatie Kanteling	Nieuwbouw/ renovatie Nieuwe topstructuur Horizontale fusie	Nieuwbouw/ renovatie Horizontale fusie Uitbreiding zorgaanbod
2005	Kwaliteitssysteem Nieuwe topstructuur Nieuwbouw/ renovatie	Nieuwbouw/ renovatie Kwaliteitssysteem Samenwerking ICT-structuur	Nieuwbouw/ renovatie Commerciële diensten Uitbreiding zorgaanbod
2010	Kwaliteitssysteem Nieuwbouw/ renovatie Topstructuur	Nieuwbouw/ renovatie Samenwerking ICT-structuur	Nieuwbouw/ renovatie Samenwerking ICT-structuur
2015	Nieuwbouw/ renovatie Kwaliteitssysteem ICT-structuur	Samenwerking ICT-structuur Doorkanteling	Nieuwbouw/ renovatie ICT-structuur Samenwerking

Bron: Bijloos et al. 2017

De veranderopgaven die voor de toekomst belangrijk lijken, blijken niet gelijk te zijn aan de veranderopgaven die achteraf genoemd worden (zie tabel 2). Zo lijken met name de naar buiten gerichte opgaven, zoals samenwerking, verdrongen te worden door interne opgaven. In een snel veranderende en onzekere omgeving is het niet makkelijk om duurzame strategieën te ontwikkelen en uit te voeren. Het voorgaande laat zien dat het van essentieel belang is deze strategieën te ontwikkelen in de context van de eigen organisatie, samen met alle belanghebbenden. Dit zal steeds meer een permanent proces zijn, waarin experimenteren en daarover terugkoppelen toegepast worden in plaats van het consciëntieus uitvoeren van een strategische beleidsnota in een periode van vier jaar.

Anderzijds zal de ondernemer - vanwege de externe disciplinerende druk door banken, verzekeraars en andere opdrachtgevers - wel degelijk consciëntieus en permanent aan zijn veranderopgave moeten werken. Het behouden van de externe legitimiteit vraagt extra aandacht voor het interne proces om de veranderopgave succesvol af te ronden (Bijloos en Janssen 2017). Hier komt het fenomeen van de tweebenigheid om de hoek: de kunst om de lopende bedrijfsvoering op orde te hebben en tegelijkertijd het vermogen te anticiperen op veranderingen die aanstaande zijn. Dit sluit overigens goed aan bij de boodschap die Pauline Meurs in 1997 meegaf in haar oratie: vertellen, vertrouwen en verantwoorden. Dit proces zal zich steeds dieper in de organisatie afspelen. Decentralisatie van de beleidsvorming is ook binnen zorgorganisaties aan de orde. Voor de zorgverlener zelf zijn dit wezenlijke elementen van een hulpverleningsrelatie geworden (Biesma 2015).

Perspectief: leren, experimenteren en innoveren

Tot nu toe zijn we in ons betoog impliciet ervan uitgegaan dat een goed bestuurder in staat is om de maatschappelijke opdracht van een organisatie te voorzien van externe en interne legitimiteit door een goede interactie met alle belanghebbenden. Echter, soms zit er in zorgorganisaties veel erfenis opgesloten of is de veranderingopgave zo groot dat er belangenconflicten ontstaan die moeilijk te overbruggen zijn. Denk bijvoorbeeld aan de veranderingopgave in de GGZ om een derde van de klinische capaciteit af te bouwen in de periode tot 2020. Of de opgave in de ouderenzorg om te komen tot scheiden van wonen en zorg, respectievelijk het hoofd te bieden aan de toenemende zorgvraag en de krapte op de arbeidsmarkt. In sommige gevallen kunnen grote veranderingopgaven juist mogelijk gemaakt worden indien dit gepaard gaat met innovaties die voortkomen uit een proces van leren en experimenteren (Johnson et al. 2017).

Tegen deze achtergrond is een relevante vraag: kunnen we in de zorg iets leren van de wijze waarop innovaties tot stand komen in andere sectoren? Mouwen (2011) stelt dat juist in het veld van traditionele overheidsdiensten de organisaties erg opgesloten zijn in hun eigen domeinen en relatief weinig leren van andere sectoren. Dat is jammer. Ik wil hier graag kort stil staan bij de innovatieopgave die er voor de zorgsector in de volle breedte ligt. Technologische vernieuwing in het primaire proces van de zorg leidt er vaak toe dat het palet van behandelingen wordt uitgebreid en lang niet altijd leidt dit tot het niet meer toepassen van bestaande behandelingen (Severens 2011). Als niet-clinicus wil ik hier niet verder op ingaan en me meer focussen op mogelijke innovaties in de secundaire- en de besturingsprocessen. Een belangrijk deel van de kosten van de zorg heeft immers betrekking op de administratieve lasten, die ruim 20% van de kosten veroorzaken (Janssen et al. 2017). Dat is aanmerkelijk, zeker ook gezien de druk die er op dit deel van de publieke uitgaven ligt (Jeurissen 2016).

Na gebouwen vormen de ICT-systemen de grootste investeringsuitgave voor zorginstellingen. Deze systemen zijn nog steeds instellingsgeoriënteerd en gezien de reikwijdte en afhankelijkheden leiden zij vaak tot locked-in situaties, waardoor een vorm van padafhankelijkheid ontstaat (Johnson et al. 2017). Tegelijkertijd zien we in andere sectoren dat er op basis van flexibel schaalbare platformen geheel nieuwe bedrijfsmodellen ontstaan. Denk hierbij aan bedrijven als Airbnb, Uber, Bol.com, maar ook multisite organisaties als Buurtzorg, Thomashuizen, PsyQ en Indigo.

Men spreekt ook wel over zogenaamde exponentiële organisaties. Die naam ontleent zij aan hun vermogen om snel – exponentieel – te groeien (Ismail & Van Geest 2016). Zij worden vaak gezien als voorbeelden van het nieuwe ondernemen in de zogenaamde platform- en deeleconomie (Van Dijck e.a. 2016). Welke gemeenschappelijke kenmerken hebben deze organisaties? Kunnen we van deze organisaties in de zorg leren (zie figuur 10) en zo ja, wat dan wel?

Figuur 10: Kenmerken van exponentiële organisatie

- Schaalbaar
- Data driven
- Artificiële intelligentie
- Platform mobiliseert crowd
- Faciliteert peer to peer (C to C)
- Uitbesteden als uitgangspunt



Bron: Ismail & Van Geest 2016

Kenmerkend is, dat deze organisaties werken met focus, hun competentie op meerdere plaatsen herhalen of in een platform op internet onderbrengen, over informatiesystemen beschikken die ondersteunend werken in het primaire proces en veelal relevante informatie voor klanten genereren (TripAdvisor). Daarbij wordt vaak het principe van 'peer to peer' en het concept van prosumerisme toegepast. Deelnemers leveren gegevens ten behoeve van andere deelnemers. Gebruikers beoordelen aanbieders en omgekeerd. Ze zijn over het algemeen datagedreven en komen tot dienstverlening op basis van artificiële intelligentie en internettechnologie. Tevens hebben zij laten zien dat de capaciteiten in sommige sectoren substantieel en snel kunnen worden uitgebreid. Niet-kerntaken besteden ze uit en daarbij maken zij gebruik van de expertise van toeleveranciers. Juist daarom zijn zij ook vaak goed schaalbaar. Voorbeeld hiervan is Airbnb: 500.000 slaapplekken in 33.000 steden, beurswaarde 10 miljard dollar. Uber, realiseerde op 29 juni van dit jaar, 8 jaar na haar start, maar liefst 5 miljard ritten.

Natuurlijk ben ik me ervan bewust dat er maatschappelijk ook een tegenbeweging gaande is, vanwege onvoorziene en ongewenste effecten van deze organisaties (Van Dijk e.a. 2016). Vanwege hun soms disruptieve karakter stuiten deze organisaties ook op maatschappelijke weerstand. Maar toch kunnen de ingezette competenties en expertises mogelijk een bijdrage leveren aan de uitdaging van de zorg om processen beter te organiseren en minder belastend te laten zijn.

We hoeven deze organisaties niet na te doen in de zorg, maar vergelijking helpt wel om in te zien waar we in de zorg tegen structurele hindernissen aanlopen die belemmerend werken bij wenselijke innovaties. Bijvoorbeeld bij de ambitie om cliëntinformatie toegankelijk te maken en zorggebruik onafhankelijk van tijd en plaats te maken. Het proces om tot gemeenschappelijke standaarden te komen verloopt traag en moeizaam.

Er ontstaan overigens wel nieuwe platforms in de zorg, bijvoorbeeld in de vorm van patiëntgroepen (ParkinsonNet), zorgcoöperaties in dorpen, of zorg voor en door ouderen. Deze zouden het uitgangspunt kunnen vormen voor doorbraaktechnologieën, zoals de blockchain-technologie (Janssen et al. 2017), waarbij waarden en/of informatie uitgewisseld worden tussen leden van deze groepen zonder dat er een derde partij aan te pas komt. Deze ontwikkeling laat zien dat er in de samenleving een vitaliteit aanwezig is, waarbij er opnieuw kleinschalige verbanden ontstaan, gebaseerd op delen en onderlinge solidariteit. Overigens hebben deze wel een in- en daarmee ook een excluderend karakter. Dit kan gepaard gaan met nieuwe vormen van segregatie en pluriformiteit.

Bovenstaande ontwikkelingen wijzen op een zoektocht naar nieuwe organisatie- en governancevormen, die minder institutioneel zijn ingegeven en meer aansluiten bij een aantal ontwikkelingen in de samenleving. Je kunt vragen stellen bij investeringen die veelal de organisatie of het professionele domein als uitgangspunt kiezen, omdat daarbij de schalingsmogelijkheden beperkt zijn. Dit zou ook wel eens een belangrijke reden kunnen zijn waarom de verwachtingen rondom e-health toepassingen niet worden waargemaakt. Ook op dit gebied zijn er weliswaar veel initiatieven, maar veelal met beperkte schaal en kritische massa.

Actuele voorbeelden van zorgorganisaties die met elkaar horizontale samenwerking aangaan om meer schaal te organiseren zijn het A59 samenwerkingsverband en de E-Academy in de GGZ. Bij het eerste voorbeeld organiseert men schaal door gezamenlijk in te kopen, het tweede initiatief richt zich op scholing van medewerkers. Bij de ziekenhuizen kennen we het unieke voorbeeld van opschaling van het Prinses Máxima Centrum voor kinderkanker. Daarnaast kennen we netwerken zoals het Santeon samenwerkingsverband en het recentelijk gestarte mProve. Beide zijn gericht op het gezamenlijk realiseren van kwaliteitsverbetering en innovaties.

Een ander voorbeeld van het vergroten van schaal in combinatie met het aanbrengen van focus is de totstandkoming van Fivoor, een organisatie die zich richt op forensische zorg en die voortkomt uit onderdelen van Parnassia, Altrecht en de Kijvelanden. Deze bundeling (omzet 140 mln. euro) was ingegeven om in het versnipperde veld van forensische zorg het specialisme verder te ontwikkelen en mogelijkheden te creëren om in samenwerking met anderen in de gehele Randstad adequate revalidatieketens te organiseren. De direct betrokkenen weten hoe moeizaam dit proces verlopen is. Een langetermijnvisie en een volhardend en intensief bestuurlijk proces konden uiteindelijk alle stakeholders overtuigen van deze strategische lijn. Overigens gaat het in het proces dat bekend staat als 'concentratie en spreiding' in de medisch specialistische zorg om een vergelijkbare beweging, waarbij de belangen van het hier en nu overwonnen moeten worden op basis van een visie op de toekomstige inrichting van de zorg.

Ik heb het tot nu toe vooral gehad over de omgeving en de externe organisatie van zorginstellingen, echter ook in de interne organisatie en de besturing daarvan zijn belangrijke verschuivingen gaande. Ik doel hierbij met name op het reduceren van managementlagen en het verschuiven van verantwoordelijkheden en rollen naar de uitvoerende teams en afdelingen. Het succes van Buurtzorg heeft vele zorgorganisaties geïnspireerd om meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan teams te

geven (Van den Oord et al. 2016). Het realiseren van de condities daarvoor zijn echter forse veranderingen voor organisaties en hun besturen. Het vraagt namelijk een cultuur waarbij samenwerken, beslissingen nemen en leren wezenlijke elementen van een teamproces zijn. Feitelijk komen hier allerlei elementen terug die we eerder op het niveau van het bestuur van de organisatie hebben gesignaleerd. Ook op het uitvoerend niveau is er draagvlak, legitimiteit en beslissruimte nodig om tot een zelforganiserend uitvoerend proces te komen, waarbij er permanent aan verbetering wordt gewerkt (Van Gool et al. 2016). Daarmee vertoont ook het uitvoerend proces kenmerken van tweebeinigheid. Tevens kan deze route leiden tot reductie van de complexiteit en coördinatie-inspanningen op het niveau van de organisatie als geheel. Dit is ook goed terug te zien in het vijfjaarlijkse onderzoek onder NVZD leden (Bijloos et al. 2017). Daarin wordt geconstateerd dat 'professionals meer formele en informele managementtaken krijgen toebedeeld. En dat de zorg meer decentraal georganiseerd wordt, rondom cliëntgroepen. Organisaties worden platter en van professionals en managers wordt meer zelfstandigheid verwacht in de uitoefening en aansturing van hun werk.'

Fundamenteel innoveren van je eigen processen is niet voor veel organisaties weggelegd. Het werken aan permanente verbetering is echter wel mogelijk en wenselijk. Dat wordt trouwens veelal ook contractueel afgedwongen door opdrachtgevers en het is wat zorggebruikers verwachten bij klachten of het geven van feedback. Dit sluit aan bij de bevindingen van Maarten Janssen in zijn proefschrift over de aard van innovatie in de zorg en de wijze waarop dit vormgegeven wordt (Janssen, M. 2016). Peter Bower van het Manchester Academic Health Science Centre (2016) stelde bij een lezing in Amsterdam dat het de grootste uitdaging voor de zorg is om inzichten rondom evidentie voor beter uitvoerende praktijken om te zetten in gedrag. Met andere woorden: bestaande routines te doorbreken. Zo'n 70% van alle kosten in de zorg heeft betrekking op inzet van personeel, dus is gerelateerd aan menselijk gedrag. Om die reden stelt hij leergedrag op teamniveau centraal. Bower citeert hierbij het Institute of Medicine (2015), dat spreekt van een lerend zorgsysteem als: 'Science, informatics, incentives and culture are aligned for continuous improvement and innovation, with best practices seamlessly embedded in the delivery process and new knowledge captured as an integral by-product of the delivery experience'. Uit onderzoek (Argyris & Schön 1996) is bekend dat effectief leergedrag een belangrijke bijdrage levert aan flexibiliteit en adaptief vermogen van de organisatie. Roland Bal (2008) stelt in zijn oratie dat de kwaliteit van de dienstverlening gebaat is bij organisaties die leren op alle niveaus bevorderen. Carina Hilders (2015) spreekt in haar oratie over het creëren van een lerende omgeving, waarbij feedback wordt gerespecteerd in een horizontaal georiënteerde structuur.

We zijn in een tijdperk aanbeland waarin steeds meer data routinematig beschikbaar zijn over de zorgvrager (quantified self), de geleverde zorg, klinische effecten en wat deze gekost heeft. Dat betekent dat op het uitvoerende niveau steeds vaker de condities aanwezig zijn om op het persoonlijke niveau van de zorggebruiker tot gepaste, gepersonaliseerde (individual profiling) en steeds betere zorg te komen. Daarmee kan de betekenis van strikt wetenschappelijk onderzoek, uitgevoerd in academische centra, aan betekenis inboeten. Immers, voordat een RCT is opgezet en uitgevoerd, de resultaten gepubliceerd zijn en vervolgens doordringen tot praktijken en daar tot aanpassing van bestaande praktijken leidt, zijn we zomaar 5-10 jaar verder. Dit sluit aan bij wat de RVS (2017) stelt in haar rapport 'Zonder context geen bewijs'. Het lerend vermogen van zorgprofessionals en van zorgorganisaties wordt bevorderd door aandacht te besteden aan de werkomgeving. Aan de voorkant van zorgtrajecten, met name tijdens de fase van diagnose en besluitvorming, dienen zorgorganisaties meer tijd te reserveren voor leerprocessen. Deze investering kan zich terugverdienen doordat minder diagnostiek en behandeling plaatsvindt, aldus de RVS.

Beschikbaarheid van data, analyse-instrumenten en een cultuur van leren, verbeteren en aanpassen, kunnen een veel grotere bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg dan we nu in de praktijk veelal waarmaken. Academische werkplaatsen en rollen als science practioners, blijken hierbij nuttige verbindingen te zijn tussen academie en praktijk (Bal 2017; Bongers 2011; Robben 2010; Garretsen 2016). Wiepke Cahn (2017) stelde recentelijk nog dat de translatie van wetenschappelijke kennis in de richting van behandeling, een versnelling behoeft.

Voorgaande laat zien dat de disruptie waarmee ik deze rede begon, in veel gevallen voorkomen kan worden door tijdig een proces van leren, verbeteren en aanpassen te starten en dit tot onderdeel van de organisatiecultuur te maken. Ik ben de mening toegedaan dat een groot deel van de veranderopgave in de Nederlandse (ouderen) zorg in deze sfeer ligt. We hebben het hier dus eigenlijk over het vermogen om adaptief en flexibel te zijn op basis van inzichten opgedaan in de uitvoering en die ook juist daar tot aanpassing kunnen leiden. Dit sluit aan bij het concept van experimentele sturing (Sabel en Zeitlin 2012; Oldenhof en Bal 2016), waarbij doelen en regels niet vast staan, maar aangepast kunnen worden om ze beter te laten aansluiten bij lokale contexten. Sabel en Zeitlin menen dat een dergelijke benadering beter past in een situatie met toenemende strategische onzekerheden en in situaties waarbij de macht verdeeld is over veel belanghebbenden. Op die manier wordt het adaptief vermogen ontwikkeld en bevorderd. Daarbij past een vorm van verantwoording die helpt om juist ook van elkaars variatie te leren.

Het zou bovendien helpen wanneer we vormen vinden om dit type gedrag en verbeteringen te belonen in de vorm van 'shared savings'. Maureen Rutten-van Molken (2012) pleitte hiervoor reeds in haar oratie op deze plaats. Zij stelde voor om met aanbieders in de zorgketen gezamenlijk de prestaties te verrekenen en eveneens gezamenlijk te belonen voor behaalde doelen, precies zoals dat nu gebeurt bij een aantal proeftuinen. Aanzetten hiertoe vinden we in meerjarencontracten zoals die zijn gemaakt rondom het ziekenhuis Bernhoven (NRC 2017) en de GGZ-organisatie Vincent van Gogh (Zorgvisie 2017). Maar ook in de zogenaamde proeftuinen, zoals

'Verbonden in de zorg' in West Brabant of het 'STAND-BY' initiatief in Heerlen. Zorgaanbieders, gemeenten en verzekeraars verdelen onder elkaar de financiële baten van de samenwerking op basis van algemene triple aim principes (een project moet voldoen aan kwaliteitsverbetering, gezondheidswinst en doelmatigheid). Bij beide initiatieven is er sprake van 'experimentele sturing' omdat bestaande regels niet langer bepalend zijn en omdat zorgvragers meer invloed krijgen op de te behalen doelen (Bovenkamp et al. 2017).

Samenvattend wil ik stellen dat in deze tijden van grote onzekerheden, dynamiek en complexiteit voor een adequate sturing van zorgorganisaties van groot belang is om een cultuur van leren, experimenteren en innoveren te bevorderen. Daarbij is een besef van verwachtingen van externe belanghebbenden in alle lagen van de organisatie cruciaal. Delen of bundelen is het sleutelwoord. De huidige technologische innovaties vragen enerzijds om schaalvergroting, om samenwerking, en anderzijds maken zij schaalverkleining mogelijk door verplaatsing naar de thuissituatie van de zorggebruiker.

Spreken we bij besturing over het bundelen van belangen, bij innovatie spreken we over de creatie van netwerken en platforms. In het verlengde van gezamenlijk en experimenteel besturen moeten we ook vormen van gezamenlijk innoveren ter hand nemen. We spreken dan van 'open innovatie' (Chesbrough 2003). Met andere woorden: 'tweebenig besturen' hoeft zich niet te beperken tot de eigen organisatie. Juist innovaties vragen vaak opschaling en een open karakter. Tot slot en niet op de laatste plaats ligt hier ook een normatieve opdracht om de gebruikers van de zorg, gegeven de beschikbare middelen, maximale waarde te geven in termen van gezondheidswinst, respectievelijk kwaliteit van leven.

Onderzoek

Deze leerstoel is in 1988 door de NVZD ingesteld met als leeropdracht ziekenhuismanagement. In 1997 is de leeropdracht uitgebreid tot sturing en management van instellingen in de gezondheidszorg. Met deze uitbreiding is recht gedaan aan het feit dat de achterban van de NVZD de hele gezondheidszorg beslaat en niet alleen de ziekenhuizen. De opeenvolgende leerstoelhouders hebben de afgelopen jaren kennis en inzicht verzameld in wat het besturen van zorginstellingen is en welke veranderingen daarin zijn opgetreden. Ik heb eerder verwezen naar het werk van voorgaande leerstoelhouders Pauline Meurs en Kim Putters. De laatste jaren heeft het onderzoeksprogramma zich gericht op de vraag naar de onderliggende waarden die bepalend zijn voor goed bestuur.

Ik heb in deze oratie laten zien dat er sprake is van concurrentie tussen de waardensystemen en dat hun onderlinge verhouding snel kan verschuiven en zomaar existentiële betekenis voor een organisatie kan krijgen. Vaak wordt 'goed bestuur' als uitgangspunt gehanteerd, zonder dat duidelijk is wat het goede is of zou moeten zijn. In de hiervoor beschreven context van verandering en vernieuwing dringt deze vraag zich des te meer op.

De komende jaren zal ik als leerstoelhouder voortbouwen op de vraag naar onderliggende waarden voor goed bestuur. Daarbij blijft de aandacht uitgaan naar twee aspecten van professionalisering: leer/innovatievermogen en legitimiteit. Dit verwijst naar tweebenig besturen, de kunst van het vernieuwen, van leren en tegelijkertijd het huis op orde te hebben.

In deze bijdrage heb ik laten zien dat het krachtenveld complex, dynamisch, veel-eisend en onzeker is geworden. Er zijn dus geen 'one size fits all' oplossingen. Het is goed om te beseffen dat oplossingen substantieel kunnen variëren afhankelijk van historie, context, marktverhoudingen, inhoudelijke competenties en middelen waarover de afzonderlijke organisatie beschikt. Van belang is dat iedere organisatie tijdig de dynamiek onderkent en vertaalt naar haar eigen strategie, tactiek en uitvoering en op grond daarvan een proces van verandering initieert. Dit proces zal steeds minder plaatsvinden in een klassieke cyclus van strategische beleidsvorming, die normaliter een looptijd heeft van vier jaar. Eerder zal er sprake zijn van een permanent aanpassingsproces, dat overigens wel zo goed mogelijk gefundeerd moet zijn.

In deze context passen de lopende onderzoeksprojecten van promovendi Sascha Kwakernaak, Kasper van Mens en Frank van Gool. Deze laatste begeleid ik samen met Inge Bongers en Joyce Bierbooms en het betreft de ontwikkeling van een zogenaamde flexmonitor. Dit instrument is bedoeld om het aanpassingsvermogen van teams te bevorderen. Al deze onderzoeksprojecten hebben betrekking op 'evidence based management'. Tegen deze achtergrond hoop ik de samenwerking met de Tilburgse leerstoelhouder op dit terrein, Inge Bongers, te continueren. Deze onderzoeksprojecten passen bij het uitgangspunt van experimenteren, uitproberen en leren (Sabel en Zeitlin 2012; Oldenhof en Bal 2016, Janssen, M. 2016) en sluiten aan bij het creatieve, exploratieve deel van tweebenig besturen.

De tweede pijler van de leeropdracht is de externe legitimiteit. Wat is er nodig om een vorm van institutioneel vertrouwen in het zorgbestuur te versterken? In haar promotieonderzoek spreekt Sophie Bijloos (2017) van een 'license to operate'. Dat wil zeggen dat de organisatie voldoet aan de eisen en verwachtingen van alle stakeholders (Moffat 2015). Zij stelt dat legitimiteit een samenspel is van een drietal dimensies, namelijk het vertrouwen in de persoon die beslissingen neemt, de manier waarop beslissingen genomen worden en de uitkomst van het proces (naar analogie van Schmidt (2010), Millenaar (2013) en Derks (2015)). Deze dimensies van legitimiteit krijgen met de nieuwe Governancecode Zorg (2017) een impuls, die zich laat vertalen in nieuwe vormen van bestuur en toezicht. We kunnen deze ontwikkeling duiden als 'sturen met betrokkenen in betrokkenheid'. De achterban van de NVZD en de zorgorganisaties waaraan zij leiding geven, vormen daarbij een passende onderzoekspopulatie.

Centrale vraag hierbij is, welke eigenschappen succesvolle en falende organisaties hebben, respectievelijk ontberen. Daarbij zullen we ingaan op de invloed van banken en verzekeraars op Nederlandse zorginstellingen als gevolg van toenemende internationale regelgeving op het terrein van de financiële risicobeheersing (Basel III en Solvency II). Meer specifiek zal dit onderzoek zich richten op de impact van het voorgaande op sturing, bedrijfsvoering en geleverde zorg. De eerste resultaten daarvan zijn terug te vinden in de master thesis van Tessa van Dijk (2017). Deze invalshoek sluit goed op aan het onderzoek dat ik de afgelopen jaren samen met Martin den Hartog en Bart Jeroen Haselbekke heb verricht met betrekking tot overlevingskansen van ziekenhuizen. Ik kijk ernaar uit deze samenwerking de komende jaren te continueren.

De inbedding van de leerstoel in de sectie Health Care Governance onder leiding van Roland Bal garandeert dat er een verbinding is met de onderzoeksthema's die binnen de sectie aan de orde zijn, zoals de introductie van prestatie-indicatoren, de betekenis van vraagsturing, de ethische gevolgen van marktwerking, de verbinding tussen onderzoek, beleid en praktijk en de effectiviteit van kwaliteitsprojecten en -instrumenten.

De samenwerking met het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur onder leiding van Wilma van der Scheer, zowel op het terrein van onderzoek als op postacademische opleidingsprogramma's, vormt een goed uitgangspunt om ontwikkelde kennis en expertise snel toegankelijk te maken voor leidinggevendenden in het veld.

In de praktijk van de besturing van zorgorganisaties zien we dat leervermogen en externe legitimering op gespannen voet met elkaar kunnen staan op het moment dat de externe druk zo groot is dat de gewenste verandering snel ingevoerd moet worden. In een dergelijke situatie komt het erop aan dat de organisatie over dezelfde eigenschappen beschikt als de tweebenige voetballer: presteren op een hoger niveau dan de omgeving van je verwacht en je spelplezier laten overslaan op de omstanders, de direct belanghebbenden, zoals zorggebruikers, familie en opdrachtgevers.

De uitdaging voor mij voor de komende jaren als leerstoelhouder zal zijn om een bijdrage te leveren aan de tweebenigheid van de zorgbestuurder en daarmee aan de kwaliteit van (de besturing van) de zorg in Nederland.

Dankwoord

**Mijnheer de Rector,
Bestuur en directie van de NVZD,
Dames en heren,**

Graag bedank ik het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam, het bestuur van Erasmus School of Health Policy & Management en het bestuur en de directie van de NVZD, Vereniging van bestuurders in de zorg, voor het instellen van deze bijzondere leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Voor mij is het een grote eer de opvolger te mogen zijn van Winfried de Gooijer, de eerste leerstoelhouder, Pauline Meurs en Kim Putters. Pauline, dank voor jouw rol als onovertroffen spin in het web en Kim, dank voor jouw deskundig en betrokken commentaar dat je gaf bij een eerste versie van deze lezing.

Ik ben mijn loopbaan in 1978 begonnen in het onderwijs en heb vanaf 1982 aan de Universiteit van Maastricht aan de faculteit der Gezondheidswetenschappen mogen meewerken aan het vormgeven van beleid en beheer van de gezondheidszorg. Daar leerde ik Frans Rutten, mijn latere promotor, en Eddy van Doorslaer kennen. Rond 1990 vertrok Frans Rutten naar deze universiteit, daarbij een groot aantal medewerkers in zijn kielzog meenemend, zoals Eddy van Doorslaer, Maureen Rutten van Molken en Robbert Huisman en later Hans Severens. Het voelt hier aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met deze oud-collega's dan ook zeer vertrouwd om deze leerstoel te aanvaarden. Daar dank ik jullie hartelijk voor en jou, Eddy van Doorslaer en je partner Gerd, meer speciaal, voor de permanente vriendschap die er door al deze jaren is blijven bestaan.

Vertrouwdheid voel ik ook omdat hier vandaag veel oud-studenten aanwezig zijn, niet alleen van de Universiteit van Maastricht, maar ook van de Universiteit van Tilburg waar ik sinds 1996 een leerstoel bezet op het terrein van Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg. Werken met en begeleiden van studenten is voor mij een dankbare en inspirerende taak. Fijn dat jullie dit vandaag met mij delen. Veel dank daarvoor.

Fijn ook dat hier vandaag de collega's van het Tilburgse Tranzo zijn. Mooi dat Dike van de Meen als Rotterdamse hoogleraar Henk Garretsen opgevolgd is. Als toezicht-houder van het Instituut voor Verslavingsonderzoek was ik jouw 'baas' en nu ben jij mijn baas als directeur van Tranzo. Het kan verkeren.

Mijn academische rollen heb ik jarenlang mogen combineren met bestuurlijke taken in het zorgveld en ik waardeer de aanwezigheid hier vandaag van oud-collega's van Kentalis, Mondriaan en Altrecht. Alle drie professionele organisaties met zeer veel expertise en betekenis voor al die mensen die van jullie zorg gebruik maken. Het maakt mij ook trots om hier zoveel oud-collega's uit het veld van de uitvoerende zorg te zien. Ik hoop dat ik jullie vandaag niet teleurgesteld heb. Er ligt een uitdagende opdracht in jullie schoot om het elke dag weer zoveel partijen naar de zin te maken, maar vooral om zorggebruikers met hun familie de zorg te bieden die passend is.

Deze dag, het symposium in combinatie met mijn oratie, was niet mogelijk geweest zonder de inzet en betrokkenheid van Mariët Remie, Ljuba van Spaandonk, Wouter Kleijheeg en Patricia Kemp en hun team. Dank voor jullie werk en steun bij de voorbereiding van deze geweldige dag.

Deze oratie is wezenlijk gevoed door het werk van de promovendi die ik momenteel begeleid of waarmee ik samenwerk. Om die reden dank ik Tessa van Dijk, Sascha Kwakernaak, Kasper van Mens, Frank van Gool en Lennart Stoker. Aan dit rijtje voeg ik graag Sophie Bijloos toe, die vanuit de NVZD en begeleid door Wouter ten Have en Kim Putters, onderzoek doet naar het legitimiteitsvraagstuk. Ik spreek mijn waardering uit voor jullie doorzettingsvermogen en het meedenken tot en met de titel van deze oratie.

Netwerken zijn in deze tijd essentieel om onderzoek te doen. Daarin past het proactieve netwerk van onderzoekers in de regio Utrecht op het terrein van de GGZ dat maandelijks bij elkaar komt bij het Trimbosinstituut. Zonder iedereen te noemen, maar wel Silvia Evers, Bea Tiemens, Joran Lokkerbol, Flip Smit, Wilma Swildens, Annemarie van Elburg, Wiepke Cahn, en anderen. Jullie zijn een waar voorbeeld van open innovatie. Ik dank jullie voor onze inspirerende bijeenkomsten elke maand weer.

Na het leven van de bestuurder komt vaak het leven van de toezichthouder. De combinatie van deze rollen helpt mij nog beter in te schatten wat een bestuurder in diverse situaties nodig heeft. De ervaring van toezichthoudende rollen bij ZonMw, Wij3.0, het IVO, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven, RIBW Zaanstreek en het Friese Synaeda zijn verrijkend en relevant. Daarbij leer ik veel van mijn collega-toezichthouders en het borgt mijn directe betrokkenheid bij sturing in de zorg. Hiervoor veel dank en waardering aan alle collega-toezichthouders hier aanwezig vandaag.

Terug naar Rotterdam. Beste Roland, ook onze paden kruisten zich al eens aan de Universiteit van Maastricht. Ik waardeer zeer de wijze waarop je me hier ontvangen hebt en de manier waarop je me het afgelopen jaar, op elk moment van de dag en de week, meestal per mail, feedback gegeven hebt. Als econoom begin ik langzaam te begrijpen welke verrijkende inzichten de etnografische en sociologische benaderingen zoal bieden. Uitdrukkelijk dank daarvoor. Deze waardering spreek ik ook uit naar Antoinette de Bont en alle collega's van de sectie Health Care Governance, die een warm collegiaal nest vormen.

Werner Brouwer, binnenkort komt je rol als decaan ten einde, maar de humor en het aanstekelijk enthousiasme waarmee jij deze rol de afgelopen jaren uitgevoerd hebt, waardeer ik zeer en is onovertroffen. Met je functies in het zorgveld, zoals het voorzitterschap van TOPGGz bouw je bruggen tussen de academie en het zorgveld.

Het is mooi om op je 63^{ste} een nieuwe baan te mogen aanvaarden, maar nog mooier is het dat ik dit vandaag kan delen met mijn zus, broers en hun partners. Ik vermoed dat jullie je rol in dit verband onderschatten. Zólang met elkaar discussiëren over zoveel maatschappelijke en politieke vraagstukken is een waar genoegen, hoewel ik de indruk heb dat de schoonfamilieleden hier wel eens anders over dachten als het zo laat werd en de stellingnames zich verscherpten. Niettemin

weet ik zeker dat onze ouders met heel veel liefde en trots terug zouden kijken op hun gezin. We houden hen in gedachten.

Jules en Noortje, mijn kinderen met Marleen, jullie zijn mijn twee benen. Jules, toen ik op 30 mei 1997 mijn eerste oratie hield, schreeuwde jij 20 seconden na het begin spontaan "papa" door de Tilburgse aula. Dat heb je vandaag niet gedaan. Ik begrijp dat. Vandaag hebben we genoten van jouw creativiteit, verstopt in de visuele effecten. Jouw nabijheid Noortje, daar doe ik het voor, ook al heb je vast iets aan te merken op mijn taalgebruik. Ik hou van jullie. Marjolein, jij bent afgelopen jaar getuige geweest van dit scheppingsproces. Liefdevolle afleiding en kritische reflectie vielen mij ten deel, zoals 'is dit niet een open deur'. Soms is wetenschap niet meer dan dat. Ik hoop nog heel lang van jouw nabijheid en liefde te mogen genieten.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Algemene rekenkamer (2016) Zorgakkoorden, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Rapport aangeboden aan de tweede kamer 6 dec. 2016, Den Haag.
- Argyris, C., en D. Schön (1996) *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Boston: Addison-Wesley.
- Bakker, C. (2009) *Geld voor de GGZ (dissertatie)*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bal, R. (2008) *De nieuwe zichtbaarheid, Sturing in tijden van marktwerking. Oratie*, Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Bal, R. (2017) Evidence-based policy as reflexive practice. What can we learn from evidence-based medicine? *Journal of Health Services Research & Policy*, 22 (2),113-119. doi: 10.1177/1355819616670680.
- Biesma, D. (2015) *De medisch specialist is (g)een alleskunder*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghem.
- Bijloos, S. en R. Janssen (2017) Geen toekomst zonder draagvlak. *M&C*, 1, 83-87.
- Bijloos, S., W. van der Scheer en L. van Veen-Berkx (2017) *Bestuurders in beeld, 15 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Blank J. en E. Eggink (2014) The impact of policy on hospital productivity: a time series analysis of Dutch hospitals. *Health Care Management Science*, vol. 17(2): 139-49.
- Bongers, I.M.B. (2011) *Dromen, denken, durven, doen en vernieuwen, Management van innovatie binnen de GGZ. Oratie*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Boonen, L. (2009) *Consumer Channeling in Health Care: (im)possible (dissertatie)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bovenkamp, H. van de, A. Stoopendaal, L. Oldenhof en R. Bal (2017) *Literatuurstudie Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte. Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en Trots. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Brouwer, W. (2012) Het complexe dossier gepaste zorg. *ESB*, 97 (4644S), 6-14.
- Cahn, W. (2017) *Focus op lijf en leden (oratie)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- CBS (2017) <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37852&D1=111&D2=50-116&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- Chesbrough, H. (2003) *Open innovation; the new imperative for creating and profiting from technology*, Boston: Harvard Business Press.
- Commissie Dekker (Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg) (1987) *Bereidheid tot verandering*, Den Haag.

- Cutler, D.M. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of economic literature*, vol. 40(3): 881 – 906.
- Dijk, J. van, Th. Poell en M. de Waal (2016) *De platformsamenleving: Strijd om publieke waarden in een online wereld*, KNAW Rapport, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dijk, T. van (2017) *Basel & Solvency, a final push for healthcare towards normalisation*, Master thesis. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Duncan, R.B. (1976) The ambidextrous organization: Designing dualstructures for innovation. R. H. Kilmann, L. R. Pondy, D. Slevin, eds. *The Management of Organization Design*. New York: North-Holland, 167–188.
- Elchardus, M. (2015) *Voorbij het narratief van de vooruitgang*. Tiel: Lannoo Campus.
- Financieel Dagblad (FD) (2017) Is ons financiële systeem veiliger geworden? We weten het niet. Aangehaald op 09-08-2017 en te vinden op <https://fd.nl/economie-politiek/1211248/is-ons-financiele-systeem-veiliger-geworden-we-weten-het-niet>
- FMT (2017) Europese Investeringsbank steunt modernisering ETZ. Blog terug te vinden op: <https://www.fmtgezondheidszorg.nl/europese-investeringsbank-steunt-modernisering-etz/>
- Garretsen, H. (2016) *Afscheidsrede Tranzo*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Gooijer, W. de (1988). *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en sturingsprobleem*. Historie en perspectief. Assen/Maastricht: van Gorcum.
- Gool, F., N. Theunissen, J. Bierbooms en I. Bongers (2016) Literature study from a social ecological perspective on how to create flexibility in healthcare. *International Journal of Healthcare Management*. doi: 10.1080/20479700.2016.1230581.
- Governancecode Zorg (2017) Document te vinden op: www.governancecodezorg.nl
- Grinten, T. van der (2006) *Zorg om beleid; over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidscollege. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Grinten, T. van der en J. Kasdorp (1999) *25 jaar sturing in de gezondheidszorg. Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2017) Leaseconstructie maakt zorg onnodig duur, blog in *Zorgvisie* www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2017/4/Leaseconstructie-maakt-zorg-onnodig-duur
- Halbersma R.S., M.C. Mikkers, E. Motchenkova et al. (2011) Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, vol. 12, 589–603.
- Hartog, M. den, R.T.J.M. Janssen en J.C.N. Kenis (1998) De dynamiek van de ziekenhuismarkt in kaart gebracht. *ZMM*, vol. 14: 12-16.
- Hartog, M. den en R. Janssen (2014) *Ontwikkeling van de marktstructuur van*

- Nederlandse ziekenhuizen 1978 tot 2013. Zowel directe overheidssturing als gereguleerde concurrentie stimuleert concentratie. TSG, 92 (8), 334-341.
- Hartog, M. den, R. Janssen en B.J. Haselbekke (2017) Overlevingskansen van Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen 37 jaar, fusie als strategie om te overleven? (forthcoming).
- Hartog, M. den, R. Janssen, B.J. Haselbekke, R. Croes en M. Klik (2013) Factors associated with hospital closure and merger: A survival analysis of Dutch hospitals from 1978 to 2010. *Health Services Management Research*, 26(1):1-8.
- Helderman, J., F. Schut, T. van der Grinten en W. van de Ven (2005) Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2), 189-210.
- Helderman, J. (2016) De Effecten van Stelsels. Een drieluik over stelselhervormingen en transitie in de Nederlandse gezondheidszorg. Institute for Management Research, Nijmegen: Radboud University.
- Hilders, C. (2016) Tijd voor medisch leiderschap (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Institute of Medicine (2015) The Learning Health System Series. Beschikbaar op: <http://www.nap.edu/catalog/13301/the-learning-health-system-series>.
- Intrakoop, Jaarverslag analyse sectorrapport 2016 GGZ (2017) Te vinden op: www.intrakoop.nl/Organisatie/Nieuws/Documents/Intrakoop%20Jaarverslagenanalyse%202016%20GGZ.pdf
- Ismail, S. en Y. van Geest (2016) Exponentiële organisaties. Amsterdam: Business Contact.
- Jansen, J., M. Tempelaar, F. van den Bosch en H. Volberda (2009) Structural Differentiation and Ambidexterity, *Organization Science* 20(4), pp. 797–811.
- Janssen, M. (2016) Situated Novelty: a study on healthcare innovation and its governance (dissertatie). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Janssen, R. en J. van Busschbach (2012) Op weg naar gepaste Geestelijke gezondheidszorg. *ESB*, 97 (4644S), 81-87.
- Janssen, R. en R. de Jong (2014) Portfolioanalyse, een toepassing in de GGZ. *Magazine voor ggz en verslavingszorg*, 69(1), 33-40.
- Janssen, R., P. Stam, J. Visser, D. de Vries en J. Wijnker (2017) Blockchain technologie in de gezondheidszorg. *ESB*, 102 (4752), 394-397.
- Jeurissen, P.P.T., B.A Ravesteijn, R.T.J.M Janssen en M.A.C Tanke (2016) Op weg naar een duurzame geestelijke gezondheidszorg? Een beleidsperspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58:683-687.
- Johnson, G., R. Whittington, K. Scholes, D. Angwin en P. Regner (2017) *Exploring Strategy*. Harlow UK: Pearson Education Limited.

- Mens, K., J. Lokkerbol, R. Janssen, M. van Orden, M. Kloos en B. Tiemens (2017) A cost-effectiveness analysis to evaluate a system change in mental healthcare in the Netherlands for patients with depression or anxiety, forthcoming in Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.
- Merton, R.K. (1936) The unanticipated consequences of purposive social action. American sociological review, (6), 894-904.
- Meurs, P.L. (1997) Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Mikkers, M. (2016) The Dutch Healthcare system in international perspective (oratie) Tilburg: Tilburg University.
- Millenaar, L., E. Graamans, W. ten Have (2015) Rechtvaardigheid als bepalende factor bij organisatieverandering, DePsycholoog, (3), 10-18.
- Moffat, K., J. Lacey, A. Zhang en S. Leipold (2015) The social license to operate: a critical review, in: Forestry: An international Journal of Forest Research, November 22, 2015, 1-12.
- Mom, T., F. van den Bosch en H. Volberda (2009) Understanding Variation in Managers' Ambidexterity, Organization Science 20(4), pp. 812-828.
- Moore, M. (1995) Creating Public Value: Strategic Management in Government. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Mouwen, C.A.M. (2011) Handboek strategisch management voor de non-profit organisatie. Assen: van Gorcum.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2014) Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014, Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2016) Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016, Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2016a) Marktscan ggz 2016. Rapport te vinden op https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2016.pdf
- Niemeyer, J. (2016) Basel III – what and why? Sveriges Riksbank Economic Review, 1 pp 61-93. http://www.riksbank.se/Documents/Rapporter/POV/2016/2016_1/rap_pov_artikel_3_160317_eng.pdf
- NRC (2017) Beloond voor minder zorg. Vrijdag 23 september in economie katern, pp 10-11.
- NVZ (2017) Bekostiging ziekenhuiszorg. Overzicht te vinden op <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>.
- Oldenhof, L. en R. Bal (2016) Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteemen met experimentele governance. In Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 89-126. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

- Oord, A. van den, A. van Witteloostuijn, A. van den Born en P. van Klink (2016) *Game Changers, Hoe Nederlandse bedrijven het spel veranderen*. Den Haag: Koninklijke van Gorcum.
- Peteraf, M. en Shanley, M. (1997) Getting to know you: a theory of strategic group identity. *Strategic Management Journal*, (18), 165-186. doi: 10.1002/(SICI)1097-0266(199707)18:1+<165::AID-SMJ914>3.3.CO;2-R.
- Postma, J. (2015) *Scaling Care* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Power, Michael (2007) *Organized uncertainty. Designing a world of risk management*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, M. et al. (2009) Reputational Risk: as a logic of organizing in late modernity. *Organization Studies*, 30(02&03),301-324.
- Putters, K. (2009) *Besturen met duivelselastiek* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017) *Zonder context geen bewijs, over de illusie van evidence-based practice in de zorg*, Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2016) *Verlangen naar samenhang, over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*, Den Haag.
- Robben, P. (2010) *Toezicht in een glazen huis* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rutten-van Molken, M. (2012) *Goud op de 100 meter HTA* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ruwaard, S., Loozen E., Struijs J. en J. Polder (2014) Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPEdigitaal*, 8(2), 98-117.
- Sabel, C.F. en J. Zeitlin (2012) 'Experimentalist governance'. In *The Oxford Handbook of Governance*, edited by David Levi-Faur, 169-183. Oxford: Oxford University Press.
- Scheer, W. van der (2013) *Onder zorgbestuurders* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, E. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, F.T., W. Greenberg en W.P.M.M. van de Ven (1990) *Antitrust policy in Dutch health care: relevance of EEC competition policy and US antitrust practice*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- SCP (2016) *De toekomst tegemoet, Sociaal en Cultureel Rapport 2016*, Den Haag.
- Severens, J.L. (2011) *Evaluatie zonder grenzen* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sheferd, W.G. (1997) *The economics of industrial organisation, analysis, markets, policies*. New Jersey: Prentice Hall.

- Smith, P., A. Anell, R. Busse, L. Crivelli, J. Healy, A. Lindahl, G. Westert en K. Tobechukwu (2012) Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy* 106, pp 37– 49.
- Tiemens, B. (2017) Evidence based practice in mental health care (oratie). Nijmegen: Radbouduniversiteit.
- Tuohy, C.H. (2003) Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of health politics, policy and law*, 28 (2-3) pp 195-216.
- Varkevisser, M. (2009) Patient choice, competition, and antitrust enforcement in Dutch hospital markets. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Veerbeek, M., A. Knispel en J. Nuijen (2014) GGZ In Getallen, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Westra, D. et al. (2016) Understanding competition between healthcare providers: Introducing an intermediary inter-organizational perspective. *Health Policy* <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.018>.
- Westra, D., G. Wilbers en F. Angeli (2016) Stuck in the middle?: A perspective on ongoing pro-competitive reforms in Dutch mental health care. *Health Policy*, 120 (4), pp. 345-349.
- Zorgvisie (2017) Vincent van Gogh krimpt met dertig procent. Artikel te vinden op: <https://www.zorgvisie.nl/vincent-van-gogh-krimpt-met-dertig-procent/>

I would like to thank Roland Bal, Kim Putters, Pauline Meurs, Antoinette de Bont, Henk Bakker, Sophie Bijloos, Christel Dekkers, Jos de Beer, Roxanne Vernimmen, Stan Janssen, Carina Hilders, Frank van Gool, Martin den Hartog, Marjolein Overdijk, Mariët Remie, Inge Bongers, Wilma van der Scheer, Lizette van Veen, Maarten Janssen, Mike Landhorst, Erik Schut, Barbara Schmeits, Misja Mikkers, Tessa van Dijk, Rob Vullings and Ljuba van Spaandonk for their most valuable advice and their kind assistance in the preparation of this inaugural lecture.

Uncertain times

Ambidextrous management in healthcare

Introduction	57
Mise en scène: the regulatory framework	59
The Dutch mental healthcare case from a market-dynamics point of view	63
Current context and dynamics	70
Impact on management of healthcare organisations: a conceptual entrenchment.....	75
Greater variation in management practice in the future	81
Perspective: learning, experimenting and innovating	85
Research.....	91
Word of Thanks.....	93
Literature.....	96

Uncertain times

Ambidextrous management in healthcare

**Rector Magnificus,
Dean,
My dear colleagues, former colleagues
My beloved family, friends and students,**

Introduction

In the summer of 2008, the account manager at Fortis Bank called me one evening - as executive of the Mondriaan Mental Healthcare Association - to inform me that the bank was no longer able to act as Mondriaan's principal banker, and that Fortis would be revoking the current account facility. This meant that we had 14 days in which to find a bank that was able and willing to pay the salaries for about 2400 staff and to assume the role of our principal banker. It was truly one of those occasions when one feels smitten with existential uncertainty. Will we survive or not?

We are living in an age of great uncertainty. In its report entitled 'De toekomst tegemoet' (Towards the future), the Netherlands Institute for Social Research (SCP, 2016) quotes Elchardus (2015), who refers to the sense of insecurity and uneasiness as 'declinism'. He describes how people's belief in progress has been replaced by a view of the future as a period of decline. These feelings appear to be linked to a decrease in people's opportunities for exerting influence.

Each of my predecessors in this Chair - Kim Putters, Pauline Meurs and Winfried de Gooijer - has given their personal interpretation of the field of influence within which executives of healthcare organisations operate. In her lecture entitled 'Nobele Wilden' (Noble Savages), Pauline Meurs (1997) spoke of a diffuse set of standards which were frequently entirely absent, while the lecture given by Kim Putters (2009) referred to multiple management types in a field of influence containing different systems of values. This inspired Professor Putters to describe it as 'management with the devil's elastic'. He referred to the market, the government, the community and the medical profession as systems of values within which executives in the healthcare sector have to operate. In her dissertation, Wilma van der Scheer (2013) proposes that the permanent dynamics in this field of influence has resulted in an institutional ambiguity

without any consensus or predictable frameworks. And this in turn has resulted in tremendous uncertainty as well.

Moreover, the number of parties currently exercising influence on healthcare implementations is greater than it was in the past. For example, this became clear during the citizens' initiative last summer, which focused on quality of care for the elderly and which was set up by Hugo Borst and Carin Gaemers (scherpopouderenzorg.nl). One of the basic principles in the new healthcare governance code (2017) is that the parties concerned must be able to exercise sufficient influence on management of the relevant organisation. In this connection, permanent dialogue with these interested parties is essential.

During the past years, widespread public support has arisen for the ultimate objective of the Dutch system, i.e. effective healthcare that is and remains accessible and affordable for all. It has also become clear that healthcare organisations contribute to this objective. However, there are still many possible variations on this theme when fleshing out this objective, particularly within a context that requires us to stand out from the crowd and to compete with our fellow organisations to a certain extent. In addition, the impact of decisions relating to the layout of healthcare and healthcare organisations is anything but predictable, and uncertainty reigns in this field as well. For example, the institutional security that used to be a self-evident part of healthcare has gradually been replaced by dynamics caused by many different influential factors.

During this lecture, I will be taking you on a tour of the regulatory framework. I will also be giving a brief outline of how this framework can interfere with market dynamics, using the developments in the mental healthcare sector as a case study. I intend to demonstrate that market dynamics not only have an impact on the regulation of the financial markets, but also on the context of Dutch healthcare institutions in an indirect sense through the changing roles fulfilled by banks and healthcare insurance companies.

A certain normalisation may also be said to exist, since healthcare organisations are more frequently being treated in the same way as other organisations in a market-driven environment. And this makes management of healthcare institutions exciting and complicated. On the one hand, implementation has to be in perfect order but at the same time, we have to respond to changes. This means that executives and their organisations have to possess skills that can be compared to ambidexterity, or in other words, the ability to attain both qualities at the organisation while simultaneously organising support among all the parties concerned. I will round off this lecture with a forecast for the future in respect of healthcare management and the research I intend to initiate while occupying this Chair.

Mise en scène: the regulatory framework

In the Netherlands, the central government has traditionally played a major role in healthcare regulation. But the interpretation of this role has substantially altered during the past decades. Following on from Cutler (2002), Schut (2003), Blank & Egging (2014) and Mikkers (2016), we can divide the period of time that has elapsed since the beginning of the 1970s into three sub-periods:

1. 1972–1982: output funding
2. 1983–2001: budget funding and capacity regulation
3. 2002–present day: regulated competition and selective purchase

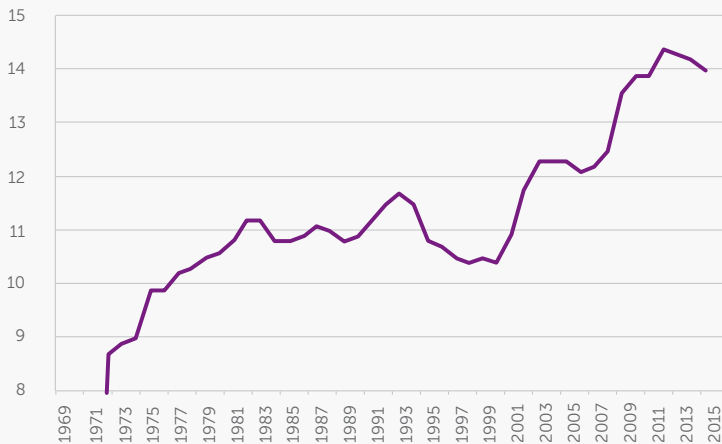
During the period up to the beginning of the 1980s, the focus was on accessibility of healthcare and the funding system was based on activities. Incentives were geared to demand responsiveness, not to improving efficiency (Janssen, 1994; Blank and Egging, 2016). There were no restrictions on the budget. Figure 1 shows a stable and substantial increase in the total healthcare costs during this period. The funding of hospitals was open-ended until 1982 (Hartog et al., 1998, 2013).

The second period is between 1983 and 2001. This period encompasses government regulation based on capacity planning and budget funding. Up to 2006, the central government regulated capacity planning via the Hospital Provision Act ('WZV'). It also encouraged mergers among regional hospitals at that time. The chances of survival for small hospitals were jeopardised by the statutory requirement for a minimum capacity of 175 beds for each hospital (Schut et al., 1990). The budget regime introduced in 1982 did not greatly improve efficiency at first. After a transition period up to and including 1987, the envisaged funding system was implemented in full force. The budget was based on three components: service area (availability), capacity and production. Measures to ensure a reduction in the number of beds were implemented in 1988, the idea here being to limit hospitals' clinical capacity even further. Figure 1 shows that the cost control objective was attained during this period as a whole.

Cutler (2002) describes the third period as one in which the legislator made increasingly frequent use of incentives to promote efficiency. The recommendation given by the Healthcare Structure and Funding Committee - better known as the 1987 Dekker Committee report entitled 'Bereidheid tot verandering' (Willingness to change) - included a resolution to create a new and cohesive system based on regulated competition. This resulted in anticipatory conduct with effect from 2000.

The healthcare insurance market, which had always been regionally oriented in the past, was transformed in a very short time into a more nationally-oriented market. It soon became clear to healthcare insurance companies - which stemmed from the former health insurance funds and were generally regionally oriented - that their exclusive position in the region was definitely drawing to a close (Helderman et al., 2005).

Figure: 1 Dutch healthcare expenditures as a percentage of the GDP



Source: CBS Statline, 2017

This estimate resulted in a rapid scaling-up to national level. The four biggest insurance companies acquired control over 80% of the market, and their current market share has increased to almost 90% (NZa, 2016). Moreover, the healthcare market was transformed from a system based on national and public-law regulations into a private-law contracting system (Boonen, 2009; Halbersma et al., 2011).

During the course of my own career, this transition was distinguished by the opportunity offered to our Mondrian Mental Healthcare organisation to integrate the Vijverdal psychiatric hospital in Maastricht - which was technically bankrupt - in 2005. One of the agreements relating to this was a substantial reduction in the clinical capacity in the region. The National Health Tariffs Authority - predecessor of the Dutch Healthcare Authority (NZa) - completed this dossier with financial support amounting to more than 9 million Euros. This ushered in an era in which it is no longer a matter of course for healthcare organisations to rely on public funds for their existence.

When the Victas addiction care institute went bankrupt in 2016, its liquidation was determined by the party that was prepared to assume the largest part of the institute's debts and to guarantee continuity for the provision of care. Be that as it may, Altrecht - with a considerable overlap in its patient base - was passed over in favour of Arkin in Amsterdam, which became the new proprietor. In my opinion, this case is typical of the third period in which financial values have become more important.

In 2005, the budget regime for hospitals was replaced by an output-related funding system (Hartog and Janssen, 2014) based on diagnosis/treatment combinations (DTCs). The rates for these DTCs are of a comprehensive nature, including depreciation charges. Under this funding system, healthcare insurance companies and hospitals can negotiate on the price for each diagnosis group in respect of a number of routine hospital services (Varkevisser, 2009). Deregulation was achieved step by step until 2015, when rates and agreements on volume were left entirely to free negotiations (with a few exceptions such as extremely specialised care: NVZ, 2017).

Together with the Healthcare (Market Regulation) Act ('WVG') and the Healthcare Institutions (Accreditation) Act ('WTZI'), the Healthcare Insurance Act ('ZVW') constitutes the core of regulated market forces. In today's system of regulated market forces, health insurance companies have been entrusted with the task of purchasing the necessary healthcare through contracting. They may do this selectively (Boonen, 2009; Ruwaard et al., 2014). This selective contracting enables healthcare insurance companies to exercise influence over healthcare institutions' capacity and services portfolios in the long term, which means that healthcare organisations are now in a more insecure position. They run greater financial risks if they are only contracted on a limited basis, or not contracted at all. Moreover, direct intervention in institution's capacity is less appropriate in respect of this performance-based funding. This mechanism should be in line with market conditions to a greater extent. In addition, it means that the risk of overcapacity has been transferred to healthcare providers.

Institutions wishing to be considered eligible for a healthcare provision contract pursuant to the ZVW Act first have to comply with the conditions set under the WTZI Act. The main points here are accessibility of acute healthcare and transparency in the management structure and the business operations. Figure 1 shows a substantial increase in the total healthcare costs during this period (as a percentage of the GDP). We see that this increase levels off from 2013 on; it seems that this trend will continue until 2017. The healthcare agreements concluded between 2012 and 2015 have certainly contributed to this deceleration in growth. In actual fact, this meant that the market parties' contracting scope was restricted by national budget limits (Algemene Rekenkamer, 2016).

Implementation of the Social Support Act ('WMO'), the Long-Term Care Act ('WLZ') and the Youth Act resulted in drastic changes in the regulatory framework, and thereby in the rules for management of healthcare institutions as well. Management of healthcare organisations has increasingly come to resemble management of a normal company. This normalisation can be seen in a number of features. In the first place, several parties have assumed the role of client, such as municipalities, healthcare offices and healthcare insurance companies, and even patients if they take advantage of their Personal Budget (PGB). In addition, the charges on fixed assets have been completely incorporated into the rates. These are therefore referred to as integral rates. The exclusiveness in the region has gone; it is no longer unusual to operate in each other's fields of activity. Referrers and healthcare consumers often have more choice. Purchasing parties such as municipalities can even bypass parties that have always worked at local level and award a local contract to new market parties. This is known as freedom in awarding contracts. All the above are characteristic features of markets.

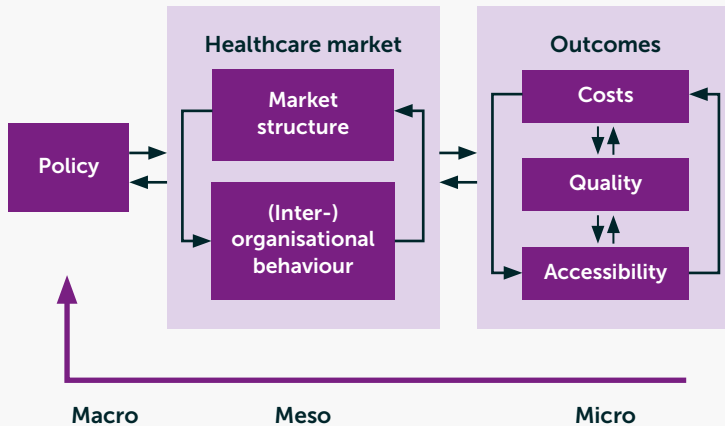
The numerous amendments to the regulatory system have resulted in a substantial increase in healthcare organisations' insecurity and their commercial risks. Uncertainties and risks have been accumulating ever since the 2008 financial crisis, accompanied by desirable and less desirable effects in a social sense.

The Dutch mental healthcare case from a market-dynamics point of view

In this part of my lecture I will be taking a closer look at developments in the mental healthcare market in the Netherlands ('MHCM'). Firstly, this is because I myself was employed as a director in this field of healthcare and secondly, because it is a most interesting case which is highly suitable for giving you an idea of market dynamics in healthcare. We use a conceptual model based on the traditional Structure-Conduct-Performance (SCP) paradigm. This is the scientific line of approach that analyses sectors and branches of industry on the basis of the relatedness between the structure of a certain market, the relevant organisations' conduct and the results or performance achieved by these organisations within this structure (Sheferd, 1997). This theory in economic science, also known as the Theory of Industrial Organisation, has always sharply distinguished itself from the neo-classical approach characterised by a more micro economic related approach. The first-named approach acknowledges the existence in many sectors of mutual dependence between organisations within a given market, and also of intrinsic consolidation processes. This latter term refers to the fact that organisations are endeavouring to ensure less uncertainty in their environment. They tend to minimise this uncertainty by e.g. merging or by otherwise acquiring a bigger share of the market. Examples of this might include offering favourable contract conditions for the party calling for tenders.

A recent study carried out by Westra et al. (2016) uses this approach to create a conceptual framework which gives us a picture of the results of government policies. It differentiates between the effects of policy on the structural characteristics on the market, the conduct of organisations - including towards each other - and performance or outcomes relating to costs, quality and accessibility (see Figure 2). Westra et al. emphasise that the way in which organisations behave towards one another may be a significant factor in how government policy works.

Figure 2: Conceptual model showing relationships between policy, market dynamics and performance



Source: Westra et al. 2016

The dynamics caused by consecutive policy changes in the mental healthcare market may be regarded as a natural experiment in which an extremely institutionalised sector was exposed to a field of influence which was largely new. This proposition requires an explanation, starting with the historical background.

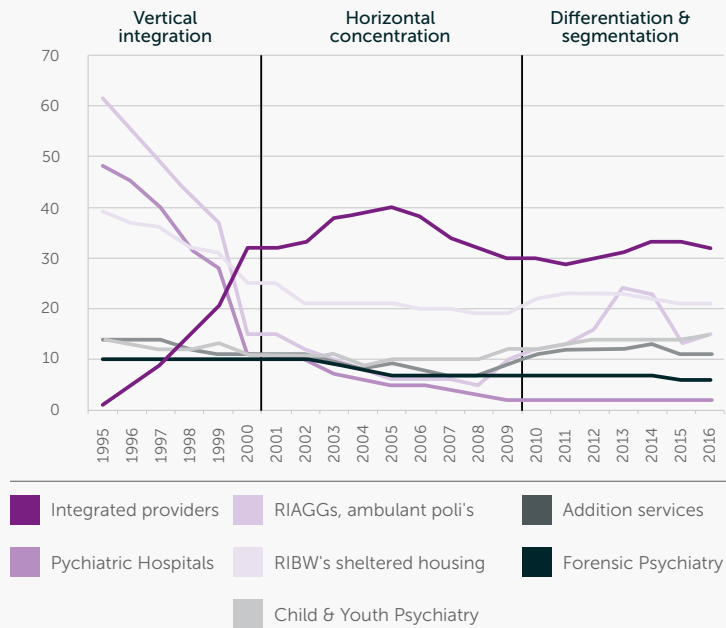
Mental healthcare was a fragmented sector until 1985. Municipalities had certain responsibilities, e.g. in connection with addiction care, while provincial authorities' responsibilities focused on youth care. Psychiatric hospitals were funded in connection with health insurance (Bakker, 2009).

In 1984, State Secretary Van der Reijden's 'Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid' (New Memorandum on Public Mental Health) created a viewpoint for organising the entire mental healthcare cohesively within the framework of the Exceptional Medical Expenses Act ('AWBZ') (Bakker, 2009). One of the objectives was to create an improved care package by integrating clinical and extramural care, whereby reducing intramural care was considered a desirable outcome. During a period of 20 years, clinical and extramural mental healthcare was combined, which gave rise to large-scale regional organisations that provided this comprehensive mental healthcare (Van der Grinten and Kasdorp, 1999). This period may be described as a period of 'vertical integration'.

As far as referrers were concerned, the advantage to this situation was that there was one sole provider which could in principle provide all the necessary care. Although some of the focused institutions continued to exist, such as those in youth and forensic psychiatry, the field was dominated by about 30 mental healthcare providers that worked regionally and respected each other's spheres of activity. This meant that the cohesive regional care to be offered had been achieved for the most part. At the same time, a certain regional exclusivity had come into existence which resulted in considerable mutual interdependence among referrers, clients and the integral mental healthcare provider.

The implementation of the Health Insurance Act - a new funding system based on DTCs and comprehensive rates - meant that the sector was confronted with a completely new phenomenon. New parties entered the market, mostly offering specific care. This terminated the regional exclusivity of the integrated mental healthcare providers. Some institutions started working on a supra regional basis on their own initiative, thereby entering other organisations' sphere of activity. The framework given by Westra et al. (Figure 2) gives an insight into the cohesion and dynamics generated by independent decisions made by institutions and government policy.

Figure 3: Dynamics of the Dutch mental healthcare market by number and type of organisations



Source: Database of the Dutch Association of Mental Health and Addiction Care

Figure 3 gives a clear picture of these market dynamics. Mental healthcare organisations in adjacent regions merged with one another between 2000 and 2010, thereby creating large-scale organisations. This is known as ‘horizontal concentration’ in market-dynamics terms. It gave rise to relatively large organisations such as Arkin, Altrecht, Pro Persona, GGZ Centraal, Lentis, Mondriaan and Breburg, while Parnassia developed into a real ‘merger machine’. The upshot of all this was that the 10 biggest organisations have meanwhile taken over almost 50% of the turnover in the sector (see Table 1). It is clear that the structure of the mental healthcare market changed drastically as a result of this concentration movement.

Table 1: Operating income of the 10 biggest mental healthcare organisations showing the changes compared to the previous year

Organisation	Operating income for 2016	
Parnassia	€ 612.540.767	(+3,8%)
Lentis	€ 237.261.539	(-3,3%)
Arkin	€ 233.785.000	(+9,6%)
Pro Persona	€ 225.885.000	(-1,2%)
GGZ Centraal	€ 192.833.933	(-2,6%)
Altrecht	€ 184.837.000	(-2,8%)
Antes	€ 181.617.461	(+2,2%)
Dimence	€ 175.172.915	(-2,9%)
GGzE	€ 171.764.310	(-2,0%)
Rivierduinen	€ 161.926.000	(-6,5%)

Source: Annual report analysis of the GGZ 2016 sector report, Intrakoop (2017)

An increase in the number of new parties joining the mental healthcare market can be seen with effect from 2008. Most of these focus on short-term extramural treatment of patients with anxiety and mood disorders. Generally speaking, these new parties work with fewer indirect overhead costs. This cost structure meant that they constituted a strategic group (Peteraf and Shanley, 1997) used by insurance companies to put pressure on the rates and to enforce greater efficiency among the entire group.

As far as market dynamics are concerned, we can compare this to air travel. Although the low-cost carriers forced the established providers to revise their business models, they also created substantial growth on the market by providing new groups of clients with greater accessibility to air travel. In a certain sense, the independent treatment centres in specialised medical care also fulfilled a similar role that changed the rules of the game. This is because these new parties in mental healthcare have contributed to increased accessibility and have had an impact on the stigma that was and still is attached to this type of care.

The combination of the mental healthcare administrative agreement in 2012 (Jeurissen et al., 2016) - i.e. reduction of 30% of the clinical capacity - and becoming fully responsible for the charges on fixed assets took a considerable administrative toll. At the same time, organisations were faced with the challenge of changing their professional traditions, such as substituting clinical care for ambulant care, as well

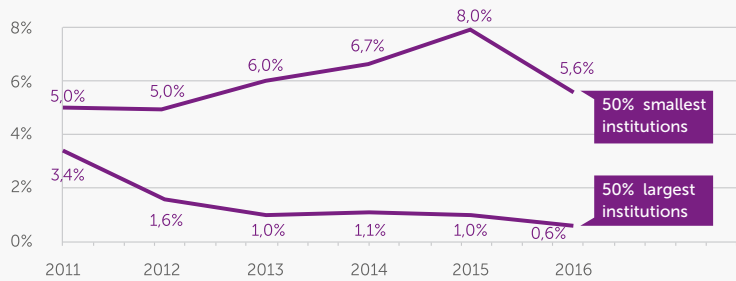
as the commercial challenge of ensuring that this clinical capacity could be sold without incurring substantial losses.

Moreover, the requirements set by banks as providers of capital were considerably tightened up at that time. The focus shifted from solvency requirements to cash flow and long-term uncertainties. Institutions that had moved into newly-constructed clinics during the past 10 years ran a considerable risk of getting into serious financial problems. This resulted in a 'special credit' status for an estimated 20% of the sector and it even resulted in bankruptcy for some of these institutions, e.g. Riagg Rijnmond, Victas and Lievegoed.

Another factor that caused a dramatic shift in the field of influence was the incorporation of parts of the mental healthcare sector into various legal segments. Care for people aged under 18 was transferred to the Youth Act (YA), while counselling, everyday activities and sheltered housing were transferred to the Social Support Act (WMO) and long-term care of the chronically ill was transferred to the Long-Term Care Act (WLZ). Forensic care had already been transferred to the Ministry of Justice. The simplicity of a single buyer healthcare office as the sole tenderer changed into the complexity of a whole range of contracting parties (Helderman, 2016).

Moreover, in 2014, 'basic mental healthcare' was implemented for the purpose of reducing complexity and enabling care to be provided close to patients' homes. Patients whose need for care was not so great received treatment from the GP in 'frontline mental healthcare', while patients with a slightly more serious indication were referred by the GP to basic mental healthcare and patients requiring even more extensive treatment were referred to specialised curative mental healthcare (Tiemens, 2017). The diversified mental healthcare organisations with broad-based portfolios had to cope with all these developments, in contrast to the new parties on the market which had made the choice to position themselves fairly specifically within this new context. This meant that portfolio management became a major issue in the administration of mental healthcare organisations.

Figure 4: Difference in margin development between the 50% largest and the 50% smallest GGZ institutions between 2011 and 2016



Source: Annual report analysis of the GGZ 2016 sector report, Intrakoop (2017)

If we take Westra et al.'s conceptual framework as our starting point, we can establish that the structure of the sector changed substantially as a result of policy interventions, although this was also caused by the conduct of individual organisations. Large-scale organisations might have an impact due to their size, but smaller organisations can also have considerable impact if they can demonstrate (see Figure 4) their ability to provide good-quality care at a lower cost or with a higher margin in a different business model (NZa, 2016a; Postma, 2015). In such a situation they can fulfill a role as catalyst with support from insurance companies (among others), which use them to put pressure on larger organisations. Moreover, a large number of new clients - such as municipalities, healthcare insurance companies and the Ministry of Justice - have meanwhile become active on this regulated market. Therefore, this final period may justifiably be described as a period of differentiation and segmentation.

The new administrative challenges are also being converted into a new set of skills for executives and their organisations. The new parties on the market deploy their entrepreneurial abilities in order to become operational in the new situation as soon as possible, while the established providers have to do all in their power to adapt. This changing situation forces them to make choices in their own service portfolios or to adopt new parties' innovations (Janssen & De Jong, 2014). This development requires executive boards to display ambidextrous qualities such as consolidating and adapting.

Current context and dynamics

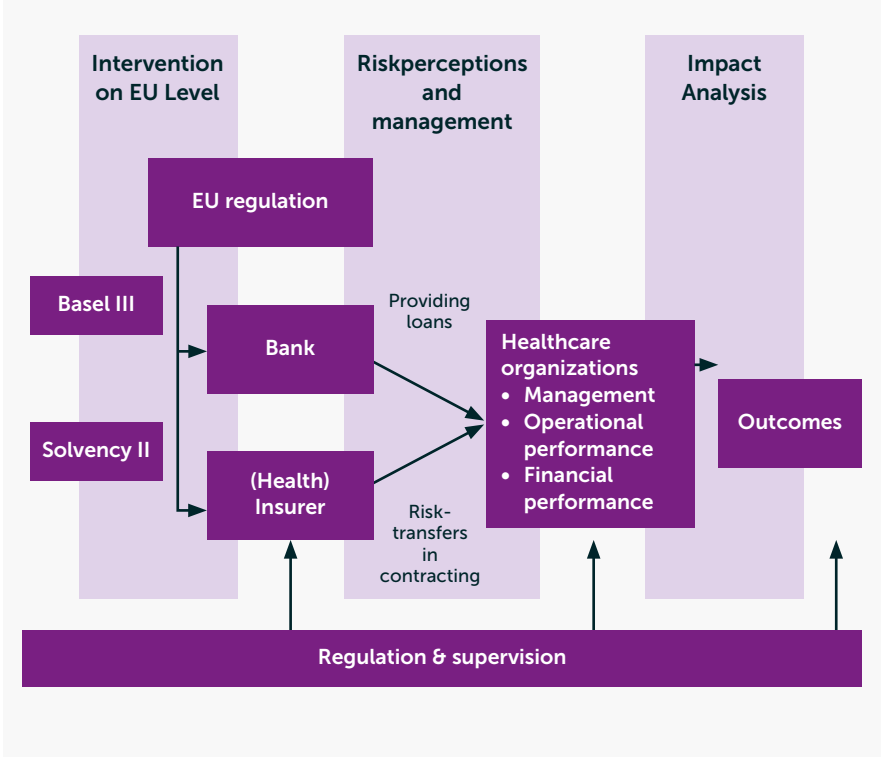
This lecture takes us on a journey in which we have to commute between executive practice, its organisation, and the relevant policy. Many of the policy measures implemented as a result of the 2008 financial crisis are still making themselves felt. This is especially true of the large-scale policy rearrangements carried out during the past years in order to restrict increased spending. However, the substantial cutbacks are accompanied by many uncertainties that have entered the system due to an accumulation of structural reforms such as the dismantling of the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), the transfer of controlling roles to municipalities in the shape of the Youth Act and the Social Support Act, and the changes in funding in the Care Insurance Act.

These uncertainties affected consumers - such as elderly people, parents and children - as well as executive institutions and of course regional authorities, which were assigned new responsibilities linked with substantial austerity measures (cutbacks up to 20%). Institutions which are normally responsible for providing security experienced increasing difficulty in doing so. And all this came on top of the financial and administrative crisis that hit the EU and the rest of the world at that time. The effects of the geopolitical crisis - up to and including the reception and housing of refugees - have given rise to a widespread sense of insecurity (SCP, 2016). As we have already mentioned in the foregoing, an uncomfortable atmosphere was generated in our society during the period after 2008 (Elchardus, 2015).

This widely-felt uncertainty also infiltrated the healthcare system as a regulated system. The dismantling of the Exceptional Medical Expenses Act was accompanied by a great deal of public and political attention. Under the new compartmentalised system, municipalities purchase healthcare while healthcare offices implement the Long-Term Care Act. Municipalities also bear full responsibility for implementing the Youth Act. Although this has resulted in a great deal of friction and administrative difficulties, we have meanwhile become gradually accustomed to this new environment, while the institutions are having considerable trouble in organising the new complexity in the system.

I will now be taking a closer look at the changes at European level and how they affect healthcare institutions in the Netherlands because I am of the opinion that these changes have a structural impact and because their effect is less apparent and has not been publicly announced. I refer here to European directives relating to the functioning of banks and insurance companies. These directives are referred to under 'Basel III' and 'Solvency II'. The aim of 'Basel III' is to reduce the risk that banks might find themselves in a crisis situation, and to this end, the requirements for banks when retaining their equity capital have been considerably tightened up (Niemeyer, 2016). These requirements are partly determined by the underlying risk assumed for outstanding loans. The risk models set up for this purpose have had a drastic effect on banks' conduct.

Figure 5: Conceptual model showing the impact of Basel III and Solvency II on healthcare organisations



First of all, the requirements for furnishing clients with long-term capital have been tightened up to a considerable extent. Although a guarantee provided by the WFZ (Guarantee Fund for the Health Care Sector) does help ensure a lower premium loading, the term has been substantially shortened. Guarantees provided by the WFZ have been reduced to a maximum of 70%, which means that the organisation providing the loan actually assumes the interest-rate risk up to the date of refinancing, which is generally in 10 or 15 years' time. This has broken with the tradition in which guarantees were issued in the public domain. For example, former IMF economist Raghuram Rajan (FD, 2017) says: 'After all, somebody has to bear the underlying risks in the economy. Since the banks aren't allowed to do this anymore, these risks are now borne by 'shadow banks' such as pension funds, insurance companies, private parties and so on.' I am of the opinion that we can add healthcare institutions to this list.

We are confronted with an entirely new situation in respect of providing operating capital as well. Before the crisis, it was relatively easy to obtain operating capital

at favourable interest rates, but nowadays we have to pay for availability and even for maintaining a positive balance at the bank at the current interest rate. To put it briefly: the conditions under which healthcare institutions are allowed to have loan capital at their disposal have changed radically, while the costs have increased substantially independently of the interest component.

An additional factor is that banks set a maximum limit of about 70 million Euros to the total amount of outstanding loans for parties in the healthcare sector. This means that an institution whose total loans amount to e.g. 300 million Euros has to deal with a consortium of four banks, resulting in a limited choice with respect to other lenders on the market. In this respect, we could describe this as market conditions with considerable mutual dependencies, and as a disciplinary effect in terms of contractual conditions (Smith et al., 2012; Tuohy, 2003). That is why healthcare institutions are seeking other parties to provide their capital requirements, such as the European Investment Bank (EIB) or institutional investors. In that respect, we may describe the credit agreements concluded by the Elisabeth-TweeSteden Hospital and the Amphia Hospital with the European Investment Bank as a breakthrough because this has created an alternative to Dutch banks (FMT, 2017).

Groot and Maessen (2017) have proposed that banks have been placed in an undesirable position of power, partly because healthcare institutions are prohibited by law from raising risk capital. Another consequence of this is that hospitals in particular conclude relatively expensive leases for e.g. costly equipment and IT systems in order to reduce their need for capital. In actual fact, the scope for managing healthcare organisations would appear rather to have diminished than increased. And this gives the impression of an unintentional and unexpected effect of the policy on which the new system is based, i.e. regulated competition (Merton, 1936).

As we already mentioned, healthcare insurance companies fall within the scope of the European 'Solvency II' directive. They are obliged to maintain larger buffers in relation to the risks they insure, and this has an indirect impact on healthcare institutions. After all, healthcare insurance companies will try to include the risks they have insured in their contracts with healthcare suppliers. This can be in all kinds of forms such as agreeing on a maximum budget within which institutions have to provide all the care required, or offering so called block contracts in the shape of a fixed price.

Large numbers of insured persons can change over to another insurance company in January each year on the insured collectivities market, which puts pressure on the assumptions in contracts concluded with suppliers in November. But these dynamics are not always converted into revising the contracts. In this way, the risks on the insurance market - which can be considerable at local level due to the transfer of collectivities - are partly borne by healthcare providers. For example, it emerged that individual contracts at Altrecht were considerably out of line in practice during the first quarter of contract year 2015. It emerged that we were not going to achieve the volume at one insurance company, while this was substantially exceeded at the other, resulting in double contractual losses. On further investigation, we discovered that two collectivities for benefit claimants in municipalities in the region had been transferred to a different insurance company. The contract assumptions had been superseded without anyone taking the trouble to share this information with us.

The main objective of European policy is to regulate certain markets in such a way as to decrease uncertainty in respect of business risks. However, this also has an impact on the functioning of healthcare institutions in the Netherlands due to the way in which banks and health insurance companies function. The risks for healthcare institutions are on the increase, and we pay for the additional costs resulting from this from public funds. In terms of balance of power, the market conditions are of such a nature as to result in healthcare institutions being left with the short end of the stick. The effects of the regulations are directly and unilaterally on-charged to clients through contracts for acquiring loans. And in a private-law context, this is remarkable.

We will be carrying out more specific research at ESHPM in the near future into the impact of the above on management, business operations and the healthcare provided. For example, if a healthcare organisation is accorded a 'special credit' status at the bank, the management of this healthcare organisation will be placed within a stringent framework. Its relations with the bank(s) will assume a hierarchical task-setting nature and they will keep a close eye on the management procedure. This has a disciplinary effect, particularly against the background of a special credit status. In such a situation, ambidexterity takes on a new meaning: merely providing good-quality healthcare is not sufficient, you also have to ensure structurally sound business operations. Or in other words, good-quality care may be an essential condition but it is not a sufficient one.

Another factor I would like to examine is the role fulfilled by potential reputation effects (Power, M. et al., 2009) This may have all kinds of different effects. Generally speaking, the interests of all parties and the mutual dependencies will result in an endeavour to attain outcomes that are socially accepted. In this respect, healthcare institutions, healthcare insurance companies and banks are ultimately obliged to rely on each other. In general, bankruptcies are only an option if there are alternatives in existence in order to guarantee continuity of care in the short term and to limit the impact on healthcare in the long term. After all, none of the parties wants to sully its reputation by causing friction in patient care.

Of course, there is a great deal more to be said in respect of today's dynamics and the role played by uncertainty. Generally speaking, patients turn to the patients' council and staff turn to the works council in their quest for security, e.g. in connection with good-quality healthcare, working conditions and reasonable salaries. In short, the values systems compete with one another to be honored. In order to obtain support and legitimacy, administrative decisions must achieve a well-founded balance and undergo a careful procedure in this respect.

Supervisory bodies generally avoid uncertainty as well, and the new governance code recommends that organisations draw up a risk framework for themselves. In addition to the Supervisory Board of the organisation, there is the Healthcare Inspectorate ('IGJ'), the Dutch Healthcare Authority ('NZA') and the Authority for Consumers & Markets ('ACM'), as well as De Nederlandsche Bank ('DNB') and the Dutch Authority for the Financial Markets ('AFM'). All these institutions have become involved in some way in the system of regulated competition in the healthcare sector. Moreover, accountants also play a major role during the annual

accountability proceedings. They themselves have been obliged to implement drastic protocolisation in their working methods after being subjected to pressure in this respect. In short, we may conclude that an accumulation of supervision has come into existence, which exerts upward pressure on the indirect expenses.

All this has resulted in a remarkable discrepancy. The main aim of changing the system was to enable healthcare to be implemented under more normalised circumstances. Healthcare institutions have to be able to perform their executive duties with greater degrees of freedom and scope for entrepreneurship, and this process has definitely commenced (Dijk, 2017). On the other hand, however, the mutual interdependencies have become so great that an institutionalisation process may actually be said to exist. The degrees of freedom for a healthcare organisation and management are not as great as all that. Moreover, the risks and administrative challenges have substantially increased.

Michael Power (2007) proposes that in this day and age, risks are construed as part of government policy or policy drawn up by supervisory bodies, and in this connection, this does not generally refer to risks over which we essentially have no control such as natural disasters. He proposes that the impact this has on the conduct of organisations might have socially undesirable consequences. These propositions of Power's appear to be confirmed by the foregoing. In addition, I am of the opinion that the frequently-expressed dissatisfaction with administrative burdens in the healthcare sector can be linked with them. Many of these obligations are related to a type of risk management that is externally or internally required without these obligations being perceived as an essential contribution towards improved healthcare.

The response to this situation should be that the playing field and the rules of the game are defined in such a way as to ensure that each party remains in its own natural role in order to be able to attain the social objective of accessible, affordable and appropriate healthcare to the greatest possible extent. One example of this is that insurance companies remain responsible for the volume risk, while healthcare institutions remain responsible for efficient healthcare provision.

Impact on management of healthcare organisations: a conceptual entrenchment

We can therefore discern a tendency towards increasing uncertainties which executives in the healthcare sector and organisations are facing. There is one other issue that sets management in the healthcare sector apart. I refer here to the fact that several value systems are in existence, all of which have a regulatory effect on organisations' management.

In his inaugural lecture, Professor Kim Putters (2009) associated these value systems with four separate domains: the market, the community, the medical profession and the government. Carrying out management in this kind of constellation of values is known in public administration as 'multiple management'. In this connection, Professor Putters distinguishes two separate factors: 'scope for action' and 'legitimacy'.

Figure 6: Healthcare executives wedged in between the market, government, community and medical profession



Source: Putters, 2009

These regulatory frameworks ultimately confer legitimacy on the management (or not, as the case may be). Mark Moore describes this field of influence in his classic work entitled 'Creating Public Value' (1995). Executives of social enterprises - we may regard healthcare organisations as such - have to take three factors into consideration, or operate within what Mouwen (2011) refers to as a strategic triangle. The first of these is that legitimacy and public support must exist. Legitimacy can be provided for in the law, such as e.g. the WTZI Act. However, public support is also essential in this respect. An example of this is separation in psychiatry: although statutory entrenchment did exist, there was decreasing support for this way of 'providing care'.

The second factor is that a social values proposition must exist. This generally refers to that a healthcare organisation provides appropriate healthcare (Brouwer 2012; Janssen and Buschbach, 2012). Each organisation will have to implement this within its own strategic scope. In the box you find Altrecht's mission and vision as an example of this.

Altrecht's mission and vision

Mission

Altrecht takes people's strengths as a starting point. With specialist diagnoses and treatment, we help children, young persons, adults and elderly people with a psychological disorder to stay in control of their lives and resume their roles in society. Working together on development and recovery in every respect, even if this sometimes seems complicated or even impossible.

We aim to be innovative and to continuously improve the care we provide. We continue to develop by assessing treatments together with patients, by carrying out practice-based scientific research and by training staff.

Vision

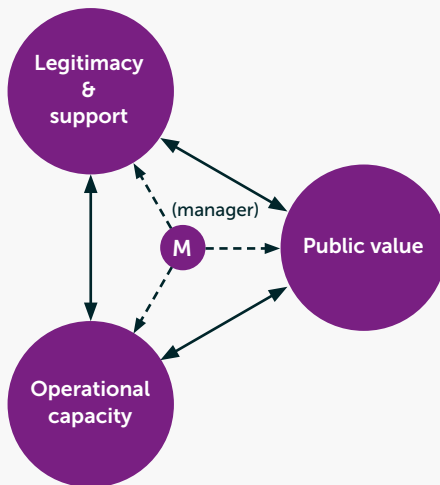
In Altrecht's vision, the patient and his/her loved ones come first. We take the individual recovery process as a starting point and encourage the patient's autonomy. To achieve this, our staff members apply their expertise to the fullest possible extent and conduct themselves with professional modesty and courtesy and as equals, both in their relationships with patients and in their relationships with chain partners. Because our staff members feel supported, valued and satisfied, they are committed to the recovery of patients. Thanks in part to our training and research function, our staff members actively contribute to the assessment, propagation and further development of mental healthcare expertise through consultation and professional development, both internally and within the care chain. We provide appropriate care, whereby the choice of intervention is determined by such criteria as goal-oriented, effective and efficient.

<https://www.altrecht.nl/over-ons/visie-missie>

The third factor is what Moore refers to as organisation's operational capabilities. We are talking about the organised processes as a whole, which result in socially desirable outcomes (the actual value-forming process) such as providing patients with cognitive behaviour therapy or home care. In this connection, we can distinguish between primary, supportive and controlling processes.

My own contribution to this model is that executives are required to be ambidextrous due to the dynamics in this strategic scope. The word ambidexterity is derived from Latin and means that a person can use their left or right hand with equal ease when performing tasks. Use of this word corresponds to the characteristics of organisations specified by Duncan (1976) as being successful on the existing market while simultaneously being capable of prompt innovation and adaptation to changing market conditions. Duncan describes this as 'organisational ambidexterity'. My colleagues at Rotterdam School of Management such as Mom (2009), Jansen (2009) and Volberda have converted these characteristics of an organisation into those of its manager.

Figure 7: The strategic triangle



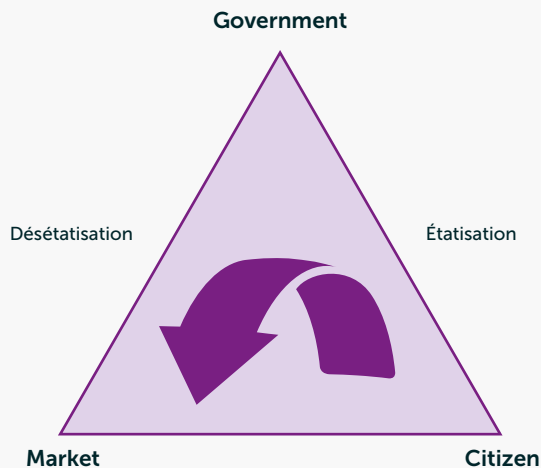
Source: Mouwen, taken from Moore, 2011

In the foregoing, I demonstrated to you that systems of values in the field of influence are shifting, which rather result in a diminution of managers' scope for action and degrees of freedom than an increase. In addition, these fields of influence also appear to be shifting in respect of their significance. Tom van de Grinten (2006) associates this shift with social entrepreneurship. Or, to be more specific, the importance of client values and commercial values has increased in respect of professional and public values. A permanent process of change and adaptation has been going on since the start of the period of regulated competition, which requires ambidexterity from healthcare organisations.

I should also make clear that the challenges facing each individual healthcare organisation are extremely situational and contextual. After all, a healthcare organisation without the burden of a mortgage on its buildings, whose business operations are sound, will have greater degrees of freedom than an organisation which has just been obliged to restructure its total loans amounting to e.g. 300 million Euros. And the field of influence for a youth care organisation that has to conclude contracts with about 50 municipalities every year will likewise differ yet again from the above two examples, and again for an organisation which mainly obtains its resources under the Long-Term Care Act (WLZ) and which maintains long-term relations with its clients, as is generally the case in the care of handicapped people. Moreover, each individual organisation has its own history and background, both of which are situational and contain part of its own identity. After all, some organisations go back for hundreds of years, such as Reinier van Arkel in Den Bosch or Reinier de Graaf in Delft. However, this history does not provide any guarantee for the future in itself.

The above is intended to show you that there is a remarkably wide variety of management challenges in existence as a result of dismantling the AWBZ Act and the greater role assigned to municipalities due to the Social Support Act. The playing field has changed as well as the rules of the game.

Figure 8: Diagram representing the dynamics within the positioning triangle



Source: Mouwen, 2011

There is another long-term tendency in addition to the aforesaid nuances and differences in context, i.e. that the systems of values can exchange their dominant positions. Mouwen (2011) uses a positioning triangle to show the shift in these over time (see Figure 8). Implementation of the amendments to the system - whereby the government has distanced itself from healthcare and placed it within a context of regulated competition - has shifted legitimacy and the garnering of support to a different field of influence. At the same time, however, the proposition of values provided is evaluated differently. Under the present healthcare insurance system, healthcare insurance companies have taken over this evaluation to an increasing extent, and so have the actual healthcare consumers. Under the decentralised WMO Act, local authorities have taken over this role and so have individual citizens requiring care.

This decentralisation process was accompanied by an increasing accountability responsibility, particularly after a social appeal to put a stop to incidents and abuses. But this decentralisation process has resulted in a greater number of regulations too. In a decentralisation process, ex ante control by the government is replaced by an ex post accumulated accounting process. This process also contributes to the replacing of clear government regulations with accounting regulations which are surrounded by greater uncertainty.

To sum up, we can argue that we have meanwhile incorporated so many uncertainties into the system - which we ourselves created on the basis of well-founded social objectives - that people are less able to perceive this system as 'belonging to ourselves', as a part of the public domain. And that is remarkable, because it was not meant to be like that at all. On the contrary, the idea was to give ownership back to individual people. In reality, however, we have created a system in which nobody is in a legitimate position to assume control and ultimate responsibility anymore. This fits in with the conclusion reached by Pauline Meurs (RVS, 2016) that multiformity is on the increase, and that this is also having an impact on management. Professor Meurs advocates recognition and acknowledgement of the mutual dependencies and uncertainties. Management requires organisation of each other's involvement as well as a decrease in action based on a principal position. Moreover, it also requires consolidation and innovation within a context of market forces, or in other words, it requires ambidexterity.

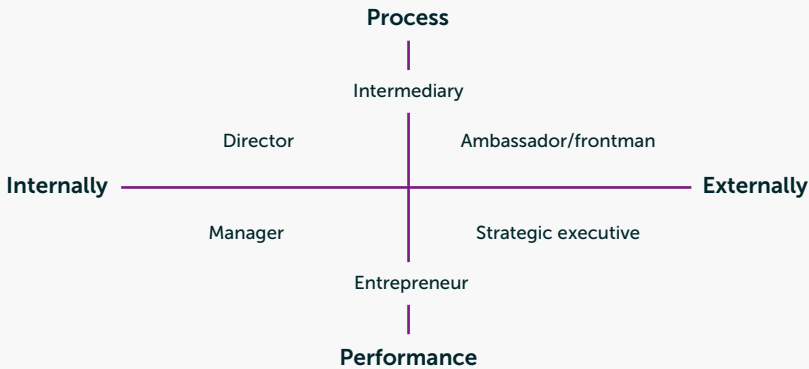
Greater variation in management practice in the future

The above analysis has contributed to the fact that the new Healthcare Governance Code (2017) explicitly involves stakeholders in the management process. The basic principle here is to achieve dialogue with all these stakeholders in a more horizontal relationship. Influence is also being discussed in addition to recommendations. Since there is not always a great deal of scope for action, executives are obliged to operate in a transparent way, or in other words, to communicate the scope of influence clearly.

We might justifiably refer to this as 'shared governance'. This can be converted in a very practical way by ensuring e.g. that the works council and the patient council can participate in the progress interviews with the organisational units, which are held at regular intervals in connection with the annual planning and control cycle. Administrative scope can be increased externally - during interaction between chain partners and clients - by holding continual discussions on policy intentions, dilemmas encountered during implementation, and accounting for the performance delivered.

The aforesaid administrative roles converge with changes in implementation of the actual healthcare. After all, the patient is more and more explicitly involved in choices in order to arrive at joint decisions about treatment. This is also the tenor of the report published by the Council for Health and Society (RVS, 2017) entitled 'Zonder context geen bewijs' (No proof without context), which advocates an explicit role for patients that transcends evidence-based medicine and its context when providing treatment. Or in other words, we are part of a movement that places increasing emphasis on variety in administrative practice.

Figure 9: Executive roles



Source: Wilma van der Scheer, 2013

The Erasmus Centre for Healthcare Management has been conducting a survey every five years since 2000. This survey is held among members of the Dutch Association of Healthcare Executives (NVZD), who are asked to complete a questionnaire on how they flesh out their respective roles. The last one was held in 2015 (Bijloos et al., 2017). This enables us to discover whether any dynamics exist which fit in with the change referred to in the foregoing. Wilma van der Scheer's PhD thesis (2013), which is based on the aforesaid five-year survey, differentiates between four types of executives. These are (1) the outward-looking executive-strategist type, (2) the inward-looking manager type, (3) the intermediary type who focuses more on the process, and (4) the entrepreneurial type who focuses on innovation and improvement. It emerged from the 2010 survey that the most difficult role to flesh out was that of the entrepreneur.

From the 2015 survey (Bijloos et al., 2017), it emerged that respondents' own interpretation of their roles has remained relatively stable. Respondents said they considered the manager-strategist role to be the most important one. They said this in 2000, 2005 and 2010, and they still say the same in 2015. In addition, respondents considered the role of ambassador-frontman and that of intermediary to be more important than that of entrepreneur. Executives flesh out entrepreneurship in various ways, including 'entering into collaborative relations' and 'encouraging innovation among professionals'. The difference between their wishes and the (perceived) reality is the greatest in respect of the entrepreneurial role. In all the surveys held to date (2000, 2005, 2010 and 2015), executives have indicated that they wished they were more enterprising. This role of entrepreneur, which seems to be under

pressure, can be associated with the second characteristic of ambidexterity. The division according to matters relating to care content and management has changed over time. Even nowadays, most of the administrative agenda is dominated by management-related matters (this was 56% in 2015), although there is now a continuing trend for healthcare executives to devote more time to the care process. Today, in 2015, respondents have said that they devote 44% of their time to tasks relating to care processes. This percentage was 40% in 2010 and 37% in 2005.

Table 2: The top three most important change-related tasks during the past five years, the present day and the next five years, with a comparison between these years

	Changes over the past five years	Present	Future
2000	New senior management structure Newbuild/renovation Organisational restructuring	Newbuild/renovation New senior management structure Horizontal merger	Newbuild/renovation Horizontal merger Expand portfolio
2005	Quality system New senior management structure Newbuild/renovation	Newbuild/renovation Quality system Collaboration IT structure	Newbuild/renovation Commercial services Expand portfolio
2010	Quality system Newbuild/renovation Senior management structure	Newbuild/renovation Collaboration IT structure	Newbuild/renovation Collaboration IT structure
2015	Newbuild/renovation Quality system IT structure	Collaboration IT structure Organisational restructuring	Newbuild/renovation Collaboration IT structure

Source: Bijloos & al., 2017

It has emerged that the change-related tasks that seem to be important for the future are not equal to the change-related tasks specified afterwards (see Table 2). For example, tasks that focus outwards - such as collaboration - seem to have been displaced by internally-oriented tasks. Developing and implementing sustainable strategies in a rapidly-changing and uncertain environment is no easy matter. The above shows that it is of essential importance to develop these strategies within the context of one's own organisation in collaboration with all the stakeholders. And this will increasingly become a permanent process with the focus on experimenting and giving feedback on this, instead of conscientiously implementing a strategic policy memorandum during a four-year period.

On the other hand, executives in their role of entrepreneurs will definitely have to work permanently and conscientiously on their change-related tasks, due to external disciplinary pressure from banks, insurance companies and other clients. Maintaining external legitimacy means that additional attention has to be devoted to the internal process in order to be able to complete change-related tasks successfully (Bijloos and Janssen, 2017). In this respect, the ambidexterity phenomenon again emerges: this is the art of ensuring that current business operations are proceeding satisfactorily while simultaneously being able to anticipate imminent changes. Incidentally, this fits in very well with the message of 'tell, trust and justify' contained in Pauline Meurs's inaugural lecture in 1997. This process will become more and more deeply entrenched in the organisation. In addition, policy-making is also being decentralised at healthcare organisations. As far as professionals themselves are concerned, these elements have become crucial in care relationships with patients (Biesma, 2015).

Perspective: learning, experimenting and innovating

In our deliberations until now, we have always simply assumed that a good executive is able to obtain external and internal legitimacy to an organisation's social remit through good interaction with all stakeholders. However, care organisations sometimes have so much heritage or the challenge to change is so great that conflicts of interest arise which are difficult to resolve. For example, think of the challenge to change to gradually reduce clinical capacity in the mental healthcare sector by one third by 2020. Or the task in geriatric care to separate clients' housing and care needs or to deal with the increasing demand for care and the shortage in the labour market. Major change tasks can sometimes be made possible if they involve innovations resulting from a learning and experimentation process (Johnson et al., 2017).

Against this background, it would be relevant to ask ourselves if the healthcare sector can learn something from the way innovations come about in other sectors. Mouwen (2011) stated that particularly regarding traditional governmental agencies, care organisations are very inward-looking and learn relatively little from other sectors. That is unfortunate. I would like to briefly deal with the innovation task which lies before the entire healthcare sector. Technological innovation in the primary care process often results in an increase in the range of treatments, but by no means does it always lead to no longer applying existing treatments (Severens, 2011). As a non-clinician, I don't want to go into this any further. I'd rather focus more on possible innovations in the secondary and control processes. A significant part of the costs of care relate to the administrative burden, which accounts for more than 20% of the costs (Janssen et al., 2017). That is considerable, especially given the squeeze on this part of public expenditure (Jeurissen, 2016).

After buildings, IT systems form the largest investment expenditure on care institutions. These systems are still institution-oriented and, given their scope and dependencies, often result in locked-in situations, resulting in a form of path dependence (Johnson et al., 2017). At the same time, we see completely new business models being developed in other sectors on the basis of flexibly scalable platforms. For example, think of companies such as Airbnb, Uber and Bol.com, and of multisite organisations, such as Buurtzorg, Thomashuizen, PsyQ and Indigo.

They are also referred to as "exponential organisations". They derive this name from their ability to grow quickly – exponentially (Ismail & Van Geest, 2015). They are often considered to be examples of new entrepreneurship in the so-called "platform and sharing economy" (Van Dijck et al., 2016). What characteristics do these organisations have in common? Can we in the healthcare sector learn from these organisations (see Figure 10) and, if so, what?

Incidentally, new platforms are being created in the healthcare sector, for example in the form of patient groups (ParkinsonNet), care cooperatives in villages or care for and by the elderly. These could form the starting point for breakthrough technologies, such as blockchain technology (Janssen et al., 2017), whereby members of these groups exchange values and/or information without the intervention of a third party. This trend shows that there is a vitality in society whereby new, small-scale associations are formed, based on sharing and mutual solidarity. Incidentally, these associations could have an inclusive and therefore exclusive impact to others. This may involve new forms of segregation and inequity.

The above-mentioned developments point towards a search for new forms of organisation and governance which are more organic and tie in better with a number of social trends. One can question investments which usually take the organisation or professional domain as a starting point since the associated scaling possibilities are limited. This could also be an important reason why expectations regarding e-health applications are not being met. Although there are also a large number of initiatives in this area, their scale and critical mass are usually limited.

Current examples of care organisations which enter into horizontal collaboration with each other in order to realise greater economies of scale are the A59 alliance and the E-Academy in the mental healthcare sector. In the first example, an economy of scale is realised through collective purchasing. The second initiative focuses on training staff members. With regard to hospitals, we have the unique example of scaling up the Princess Máxima centre for paediatric oncology. We also have networks such as the Santeon alliance and the recently launched mProve. Both networks focus on the joint realisation of quality improvement and innovation.

Another example of upscaling in combination with applying focus is the formation of Fivoor, an organisation which is made up of parts of Parnassia, Altrecht and FPC de Kijvelanden and focuses on forensic care. This alliance (turnover: EUR 140m.) was formed to further develop the speciality in the fragmented field of forensic care and create ways to organise effective rehabilitation chains in collaboration with others throughout the Randstad conurbation. Those directly involved know how difficult this process was. A long-term vision and a continuous and intensive administrative process could eventually convince all the stakeholders of this strategic approach. Incidentally, the process known as "concentration and distribution" in medical specialist care concerns a similar movement, whereby the interests of the here and now must become of secondary importance to a vision of future healthcare organisation.

Up to this point I have mainly talked about the environment and external organisation of care institutions. However, important changes are also being made in the internal organisation and its management. Here, I'm mainly referring to the reduction of management layers and the shift of responsibilities and roles to the operational teams and departments. The success of Buurtzorg has inspired many organisations to assign greater responsibilities and powers to teams (Van den Oord et al., 2016). However, creating the relevant conditions for this is a major change task for organisations and their management since it calls for a culture in which cooperation, decision-making and learning are essential elements of a team

process. In fact, we see all kinds of elements here which we previously identified at the level of an organisation's management. Support, legitimacy and discretionary decision-making are also required at an operational level to establish a self-organising operational process which is subject to continuous improvement (Van Gool et al., 2016). The operational process therefore also displays characteristics of ambidexterity. This route can also result in a reduction in the complexity and coordination efforts at the level of the organisation as a whole. This is highlighted in the five-year study among members of the Dutch Association of Healthcare Executives (Bijloos et al., 2017), which concluded that "professionals are assigned more formal and informal management tasks. That healthcare is organised more locally, around client groups. Organisations are becoming flatter and professionals and executives are expected to demonstrate greater independence in the performance and management of their duties."

Many organisations are not in a position to fundamentally innovate their own processes. However, it is possible (and desirable) to work on continuous improvement. Incidentally, clients usually enforce this by contract. And care recipients expect this in case of complaints or feedback. This ties in with the findings of Maarten Janssen in his dissertation on the nature of innovation in the healthcare sector and the way this is implemented (Janssen, M., 2016). During a lecture in Amsterdam, Peter Bower of the Manchester Academic Health Science Centre (2016) argued that the main challenge for the healthcare sector is to transform evidence-related insights into better operational practices into behaviour. In other words: breaking existing routines. About 70% of all the costs in the healthcare sector are related to the deployment of staff, i.e. to human behaviour. He therefore focuses on learning behaviour at team level. Bower cited the Institute of Medicine (2015), which refers to a learning care system as: "Science, informatics, incentives and culture are aligned for continuous improvement and innovation, with best practices seamlessly embedded in the delivery process and new knowledge captured as an integral by-product of the delivery experience. Research (Argyris & Schön, 1996) has shown that effective learning behaviour makes an important contribution to an organisation's flexibility and adaptive capacity. In his inaugural speech, Roland Bal (2008) argued that the quality of service provision benefits from organisations which encourage learning at every level. In her inaugural speech, Carina Hilders (2015) talked about creating a learning environment where feedback is respected in a horizontally-oriented structure.

We now live in a time where an increasing amount of data on the care recipient (quantified self), the care provided, clinical effects and their costs is readily available. This means that, at the operational level, the conditions to deliver suitable, personalised (individual profiling) and ever better care at the level of the care recipient are increasingly present. The meaning of strict academic research, carried out in academic settings, can therefore be lost, since it takes 5 to 10 years to set up and carry out an RCT, to publish the results and then to get through to the front line and amend current practice. This ties in with what the Council for Health and Society (RVS, 2017) states in its report "No Evidence Without Context". Focusing on the working environment increases the learning capacity of care professionals and organisations. At the front end of care programmes, care organisations must set aside more time for learning processes, particularly during the diagnostic and

decision-making stages. According to the Council for Health and Society, this investment can be recouped since there are fewer diagnoses and treatments.

The availability of data, analysis instruments and a culture of learning, improving and adjusting can make a much greater contribution to improving care than we now normally achieve in practice. Academic workstations and roles as science practitioners appear to be useful links between academia and practice (Bal, 2017; Bongers, 2011; Robben 2010; Garretsen, 2016). Wiepke Cahn (2017) recently argued that the translation of academic knowledge into treatment needs to be expedited.

The above shows that the disruption with which I started my speech can often be prevented by initiating a process of learning, improving and adjusting in a timely manner and by integrating this into the organisational culture. I believe that a large part of the mission to change regarding Dutch care for the elderly lies in this area. Therefore, we're actually talking here about the capacity to be adaptive and flexible based on insights gained during the provision of care, which can result in changes being made at that very point of providing care. This ties in with the concept of experimental governance (Sabel and Zeitlin, 2012; Oldenhof and Bal, 2016), whereby objectives and rules are not fixed but can be revised in order to have them tie in more effectively with local contexts. Sabel and Zeitlin believe that such an approach is more appropriate in situations of increasing strategic uncertainty and where power is divided between a large number of stakeholders. Their adaptive capacity is thus developed and encouraged. A form of accountability which helps one to learn from the other's diversity is appropriate here.

It would also help if we could find ways to reward this kind of behaviour and improvement in the form of shared savings. Maureen Rutten-van Molken (2012) already advocated this in her inaugural speech. She proposed that providers in the care chain collectively account for their performance and reward achieved objectives, exactly the way it is now being done in a number of living labs. Such initiatives can be found in long-term contracts, like those drawn up for the Bernhoven hospital (NRC, 2017) and the Vincent van Gogh mental healthcare organisation (Zorgvisie, 2017). They can also be found in the so-called "living labs", such as "Verbonden in de zorg" in West Brabant and the "STAND-BY" initiative in Heerlen. Care providers, municipalities and insurance companies divide the financial revenue of the collaboration amongst themselves, based on general Triple Aim principles (projects must satisfy the requirements of quality improvement, health benefits and efficiency). Both initiatives involve "experimental governance" since existing rules are no longer the decisive factor and care recipients are given a greater say in the objectives (Bovenkamp et al., 2017).

In summary, I would like to say that, in this time of great uncertainty, dynamics and complexity are very important for the proper governance of care organisations in that they encourage a culture of learning, experimentation and innovation. It's essential here that every layer of an organisation is aware of the expectations of interested external parties. Sharing or joining forces is the key. On the one hand, the current technological innovations call for an increase in scale and cooperation. On the other hand, they enable a decrease in scale as a result of the shift towards providing care in recipients' homes.

If governance is about pooling interests, innovation is about creating networks and platforms. Following on from joint and experimental governance, we must also take up forms of joint innovation. We are then talking about "open innovation" (Chesbrough, 2003). In other words: "ambidextrous governance" does not need to be limited to one's own organisation. Innovations in particular often call for upscaling and an open character. Last but not least, given the available resources, we also have the normative assignment to give care recipients maximum value in terms of health benefits and quality of life.

Research

The Dutch Association of Healthcare Executives (NVZD) established this chair in 1988 with hospital management as its teaching and research remit. The teaching and research remit was widened to the governance and management of institutions in the healthcare sector in 1997. This has done justice to the fact that the members of the Dutch Association of Healthcare Executives cover the entire healthcare sector, not just the hospitals. Over the past few years, the successive chair holders have gained knowledge of and insight into what managing care institutions is all about and what changes have been made in this respect. I have previously referred to the work by previous chair holders Pauline Meurs and Kim Putters. These last few years, the research programme focused on the values underlying good governance.

In this inaugural speech, I have shown that there is competition between the value systems and that their interrelationships can suddenly change and have existential meaning for an organisation. "Good governance" is often taken as a starting point, without making clear what "good" means or should mean. This question is all the more pertinent in the previously described context of change and innovation.

As chair holder, I will build on research into the values underlying good governance in the years ahead. The focus will remain on two aspects of professionalisation: learning/innovative capacity and legitimacy. This refers to ambidextrous governance, the art of innovation, of learning and, at the same time, making sure that the exploitation of the organisation is sound.

In this speech I have shown that the forces at play have become complex, dynamic, demanding and uncertain. Therefore, there are no one-size-fits-all solutions. We would do well to realise that solutions can vary considerably, depending on an organisation's history, context, market relations, competencies and resources. It's important that every organisation recognises the dynamics in time and translates this to its own strategy, tactics and implementation and on that basis initiates a process of change. This process will take place less and less in a classic strategic policy-making cycle, which usually has a duration of four years. A continuous adjustment process which, incidentally, should be backed up as much as possible, is more likely.

The current research projects of PhD students Sascha Kwakernaak, Kasper van Mens and Frank van Gool are very relevant in this context. I supervise the latter with Inge Bongers and Joyce Bierbooms. It concerns the development of a so-called "flexmonitor". This instrument is intended to increase the adaptability of teams. All these research projects relate to evidence-based management. Against this background, I hope to continue the collaboration with Inge Bongers, the Tilburg chair holder in this area. These research projects are in keeping with the principle of experimenting, testing and learning (Sabel and Zeitlin, 2012; Oldenhof and Bal, 2016; Janssen, M., 2016) and tie in with the creative, explorative part of ambidextrous governance.

External legitimacy is the other cornerstone of the teaching and research remit. What does it take to strengthen a form of institutional trust in healthcare management?

In her doctoral research, Sophie Bijloos (2017) talks about a “license to operate”, i.e. an organisation satisfies the requirements and meets the expectations of all the stakeholders (Moffat, 2015). She argues that legitimacy is a three-dimensional concept: (1) trust in the person who makes decisions, (2) the manner in which decisions are made and (3) the outcome of the process (by analogy with Schmidt (2010), Millenaar (2013) and Derks (2015)). The new Health Care Governance Code (2017) will give these dimensions of legitimacy an impulse, which can be translated into new forms of governance and supervision. We can interpret this trend as “leading with relevant parties in commitment”, whereby the members of the Dutch Association of Healthcare Executives and the care organisations they manage, form an appropriate research population.

The key question here is what qualities do successful and failing organisations have or lack. We will deal with the influence of banks and insurance companies on Dutch care institutions as a result of increasing international regulations in the area of financial risk control (Basel III and Solvency II). More specifically, this research will focus on the impact of the above on governance, operations and provided care. The initial results of this research are included in the master thesis of Tessa van Dijk (2017). This line of approach ties in well with the research I carried out over the past few years with Martin den Hartog and Bart Jeroen Haselbekke on the viability of hospitals. I look forward to continuing this collaboration in the years ahead.

The embedment of the chair in the “Health Care Governance” research group, which is managed by Roland Bal, guarantees that there is a link with this group’s research themes, such as the introduction of performance indicators, the meaning of demand-driven care, the ethical consequences of competition, the link between research, policy and practice and the effectiveness of high-quality projects and instruments.

The collaboration with the Erasmus Centre for Healthcare Management, which is managed by Wilma van der Scheer, both in the areas of research and postgraduate programmes, forms a good starting point for making acquired knowledge and expertise readily accessible to executives in the field.

In the practice of managing care organisations, we see that learning capacity and external legitimacy can be at odds when the external pressure is so great that the desired change needs to be implemented quickly. In such a situation, it’s important that the organisation has the same qualities as an ambidextrous footballer: to perform at a higher level than the people around you expect from you and let your enjoyment of the game spill over to the onlookers, those directly involved, such as care recipients, family and clients.

As a chair holder, it will be my challenge in the years ahead to contribute to the ambidexterity of healthcare executives and, therefore, to the quality of (managing) healthcare in the Netherlands.

Word of Thanks

**Rector,
members of the committee and management team of the
Dutch Association of Healthcare Executives,
ladies and gentlemen,**

I would like to thank the Executive Board of the Erasmus University Rotterdam, the management of Erasmus School of Health Policy & Management and the members of the committee and management team of the Dutch Association of Healthcare Executives for establishing this endowed chair and the confidence placed in me. It's a great honour for me to continue in the tradition of Winfried de Gooijer, the first chair holder, Pauline Meurs and Kim Putters. Pauline, thank you for your role as an unparalleled linchpin and Kim, thank you for the expert and relevant comments you gave on the first draft of this speech.

I started my career in education in 1978 and have been able to help shape the policy and management of healthcare at the Faculty of Health Sciences of Maastricht University since 1982. That is where I met Frans Rutten, who later became my supervisor, and Eddy van Doorslaer. Frans Rutten left for this university around 1990, taking with him a large number of staff members, such as Eddy van Doorslaer, Maureen Rutten van Molken and Robbert Huisman and, at a later stage, Hans Severens. Accepting this chair at Erasmus University Rotterdam makes me feel very much at home with all these former colleagues around me again. I thank you sincerely for this and you, Eddy van Doorslaer and your partner Gerd, particularly for our long-standing friendship.

I also feel a sense of familiarity because many of my former students are here today, not only from Maastricht University, but also from Tilburg University, where I have held a chair in the area of Economics and Organisation of Healthcare since 1996. Working with and supervising students is a rewarding and inspiring task for me. I'm so happy that you are here to share this with me today. Thank you very much for this.

I'm also glad that my colleagues from the Tilburg-based Tranzo are here today. It's great that Dike van de Meen, a Rotterdam-based professor, succeeded Henk Garretsen. As a supervisor of the IVO Addiction Research Institute, I was your "boss". But our roles have reversed and, as director of Tranzo, you are now my boss. How things can change.

For many years I have been able to combine my academic roles with administrative tasks in the healthcare sector and I appreciate the presence here today of former colleagues at Kentalis, Mondriaan and Altrecht. All three of them are professional organisations which have a great deal of expertise and which mean a lot to all the people who receive their care. It also makes me proud to see so many former colleagues in the front line of care provision here. I hope I haven't disappointed you

today. It is you who have the challenging task of satisfying so many parties day in day out and, in particular, to provide the appropriate care to the care recipients and their families.

Today, the symposium in combination with my inaugural speech, would not have been possible without the dedicated effort and involvement of Mariët Remie, Ljuba van Spaandonk, Wouter Kleijheeg, Patricia Kemp and their team. Thank you for your work and assistance in preparing this great day.

This inaugural speech was essentially fed by the work of the PhD students I am currently supervising or with whom I work. I therefore thank Tessa van Dijk, Sascha Kwakernaak, Kasper van Mens, Frank van Gool and Lennart Stoker. I would like to add Sophie Bijloos of the Dutch Association of Healthcare Executives to this list. She is carrying out research on the legitimacy issue under the supervision of Wouter ten Have and Kim Putters. I would also like to express my appreciation of your perseverance and input, even concerning the title of this inaugural speech.

Networks are indispensable in this day and age for carrying out research. The proactive network of researchers in the Utrecht region in the field of mental healthcare, which meets at the Trimbos Institute every month, is one such network. To name just a few: Silvia Evers, Bea Tiemens, Joran Lokkerbol, Flip Smit, Wilma Swildens, Annemarie van Elburg and Wiepke Cahn. You are a true example of open innovation. I thank you for our inspiring monthly meetings.

The life of a supervisor often follows that of an executive. The combination of these roles helps me to make an even better assessment of the needs of executives in a variety of situations. My experience as a supervisor at ZonMw, Wij3.0, the IVO Addiction Research Institute, Stichting Gezondheidscentra Eindhoven, RIBW Zaanstreek and the Frisian Synaeda is both valuable and relevant. I learn a lot from my fellow supervisors. It guarantees my direct involvement in healthcare governance. I would therefore like to express my gratitude to and appreciation of all my fellow supervisors present here today.

Back to Rotterdam. Dear Roland, our paths have also crossed before at Maastricht University. I really appreciate the way you welcomed me here and the way you gave me feedback, usually by email, at any time of the day or week. As an economist, I'm slowly starting to appreciate the valuable insights which the ethnographical and sociological approaches have to offer. My express thanks for that. I would also like to express my appreciation to Antoinette de Bont and all my colleagues at the Health Care Governance research group, who form a warm, home base.

Werner Brouwer, your role as dean will soon come to an end. I really value the humour and infective enthusiasm with which you carried out your duties over the past few years; this can hardly be bettered. In all your positions in healthcare, including the chairmanship of TOPGz, you have built bridges between academia and the healthcare sector.

It's nice to be able to accept a new position when you're 63, but it is even nicer to be able to share this here today with my sister, brothers and their partners. I suspect

that you underestimate your role in this regard. It has been a real pleasure to discuss social and political issues with you over many years, although I have the impression that the in-laws might occasionally think differently about this when it gets very late and our discussion begins to heat up. I'm nevertheless certain that our parents would look back on their family with a lot of love and pride. We cherish their memory.

Jules and Noortje, my children with Marleen, you keep my feet on the ground. Jules, just twenty seconds into my first inaugural speech on 30 May 1997 in the Tilburg aula, you spontaneously yelled "Daddy". You didn't do so today. I understand that. Today we enjoyed your creativity, hidden in the visual effects. Your closeness, Noortje, that's what does it for me, although I know you'll probably have something to say about my use of language. I love you both. Marjolein, you have witnessed this creative process over the past year. You have provided loving distraction and critical reflection, like "Is that not self-evident?". Sometimes scholarship is no more than that. I hope to be able to enjoy your closeness and love for many years to come.

I have spoken.

Literature

- Algemene rekenkamer (2016) Zorgakkoorden, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Rapport aangeboden aan de tweede kamer 6 dec. 2016, Den Haag.
- Argyris, C., D. Schön (1996) *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Boston: Addison-Wesley.
- Bakker, C. (2009) *Geld voor de GGZ (dissertatie)*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bal, R. (2008) *De nieuwe zichtbaarheid, Sturing in tijden van marktwerking*. Inaugural lecture, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Bal, R. (2017) Evidence-based policy as reflexive practice. What can we learn from evidence-based medicine? *Journal of Health Services Research & Policy*, 22 (2),113-119. doi: 10.1177/1355819616670680.
- Biesma, D. (2015) *De medisch specialist is (g)een alleskunder*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghem.
- Bijloos, S., R. Janssen (2017) Geen toekomst zonder draagvlak. *M&C*, 1, 83-87.
- Bijloos, S., W. van der Scheer, L. van Veen-Berkx (2017) *Bestuurders in beeld, 15 jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Blank J., E. Eggink (2014) The impact of policy on hospital productivity: a time series analysis of Dutch hospitals. *Health Care Management Science*, vol. 17(2): 139-49.
- Bongers, I.M.B. (2011) *Dromen, denken, durven, doen en vernieuwen, Management van innovatie binnen de GGZ. Oratie*. Tilburg: Tilburg University.
- Boonen, L. (2009) *Consumer Channeling in Health Care: (im)possible (dissertation)*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Bovenkamp, H. van de, A. Stoopendaal, L. Oldenhof, R. Bal (2017) *Literatuurstudie Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte. Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en Trots*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Erasmus University Rotterdam.
- Brouwer, W. (2012) Het complexe dossier gepaste zorg. *ESB*, 97 (4644S), 6-14.
- Cahn, W. (2017) *Focus op lijf en leden (Inaugural lecture)*. Utrecht: Utrecht University.
- CBS (2017) <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37852&D1=11&D2=50-116&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- Chesbrough, H. (2003) *Open innovation; the new imperative for creating and profiting from technology*, Boston: Harvard Business Press.
- Commissie Dekker (Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg) (1987) *Bereidheid tot verandering*, Den Haag.

- Cutler, D.M. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of economic literature*, vol. 40(3): 881 – 906.
- Dijk, J. van, Th. Poell, M. de Waal (2016) *De platformsamenleving: Strijd om publieke waarden in een online wereld*, KNAW Rapport, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dijk, T. van (2017) *Basel & Solvency, a final push for healthcare towards normalisation*, Master thesis. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Duncan, R.B. (1976) *The ambidextrous organization: Designing dualstructures for innovation*. R. H. Kilmann, L. R. Pondy, D. Slevin, eds. *The Management of Organization Design*. New York: North-Holland, 167–188.
- Elchardus, M. (2015) *Voorbij het narratief van de vooruitgang*. Tiel: Lannoo Campus.
- Financieel Dagblad (FD) (2017) *Is ons financiële systeem veiliger geworden? We weten het niet*. Aangehaald op 09-08-2017 en te vinden op <https://fd.nl/economie-politiek/1211248/is-ons-financiele-systeem-veiliger-geworden-we-weten-het-niet>
- FMT (2017) *Europese Investeringsbank steunt modernisering ETZ*. Blog terug te vinden op: <https://www.fmtgezondheidszorg.nl/europese-investeringsbank-steunt-modernisering-etz/>
- Garretsen, H. (2016) *Afscheidsrede Tranzo*. Tilburg: Tilburg University.
- Gooijer, W. de (1988). *Ziekenhuismanagement als afstemmings- en sturingsprobleem. Historie en perspectief*. Assen/Maastricht: van Gorcum.
- Gool, F. van, N. Theunissen, J. Bierbooms, I. Bongers (2016) *Literature study from a social ecological perspective on how to create flexibility in healthcare*. *International Journal of Healthcare Management*. doi: 10.1080/20479700.2016.1230581.
- Governancecode Zorg (2017) Document te vinden op: www.governancecodezorg.nl
- Grinten, T. van der (2006) *Zorg om beleid; over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidscollege. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Grinten, T. van der, J. Kasdorp (1999) *25 jaar sturing in de gezondheidszorg. Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.
- Groot, W., H. Maassen van den Brink (2017) *Leaseconstructie maakt zorg onnodig duur*, blog in *Zorgvisie* www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2017/4/Leaseconstructie-maakt-zorg-onnodig-duur
- Halbersma R.S., M.C. Mikkers, E. Motchenkova et al. (2011) *Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands*. *European Journal of Health Economics*, vol. 12, 589–603.
- Hartog, M. den, R. Janssen, J. Kenis (1998) *De dynamiek van de ziekenhuismarkt in kaart gebracht*. *ZMM*, vol. 14: 12-16.

- Hartog, M. den, R. Janssen (2014) Ontwikkeling van de marktstructuur van Nederlandse ziekenhuizen 1978 tot 2013. Zowel directe overheidssturing als gereguleerde concurrentie stimuleert concentratie. *TSG*, 92 (8), 334-341.
- Hartog, M. den, R. Janssen, B.J. Haselbekke (2017) Overlevingskansen van Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen 37 jaar, fusie als strategie om te overleven? (forthcoming).
- Hartog, M. den, R. Janssen, B.J. Haselbekke, R. Croes, M.Klik (2013) Factors associated with hospital closure and merger: A survival analysis of Dutch hospitals from 1978 to 2010. *Health Services Management Research*, 26(1):1-8.
- Helderman, J., F. Schut, T. van der Grinten, W. van de Ven (2005) Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2), 189-210.
- Helderman, J. (2016) De Effecten van Stelsels. Een drieluik over stelselhervormingen en transities in de Nederlandse gezondheidszorg. Institute for Management Research, Nijmegen: Radboud University.
- Hilders, C. (2016) Tijd voor medisch leiderschap (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Institute of Medicine (2015) The Learning Health System Series. Beschikbaar op: <http://www.nap.edu/catalog/13301/the-learning-health-system-series>
- Intrakoop, Jaarverslag analyse sectorrapport GGZ (2017) Te vinden op: www.intrakoop.nl/Organisatie/Nieuws/Documents/Intrakoop%20Jaarverslagenanalyse%202016%20GGZ.pdf
- Ismail, S., Y. van Geest (2016) Exponentiële organisaties. Amsterdam: Business Contact.
- Jansen, J., M. Tempelaar, F. van den Bosch, H. Volberda (2009) Structural Differentiation and Ambidexterity, *Organization Science* 20(4), pp. 797–811.
- Janssen, M. (2016) Situated Novelty: a study on healthcare innovation and its governance (dissertatie). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Janssen, R., J. van Busschbach (2012) Op weg naar gepaste Geestelijke gezondheidszorg. *ESB*, 97 (4644S), 81-87.
- Janssen, R., R. de Jong (2014) Portfolioanalyse, een toepassing in de GGZ. *Magazine voor ggz en verslavingszorg*, 69(1), 33-40.
- Janssen, R., P. Stam, J. Visser, D. de Vries, J. Wijnker (2017) Blockchain technologie in de gezondheidszorg. *ESB*, 102 (4752), 394-397.
- Jeurissen P., B. Ravesteyn, R. Janssen, M. Tanke (2016) Op weg naar een duurzame geestelijke gezondheidszorg? Een beleidsperspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58:683-687.
- Johnson, G., R. Whittington, K. Scholes, D. Angwin, P. Regner (2017) *Exploring Strategy*. Harlow UK: Pearson Education Limited.

- Mens, K., J. Lokkerbol, R. Janssen, M. van Orden, M. Kloos, B. Tiemens (2017) A cost-effectiveness analysis to evaluate a system change in mental healthcare in the Netherlands for patients with depression or anxiety, forthcoming in Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.
- Merton, R.K. (1936) The unanticipated consequences of purposive social action. American sociological review, (6), 894-904.
- Meurs, P.L. (1997) Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Mikkers, M. (2016) The Dutch Healthcare system in international perspective (oratie) Tilburg: Tilburg University.
- Millenaar, L., E. Graamans, W. ten Have (2015) Rechtvaardigheid als bepalende factor bij organisatieverandering, DePsycholoog, (3), 10-18.
- Moffat, K., J. Lacey, A. Zhang, S. Leipold (2015) The social license to operate: a critical review, in: Forestry: An international Journal of Forest Research, November 22, 2015, 1-12.
- Mom, T., F. van den Bosch, H. Volberda (2009) Understanding Variation in Managers' Ambidexterity, Organization Science 20(4), pp. 812–828.
- Moore, M. (1995) Creating Public Value: Strategic Management in Government. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Mouwen, C.A.M. (2011) Handboek strategisch management voor de non-profit organisatie. Assen: van Gorcum.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2014) Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014, Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2016) Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016, Utrecht.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2016a) Marktscan ggz 2016. Rapport te vinden op https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_ggz_2016.pdf
- Niemeyer, J. (2016) Basel III – what and why? Sveriges Riksbank Economic Review, 1 pp 61-93. http://www.riksbank.se/Documents/Rapporter/POV/2016/2016_1/rap_pov_artikel_3_160317_eng.pdf
- NRC (2017) Beloond voor minder zorg. Vrijdag 23 september in economie katern, pp 10-11.
- NVZ (2017) Bekostiging ziekenhuiszorg. Overzicht te vinden op <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>.
- Oldenhof, L., R. Bal (2016) Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteem met experimentele governance. In Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, 89-126. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

- Oord, A. van den, A. van Witteloostuijn, A. van den Born, P. van Klink (2016) *Game Changers, Hoe Nederlandse bedrijven het spel veranderen*. Den Haag: Koninklijke van Gorcum.
- Peteraf, M., M. Shanley (1997) Getting to know you: a theory of strategic group identity. *Strategic Management Journal*, (18), 165-186. doi: 10.1002/(SICI)1097-0266(199707)18:1+<165::AID-SMJ914>3.3.CO;2-R.
- Postma, J. (2015) *Scaling Care* (dissertation). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Power, Michael (2007) *Organized uncertainty. Designing a world of risk management*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, M. et al. (2009) Reputational Risk: as a logic of organizing in late modernity. *Organization Studies*, 30(02&03),301-324.
- Putters, K. (2009) *Besturen met duivselastiek* (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017) *Zonder context geen bewijs, over de illusie van evidence-based practice in de zorg*, Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2016) *Verlangen naar samenhang, over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*, Den Haag.
- Robben, P. (2010) *Toezicht in een glazen huis* (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Rutten-van Molken, M. (2012) *Goud op de 100 meter HTA* (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Ruwaard, S., E. Loozen, J. Struijs, J. Polder (2014) Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPEdigitaal*, 8(2), 98-117.
- Sabel, C., J. Zeitlin (2012) 'Experimentalist governance'. In *The Oxford Handbook of Governance*, edited by David Levi-Faur, 169-183. Oxford: Oxford University Press.
- Scheer, W. van der (2013) *Onder zorgbestuurders* (dissertation). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Schut, E. (2003) *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg* (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Schut, F.T., W. Greenberg, W.P.M.M. van de Ven (1990) *Antitrust policy in Dutch health care: relevance of EEC competition policy and US antitrust practice*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- SCP (2016) *De toekomst tegemoet, Sociaal en Cultureel Rapport 2016*, Den Haag.
- Severens, J.L. (2011) *Evaluatie zonder grenzen* (Inaugural lecture). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Sheferd, W.G. (1997) *The economics of industrial organisation, analysis, markets, policies*. New Jersey: Prentice Hall.

- Smith, P., A. Anell, R. Busse, L. Crivelli, J. Healy, A. Lindahl, G. Westert, K. Tobechukwu (2012) Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy* 106, pp 37– 49.
- Tiemens, B. (2017) Evidence based practice in mental health care (Inaugural lecture). Nijmegen: Radboud University.
- Tuohy, C.H. (2003) Agency, contract, and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of health politics, policy and law*, 28 (2-3) pp 195-216.
- Varkevisser, M. (2009) Patient choice, competition, and antitrust enforcement in Dutch hospital markets. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Veerbeek, M., A. Knispel, J. Nuijen (2014) GGZ In Getallen, Trimbos Instituut, Utrecht.
- Westra, D. et al. (2016) Understanding competition between healthcare providers: Introducing an intermediary inter-organizational perspective. *Health Policy* <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.018>.
- Westra, D., G. Wilbers, F. Angeli (2016) Stuck in the middle?: A perspective on ongoing pro-competitive reforms in Dutch mental health care. *Health Policy*, 120 (4), pp. 345-349.
- Zorgvisie (2017) Vincent van Gogh krimpt met dertig procent. Artikel te vinden op: <https://www.zorgvisie.nl/vincent-van-gogh-krimpt-met-dertig-procent/>



Prof. dr. Richard Janssen is sinds september 2016 bijzonder hoogleraar 'Bestuur en management van Instellingen in de Gezondheidszorg' vanwege de NVZD - Vereniging van bestuurders in de zorg bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Daarnaast is hij in deeltijd als hoogleraar 'Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg' verbonden aan de Universiteit van Tilburg bij het departement Tranzo.

Professor Richard Janssen has occupied the 'Governance and Management of Healthcare Organisations' Chair as Endowed Professor on behalf of the Dutch Association of Healthcare Executives (NVZD) at Erasmus School of Health Policy & Management at Erasmus University Rotterdam since 2016.

In addition, he works part-time as professor of Healthcare Economics and Organisation at the Tranzo Department, Tilburg University.

**Erasmus University Rotterdam (EUR)
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle (J) Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands
T +31 10 408 85 55
E info@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm**

Zorgorganisaties hebben te maken met toenemende onzekerheden. De institutionele zekerheid die de zorg ooit kenmerkte, is langzaam vervangen door een dynamiek die wordt veroorzaakt door vele beïnvloedende factoren. Zo zijn met de introductie van de marktwerking veel verantwoordelijkheden naar zorgorganisaties gebracht, zoals het werken met integrale tarieven en het contracteren met verzekeraars en gemeenten.

In deze marktomgeving worden zorgorganisaties steeds meer behandeld als een 'normaal' bedrijf. Tegelijkertijd is de omgeving van zorgorganisaties, zeker onder invloed van de decentralisaties, complexer geworden en minder voorspelbaar. In dit krachtenveld is bovendien de rol van banken en verzekeraars veranderd. Na de financiële crisis van 2008 zijn zij steeds meer onzekerheden gaan afwentelen op zorgorganisaties. Belangrijke kanttekening bij deze schets: per individuele zorgorganisatie kan het krachtenveld sterk variëren.

Interne en externe belanghebbenden oefenen steeds meer invloed uit op de sturing van de zorgorganisatie. Dit is een belangrijk uitgangspunt geworden in de Governancecode Zorg 2017.

Door de toegenomen verantwoordelijkheden en onzekerheden en door de complexiteit van de omgeving is het besturen van een zorgorganisatie steeds uitdagender geworden. Een bestuurder in de zorg moet 'tweebenig' kunnen besturen: enerzijds het huis op orde houden en anderzijds kunnen vernieuwen. Daarbij is belangrijk alle belanghebbenden mee te nemen in de plannen en koers van de organisatie. En een cultuur te bevorderen van leren, experimenten en innoveren.

Healthcare organisations are faced with increasing uncertainty. The institutional security that used to be a characteristic feature of healthcare has gradually been replaced by a dynamism caused by many different influential factors. For example, the introduction of market forces has resulted in a great many responsibilities - such as working with integral rates and concluding contracts with insurance companies and municipalities - being transferred to healthcare organisations.

Healthcare organisations are increasingly treated as 'normal' companies in this market-oriented environment. At the same time, these healthcare organisations' own environment has become more complex and less predictable, which is mainly due to decentralisation policy. The role of banks and insurance companies has also changed as a result of this new field of influence. After the 2008 financial crisis, these parties tend to shift risks to healthcare organisations. However, it is important to note here that the field of influence can differ strongly for each individual healthcare organisation.

Internal and external stakeholders are more and more successful to exercise influence on governance of healthcare institutions. And this has become a major starting point in the 2017 Governance Code for Healthcare. As a result of all these increased responsibilities and uncertainties and the complexity of the environment, governance of healthcare organisations has become more and more a real challenge. Executives in the healthcare sector have to be able to carry out 'ambidextrous' management; they have to maintain their daily business in good order while innovating at the same time. Moreover, it is important to include all parties concerned in the organisation's plans and policy and to foster a culture where the focus is on learning, experimenting and innovation.