

Hervormingen in de Nederlandse zorg

Een analyse vanuit politicologisch-
bestuurskundig perspectief

Hans Maarse en Patrick Jeurissen

Hans Maarse en Patrick Jeurissen

Hervormingen in de Nederlandse zorg

Hervormingen in de Nederlandse zorg

De huidige structuur van de Nederlandse zorg is mede het resultaat van opeenvolgende hervormingen in met name de twintigste eeuw. Hervormingen hebben vooral op het gebied van de (financiële) toegankelijkheid veel resultaat opgeleverd.

Ook in de toekomst zal de roep om hervormingen blijven klinken, in het bijzonder met het oog op de houdbaarheid en toegankelijkheid van het zorgstelsel. Maar wat zijn hervormingen en welke typen van hervormingen bestaan er? Wat maakt hervormingen in de zorg bijzonder? Hoe steekt de dynamiek van hervormingen in elkaar? Welke factoren beïnvloeden de agendering, inhoud en het resultaat ervan? Hoe komt het dat elke hervorming bij nadere inspectie een combinatie blijkt van verandering en continuïteit? Waaruit blijkt die continuïteit en hoe valt deze te verklaren? Hoe verhoudt de transformatieve kracht van hervormingen zich tot de transformatieve kracht van andere factoren, in het bijzonder de groei van de medische kennis en de uitbreiding van de medische technologie?

Deze studie zoekt een antwoord op deze vragen vanuit een politicologisch-bestuurskundige invalshoek.



9 789464 918472

Hervormingen in de Nederlandse zorg

Een analyse vanuit politicologisch-bestuurskundig
perspectief

Hans Maarse en Patrick Jeurissen*

Nijmegen, 2024

Meer informatie over deze uitgave kunt u krijgen bij IQ Health, wetenschappelijke afdeling Radboudumc
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (160)
Kapittelweg 54, 6525 EP (route 160)
T. +31 24 36 15305

© Academie voor Betaalbaarheid van Zorg

Vormgeving omslag: IQ Health
Zetwerk: IQ Health

ISBN: 978 94 6491 847 2
NUR: 805

Met uitzondering van het auteursrecht van de auteur op het werk, berusten alle intellectuele eigendomsrechten op de uitgever. Alle auteursrechten en databankrechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor de afwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever deswege geen aansprakelijkheid.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the publisher's prior consent.

While every effort has been made to ensure the reliability of the information presented in this publication, Sdu Uitgevers neither guarantees the accuracy of the data contained herein nor accepts responsibility for errors or omissions or their consequences.

Many of the core differences in national health insurance arrangements are not (...) the product of differences in fundamental social values. Rather, they reflect differences in the political superstructure, differing accommodations of clashing interests, and of the historically contingent 'accidental logics' (...) of established social institutions' (Marmor et al, 2012: 122).

Inhoudsopgave

'Ontregeling' van de zorg.....	7
Vraagstelling en opzet.....	11
Heeft de zorg unieke kenmerken?.....	17
Korte historie van belangrijke hervormingen	23
Hervormingen in de curatieve zorg.....	24
Hervorming van de langdurige zorg.....	29
Versterking van de positie van de zorgvrager.....	31
Resultaten van hervormingen	33
Wat is een hervorming?.....	37
Incrementele beleidsveranderingen	38
Hervormingen in theorie en praktijk	39
Afbakening.....	41
Autonome veranderingen.....	45
Invloed van omgevingsfactoren.....	49
Classificatie van hervormingen	53
Bestuurlijke en beleidshervormingen	53
Grote en kleine hervormingen	54
Ordening- en beheersinggerichte hervormingen.....	55
Intern en extern gerichte hervormingen	56
Hiërarchische en netwerkbesturing	59
Verandering van beleidsparadigma	63
Het marktparadigma.....	64
Het preventieparadigma	66
Hervormen en waardenpluralisme: het normatieve model.....	69
Hervormen als uitdenken: het rationele model.....	73
Problemanalyse.....	75
Hervormen als uitvechten: het conflictmodel	77
Agendavorming	77
Hervormingen verlopen niet lineair	79
Politieke besluitvorming	80
Hervorming als verandering en continuïteit: het institutionele model.....	83
Betekenis van hervormingen	87
Uitdagingen.....	91
Besluit.....	95
Referenties	97

‘Ontregeling’ van de zorg

Hoewel de tijd voor administratieve taken in de zorg moeilijk precies te bepalen valt (Hagenaars, 2021), lijkt iedereen het er wel over eens dat de Nederlandse zorg gebukt gaat onder een hoge registratie- en verantwoordingslast.¹ Medewerkers in de ouderenzorg schatten zo’n 35% van hun werktijd aan administratieve taken te besteden en medewerkers in het ziekenhuis zelfs 40% (RVS, 2023). De hoge registratie- en verantwoordingslast is een bron van frustratie omdat zij uiteindelijk ten koste van de patiëntenzorg gaat. Een deel van deze last wordt bovendien als zinloos en een aantasting van de beroepseer ervaren. Velen pleiten daarom voor een drastische vermindering van de registratie- en verantwoordingslast door vertrouwen in de plaats van bureaucratie. In het recente verleden zijn diverse nationale en lokale initiatieven tot ‘ontregeling’ in de zorg gestart maar tot dusver met weinig resultaat. Ontregelen blijkt in de praktijk niet eenvoudig. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving spreekt zelfs van een gordiaanse knoop die in de praktijk moeilijk te ontwarren valt (RVS, 2023).

De hoge registratie- en verantwoordingslast valt niet op een enkele oorzaak terug te voeren. Zij is het resultaat van almaar verder uitdijende regelgeving, bestuurlijke maatregelen, onderzoek en andere activiteiten gedurende een langere periode in een politieke en maatschappelijke context waarin de nadruk steeds meer op verantwoording en transparantie is komen te liggen. Hiervoor zijn diverse oorzaken aan te wijzen zoals de toegenomen aandacht voor fouten en fraude, de incidentgedreven reflex van de politiek die stevast uitmondt in een roep om strenge(re) regels plus controle en een systemisch gebrek aan aandacht voor de uitvoering en kosten van registratie en verantwoording. De complexiteit van het besturingsapparaat waarin tal van actoren, in veel gevallen op basis van de wet, met toezichtstaken zijn belast maakt de zaak er evenmin eenvoudiger op. Marktwerking in de zorg speelt ook mee. Factoren zoals zorginkoop door verzekeraars en gemeenten, de bekostiging van de zorg op basis van prijsafspraken over dbc’s en openbare aanbestedingen betekenen in de praktijk een forse verhoging van de administratielast. Tenslotte, maar beslist niet in de laatste plaats, is de meting van de kwaliteit van de zorg met behulp van kwaliteitsindicatoren ontspoord. Het totaal aantal indicatoren is de twee duizend gepasseerd.

¹ De hoge verantwoordingslast is overigens allesbehalve een typisch Nederlands probleem. Het gaat om een internationaal fenomeen. Daarbij maakt het echter verschil uit hoe de zorg is georganiseerd. Himmelstein en zijn collega’s (2020) hebben berekend dat de zogeheten *administrative costs* in de Canadese zorg veel lager zijn dan in Amerikaanse zorg. In 1999 kwam het aandeel van deze kosten in de Verenigde Staten uit op 31% van de totale zorguitgaven en in Canada op 16,7%. Volgens de onderzoekers heeft dit verschil alles te maken met verschillen in de wijze waarop de zorg in de Verenigde Staten en Canada is georganiseerd.

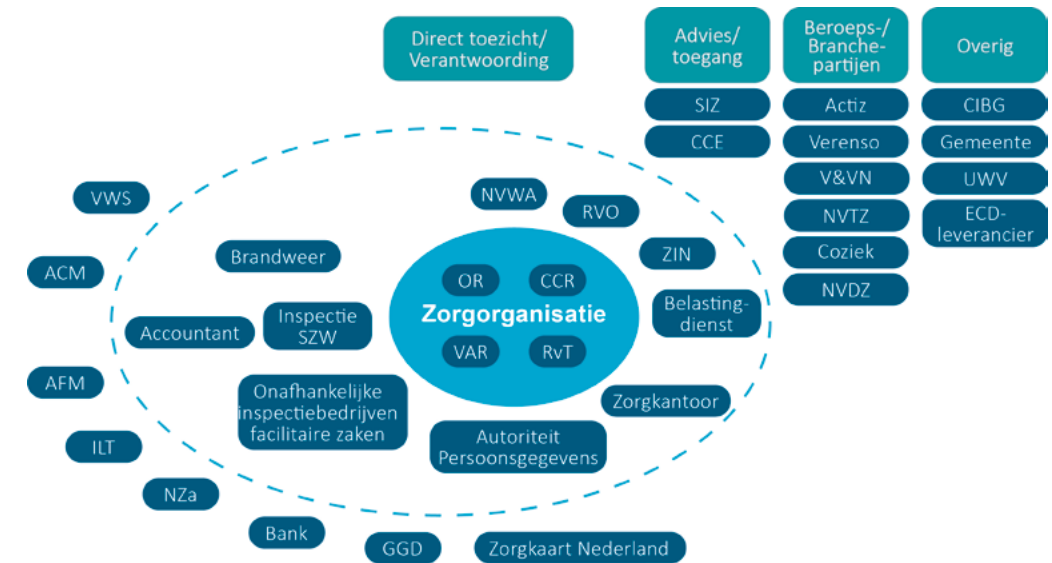
De idee dat kwaliteit van zorg geheel in kwantitatieve gegevens valt uit te drukken en dat verantwoording de complexe werkelijkheid ervan dekt blijkt een illusie (RVS, 2023). Er leven grote twijfels over het praktische nut van veel registraties. Waarom moet een verpleegkundige zoveel keer per dag standaard de pijnbeleving van een patiënt vastleggen? Waarom niet alleen een verandering in pijnbeleving registreren?²

De RVS stelt in zijn rapport 'Is Dit Wel Verantwoord?' dat de huidige praktijk van registreren en verantwoorden is doorgeschoten. Deze praktijk staat in het teken van wantrouwen. De bureaucratische logica van controle verdraagt zich moeilijk met de professionele logica van vertrouwen. De Raad pleit daarom voor een verschuiving in de richting van een vertrouwensmodel dat uitgaat van de intrinsieke motivatie van zorgverleners en andere 'verantwoordingsverstrekkers' om hun taken op een verantwoorde manier uit te voeren. In dat proces zouden alle betrokken partijen hun aandeel in de vermindering van de registratie- en verantwoordingslast moeten leveren. Zo ingewikkeld kan dit toch niet zijn? De praktijk wijst echter anders uit. Hoe valt dit te verklaren? Welke lessen van initiatieven zoals '(Ont)regel de Zorg' of 'Zinvolle Registratie' zijn te trekken?

Allereerst is daar de complexe organisatie van het proces van registreren en verantwoorden. Er zijn tal van actoren bij betrokken, niet alleen binnen de zorg zelf maar ook in de buitenring van de zorg. Een deel van de organisaties in de buitenring zijn niet specifiek op de zorg gericht, maar hebben de zorg wel als een van hun werkgebieden. De onderstaande figuur (RVS, 2023) brengt de inkapseling van zorgorganisaties in de intramurale ouderenzorg in beeld.

Alle partijen in dit schema hebben hun redenen om gegevens van zorgorganisaties op te vragen. Voor sommige vloeit dit voort uit hun wettelijke taak. Die wettelijk taak kan allerlei dubbelingen in de verantwoordingsplicht met zich meebrengen. Zo moet de NZa de rechtmatigheid van de bestedingen van een zorgorganisatie controleren ondanks het feit dat de accountant van deze organisatie deze al heeft gefiatteerd. Een andere complicerende factor betreft het gebrek aan uniforme procedures voor registratie en verantwoording. Zo moet een zorgorganisatie die voor de uitvoering van Wmo-activiteiten contracten met meerdere gemeenten heeft per gemeente verantwoording afleggen. Dat is op zich al een tijdrovende activiteit, maar nog meer als de regels voor registratie en verantwoording en de gebruikte terminologie per gemeente verschillen. ICT-problemen staan vermindering van de administratielast ook in de weg.

Er doen zich meer problemen voor. Elke actor kan zich zonnig verschuilen achter zijn eigen (wettelijke) taak om het proces van registratie en verantwoording te legitimeren. Tegelijkertijd draagt geen enkele actor verantwoordelijkheid voor de totale



Figuur 1. Participanten aan het proces van verantwoording in de zorg.

(Bron: Berenschot (2020). Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg: Impact in beeld. (Eindrapport)

administratielast. Toezichthouders kunnen tevens weinig genegen zijn om hun aandeel in de uitvoeringslast in beschouwing te nemen. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt in de praktijk maar al te graag bij andere actoren gelegd.

De hoge administratieve last heeft niet alleen te maken met de gefragmenteerde structuur van het toezicht in de zorg. De bestuurlijke en politieke cultuur speelt ook een rol. Zoals reeds ter sprake kwam, wordt het toezicht meer gedreven door een cultuur van wantrouwen dan door een cultuur van vertrouwen. Controle betreft een essentieel onderdeel van het *New Public Management* in het overheidsbeleid. De controledwang wordt nog versterkt door toegenomen eisen die aan zorgorganisaties worden gesteld en aan een incidentgedreven regelreflex en afrekencultuur in de politiek. Juridificering speelt ook mee. Geen enkele toezichthouder wenst op falend toezicht te worden aangesproken, ook vanwege eventuele financiële claims die daaruit kunnen voortvloeien. Risicomijding is voor zorgorganisaties zelf reden om intern een strakke registratie- en verantwoordingsplicht op te tuigen. Tenslotte speelt ook de marktwerking mee. Marktwerking veronderstelt immers een goed geïnformeerde burger die moet weten wat een zorgverzekeraar te bieden heeft en hoe het staat met de kwaliteit van de zorg. De zorgverzekeraar wil daar zelf ook alles van weten, omdat kwaliteit een belangrijk criterium bij de zorginkoop is.

Een volgende factor betreft belangen. Voorover een organisatie zijn bestaansrecht aan toezicht ontleent, is dat begrijpelijk. Accreditatiebureaus kunnen niet werken zonder een veelheid aan gegevens over hoe een (zorg)organisatie presteert. Alle toezichthoudende partijen komen echter op voor hun deelbelang. De houding van branche- en patiënten-

² In het politieke debat trekt de grote hoeveelheid tijd die zorgverleners aan registratie kwijt zijn de meeste aandacht. De veronderstelling dat minder tijd voor registratie meer tijd voor patiëntenzorg oplevert is hierop gebaseerd. In feite is hier sprake van een versmalling van het probleem. Zoals aangegeven reikt het probleem van de hoge registratie- en verantwoordingslast veel verder dan de registratie van allerlei onderdelen van de directe patiëntenzorg.

organisaties is tekenend. Deze organisaties zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteitskaders en willen niet dat hieraan afbreuk wordt gedaan. Toen organisaties in wijkverpleging en verpleeghuiszorg een generiek kwaliteitskompas wilden ontwikkelen (naar het voorbeeld van de gehandicaptensector) vonden zij de Patiëntenfederatie Nederland en de beroepsvereniging van specialisten in de ouderengeneeskunde Verenso op hun weg omdat in het voorgestelde kader te weinig toetsbare afspraken zouden zijn opgenomen (RVS, 2023b).

Tenslotte is ook in de wereld van toezicht en verantwoording sprake van een gevestigde orde die zich niet gemakkelijk laat doorbreken. Toezicht-houdende organisaties verschuilen zich graag achter de wet en wijzen er op dat de maatschappij om rekenschap en verantwoording vraagt.

De overheid beschikt, in ieder geval tot dusver, over onvoldoende doorzettingsmacht om dit patroon te doorbreken. Hoewel een hervorming met het oog op een forse vermindering van de registratie- en verantwoordingslast broodnodig is, blijkt zij in de praktijk veel gemakkelijker gezegd dan gedaan. Zij vereist een collectieve verantwoordelijkheid met het risico van collectieve verlamming.

De ervaring met pogingen tot ontregeling van de zorg staat niet op zich. Hervormen blijkt stevast een complexe activiteit met een reële kans op vastlopen. Deze thematiek is het onderwerp van deze studie.

Vraagstelling en opzet

Elke hervorming in de zorg, ongeacht of het om een ‘stelselwijziging’ gaat of een beleidswijziging op een deelgebied, betreft een poging tot een ingrijpende verandering in de zorg. In meer abstracte bewoordingen willen pleitbezorgers van een hervorming een nieuw beleidspad inslaan of een historisch gegroeid beleidspad fors bijsturen. In hun visie is een andere manier van denken en handelen noodzakelijk om de vele uitdagingen waarmee de zorg wordt geconfronteerd adequaat op te pakken. Kleine of incrementele beleidsaanpassingen – voortmodderen (*muddling through*) in de terminologie van Lindblom (1959) – voldoen niet. Het tot stand brengen van ingrijpende veranderingen blijkt echter in de praktijk een lastige opgave. Hervormingen moeten niet alleen worden ‘uitgedacht’ maar tevens worden ‘bevochten’ in een druk bezette politieke arena waarin ideologische opvattingen, belangenconflicten en machtsverhoudingen grote invloed op de inhoud en afloop ervan hebben. Elke hervorming blijkt bij nadere inspectie bijna altijd minder ingrijpend dan zij op het eerste gezicht oogt. In feite komt elke hervorming neer op een ingewikkelde combinatie van verandering én continuïteit. Soms wordt een hervorming vanwege teleurstellende resultaten na enkele jaren weer teruggedraaid of gevolgd door een nieuwe hervorming. De behoefte aan nieuwe hervormingen kan overigens ook voortvloeien uit het feit dat de zorg voortdurend in beweging is en beleidsmakers steeds voor nieuwe uitdagingen plaatst.

De huidige inrichting van de zorg in Nederland toont in veel opzichten de sporen van hervormingen in een ver en recent verleden. Zo legde de Geneeskundige Staatsregeling in 1865 het exclusieve recht van de medische beroepsgroep op de uitoefening van de geneeskunde vast. Met de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) in 1968 werd een wettelijk fundament gelegd voor de organisatie en financiering van de langdurige zorg. Nederland was zelfs het eerste land op het Europese continent met een afzonderlijke volksverzekering voor de langdurige zorg. De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 die een einde maakte aan de traditionele tweedeling tussen ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering ligt nog vers in het geheugen.

Tegelijkertijd moet de betekenis van hervormingen voor de inrichting van de zorg ook weer niet worden overschat. De huidige zorg in Nederland is evenzeer de uitkomst van incrementalistische structuur- en beleidsveranderingen op allerlei niveaus in de zorg. Kleine veranderingen kunnen echter, zeker over een langere periode beschouwd, bijna ongemerkt grote veranderingen in de zorg teweeg brengen. De hoge registratie- en verantwoordingslast is hiervan een voorbeeld. Deze last is niet (enkel) het gevolg van hervormingen maar het resultaat van talloze ‘kleine’ beslissingen in het verleden waarbij de ene maatregel op de andere volgde. Het gevolg van deze stapeling van beleid is dat de registratie- en verantwoordingslast bijna ongemerkt uit de hand is gelopen en tot

een structuurkenmerk van de zorg is uitgegroeid.³ En dit is nog niet alles, want de zorg wordt ook sterk beïnvloed door min of meer autonome ontwikkelingen zoals de enorme kennisinnovatie op het terrein van ziekte en gezondheid, de technologische revolutie of maatschappelijke ontwikkelingen van economische of sociaalculturele aard. Dit alles roept de vraag op naar de relatieve betekenis van hervormingen voor de inrichting van de zorg.

Hervormingen in de zorg in Nederland vormen het centrale thema in deze studie. Om de thematiek te begrenzen is de focus daarbij gericht op hervormingen in de curatieve (medische) en langdurige zorg die vanaf het begin van de negentiende eeuw tot op heden door de centrale overheid zijn geïnitieerd. Hervormingen door zorginstellingen, zorgverzekeraars, artsorganisaties, patiëntenorganisaties of andere actoren vallen buiten het bereik van deze studie. Er is dus gekozen voor een macro-perspectief. De focus op door de overheid in gang gezette hervormingen betekent uiteraard niet dat voornoemde actoren geheel buiten beschouwing blijven. Zij het in wisselende mate, spelen zij immers in elke hervorming de rol van belanghebbende (*stakeholder*) die grote invloed op de gang van zaken tracht uit te oefenen.

De keuze voor het begin van de negentiende eeuw hangt samen met het feit dat de overheid in die periode een voorzichtig begin maakte met de organisatie van de zorg die verder reikte dan de bestrijding van epidemieën en de bevordering van de openbare hygiëne. Zo voerde Lodewijk Napoleon in 1808 een verplichte koepokvaccinatie in voor bepaalde categorieën van de bevolking.⁴ Thorbecke droeg de zorg voor de volksgezondheid in zijn Provincie- en Gemeentewet (1851) niet meer uit weg te denken en kijkt menigeeen bij problemen onmiddellijk richting centrale overheid voor een 'oplossing'. De verantwoordelijkheid van de overheid is ook expliciet vastgelegd in de Grondwet. Artikel 22.1 luidt kort en bondig: 'de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.'

Het doel van deze studie is niet om nieuwe voorstellen te formuleren voor hoe de zorg van de toekomst zou moeten worden ingericht. In plaats daarvan analyseren we hervormingen in de zorg vanuit een politicologisch-bestuurskundig perspectief. Wat moet onder een hervorming worden verstaan en welke typen hervormingen zijn te onderscheiden?

³ Een ander leerzaam voorbeeld hiervan biedt Hacker in zijn studie van de verborgen privatisering van het Amerikaanse systeem van sociale bescherming. Hij constateert een *decline of benefits* die echter niet het resultaat is van forse ingrepen in het bestaande systeem, maar van minder zichtbare veranderingen over een langere periode, door hem aangeduid als *policy drift*, zoals bijvoorbeeld een kleine beperking van de aanspraken, een aanscherping van de voorwaarden om voor bescherming in aanmerking te komen, het niet uitbreiden van de risicobescherming en incrementele bezuinigingen.

⁴ Hiertoe behoorden burgers 'die uit de publieke kassen eenige onderstand genoten', 'kinderen of volwassenen opgenomen in openbare gestichten' en officieren en soldaten. Sommige gemeenten voerden eveneens een beperkte vaccinatieplicht in. Zo stelde Amsterdam in 1812 vaccinatie verplicht voor toelating tot de scholen (Maas, 1988).

Welke doeleinden worden met hervormingen nagestreefd en welke middelen worden daartoe ingezet? Hoe steekt de besturing van hervormingen in elkaar? Welke omgevingsfactoren beïnvloeden hervormingen? Hoe valt te verklaren dat hervormingen vaak moeizaam verlopen en bij nadere beschouwing steeds een combinatie van verandering en continuïteit blijken? Hoe moet het relatieve belang van hervormingen worden beoordeeld? Waar in de zorg hebben hervormingen een beslissende invloed uitgeoefend en moet het belang ervan niet worden onderschat? Welke toekomstige uitdagingen zullen om nieuwe hervormingen vragen? En tenslotte: is het idee van een optimaal zorgsysteem, toch het ideaal van elke hervorming, niet een naïef idee?

We beginnen met een prealabele vraag: heeft de zorg specifieke kenmerken die haar van andere beleidssectoren onderscheidt en hervormingen een eigen dynamiek geven? Onze conclusie luidt bevestigend: hervormingen in de zorg zijn inderdaad niet goed te begrijpen zonder inzicht in drie specifieke kenmerken van de zorg, te weten de heilige graal van de universele toegankelijkheid, de bijzondere relatie tussen zorgvrager en zorgverlener en de daarmee verbonden traditionele machtspositie van de medische beroepsgroep.

Na deze inleidende beschouwing volgt een kort overzicht van belangrijke hervormingen vanaf het begin van de negentiende eeuw. Dit beschrijvende overzicht toont een patroon van opeenvolgende hervormingen in een veranderende politiek en maatschappelijk klimaat. Deze historie kent een eigen dynamiek of in de terminologie van Tuohy (199) *system logic* waarbij de bijzondere verhouding tussen overheid en particulier initiatief eruit springt.

Hervormingen zijn een doelgerichte poging om veranderingen in de zorg tot stand te brengen. Echter, lang niet alle veranderingen in het brede zorglandschap zijn aan hervormingen toe te schrijven. De zorg van vandaag is evenzeer de uitkomst van allerlei relatief autonome veranderingen. Denk bijvoorbeeld aan de enorme invloed van allerlei medisch-technologische ontwikkelingen die er onder meer toe hebben geleid dat het ziekenhuis van vandaag onvergelijkbaar is met het ziekenhuis van nog maar enkele decennia geleden.

Een volgend onderwerp van bespreking betreft de invloed van allerlei omgevingsfactoren op hervormingen. Hervormingen spelen zich af in een historische en contemporaine context die niet alleen richting geeft aan hervormingen maar er ook grenzen aan stelt.

De term hervorming verdient ook nader onderzoek. Wat onder een hervorming te verstaan en wat is het onderscheid tussen een hervorming en een incrementele beleidsverandering? Elke hervorming heeft twee gezichten: enerzijds gaat het om een plan voor verandering en anderzijds om een praktijk van verandering. Het plan geeft richting aan de praktijk maar het omgekeerde is eveneens het geval.

Hervormingen zijn op verschillende manieren in te delen. Terwijl bestuurlijke hervormingen zich richten op de spelregels voor de besturing van de zorg (bijvoorbeeld centralisatie of invoering van marktwerking), beogen beleidshervormingen inhoudelijke veranderingen tot stand te brengen (bijvoorbeeld een versterkte nadruk op preventie of een forse bezuiniging). Hervormingen verschillen eveneens qua bereik. Terwijl sommige

hervormingen gericht zijn op het hele zorgsysteem, blijven andere juist beperkt tot een bepaald deelgebied. Het doel van hervormingen kan eveneens verschillen. In dit verband maken we onderscheid tussen ordenings- en beheersingsgerichte hervormingen. Een volgende indeling betreft het onderscheid tussen intern- en externgerichte hervormingen. Externgerichte hervormingen hebben in tegenstelling tot interngerichte hervormingen tot doel bepaalde veranderingen in de omgeving van het zorgsysteem te bevorderen om aldus *system overload* te voorkomen. Een voorbeeld is het bevorderen van een gezonde leefomgeving en leefstijl teneinde de zorgvraag te verminderen. Hervormingen gericht op een doelmatiger organisatie van de zorgverlening vallen in de categorie interngericht. Tenslotte maken we onderscheid tussen een hiërarchisch en netwerkmodel van besturing van hervormingen. Terwijl de overheid in het hiërarchische model een sturende rol in het hervormingsproces vervult, is in het netwerkmodel sprake van een collectief besluitvormingsproces met de overheid als een van de (nauw) betrokken partijen.

Hervormingen berusten op het idee dat een effectieve aanpak van problemen in het zorgstelsel een nieuw denkmodel of beleidsparadigma vereist. De opkomst van een nieuw paradigma blijkt vaak nauw verbonden met een bredere onderstroom in de visie op de rol van de overheid in de samenleving. Zo betreft de opkomst van het planningsdenken in de jaren zeventig en de marktwerking in de jaren tachtig en negentig geen op zichzelf staande ontwikkeling. De planningsrage en de markthervorming weerspiegelen politiek-ideologische trends die in een bepaald tijdsgewricht domineren. Beleidsparadigma's bieden goede aanknopingspunten voor een kritische doorlichting van veronderstellingen die aan een hervorming ten grondslag liggen. We zullen dit illustreren aan de hand van het marktparadigma en het preventieparadigma.

Hervormingen kunnen vanuit verschillende analytische standpunten worden bestudeerd. In het normatieve model staan de waarden centraal die richting aan een hervorming geven. Tevens moet een balans tussen verschillende waarden worden gevonden. In het rationele model wordt een hervorming opgevat als een proces van uitdenken. De nadruk ligt op informatie, analyse, argumentatie en overtuigingskracht. Ook de keuze voor bepaalde waarden en de uitwerking ervan in concrete doeleinden moet worden beargumenteerd. Hervormen is tevens een kwestie van uitvechten. Elke hervorming blijkt controversieel en moet in de politieke arena worden bevochten. Dit is de kern van het conflictmodel waarin belangen en macht een centrale rol spelen. De essentie van het institutionele model is dat hervormingen een veel meer evolutionair dan revolutionair verloop hebben. Er zijn in de zorg allerlei conserverende krachten werkzaam die de ruimte voor ingrijpende veranderingen beperken. Elke hervorming betreft daarom een complexe mix van verandering en continuïteit.

Zoals reeds ter sprake kwam zijn lang niet alle veranderingen in de zorg aan hervormingen toe te schrijven. Het zorglandschap is tevens het resultaat van relatief autonome veranderingsprocessen. Dit gegeven roept de vraag op naar het relatieve belang van hervormingen. In antwoord op deze vraag zullen we betogen dat de invloed van hervormingen niet overschat maar ook niet onderschat mag worden. Vooral op het terrein

van de toegankelijkheid van de zorg zijn hervormingen van beslissende betekenis geweest.

Hervormingen zijn te beschouwen als een vast ritueel in de historie van de zorg. Ook in de toekomst zullen hervormingen op de politieke agenda worden geplaatst om uitdagingen het hoofd te bieden. De afsluitende paragraaf bevat een korte bespreking van enkele belangrijke uitdagingen. Twee hiervan raken de toegankelijkheid van de zorg, te weten het probleem van de betaalbaarheid en het verwachte personeelstekort. Een andere uitdaging heeft te maken met de snelle ontwikkeling van wat Sharon (2021) de *Googlization* van ziekte en gezondheid noemt. Andere uitdagingen betreffen het risico op de uitbraak van nieuwe pandemieën en het risico van een dalend publiek vertrouwen in de zorg.

Heeft de zorg unieke kenmerken?

De zorg heeft veel gemeen met andere sectoren van overheidsbeleid. Zij heeft een complexe publiek-private structuur met talloze deelbelangen, is politiek gevoelig, wordt geconfronteerd met enorme kostenstijgingen en ingewikkelde normatieve vraagstukken, staat voor grote uitdagingen, machtsverhoudingen spelen een belangrijke rol, et cetera. De gezondheidszorg is dus alles behalve uniek. Toch rijst de vraag of het bij hervormingen iets uitmaakt om welke beleidssector het gaat. Is de hervorming van de zorg in alle opzichten vergelijkbaar met de hervorming van bijvoorbeeld de woningbouw, het onderwijs, de landbouw of welke andere sector dan ook? Of heeft de zorg specifieke kenmerken die in andere beleidssectoren niet of in ieder geval minder pregnant aanwezig zijn en hun stempel drukken op de inhoud en het verloop van hervormingen? ‘*Is health policy different?*’ is de titel van een artikel van Carpenter (2012) over dit onderwerp.

In deze paragraaf wordt deze vraag bevestigend beantwoord. Hervormingen in de zorg zijn niet goed te begrijpen zonder inzicht in een aantal specifieke kenmerken van de zorg die in andere sectoren van overheidsbeleid (veel) minder herkenbaar zijn. Het is vooral de combinatie van deze kenmerken die de zorg onderscheidt van andere sectoren van overheidsbeleid. Welke zijn deze kenmerken en wat leren zij ons over hervormingen in de zorg?

Het unieke van de zorg hangt allereerst samen met het feit dat het in de zorg gaat om fundamentele aspecten van ieders leven: gezondheid, ziekte, beperking, leven en dood. Gezondheid heeft zowel intrinsieke als extrinsieke waarde. Gezondheid is een waarde op zich en tevens een primaire voorwaarde voor deelname aan de samenleving (Daniels, 1985; Sen, 2009). De zorg kenmerkt zich, in de terminologie van de politiek filosoof Walzer (1983), door een eigen *sphere of justice*. Zij zou voor elke burger toegankelijk moeten zijn. Ongelijke toegang is onrechtvaardig en tast de legitimiteit van het zorgstelsel aan. Recht op zorg is een mensenrecht.⁵

Een tweede specifiek kenmerk betreft de bijzondere relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Deze relatie wordt, zij het in verschillende gradaties, gekenmerkt door een grote mate van informatie-asymmetrie (Arrow, 1963). De zorgvrager is in hoge mate aangewezen op de kennis en expertise van de zorgverlener. De zorg wordt daarom wel een *credence good* genoemd. De zorgvrager moet vertrouwen stellen in de kennis en expertise van de zorgverlener. De relatie tussen zorgvrager en zorgverlener is dus in essentie een vertrouwensrelatie. Dit kenmerk stelt hoge eisen aan de kennis en bekwaamheid van de zorgprofessie. Zij moet met krachtige waarborgen (denk aan opleiding, toelating en kwaliteitseisen) zijn omgeven. Grote fouten moeten worden gesanctioneerd. Het derde kenmerk hangt hiermee nauw samen en betreft de bijzondere en exclusieve positie van de medische beroepsgroep.

⁵ Een sector die hierbij in de buurt komt is onderwijs.

Deze positie verschaft haar traditioneel een sterke positie in het zorgstelsel (Starr, 1982; Freidson, 2001). De prominente rol van zelfregulering is niet enkel gebaseerd op specifieke kennis en expertise van de beroepsgroep maar ook expliciet verankerd in wet- en regelgeving.

Wat leren deze kenmerken ons over hervormingen in de Nederlandse zorg? Bezien we allereerst het uitgangspunt dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn. Dit uitgangspunt heeft zich de afgelopen decennia ontwikkeld tot een van de normatieve pijlers van het Nederlandse zorgstelsel. Universele toegankelijkheid is een *sacred value* geworden en behoort in de terminologie van Tuohy (1989) tot de *system logic* van ons zorgstelsel. Om deze reden is het politiek vrijwel taboe⁶ om de toegankelijkheid van de zorg tegen andere belangen, bijvoorbeeld financiële belangen, af te wegen (Tetlock, 2003). De technocratie van de kostenbeheersing staat in schril contrast tot politieke gevoeligheid van de toegang tot de zorg. De gezondheid van burgers en daarmee de toegankelijkheid van de zorg verdient ‘per definitie’ voorrang. De zorg mag daarom niet aan het vrije spel van maatschappelijke krachten (de ‘markt’) worden overgelaten. De overheid moet de toegankelijkheid van elke burger garanderen door middel van een goed geëquipeerd en gespreid aanbod van voorzieningen en het wegnemen van financiële obstakels die de toegang tot de zorg belemmeren. Nieuwe behandelingen, hoe kostbaar ook, moeten voor iedereen beschikbaar zijn. De ouderenzorg en de zorg voor burgers met een beperking vereist een breed geschakeerd aanbod van medische of sociale voorzieningen.

Het normatieve principe van de universele toegankelijkheid stelt grenzen aan hervormingen. Deze moeten de toegankelijkheid van de zorg waar nodig versterken en mogen deze niet aantasten. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat besparingen (bezuinigingen) in relatief pijnloze verbeteringen moeten worden gezocht zoals verbetering van de doelmatigheid door beperking van de administratieve last. Die tasten immers de toegankelijkheid niet aan. Ook het pleidooi voor zinnige of passende zorg past perfect in het rijtje van pijnloze besparingen. Wie wil immers voor onzinnige zorg pleiten? Pijnlijke ingrepen of ‘scherpe keuzes’ waar de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in zijn in 2021 uitgebrachte advies voor pleitte (WRR, 2021) liggen politiek uiterst gevoelig. Politici branden hun vingers er liever niet aan. Eigen betalingen, door fervente tegenstanders bestempeld als een ‘boete op ziekte’, kunnen reden zijn voor zorgmijding. Opmerkelijk bij dit alles is overigens dat het aandeel van de eigen bijdragen in de zorguitgaven met uitzondering van Luxemburg nergens op het Europese continent zo laag is als in Nederland (OECD, 2023).⁷

⁶ Deze observatie moet overigens ook weer niet worden verabsoluteerd. Zo biedt de Zvw in vergelijking tot het voormalige ziekenfonds maar een beperkte dekking van mondzorg. De kosten voor de tandarts en andere mondzorg (zoals de mondhygiënist) voor volwassenen vanaf 18 jaar vallen niet onder de basisverzekering. Ook de dekking van fysiotherapie is in de basisverzekering beperkt.

⁷ Het aandeel van de eigen betalingen is in de meeste landen in de afgelopen decennia (fors) gedaald. De daling betreft dus een min of meer universele trend.

Vanuit de optiek van de toegankelijkheid is het leerzaam om het effect van hervormingen in de curatieve zorg te vergelijken met de invloed van hervormingen in de arbeidsongeschiktheidsverzekering in de jaren negentig en later. Deze laatste hervormingen tonen een ander beeld. Zo werden de criteria voor een uitkering aangescherpt. Ook waren er ingrepen in de hoogte en de duur van de uitkering.⁸ De toegang tot een bijstandsuitkering werd eveneens aangescherpt en de wet voorzag in eventuele strafmaatregelen bij overtreding van de regelgeving. Vergelijkbare ingrepen in de zorg zijn politiek ondenkbaar. Deze verschillen suggereren ten aanzien van de toegankelijkheid een status aparte van de curatieve zorg in de Nederlandse verzorgingsstaat (Van der Aa et al, 2019).⁹ Voor de langdurige zorg ligt de kwestie overigens genuanceerder. Zo werd de hervorming van de langdurige zorg en de daarmee gepaard gaande forse bezuiniging onder meer gelegitimeerd met een beroep op de maatschappelijke en individuele verantwoordelijkheid van burgers. Het recht op langdurige zorg bleef onaangetast maar er kwamen wel strengere indicatiecriteria. De Wmo biedt gemeenten enige mate van beleidsvrijheid bij de bepaling van de aard en omvang van ondersteuning (Maarse & Jeurissen, 2016). Dit model leidt in de praktijk onvermijdelijk tot ongelijke toegang die stevast wordt bekritiseerd als een aantasting van het ‘heilige’ principe van gelijke toegang. Ongelijke toegang komt overigens ook in de curatieve zorg voor maar is vaak minder zichtbaar.

Een tweede specifiek kenmerk van de zorg betreft het vertrouwenskarakter van de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Een zorgvrager is in hoge mate op de kennis en expertise van zijn zorgverlener aangewezen. Hij moet zijn zorgverlener vertrouwen. Bijzonder voor de zorg is dat dit vertrouwen ook op grote schaal geboden wordt. Zo gaf in een survey-onderzoek van Groenewegen en zijn collega's (2019) tussen de 80 en 90 procent van de ondervraagden aan vertrouwen te stellen in hun zorgverlener of zorgverlenende organisatie. De score voor huisartsen kwam zelfs iets boven de 90 procent uit. Wel rijst de vraag in hoeverre de razendsnelle digitalisering en dataficatie van de zorg (Sharon, 2021) en de opkomst van *artificial intelligence* de vertrouwensrelatie in de (nabije) toekomst zullen beïnvloeden.

De cruciale rol van de vertrouwensrelatie in de zorg is goed zichtbaar in de kritiek op de markthervorming waarmee in 2006 een formeel begin werd gemaakt. Deze hervorming is altijd controversieel gebleken. Een fundamenteel punt van kritiek luidt kortgezegd dat de zorg niet tot een markttransactie tussen zorgvrager en zorgverlener mag worden versimpeld. Het beeld van een zorgvrager die allerlei zorgalternatieven onderzoekt en daaruit uiteindelijk een eigen keuze maakt (Herzlinger, 1997) staat loodrecht op wat Mol (2008) ‘de logica van het zorgen’ noemt.

⁸ Deze bezuinigingen werden in private afspraken tussen werkgevers en werknemers weer grotendeels ongedaan gemaakt.

⁹ Overigens past bij deze status aparte een kanttekening. De mogelijkheden om in de sociale verzekeringen door middel van verbetering van de doelmatigheid besparingen door te voeren zijn beperkt. In de zorg bestaat deze optie wel en politici maken er graag gebruik van om pijnlijke ingrepen te vermijden.

De commodificatie van de zorg waarin de zorgvrager als klant of consument wordt opgevat bergt tevens het gevaar in zich dat de vertrouwensrelatie tussen zorgvrager en zorgverlener gecorrumpeerd raakt (Berenson & Cassel, 2009; Pellegrino, 1999) en dat het winstmotief gaat domineren. Om deze reden betoont Arrow, een van de grondleggers van de gezondheidseconomie, zich kritisch over het winstmotief in de zorg (Arrow, 1963).

Dat het winstmotief de vertrouwensrelatie kan uithollen is een opvatting die als een rode draad door de historie van de zorg in Nederland heenloopt. De publieke aversie tegen het winstmotief behoort tot de *system logic* van Nederlandse zorg. In het conflict over de totstandkoming van een ziekenfondsverzekering staken artsen hun afkeer tegen commerciële verzekeraars niet onder stoelen of banken. Winstvorming, zo betoogden zij, stond haaks op de solidariteitsgedachte (Companje, 2008). Alle voorstellen voor een ziekenfondsverzekering moesten daarom een verbod op winstvorming bevatten. Commerciële ziekenhuizen hebben in Nederland nooit vaste voet aan de grond gekregen (Jeurissen, 2010)¹⁰ en tot op de dag van vandaag verbiedt de wetgeving winstvorming in de medisch-specialistische zorg en overige intramurale zorg.¹¹ Alle pogingen van overheidswege om als onderdeel van de markthervorming winstuitkering aan de eigenaren onder strikte voorwaarden toe te staan zijn in het parlement gestrand. De publieke consternatie over de inmiddels failliet verklaarde commerciële huisartsenketen Co-Med laat zien dat commercie in de zorg politiek en maatschappelijk nog altijd uiterst gevoelig ligt.¹² De plek waar pakweg 90% van de geneeskundige zorg wordt geboden zou niet in commerciële handen mogen komen. De opmars van private equity in de zorg wordt in het Parlement met argusogen gevolgd.

Dat het winstmotief gevoelig ligt valt tevens af te leiden uit het feit dat slechts 30% van de bevolking vertrouwen zegt te hebben in zorgverzekeraars (Groenewegen et al, 2019). Dat het overgrote deel van de verzekeraars zonder winstmotief werkt doet hierbij niet terzake. Zij worden publiekelijk bij herhaling geframed als *money-driven* instellingen.

10 Jeurissen wijst erop dat de not-for-profit ziekenhuizen de werkzame artsen tal van voordelen boden. Er bestond dus geen behoefte aan for-profit ziekenhuizen. De not-for-profits hadden bovendien toegang tot goedkoop kapitaal. Voorts konden de artsen in grote autonomie werken en waren ze verzekerd van een hoog inkomen. De rivaliteit tussen de ziekenhuizen betrof vooral een rivaliteit tussen de zuilen.

11 Zorginstellingen die onder het winstverbod vallen mogen wel een budgetoverschot realiseren, maar dat dienen zij te benutten voor eventuele tegenvallers of investeringen in de zorg. Overigens blijkt het verbod op winstvorming allesbehalve waterdicht. Er bestaan tal van instellingen die in naam zonder winstmotief werken maar via allerlei juridische en andere constructies in de praktijk wel degelijk winstgeoriënteerd werken (zie bijvoorbeeld De Rijk, 2024).

12 De kritiek op Co-Med had overigens ook alles te maken met kritiek op de kwaliteit van de zorgverlening. Zo oordeelde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd dat de bereikbaarheid en continuïteit van de acute zorg in Co-Med-praktijken ondermaats waren (IGJ, 2024).

Een derde kenmerk van het zorgstelsel betreft de dominante positie van de medische beroepsgroep in dit stelsel (Arrow, 1963; Starr, 1982). Hoge toegangseisen, een langdurig en zwaar onderwijsprogramma, hoge professionele standaarden, een exclusieve beroepsstatus die door wetgeving wordt beschermd en een code van dienstbaarheid aan de patiënt zijn kenmerken die in geen enkele andere sector van overheidsbeleid zo'n pregnante rol spelen als in de zorg. Freidson (2001) spreekt in dit verband zelfs over een *third logic*. Bij die logica hoort een grote mate van kennis en expertise berustende autonomie. In geen enkele sector van de verzorgingsstaat lijkt deze autonomie zo stevig verankerd als in de zorg en de beroepsgroep hecht er ook sterk aan.¹³ Zij legt niet alleen een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de professie, maar biedt haar ook een unieke machtspositie in het zorgsysteem. De besturing van de zorgverlening berust niet voor niemendal op het principe van zelfregulering dat zorgverleners een grote mate van autonomie op het terrein van de kwaliteit van de zorg biedt. Dat de beroepsgroep zich tegen het met de marktwerking verbonden contractmodel keert is in dit verband niet verwonderlijk. Dit model wordt namelijk beschouwd als een inbreuk op hun autonomie. De relatie tussen arts en verzekeraar moet net zoals de relatie tussen arts en patiënt op het vertrouwensmodel zijn gebaseerd.¹⁴

De autonome positie van de medische beroepsgroep in de zorgverlening impliceert dat de uitkomst van hervormingen sterk afhankelijk is van haar reactie. Dit is overduidelijk het geval bij het streven naar zinnige (passende) zorg. De professie steunt dit streven en zegt er hard aan te werken. Dat neemt echter niet weg dat er altijd tegenkrachten werkzaam zijn zoals onderlinge rivaliteit, financiële belangen, machtsverhoudingen en ingesleten patronen. Verandering gaat langzaam. Het streven van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd naar transparantie van de kwaliteit in de zorg – kwaliteit moet niet worden geclaimd maar zichtbaar worden gemaakt – heeft tot dusver maar beperkt resultaat opgeleverd.¹⁵

13 Overigens raakt de professionele logica steeds meer vermengd met een bureaucratische logica in de vorm van richtlijnen, standaarden, et cetera. De snelle opmars van artificial intelligence in de zorg zou deze ontwikkeling een extra impuls kunnen geven

14 Dit was een van de hoofdboodschappen in het artsenmanifest 'Het roer moet om' dat in 2015 werd gepubliceerd.

15 Een treffend voorbeeld hiervan toont een recent onderzoek van Schepens en haar collega's over de kans op complicaties (incontinentie) na een radicale prostatectomie. Deze kans varieert tussen de 19% en 84%. Ziekenhuizen met een hoog volume (>100) operaties scoren gemiddeld beter dan ziekenhuizen met een laag volume operaties (Schepens et al, 2023). Deze uitkomst duidt op grote verschillen in de kwaliteit van de zorg waarop de patiënt geen enkel zicht heeft. Zij roept ook vragen op over het beroep van de beroepsgroep op vertrouwen in haar handelen. De patiënt moet inderdaad vertrouwen in de kwaliteit van de zorg hebben, maar de vraag om vertrouwen is tegelijkertijd te gemakkelijk als de beroepsgroep van haar kant onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de geboden zorg biedt.

Er blijkt volgens de Patiëntenfederatie Nederland nog een lange weg te gaan en de Landelijke Huisartsenvereniging heeft zich teruggetrokken uit de adviesraad van het project Zorgkaart Nederland op grond van de overweging dat de betrouwbaarheid van de gegevens onvoldoende geborgd was (website LHV, 24 oktober 2024).

Korte historie van belangrijke hervormingen

In de negentiende eeuw maar in het bijzonder in de twintigste eeuw heeft zich in de zorg in Nederland een proces van geleidelijke verstatelijking, centralisatie en verzelfstandiging voltrokken.¹⁶ Met de term verstatelijking is bedoeld dat de overheid steeds nauwer bij de zorg betrokken raakte. De zorg ontwikkelde zich geleidelijk tot een belangrijke pijler van de verzorgingsstaat. Parallel hieraan verschoof het zwaartepunt in de besturing zich stapsgewijs in de richting van de nationale overheid (centralisatie). Tegenwoordig is op bepaalde terreinen ook een verschuiving naar het bovennationale niveau zichtbaar. De totstandkoming van de International Health Regulations (IHR) onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om een effectieve aanpak van epidemieën en pandemieën mogelijk te maken is hiervan een voorbeeld. Een politiek gevoelig probleem hierbij is de soevereiniteitskwestie. Nationale overheden willen hun soevereiniteit op het terrein van volksgezondheid niet opgeven.¹⁷ Ook de Europese Unie (EU) wil zich nadrukkelijker op het terrein van gezondheid en zorg profileren. De EU erkent de nationale soevereiniteit op dit terrein, maar deze positie neemt niet weg dat de beginselen van het vrije verkeer, weliswaar met uitzonderingen, ook op de zorg van toepassing zijn (Greer et al, 2019). Tijdens de Covid-19 pandemie besloten de lidstaten onder meer om de centrale inkoop en distributie van vaccins aan de EU te delegeren (Van Midelaar, 2021). In de nadagen van Covid-19 publiceerde de Europese Commissie haar *Global Health Strategy* om beter op toekomstige pandemieën voorbereid te zijn en de gezondheid van de Europese burger maximaal te bevorderen (Europese Commissie, 2022). De verzelfstandiging van de zorg blijkt uit het feit dat zij tegenwoordig een eigen ministerie heeft met direct daaraan gelieerde organisaties zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland. Dat is lange tijd niet zo geweest. Pas in het kabinet-Drees I werd de volksgezondheid apart vermeld in het taakgebied van de verantwoordelijke minister (minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid). Minister Borst werd in 1994 de eerste 'echte' minister van Volksgezondheid.

De verstatelijking betekende een belangrijke verschuiving in de relatie tussen overheid en particulier initiatief. Van oudsher lag het zwaartepunt in de zorg namelijk bij het (niet-)kerkelijke particulier initiatief. De Armenwet van 1854 bevestigde deze rol en bepaalde tevens dat de gemeenten in actie moesten komen als het particulier initiatief in gebreke bleef.

¹⁶ Zie voor een uitgebreider overzicht van de historische ontwikkeling besturing van de zorg in Nederland de studie van Bertens (2021).

¹⁷ Deze problematiek speelt ook in Nederland. In parlementaire discussies over de herziening van de IHR naar aanleiding van de Covid-17 pandemie werd de minister uitvoerig bevraagd over het behoud van de nationale soevereiniteit. De minister benadrukte dat deze niet in het geding was.

De bestuurlijke verhouding tussen overheid en particulier initiatief kende een stevige ideologische verankering. Het in calvinistische kring aangehangen principe van 'sovereiniteit in eigen kring' kwam er kort gezegd op neer dat elke levenskring recht had op onafhankelijk gezag. Er bestond dus een democratisch recht op zelforganisatie en zelfbestuur, ook in de zorg. Het vooral in katholieke kring beleden 'subsidiariteitsbeginsel' ging minder ver: indien het particulier initiatief in zijn taak zou tekortschieten was overheidsinterventie gelegitimeerd (Andeweg et al, 2020).

In de loop van de tijd hebben zich in de verhouding tussen overheid en 'veld' echter ingrijpende institutionele veranderingen voorgedaan. Zo dwongen financiële problemen het particulier initiatief voor de uitvoering van zijn taken tot het aankloppen voor financiële steun bij de overheid met als gevolg dat beide partijen steeds meer met elkaar te maken kregen en de overheid in toenemende mate bij de zorg betrokken raakte. Daarnaast had de ontzuiling die in de jaren zestig inzette grote invloed op de verhouding tussen overheid en particulier initiatief. De verantwoordelijkheid voor de zorg verschoof geleidelijk richting nationale overheid. Niettemin heeft het particulier initiatief altijd een eigen positie in de zorgverlening en zorgverzekering behouden. Het Nederlandse zorgstelsel valt om deze reden te beschouwen als een historisch compromis tussen overheid en particulier initiatief waarbij de overheid verantwoordelijk is voor de financiering van de zorg en het particulier initiatief binnen een systeem van overheidsregulering voor de zorgverlening en de uitvoering van de zorgverzekering (Bertens & Palamar, 2021). Het particulier initiatief slaagde er in de naoorlogse periode met steun van de confessionele partijen in de Kamer tevens in om een eigen positie in de besturing van de zorg te behouden door een sterke eigen vertegenwoordiging in allerlei bestuursorganen. Een ander succes was het voorkomen van een districtsgewijze besturing van de zorg waarin het particulier initiatief veel minder te zeggen zou hebben (Van Klaveren, 2015). Vooral na de eeuwwisseling hebben zich nieuwe ontwikkelingen in de besturing van de zorg voorgedaan, maar deze nemen niet weg dat er altijd sprake van een sterke wederzijdse afhankelijkheid tussen overheid en particulier initiatief is gebleven (Van der Grinten, 2005). De invloed van de hybride publiek-private structuur op hervormingen in de zorg valt nauwelijks te onderschatten. Zij heeft hieraan altijd grenzen gesteld: de *system logic* (Tuohy, 1999) was dat de traditionele positie van het particulier initiatief in elke hervorming moest worden gerespecteerd. De overheid is in hoge mate op de medewerking van het particulier initiatief aangewezen. Omgekeerd is het particulier initiatief voor de uitvoering van zijn taken sterk op de overheid aangewezen. Al met al is sprake van een sterke mate van vervlechting.

Hervormingen in de curatieve zorg

In het begin van de negentiende eeuw bemoeide de overheid zich nog amper met de zorg. Sinds 1818 was wel de Geneeskundige Regeling van kracht die commissies op lokaal en provinciaal niveau belastte met het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening. In de praktijk kwam hier echter als gevolg van lokaal onvermogen en soms ook politieke onwil weinig terecht. De politieke verantwoordelijkheid voor de zorg berustte bij het

ministerie van Binnenlandse Zaken waar zich slechts een handjevol ambtenaren met de zorg bezighield. De politieke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid werd door Thorbecke in de Gemeentewet van 1851 primair bij de gemeenten belegd. Deze bestuurlijke constructie sloot aan bij de liberale staatsopvatting uit die tijd.¹⁸ Gaandeweg groeide echter het inzicht dat de bescherming van volksgezondheid een publiek belang betrof en collectieve actie op zowel gemeentelijk als nationaal niveau vereiste (Festen, 1985). De geschiedenis van de bestrijding van de cholera is hiervan een voorbeeld. Er was niettemin veel strijd voor nodig met daarin een hoofdrol voor de zogeheten hygiënisten voordat de overheid haar politieke verantwoordelijkheid daadwerkelijk oppakte (Houwaart, 1991). De invoering van de eerste Alcoholwet (1881) liet ook lange tijd op zich wachten. De bestrijding van openbare dronkenschap werd door de overheid vooral als een aangelegenheid voor gemeenten beschouwd.

Een belangrijk moment in de historie van de zorg betrof de Geneeskundige Staatsregeling van 1865 die een wettelijk kader bood voor de medische opleiding en de uitoefening van het geneeskundige beroep. De regeling waarvoor de toenmalige Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunst (NMG) zich bijzonder sterk had gemaakt markeerde het ontstaan van een gescheiden medische beroepsgroep met een door de overheid gesanctioneerde exclusieve bevoegdheid tot verlening van geneeskundige en farmaceutische hulp. De regeling voorzag tevens in de oprichting van een inspectie. Deze kreeg voor haar toezichthoudende taak echter slechts beperkte bevoegdheden want de autonomie van de medische beroepsgroep bleef heilig. Een deel van de leden van de NMG zag in de inspectie zelfs een ongewenste vorm van staatsinmenging in de medische beroepsuitoefening (Querido, 1965).

Op het gebied van de sociale zekerheid vervulde de overheid in de negentiende eeuw een aanvullende rol ten opzichte van het particulier initiatief. Zoals eerder ter sprake kwam gold de armenzorg als taak voor de liefdadigheid met daarbij een residuele rol voor de lokale overheid. De staatsonthouding ten aanzien van de 'sociale kwestie' kwam onder invloed van allerlei sociaal-economische ontwikkelingen zoals de industrialisering en de trek naar en verpaupering van de steden echter steeds meer onder druk. Het veranderende politieke klimaat leidde onder meer tot invoering van het Kinderwetje van Van Houten in 1874 dat een (beperkt!) verbod op kinderarbeid instelde en de Ongevallenwet in 1901 die werknemers bescherming bood tegen inkomensverlies als gevolg van een arbeidsongeval. In 1913 werd de Ziektewet aangenomen die werknemers inkomensbescherming in geval van ziekte bood, maar de invoering van deze wet volgde vanwege politieke strubbelingen over de uitvoeringsstructuur pas in 1929.

¹⁸ In de Bataafse grondwet van 1798 was de volksgezondheid overigens wel als een onderwerp van staatszorg aangemerkt. De centrale overheid was verantwoordelijk voor de volksgezondheid. Diezelfde wet maakte tot groot verdriet van het religieus geïnspireerde particulier initiatief een einde aan het gildenwezen.

Vanaf het einde van de negentiende eeuw dateren de pogingen tot invoering van een sociale ziektekostenverzekering voor werknemers (Van der Hoeven & Van der Hoeven, 1993). Al in 1870 stuurde het Geneeskundig Staatstoezicht een voorstel naar de minister van Binnenlandse Zaken voor de invoering van een verplichte ziekenfondsverzekering. Een dergelijke verzekering moest ‘minvermogenden’ toegang tot de zorg bieden en de financiële druk op de overheidsfinanciën vanwege de Armenwet verlichten. Een verplichte ziekenfondsverzekering zou tevens het gevaar van politieke onrust helpen bezweren¹⁹ en een einde kunnen maken aan het versnipperde landschap van de ziekenfondsen waarvan vele het financiële hoofd niet of nauwelijks boven water konden houden. De invoering van overheidsregie moest hieraan een einde maken. Toch zou het nog decennia duren voordat een verplichte ziekenfondsverzekering een feit werd. Ideologische verschillen, onwil bij de fondsen om hun zelfstandigheid op te geven en verzet vanuit de kring van de medische beroepsgroep en zorgen bij de werkgevers over de hoge kosten van een ziekenfondsverzekering leidden ertoe dat alle vooroorlogse pogingen om zo’n verzekering tot stand te brengen schipbreuk leden. Belangrijke conflictpunten betroffen de uitvoeringsstructuur, de verhouding tussen fondsen en artsen, de verzekerdenskring en de kwestie van de zeggenschap. De noodzaak tot bezuinigingen speelde eveneens mee: de invoering van een ziekenfondsverzekering zou een te grote last voor de staatsbegroting betekenen (Van der Velden, 1993; Companje, 2008). De ironie wil dat het uitgerekend de Duitse bezetter was die met het Ziekenfondsenbesluit van 1941 de politieke impasse doorbrak (Van der Hoeven, 1989). Terwijl het Ziekenfondsenbesluit grotendeels in tact bleef, laaide de strijd over de ziekenfondsverzekering na de oorlog weer op. Uiteindelijk werd de strijdbijl begraven met de inwerkingtreding van de Ziekenfondswet in 1964 die werknemers onder een door de overheid vastgestelde inkomensgrens toegang tot de ziektekostenverzekering bood. Deze wet betekende in veel opzichten een codificatie van de na de oorlog gegroeide situatie. In 1968 volgde de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor de langdurige zorg (Companje, 2008).

Hoewel de invoering van de Ziekenfondswet in 1964 met veel horten en stoten verliep, markeerde zij wel degelijk een aanzienlijke systeemverandering of hervorming. De overheid rekende het formeel tot haar politieke verantwoordelijkheid om financiële belemmeringen in de toegang tot de zorg weg te nemen. Toegang tot de zorg werd voor degenen die onder de wet vielen een wettelijk verankerd recht. De politieke verantwoordelijkheid van de overheid voor de financiële toegankelijkheid van de zorg valt te beschouwen als een belangrijke constante in de Nederlandse zorg. In de loop van de tijd is deze verantwoordelijkheid steeds verder uitgebreid.

Na de Tweede Wereldoorlog verschoof de nadruk begrijpelijk naar de wederopbouw. Deze vereiste centraal regulerend optreden om de schaarse hulpbronnen doelmatig te besteden en ongewenste prijsstijgingen te pareren.

Voor de zorg resulteerde dit in een strak bouwbeleid met een vergunningplicht en het aan banden leggen van de ziekenhuis- en artsentarieven wat geregeld tot pittige conflicten tussen overheid en het veld leidde. Eind jaren vijftig liep het strakke beheersingsbeleid ten einde. De prijsbeheersing werd opgedoekt, de Wederopbouwwet stapsgewijs ingetrokken en het tarievenbeleid gaandeweg versoepeld. De consequentie van deze liberalisering was echter dat de kosten snel opliepen. Als gevolg hiervan groeide kostenbeheersing vanaf het midden van de jaren zestig uit tot een belangrijk thema op de politieke agenda. In de Volksgezondheidsnota van 1966 kreeg het vraagstuk van de oplopende kosten brede aandacht.

In de jaren zeventig en tachtig domineerde het planningsparadigma. Volgens Van der Reijden (1987) was zelfs sprake van een ‘planningsrage’ met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (Wvg) als wettelijk vlaggeschip. Planning betekende dat het zorgaanbod als een geïntegreerd systeem moest worden georganiseerd en op de (groei van de) zorgvraag diende te worden afgestemd. Dit paradigma diende als leidraad in de ‘Structuurnota Gezondheidszorg’ van 1974 waarin toenmalig staatssecretaris Hendriks een planning van het aanbod van voorzieningen gebaseerd op de principes van echellonering en regionalisering voorstelde. Het zorgaanbod en ook de tarieven moesten van bovenaf worden gereguleerd om de uitgavenontwikkeling in de hand te houden.²⁰ Ook wilde de staatssecretaris een volksverzekering tegen ziektekosten om de toenemende financiële problemen in de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering aan te pakken, maar een concept-voorstel daartoe maakte politiek geen schijn van kans.

Vanwege de snelle kostenstijging in de zorg verschoof de prioriteit in het overheidsbeleid steeds meer richting kostenbeheersing. Met tal van (soms tijdelijke) maatregelen zoals de invoering van een bouwstop, een vergunningenstop, eigen bijdragen en prijsmaatregelen ter beteugeling van de uitgaven voor geneesmiddelen trachtte de overheid de stijging van de kosten te matigen (Companje et. al., 2018). Een meer ingrijpende maatregel die aansloot bij de Structuurnota Gezondheidszorg betrof de beddenreductie. Vanwege het ontbreken van een deugdelijk wettelijk kader verzandde deze operatie echter al gauw in een soort ruilhandel tussen overheid en ziekenhuizen met als leidend beginsel ‘voor wat hoort wat’ (Grünwald, 1987). Voor de tarievenbeheersing kwam met de Wet Tarieven Gezondheidszorg (Wtg) een nieuw wettelijk kader tot stand en in 1977 verscheen het eerste jaarlijkse Financieel Overzicht Gezondheidszorg dat overigens alleen registreerde maar geen financiële kaders stelde.

De planningsrage heeft de beleidsvoering uiteindelijk maar een korte periode bepaald.

¹⁹ Vergelijk de situatie bij de Oosterburen waar kansliër Otto Bismarck in 1883 een ziekenfondsverzekering invoerde om de gevaren van het oprukkende socialisme tegen te gaan.

²⁰ Ook de langdurige zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg vielen onder het beoogde planningsregime.

Omdat het budgettaire resultaat ervan te wensen overliet, schakelde de overheid begin jaren tachtig nogal abrupt²¹ over op een systeem van ziekenhuisbudgettering, aanvankelijk op historische basis en later op basis van allerlei parameters (functiegerichte budgettering). De aanvankelijk reactie van de sector op dit nieuwe instrument was relatief positief omdat de budgettering de ziekenhuizen meer bestedingsvrijheid bood. Niettemin zwelde de kritiek spoedig aan, omdat de overheid in de ogen van de ziekenhuissector een ‘zorgkloof’ veroorzaakte. De budgetteringssystematiek en het beschikbare macrobudget sloten in de visie volgens de ziekenhuizen onvoldoende aan bij de snelle ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg en de groei van de zorgvraag met lange wachtlijsten als onvermijdelijk gevolg (Hasaart, 2011).

Een andere belangrijke stap betrof de invoering van de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (Wtz) als tijdelijke oplossing voor oplopende financiële problemen in de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Teneinde de premie van degenen die onder de Wtz vielen te drukken, kregen particulier verzekerden te maken met een door de overheid opgelegde opslag op hun premie (Schut, 1995). Met deze ‘kleine stelselwijziging’ die het einde betekende van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en bejaardenverzekering kon toenmalig staatssecretaris Van der Reijden volhouden dat hij én de financiële toegankelijkheid van de zorg voor een grote groep burgers had veilig gesteld én dat hij fors op de collectieve zorguitgaven had bezuinigd.²²

In de jaren tachtig kwam eveneens het thema ‘grenzen aan de zorg’ op de agenda. De commissie-Dunning (1991) bedacht een trechter met vier criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en eigen rekening en verantwoording (door het Zorginstituut omgedoopt tot uitvoerbaarheid) om te beslissen of een behandeling tot het verzekerde pakket kon worden toegelaten. Dit voorstel leverde aanvankelijk weinig succes op maar vormt inmiddels een belangrijke schakel in de kosteneffectiviteitsanalyses van het Zorginstituut Nederland bij zijn advisering aan de minister over de samenstelling van het basispakket in de zorgverzekering.

Onvrede over de effectiviteit van de planning en de almaar groeiende wachtlijsten leidde ertoe dat de overheid in de jaren negentig, mede naar aanleiding van het rapport ‘Bereidheid tot Verandering’ van de commissie-Dekker (1987), met het streven naar marktwerking een nieuwe richting insloeg. Als onderdeel van de markthervorming werd een groot deel van de planning en de tariefregulering opgedoekt. Zo werd de Wvg – die overigens al jaren een slapend bestaan had geleid – in 1996 ingetrokken. Onder invloed van de neoliberale golf gold de marktwerking als het nieuwe beleidsmantra. De marktwerking moest echter strak worden gereguleerd om de publieke belangen

21 Er liepen overigens wel experimenten met budgettering waarvan de resultaten positief werden beoordeeld.

22 De tekorten in de bejaardenverzekering en de vrijwillige ziekenfondsverzekering in het oude regime werden namelijk door de staatskas aangevuld. De rekening werd nu op de particulier verzekerden verhaald (zie noot 9).

in de zorg, te weten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, te beschermen. Na een lange aanloopperiode met tal van wendingen²³ resulteerde de markthervorming in de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) in 2006. De Zvw betekende het einde van de traditionele scheiding tussen ziekenfonds en de hoofdzakelijk particuliere verzekeringsmarkt.²⁴ Marktwerking in de zorgverlening, zorgverzekering en de zorginkoop moest de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg versterken en langs die weg bijdragen tot de betaalbaarheid van de zorg. Een belangrijk aspect van de markthervorming die overigens stapsgewijs werd ingevoerd betrof de decentralisatie van het financiële risico naar de zorgverzekeraars en zorginstellingen. Deze decentralisatie moest de betrokken partijen tot een zo doelmatig mogelijke besteding van hun middelen aansporen.

De markthervorming is altijd omstreden gebleven. In het nieuwe beleidsnarratief lijkt marktwerking in de zorg op de terugweg. In het Integraal Zorgakkoord wordt gekozen voor meer overheidsregie, de afschaffing van marktwerking in de acute zorg en voor samenwerking in regionale zorgnetwerken. Dit betreft in feite een oud voorstel dat eerder werd gepropageerd in de Structuurnota Gezondheidszorg. De topklinische zorg moet om redenen van kwaliteit en kosten worden geconcentreerd. Voorts krijgt preventie tegenwoordig veel nadruk. Dit betreft evenmin een nieuw idee want preventie was al in de jaren tachtig met de Nota 2000 op de politieke agenda geplaatst, zonder veel resultaat overigens (Peeters, 2013).

Hervorming van de langdurige zorg

De langdurige zorg was evenals de curatieve zorg rondom 1900 primair een zaak voor het particulier initiatief. Een staatscommissie concludeerde dat het particulier initiatief goed functioneerde bij de zorg voor ‘onvolwaardigen’ en dat er derhalve geen reden voor een actiever overheidsoptreden bestond. Na de Tweede Wereldoorlog trad hierin geleidelijk verandering op. Doordat instellingen in toenemende mate op financiële steun van de overheid waren aangewezen raakte die overheid via de achterdeur van subsidies en inkomensvoorzieningen stapsgewijs steeds meer bij de langdurige zorg betrokken. Bovendien liet de kwaliteit van de zorgverlening veel te wensen over. Het zou echter nog tot 1968 duren voordat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) tot stand kwam (Kerkhoff & Dols, 2008). Het basisprincipe van deze wet berustte op het principe dat ook in de curatieve zorg werd toegepast: private zorgverlening met publieke financiering.

23 De markthervorming liep al begin jaren negentig politiek vast en maakte rondom de eeuwwisseling (2001) een nieuwe start door met het uitkomen van de nota ‘Vraag aan bod’ van het kabinet-Kok II (zie verder de paragraaf over hervormen als uitvechten).

24 Aan de vooravond van de invoering van de Zvw was 62% van de bevolking bij een ziekenfonds aangesloten. 24% had een particuliere polis. De rest was verzekerd bij een ambtenarenverzekering (5%) of viel onder de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (5%). De overige 4% viel onder een specifiek overheidsregulering of was onverzekerd (Vektis, 2006).

Dit principe werd door Van Doorn (1978) ooit als volgt samengevat: ‘baas in eigen huis en het huis ten laste van de gemeenschap’. Alle veranderingen in de langdurige zorg na de invoering van de Awbz – ook de hervorming van 2015 – hebben deze basisstructuur onaangetast gelaten.

De historie van de langdurige zorg na invoering van de Awbz biedt een schoolvoorbeeld van een expansieve beleidssector (Dols & Kerkhoff, 2008). In een tijdsbestek van drie decennia werden steeds meer voorzieningen in de Awbz ondergebracht (Companje et al., 2021). Aan de aanbodzijde kwam een rijk geschakeerd pakket van voorzieningen tot stand en aan de vraagzijde ontstond een even rijk geschakeerd geheel van doelgroepen. Parallel aan dit proces werden talloze organisaties opgericht met als doel de belangen van de leden te behartigen. Zo ontstond een dicht netwerk van belangenorganisaties dat als een denkbeeldige ‘ijzeren ring’ rondom de overheid functioneerde.

Hoewel de noodzaak van hervorming van de langdurige zorg al in de jaren tachtig politiek werd geagendeerd, zou het politieke proces lange tijd blijven steken in de productie van beleidsdocumenten over wat de ‘modernisering van de Awbz’ ging heten. Pas in 2007 werd met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) een eerste belangrijke stap op het hervormingspad gezet. Deze nieuwe wet behelsde onder meer de overheveling van de huishoudelijke hulp vanuit de Awbz naar de Wmo. Tevens werden enkele voorzieningen die voorheen onder een ander wettelijk kader vielen in de Wmo gebundeld.²⁵ Doel van de Wmo was de bevordering van de zelfredzaamheid van burgers. De wet bood burgers recht op ondersteuning met daarbij een bepaalde beleidsvrijheid voor gemeenten bij de indicatiestelling en de bepaling van de aard en omvang van de geboden ondersteuning. Omdat gemeenten verschillend te werk konden gaan, wakkerde deze constructie de kritiek op ongelijke toegang tot de zorg aan. De gemeenten ontvingen voor hun nieuwe taak een budget van de overheid wat betekende dat ook de financiële verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning richting gemeenten verschoof. Probleem was daarbij in de ogen van critici dat gemeenten het beschikbare budget aan de spreekwoordelijke lantaarnpalen konden besteden.

In 2015 volgde een nieuwe stap in het hervormingsproces. Het plan voor hervorming berustte onder meer op de veronderstelling dat de langdurige zorg niet goed aansloot bij de maatschappelijke trend dat steeds meer burgers met een zorgbehoefte zolang mogelijk thuis wilden blijven wonen. Voorts legitimeerde de regering de hervorming met het argument van meer eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid voor elkaar. In dit verband kwam de term ‘participatiesamenleving’ in zwang. Het bijna vanzelfsprekende beroep op publiek gefinancierde voorzieningen moest worden doorbroken. Concreet behelsde de hervorming de vervanging van de Awbz door de Wet Langdurige Zorg (Wlz), een herinrichting van de organisatie van de langdurige zorg (onder meer de overheveling van de wijkverpleging en –verzorging naar de Zvw), een

aanscherping van de indicatiestelling en een taakstellende structurele bezuiniging van 2,4 miljard euro. De bezuiniging op de verpleeghuiszorg werd overigens al snel weer gedeeltelijk ongedaan gemaakt naar aanleiding van het manifest ‘Scherp op zorg’. Onder sterke politiek druk vroeg de regering in 2016 aan het Zorginstituut om in samenwerking met het veld een kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg op te stellen. Omdat het overleg hierover in onenigheid bleef steken, stelde de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zelf een kader vast waarmee 2,4 miljard euro gemoeid was. Op grond van de vigerende wetgeving was de overheid genoodzaakt dit bedrag vrij te maken. Door een wetwijziging die de minister het laatste woord biedt is deze gang van zaken niet langer mogelijk.

Versterking van de positie van de zorgvrager

De hierboven beschreven hervormingen betreffen voor het overgrote deel de organisatie, financiering (inclusief betaalbaarheid) en besturing van de zorg. In de afgelopen decennia zijn ook hervormingen tot stand gekomen met het oogmerk het recht op zelfbeschikking van de zorgvrager te versterken. Enkele markante voorbeelden zijn: de Wet afbreking zwangerschap (1977) die een einde maakte aan de strafbaarstelling van abortus, de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2002) die onder strikte voorwaarden euthanasie²⁶ regelde en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (1995) die voor patiënten het recht op informatie en toestemming voor behandeling regelde. Een ander revolutionair initiatief betrof de invoering van het persoonsgebonden budget (pgb) in 1995. Doel van deze regeling was burgers met een chronische beperking of ziekte in staat te stellen zelf zorg naar keuze in te kopen en aldus hun regie over het zorgproces te versterken (Sadiray et al, 2011). De uitgaven voor het pgb gaven een explosieve groei te zien van bijna 500 miljoen euro in 2002 tot bijna 2,5 miljard euro in 2012.

²⁵ Dit betreft voorzieningen die voorheen onder de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de Welzijnswet 1994 en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) vielen.

²⁶ De euthanasiewet biedt de zorgvrager geen recht op euthanasie. De abortuswet verruimde de mogelijkheden voor abortus maar met als het uitgangspunt dat niet het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw maar de nood situatie waarin zij verkeerde bepalend was.

Resultaten van hervormingen

Dit beknopte overzicht van enkele hoofdlijnen in de historie van de geneeskundige en langdurige zorg in Nederland laat zien dat de huidige structuur ervan niet los te zien is van een reeks van forse ingrepen c.q. hervormingen over een langere periode waarbij het zwaartepunt in de besturing steeds meer richting overheid verschoof. Hervormingen brachten institutionele veranderingen zoals verstatelijking en centralisatie maar tegelijkertijd was ook sprake van een opmerkelijke institutionele continuïteit. Zo heeft de particuliere sector haar prominente positie in de zorg behouden. De zorg in Nederland heeft zich ontwikkeld tot een hybride combinatie van publieke financiering²⁷ en privaat georganiseerde zorgverlening. Deze combinatie behoort tezamen met de heilige graal van de toegankelijkheid en het principe van zelfregulering in de zorgverlening tot de systeemlogica van de zorg. Een vierde element waarover later meer betreft de afkeer van hiërarchische beleidsvoering en de voorkeur voor compromisvorming en gedeelde verantwoordelijkheid.

De historie van hervormingen in de twintigste eeuw past in een internationaal patroon. In zijn vergelijkende historie van hervormingen in zeven geïndustrialiseerde landen ontwaart Cutler (2002) het volgende patroon. In de eerste fase lag de nadruk op de toegang (*equity*) en in de tweede fase op kostenbeheersing (*efficiency*). In de derde fase verschoof de aandacht naar marktwerking (*market fundamentals*). Het streven naar zinnige zorg en een veel sterkere inzet op preventie zou in deze gedachtegang als de vierde fase kunnen worden opgevat.

De zorg in Nederland is (evenals elders) in de afgelopen twee eeuwen tot een complex systeem uitgegroeid dat door een grote mate van hybriditeit wordt gekenmerkt. Er is sprake van een ingewikkelde combinatie van publieke financiering en private zorgverlening. Op een aantal terreinen is sprake van marktwerking, op andere terreinen juist van een grote mate van staatsregulering. Winstvorming in de zorgverlening is op een aantal terreinen niet toegestaan maar op een aantal terreinen juist weer wel. Hoewel de nationale overheid steeds meer taken in de besturing van de zorg naar zich toe getrokken heeft, zijn in het bijzonder de gemeenten op een aantal terreinen eveneens actief. De financiering en besturing van de curatieve zorg steken heel anders in elkaar dan in de langdurige zorg. De zorg in Nederland laat zich daarom moeilijk classificeren in typologieën van stelsels van gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Rothgang et al, 2010; Böhm et al, 2013).

²⁷ In 2022 bedroeg het publieke aandeel in de financiering van de zorg (belastingen en verplichte premies) 90 procent.

Terugblikkend kan worden vastgesteld dat hervormingen met het oog op de toegankelijkheid van de zorg het meest succesvol zijn gebleken. Elke legale ingezetene in Nederland heeft recht op toegang tot een breed pakket van voorzieningen. Recentelijk heeft het Centraal Planbureau (Douven et al, 2024) laten zien dat de financiering van de Zorgverzekeringswet hoog scoort op het criterium risicosolidariteit. De inkomenssolidariteit blijkt daarentegen regressief²⁸ als gevolg van de hantering van een maximum aan de inkomensafhankelijke premie en het verplichte eigen risico.²⁹ Dit is al met al een majeure beleidsprestatie, al is de politieke discussie over de lastenverdeling nooit verstomd zoals bijvoorbeeld de discussie over het verplichte eigen risico leert. Tevens is sprake van een ruim en breed geschakeerd aanbod van voorzieningen, hoewel de toegang hiertoe door het oplopende personeelstekort steeds meer onder druk komt. Internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat de Nederlandse zorg hoog scoort ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg. Nergens in de OECD-landen is het percentage van de bevolking met een onvervulde behoefte aan zorg zo laag als in Nederland. Burgers hebben eveneens toegang tot een breed publiek-gefinancierd pakket van zorgvoorzieningen, ook op het terrein van de langdurige zorg, met overigens tandheelkunde als nootore uitzondering (OECD, 2023).

De impact van hervormingen op de kwaliteit van de curatieve zorg is een vraagteken. Dit type zorg heeft de afgelopen decennia overduidelijk aan kwaliteit gewonnen, maar in hoeverre deze winst aan hervormingen valt toe te schrijven is niet vast te stellen.³⁰ De kwaliteit van de curatieve zorg laat zich overigens moeilijk sturen, omdat veel afhangt van de bereidheid van de medische beroepsgroep om veranderingen door te voeren. De huidige focus op zinnige zorg valt in dit verband te beschouwen als een interessante lakmoesproef. Het streven naar zinnige zorg raakt in tegenstelling tot de meeste andere hervormingen rechtstreeks de inhoud van de geboden zorg en de interactie tussen zorgverlener en zorgvrager. Voor wat betreft de langdurige zorg ligt de situatie genuanceerder.

28 De berekening van het Centraal Planbureau laat zien dat in het jaar 2019 huishoudens met een hoger inkomen in absolute termen het meest bijdragen aan de financiering van de Zvw (voor de hoogste inkomens is dit 10.138 euro) maar als percentage van hun inkomen minder (voor de hoogste inkomens is dit percentage 6,6%).

29 De Zorgverzekeringswet wordt uit vier bronnen gefinancierd. De inkomensafhankelijke bijdrage dekt 50% van de uitgaven en de nominale premie minus zorgtoeslag 29%. De overige uitgaven worden gedekt vanuit de belastingen (15%) en het verplichte eigen risico (6%) (Douven et al, 2024).

30 Er zijn enkele studies uitgevoerd om het effect van de markthervorming op de klinische kwaliteit van de zorg empirisch in kaart te brengen (bijvoorbeeld Heijink et al, 2013; Croes et al, 2018) Deze studies bieden slechts een fragmentarisch beeld en meten de kwaliteit met behulp van simpele uitkomstindicatoren. Er bestaat geen overtuigend bewijs voor de stelling dat de markthervorming de kwaliteit van de zorg heeft verbeterd of verslechterd.

De totstandkoming van de Awbz betekende zonder meer een belangrijke kwaliteitsimpuls. Deze wet bood immers elke burger, afhankelijk van de indicatiestelling, recht op een breed geschakeerd palet van publiek gefinancierde voorzieningen. De kwaliteit van de zorgverlening is eveneens sterk verbeterd. Meerpersoonskamers bestaan in de langdurige zorg (bijna) niet meer. Hier staat echter tegenover dat de kwaliteit van de zorgverlening sterk afhankelijk is van het financiële kader. Het is ook nog maar de vraag in hoeverre hervormingen een oplossing kunnen bieden voor het oplopende personeelstekort.

De effectiviteit van hervormingen ten aanzien van de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg betreft een complex vraagstuk. Dit is volgens Schwartz (1987) niet verwonderlijk. De uitgavenstijging is immers bovenal een kwestie van demografie, prijsstijgingen en technologische vernieuwing, alle zaken waarop de overheid geen of maar beperkt invloed kan uitoefenen. Om de uitgavenstijging te beteugelen koos de overheid in de jaren zeventig voor planning van het zorgaanbod in combinatie met een forse beddenreductie. Toen dit op een grote mislukking uitdraaide, schakelde zij over op de budgettering van instellingen en later de markthervorming in combinatie met bestuurlijke afspraken met het veld over de begrenzing van de jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven (de zogeheten Bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden).³¹ Vanaf 2012 is de uitgavenbeheersing effectief gebleken. Het percentage van het bruto binnenlands product (bbp) dat aan zorg wordt besteed schommelt sedertdien rond de 11 procent. In de periode 2013-2019 groeide het nationaal inkomen zelfs sneller dan de zorguitgaven. De verklaring voor dit resultaat moet niet alleen gezocht worden in de forse stijging van het bbp maar vermoedelijk ook in de effectiviteit van de hoofdlijnakkoorden en het feit dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders door de markthervorming een veel groter financieel risico dragen dan voorheen (Jeurissen & Maarse, 2021). Of de beheersing van de zorguitgaven in de toekomst beklijft is echter de vraag. Het Centraal Planbureau schrijft dat de collectieve zorguitgaven tussen 2025 en 2060 bij ongewijzigd beleid kunnen oplopen tot 18 procent van het nationaal inkomen (CPB, 2022a).³²

31 Deze akkoorden kwamen in de plaats van het voornemen van de minister om met het oog op besparingen flink te snijden in het pakket van verzekerde zorg in de basisverzekering. Dit voorstel stuitte echter op grote bezwaren vanuit het veld. De akkoorden passen naadloos in de neocorporatieve stijl van besturing waarin samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid met het veld de voorkeur krijgen boven hiërarchisch opgelegde maatregelen.

32 Dat hoeft op zich nog geen probleem te zijn indien het BBP voldoende stijgt om de groei van de zorguitgaven op te vangen of indien de bevolking met het oog op de maatschappelijke zorgbaten bereid is zoveel extra middelen aan de zorg te besteden. De grote vraag blijft natuurlijk of die bereidheid ook daadwerkelijk bestaat indien de stijging van de zorguitgaven ten koste gaat van andere publieke investeringen (bijvoorbeeld onderwijs of nationale veiligheid) en/of de privaat te besteden middelen (CPB, 2022b).

Wat is een hervorming?

In het voorgaande is op diverse plaatsen de term hervorming gevallen. Maar wat moet hieronder worden verstaan? De afbakening van dit begrip blijkt een verre van eenvoudige opgave. Een hervorming heeft een non-incrementeel oogmerk en kan worden omschreven als een poging tot een ingrijpende en blijvende verandering in het zorgsysteem³³ of een bepaald onderdeel ervan met het doel haar beter te laten functioneren. Een hervorming is bedoeld als een geregisseerde transitie. In de ogen van hervormers schiet het bestaande zorgsysteem tekort of is het onvoldoende voor toekomstige uitdagingen toegerust. Zonder ingrijpende verandering dreigt het systeem vast te lopen. Stone (1988) noemt dit hervormingsnarratief de *story of decline* die substantiële verandering moet legitimeren. Tegelijkertijd claimen hervormers dat problemen kunnen worden afgewend (*story of control*). De zorg is maakbaar. Overigens kunnen hervormingen ook meer een codificerend dan modifierend oogmerk hebben. Het klassieke voorbeeld is de Ziekenfondswet van 1964 die in veel opzichten voortbouwde op het Ziekenfondsenbesluit uit 1941. De euthanasiewetgeving is een ander voorbeeld. Deze wetgeving bouwde in belangrijke mate voort op een rapport van Staatscommissie Euthanasie (1985), het standpunt van de KNMG (1984) inzake euthanasie en de juridische praktijk.

Pleitbezorgers van een hervorming koesteren doorgaans hoge verwachtingen. Zij schatten de kansen voor het slagen van een hervorming hoog in. Onzekerheden en risico's krijgen minder aandacht en technische problemen worden nogal eens onderschat. Soms domineert een kortetermijnperspectief. De klus zou in een betrekkelijk korte periode kunnen worden geklaard. De commissie-Dekker ging er bijvoorbeeld vanuit dat haar voorstellen voor meer marktwerking in vijf jaar in praktijk konden worden gebracht. Dat viel echter fors tegen. Er ging bijna twintig jaar overheen! Verandering kost veel tijd en vergt een langeretermijn perspectief dat zich moeilijk laat verenigen met het in de politiek dominante kortetermijndenken en urgente kwesties. De hervorming van de langdurige zorg verliep chaotisch omdat de regering de overgangsproblematiek bleek te hebben onderschat. De korte voorbereidingsperiode van de hervorming en de politieke druk om een forse bezuiniging op de langdurige zorg te realiseren waren hier ongetwijfeld mede debet aan.

Hervormingen gaan veelal gepaard met de introductie van een nieuwe beleidsvocabulary (Van Twist, 1994). Nergens is dat wellicht zo duidelijk het geval als bij de markthervorming toen het beleidsjargon werd geëconomiseerd. Zo werd de patiënt als consument voorgesteld en de verzekeraar als zorginkoper. Aanbodsturing moest

³³ Het zorgsysteem kan worden omschreven als het geheel van actoren, relaties, interacties en instituties (spelregels) in de zorg. In plaats van zorgsysteem wordt ook de term zorgstelsel gehanteerd.

plaats maken voor vraagsturing en planning voor gereguleerde marktwerking, ook wel aangeduid als *regulated competition*. Andere voorbeelden van een nieuw vocabulaire zijn *value-based healthcare*, waardengedreven zorg, *incentives*, systeemverantwoordelijkheid, sturingsconcepties, disease management, ketenzorg, participatiesamenleving en niet te vergeten zinnige zorg.

Een hervorming valt analytisch te beschouwen als poging tot het doorbreken van een stabiele toestand of evenwichtssituatie in de besturing van een systeem. Er is sprake van een gevestigde orde van opvattingen, belangen en machtsverhoudingen die weinig ruimte voor verandering laat. Premier Den Uyl sprak in dit verband ooit over 'de smalle marges van de democratie'. De besturing is incrementalistisch van aard: er bestaat enkel ruimte voor kleine of bescheiden verandering. Op bepaalde tijden raakt dit patroon echter verstoord en worden ingrijpende veranderingen doorgevoerd om de ontstane problemen het hoofd te bieden. Hierna treedt een nieuw soort evenwichtssituatie in. Dit model van stabiliteit en verandering staat bekend als het *punctuated equilibrium model* (True et al, 1999; Jones & Baumgartner, 2012). Hervormingen zijn in dit model bedoeld als poging om een bestaand systeem 'op te schudden' omdat het door externe oorzaken of intern falen niet langer voldoet. Er wordt een nieuw beleidspad ingeslagen of het oude beleidspad wordt krachtig bijgestuurd. Is een hervorming bij wijze van spreken achter de rug, dan volgt weer een periode van bescheiden (incrementele) aanpassing.

Incrementele beleidsveranderingen

Hervormingen onderscheiden zich van incrementele beleidsveranderingen. Een hervorming mikt op een ingrijpende verandering, terwijl het bij incrementele beleidsveranderingen om kleine aanpassingen gaat zoals een bescheiden verhoging of verlaging van een budget of een beperkte aanpassing van de regelgeving. Ook in de zorg komt overheidsbeleid voor een groot deel neer op incrementalistische en routinematige beleidsvoering, ook omdat de ruimte voor grote verandering ontbreekt. Een scherpe grens tussen een grote en kleine verandering blijkt echter illusoir. Waar precies zou die grens immers moeten worden getrokken? Hoe groot moet een verandering zijn om het predicaat hervorming te verdienen? Wat het onderscheid ook problematisch maakt is dat kleine veranderingen soms deel uitmaken van een hervorming. Zo werd de ruimte voor vrije prijsonderhandelingen in het kader van de markthervorming in 2008 verhoogd van 10% naar 20% en in 2009 naar 30%. De overheid koos dus voor een verhoging in kleine stapjes, een werkwijze die vooral was terug te voeren op politieke onenigheid tussen de coalitiepartijen (Maarse & Paulus, 2011). Pas in 2012 volgde een forse uitbreiding van de ruimte naar 70%. Het onderscheid tussen ingrijpend en incrementeel kan tevens een kwestie van perceptie zijn. Terwijl beleidsmakers een beperkte aanpassing van bijvoorbeeld de maximumtarieven voor de zorgverlening als een incrementele verandering voorstellen, blijken zorgverleners hierover toch heel anders te oordelen. Een ombuiging in het bestaande uitgavenpad wordt door tegenstanders doelbewust als bezuiniging geframed, ook al nemen de uitgaven nog altijd fors toe. Ook dreigt begripsinflatie door

kleine veranderingen om politieke redenen als hervorming voor te stellen.

Aan incrementele beleidsveranderingen zit nog een andere kant. Hervormingen mogen op het eerste gezicht spectaculairder ogen dan incrementele veranderingen, dit neemt echter niet weg dat ook incrementele veranderingen, zeker over een langere periode beschouwd, de zorg bijna ongemerkt een heel ander aanzien kunnen geven. Het cumulatieve effect van incrementeel beleid moet niet worden onderschat.³⁴ Elk jaar een enkel procentje erbij betekent dat de zorguitgaven in 10 jaar tijd substantieel stijgen. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) laat zien dat de stapsgewijze oprekking van het begrip zorg en de groei van de categorie 'lichtere' cliënten in de langdurige zorg eveneens een forse uitgavenstijging in de hand heeft gewerkt. De taskforce sprak in dit verband over *camel noses* omdat de budgettaire gevolgen van kleine veranderingen geregeld zwaar worden onderschat.³⁵

Hervormingen in theorie en praktijk

Elke hervorming heeft twee kanten. Aan de ene kant gaat het om een plan voor verandering. Op basis van een probleemanalyse wordt ingrijpende veranderingen voorgesteld teneinde de zorg beter te doen functioneren. Deze veranderingen worden concreet vormgegeven in nieuwe wetgeving en beleidsprogramma's. In essentie gaat het hier om een theoretische exercitie die zich in de praktijk nog maar moet bewijzen.

Een hervorming opgevat als plan bevat, als het goed is, ook een plan voor de invoering van de beoogde verandering. Hoe moet de overgang van de oude naar de nieuwe situatie worden georganiseerd? Wat brengt deze overgang mee voor de actoren in het veld? Welke nieuwe organisaties moeten worden opgetuigd en hoe moeten zij op hun nieuwe taken worden voorbereid? Hoe moet de regelgeving in concrete instructies worden vertaald en wie moet daarmee worden belast? Welke transitiekosten een hervorming met zich mee? Hoe moet over de hervorming worden gecommuniceerd? Een ander vraagstuk betreft de invoeringsstrategie. In theorie kiezen kan uit twee alternatieve strategieën worden gekozen: de strategie van de gefaseerde invoering of de strategie van invoering in één keer. Tuohy (2018) duidt de gefaseerde strategie aan als *blueprint* strategie en de tweede strategie als *big bang* strategie. In de gefaseerde invoering wordt deze uitgesmeerd over een langere periode. Deze strategie moet chaos en ongelukken voorkomen en ruimte creëren voor beleidsleren en, waar nodig geacht, bijsturing. Deze strategie werd gevolgd bij de markthervorming. Zoals eerder ter sprake kwam betrof de inwerktrading van de Zvw en Wmg in 2006 slechts de eerste stap, zij het wel een belangrijke stap, op weg naar invoering van marktwerking in de zorg.

34 Zie ook de eerdere discussie over de groei van de registratie- en veranderingslast.

35 Zo namen de uitgaven voor het persoonsgebonden budget in de periode 2004-2010 met 19% toe, voor de extramurale verslavingszorg met 18% en voor de curatieve jeugd GGZ met 16%. De uitgaven voor verpleging en verzorging stegen alleen al in het tijdvak 2004-2007 met 36% (Taskforce).

In de periode 2006-2012 zouden nog diverse stappen volgen zoals uitbreiding van de ruimte voor vrije prijsonderhandelingen, beëindiging van de regulering van het aanbod, overheveling van delen van de Awbz naar de Zvw en verhoging van het financieel risico van verzekeraars. Toelating van het winstmotief werd bewust naar later uitgesteld om geen ideologische kolen op het vuur te gooien. De zorg was in de ogen van de regering niet geëigend voor riskante experimenten. Bij de 'grote' hervorming van de langdurige zorg werd daarentegen voor de *big bang* strategie gekozen. Hoewel de hervorming met een reeks van overgangsmaatregelen vergezeld ging, was op 1 januari 2015 in veel opzichten sprake van een geheel nieuwe situatie die onvermijdelijk veel onzekerheden met zich meebracht, niet alleen voor zorginstellingen maar ook en vooral voor cliënten die zich afvroegen wat het nieuwe regime voor hen persoonlijk te betekenen had. Deze onzekerheden waren trouwens mede het gevolg van de korte voorbereidingstijd en het feit dat de langdurige zorg voor diverse doelgroepen met elk hun eigen specifieke regelingen bestemd is. De invoering van de Zvw stak hierbij af. Er was sprake van een strakke voorbereiding en een uitgekiende publiekscampagne en verzekeraars konden zich goed op de nieuwe situatie voorbereiden. De overstap van zo'n 18 procent van de verzekerden naar een nieuwe verzekeraar verliep in feite probleemloos.

Het onderscheid tussen een gefaseerde invoering en een invoering in één keer moet overigens niet worden overtrokken. In de praktijk zal vaak sprake zijn van een combinatie van beide. De traditionele tweedeling tussen het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekering hield op 1 januari 2006 echt op te bestaan, maar het betrof slechts de eerste stap op weg naar gereguleerde marktwerking³⁶ in de zorg. De overgangsmaatregelen bij de invoering van de Wlz en verbreding van het bereik van de Wmo op 1 januari 2015 waren bedoeld om op onderdelen een zachte landing mogelijk te maken.

De praktijk is de andere kant van een hervorming. Voor elke hervorming geldt dat *the proof of the pudding is in the eating*. De praktijk is altijd het uur van de waarheid. Nieuwe spelregels kunnen andere gedragsreacties opwekken dan door beleidsmakers werd verondersteld (Bowles, 2016). Spelregels zijn in de praktijk vaak voor verschillende uitleg vatbaar en spelers zullen niet nalaten de mazen in de regelgeving op te sporen als zij daarmee hun belang dienen. De praktijk blijkt weerbarstig, technische problemen zijn onderschat, er doen zich altijd onvoorziene problemen voor, er is sprake van verzet,

³⁶ De term gereguleerde marktwerking (concurrentie) is in feite een tautologie omdat alle marktwerking wordt gereguleerd. Er bestaat bijvoorbeeld uitgebreide regelgeving die de burger moet beschermen tot tegen misleiding of ongebreidelde marktmacht. En hoe zou de markt kunnen werken zonder wettelijke bescherming van het contractrecht? Dat er over gereguleerde marktwerking in de zorg wordt gesproken heeft te maken met feit dat de regelgeving veel verder dan gebruikelijk gaat. Vergelijk in dit verband de regulering in de basisverzekering met de regulering van de private zorgverzekeringsmarkt of de verplichte autoverzekering. In de zorgverzekering moest een balans worden gevonden tussen solidariteit en marktwerking (Bertens, 2021).

et cetera. Elke hervorming toont pas in de praktijk haar ware gezicht en dat gezicht kan er (heel) anders uitzien dan hervormers zich hadden voorgesteld. Zo bleek de planning van de zorg in de jaren zeventig als gevolg van gebrek aan betrouwbare gevens en eenduidige normen veel complexer dan de voorstanders in al hun naïviteit hadden aangenomen. Bovendien was er veel verzet vanuit het veld. De planning werd daarom al weer snel voor een alternatieve strategie ingeruild.

Plan en praktijk zijn nauw met elkaar verweven. Een plan geeft richting aan een praktijk maar omgekeerd geeft die praktijk ook richting aan een plan. *Policy shapes implementation*, aldus Wildavsky (1978), maar evenzeer geldt dat *implementation shapes policy*. De ervaring leert dat de praktijk altijd complexer in elkaar steekt dan beleidsmakers zich hadden voorgesteld. Om hierop in te spelen moeten hervormingsplannen en uitvoeringspraktijken worden bijgesteld waardoor een hervorming een cyclisch element krijgt. Met de noodzaak van bijsturing kan in de planvorming overigens ook rekening worden gehouden door een hervorming bewust te temporiseren en momenten van beleidsleren in te bouwen. Deze strategie werd bijvoorbeeld gevolgd bij de markthervorming. Zoals al ter sprake kwam, betekende de invoering van de nieuwe wetgeving in 2006 pas de eerste stap in het hervormingsproces. In de daarop volgende periode werden stapsgewijs nieuwe marktcreërende maatregelen ingevoerd.³⁷ In 2012 koos toenmalig minister Schippers voor een forse verhoging van het financiële risico van zorgverzekeraars omdat de hervorming in haar ogen in *the stuck of the middle* dreigde te verzanden. De introductie van zogeheten bestuurlijke hoofdlijnaakkoorden in 2012 met afspraken over de jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven per sector en andere vooral kwalitatieve afspraken valt eens te beschouwen als tussentijdse bijsturing van de markthervorming. Tot dan toe werd namelijk gewerkt met een door de overheid opgelegd Budgettair Kader Zorg (BKZ) maar dat bleek in de praktijk niet goed te werken en allerlei conflictstof met het veld op te leveren.

Afbakening

De term hervorming suggereert een in de tijd af te bakenen proces. De hervorming begon op tijdstip (t) en kan op tijdstip (t+x) als min of meer afgerond worden beschouwd. Deze voorstelling van zaken doet echter geen recht aan de complexiteit van hervormingen. Er valt geen specifiek moment in de tijd aan te wijzen waarop een hervormingsproces daadwerkelijk start. Evenmin is sprake van een specifiek moment waarop zij als afgerond kan worden beschouwd.

³⁷ Zo werd de ruimte voor vrije prijsvorming stapsgewijs vergroot, kwam aan de planning van het zorgaanbod in 2008 en 2009 een einde, werden in 2013 de geestelijke gezondheidszorg korter dan drie jaar en de geriatrische revalidatie naar de zorgverzekeringswet overgeheveld. Een experiment met vrije prijsvorming in de tandheelkunde werd na één jaar alweer beëindigd (Jeurissen & Maarse, 2021).

Voordat een hervorming de politieke agenda bereikt is vaak een gistingproces gaande dat al veel eerder startte. Zo zijn er goede argumenten om de start van de markthervorming niet te laten starten met de installatie van commissie-Dekker in 1986. Voor die tijd vielen namelijk al diverse pleidooien van belangenorganisaties, wetenschappelijke bureaus van politieke partijen, adviesorganen en andere instanties voor ruimte voor marktwerking, ondernemerschap en keuzevrijheid te beluisteren. Bij de installatie van de commissie-Dekker hintte toenmalig staatssecretaris Dees nadrukkelijk op de mogelijkheid van marktwerking: 'Wel wil ik Uw aandacht voor een meer marktgerichte oriëntatie met nadruk vragen' (Commissie Dekker, 1987: p.186). Evenzo waren voorafgaande aan de heragering van de markthervorming rondom de eeuwwisseling reeds allerlei *market-making* beleidswijzigingen ingevoerd. Zo mochten ziekenfondsen landelijk gaan opereren, kwamen er maximumtarieven, werd de contracteerplicht gedeeltelijk afgeschaft en konden ziekenfondsen zelf de hoogte van de nominale premie bepalen.³⁸ Ook werd in de jaren negentig begonnen met de ontwikkeling van een systeem voor risico-verevening.³⁹ De invoering van de Zvw in 2006 betrof inderdaad een markant moment in het hervormingsproces, maar niettemin slechts een moment omdat in de jaren erna nog diverse *market-making* beslissingen volgden (Jeurissen & Maarse, 2021).

Net zomin als sprake is van een duidelijk beginpunt, valt een duidelijk eindpunt aan te wijzen. Er is geen moment waarop een hervorming als afgerond kan worden beschouwd. In de praktijk lopen hervormingen in elkaar over. Na de fase van optimisme treedt nogal eens de fase van teleurstelling in en zijn er pleidooien te beluisteren voor een (gedeeltelijk) terugdraaien van de hervorming of een nieuwe hervormingsronde. Zoals eerder ter sprake kwam was dit lot het planningsregime beschoren. Ook de markthervorming ligt thans onder een kritisch vergrootglas. De bezuiniging op de langdurige zorg werd na enkele jaren weer gedeeltelijk ongedaan gemaakt. Kennelijk geldt voor hervormingen dat zij soms maar een beperkte houdbaarheidsdatum hebben en dat er weer behoefte is aan iets nieuws.

Hervormingen zijn eveneens moeilijk van andere beleidsprocessen af te grenzen. Beleidsprocessen lopen in de praktijk kriskras door elkaar en beïnvloeden elkaar over en weer. Er is altijd sprake van een complexe vervlechting. Hervormingen vormen hierop geen uitzondering. Zo is de hervorming van de langdurige zorg nauw met het volkshuisvestingsbeleid (wonen & zorg) verweven, is het streven naar een betaalbare zorg onlosmakelijk met het algemeen financieel-economische overheidsbeleid verbonden en

38 De invoering van de nominale premie dateert uit 1989. De hoogte ervan werd aanvankelijk door de overheid bepaald maar hier kwam in 1992 een einde aan. De maatregel valt te beschouwen als een kleine stap op weg naar concurrentie op de verzekeringsmarkt.

39 Vooruitlopend op de markthervorming werd in 1996 ook de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (Wvg) ingetrokken die het wettelijk kader moest bieden voor de planning in de ambulante zorg.

hangt het oplopende personeelstekort nauw samen met de algemene krapte op de arbeidsmarkt. In de periode voor de oorlog werd het plan van toenmalig minister Aalberse voor een ziekenfondsverzekering door de minister van Financiën afgewezen vanwege het beslag op de rijksuitgaven (Companje, 2008). Inkomenspolitieke overwegingen speelden een belangrijke rol in de markthervorming. Europese wetgeving over schadeverzekering schiep onzekerheid over de vraag of de markthervorming wel *Euro proof* was.⁴⁰

40 Concreet gaat het om de vraag of de hervorming wel voldeed aan de Derde Schaderichtlijn van de Europese Unie. Regulering van de verzekeringsmarkt was toegestaan maar wel onder de voorwaarde van noodzakelijkheid en proportionaliteit met het oog op het algemeen belang. De vraag was of de voorgestelde zorgverzekeringswet wel in overeenstemming met de schaderichtlijn was.

Autonome veranderingen

Een hervorming betreft een doelgerichte activiteit. Teneinde de zorg beter te laten functioneren acht de overheid ingrijpende veranderingen in het zorgstelsel noodzakelijk. Lang niet elke verandering is echter het resultaat van een hervorming. Dit punt kwam reeds in de vorige paragraaf ter sprake toen we vaststelden dat opeenvolgende kleine beleidswijzingen de zorg, zeker over een langere periode, als het ware ongemerkt een ander aanzien kunnen geven. Streeck en Thelen (2005) spreken in dit verband over graduele transformatie. Sommige als klein bedoelde beleidswijzigingen hebben onbedoeld grote gevolgen.

Dat de zorg van tegenwoordig onvergelijkbaar is met de zorg van nog maar enkele decennia geleden is echter maar ten dele het gevolg van allerlei hervormingen. Deze onvergelijkbaarheid houdt tevens verband met min of meer autonome ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg. Vooral aan de aanbodzijde van de zorg doen zich tal van grotendeels ongestuurde veranderingen voor. Zo heeft de snelle uitbreiding van de kennis op het terrein van ziekte en gezondheid geresulteerd in een enorme uitbreiding van het aantal behandelingsmogelijkheden (Le Fanu, 2011). De zorg is bijvoorbeeld in veel opzichten patiëntvriendelijker geworden, omdat veel belastende onderzoeken niet meer nodig zijn en een langdurige opname evenmin. De diagnostiek gaat tegenwoordig veel sneller en levert in veel gevallen ook beter inzicht in het ziektebeeld op. Zowel in de curatieve als langdurige zorg is een sterk gedifferentieerd aanbod van voorzieningen tot stand gekomen. Binnen de groep van zorgverleners heeft zich eveneens een enorme differentiatie voorgedaan. Tegelijkertijd globaliseert de zorg steeds meer. De snelle kennisuitwisseling tijdens de coronapandemie spreekt in dit verband boekdelen. Nieuwe technologieën hebben het tevens mogelijk gemaakt dat steeds meer routinematige behandelingen in *stand-alone* of focusklinieken plaats hebben (Kruse, 2021). De verwachtingen op het gebied van *personalized medicine* zijn hoog gespannen. Kennisinnovatie heeft het zorglandschap dus drastisch veranderd en nieuwe veranderingen zoals de toepassing van *artificial intelligence* liggen in het verschiet. Topol (2019) profeteert optimistisch dat AI de zorg niet alleen doelmatiger zal maken (minder fouten) maar ook patiëntvriendelijker omdat artsen meer tijd voor hun patiënten krijgen.

Ook de relatie tussen arts en patiënt laat grote veranderingen zien. Zo is het oude onderscheid in de behandelkamer tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten bijna ongemerkt verdwenen. De houding van patiënten ten opzichte van artsen is kritischer geworden. De verticale of paternalistische verhouding heeft geleidelijk plaats gemaakt voor een meer horizontale verhouding waarbij de patiënt veel meer dan voorheen in het behandelingsproces betrokken wordt (Huisman, 2018). In de langdurige zorg heeft het oude model van een aantal cliënten op één grote kamer afgedaan. Er is veel meer aandacht voor de privacy van cliënten gekomen. Misstanden van nog maar enkele

decennia geleden komen niet of nauwelijks meer voor.

Een ander voorbeeld van een geleidelijke verandering betreft de relatie tussen ziekenhuis en specialist. Tot de jaren zestig was nog nauwelijks sprake van integratie. Specialisten werkten wel in het ziekenhuis maar waren er formeel niet mee verbonden. Hierin is de afgelopen decennia grote verandering opgetreden. Tegenwoordig zijn specialisten via het medisch-specialistisch bedrijf veel meer bij de besturing van het ziekenhuis betrokken geraakt. Overigens speelde de overheid hierbij ook een rol van betekenis. Zo is de honorering van vrijgevestigde specialisten in tegenstelling tot vroeger volledig in de bekostiging van het ziekenhuis geïntegreerd (Van Montfort, 2024). De vraag is echter of deze integrale bekostiging de betrokkenheid van specialisten in de besturing van het ziekenhuis heeft bespoedigd of juist heeft bezegeld.

Van Montfort (2023) wijst er tevens op dat veel innovaties *bottom-up* verlopen. Dagelijks worden door actoren in het veld allerlei initiatieven ontplooid die de kwaliteit, doelmatigheid, patientvriendelijkheid en toegankelijkheid van de zorg moeten verbeteren. Creativiteit aan de basis is onontbeerlijk voor zorginnovatie en laat zich moeilijk van bovenaf sturen. De vraag is zelfs of *top-down* besturing van innovatie goed werkt in de praktijk.

De enorme transformatieve kracht heeft tevens een sterke vervlechting van zorg en samenleving tot gevolg gehad. Rondom de zorg is een dikke schil van industriële en dienstverlenende bedrijven ontstaan die hun activiteiten op de zorg richten. Men zou kunnen spreken van een medisch-industrieel complex dat de zorg steeds verder binnendringt (Starr, 1982). De zorg is meer dan ooit afhankelijk geworden van de beeldvormende industrie, de farmaceutische industrie, de medische hulpmiddelenindustrie, de IT-sector en vele andere producenten van producten en diensten. In sommige sectoren zoals de farmaceutische industrie is tevens sprake van een forse concentratie op wereldschaal.⁴¹ Het beeld van een min of meer gesloten zorgsector met eigen waarden en normen, praktijken en artsen *in the lead* heeft grotendeels afgedaan.

Dit lijstje van voorbeelden is met veel andere aan te vullen. Zij hebben met elkaar gemeen dat het om ongestuurde veranderingen gaat. Zij zijn niet, of zeker niet in de eerste plaats, de uitkomst van door de overheid in gang gezette hervormingen maar verlopen relatief autonoom, dat wil zeggen relatief onafhankelijk van de wet- en regelgeving en andere beleidsprogramma's van de overheid. De transformatie van de zorg in de afgelopen twee eeuwen is het resultaat van zowel doelgerichte als autonome veranderingen.

Er dringen zich nu twee vragen op. De eerste vraag betreft het relatieve belang van hervormingen in de transformatie van de zorg de afgelopen twee eeuwen. Deze vraag komt later in deze studie aan de orde.

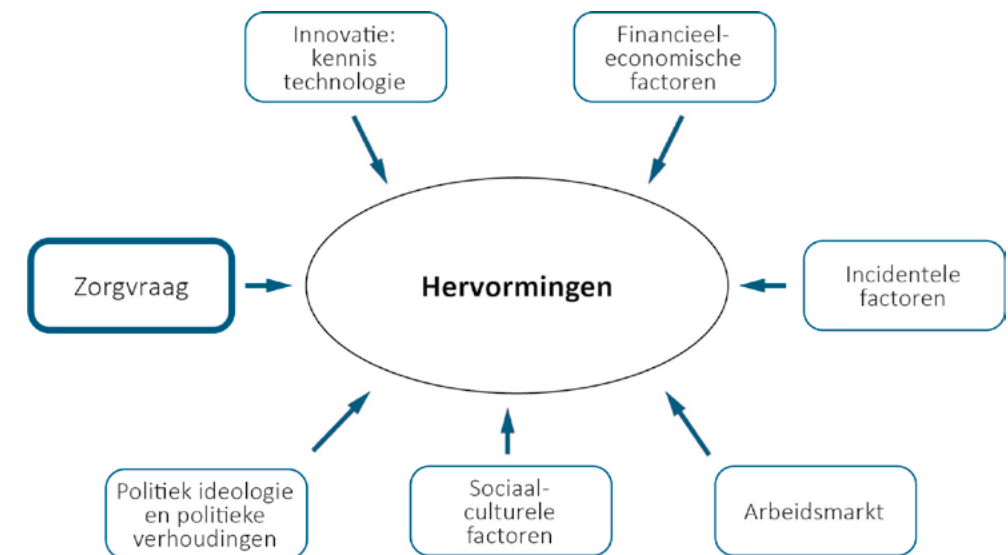
De kern van onze analyse zal zijn dat het belang van hervormingen in deze transformatie niet moet worden overschat maar evenmin moet worden onderschat. De tweede vraag heeft betrekking op de wijze waarop hervormingen en autonome veranderingen elkaar beïnvloeden. Dit is het onderwerp van de volgende paragraaf.

41 Een studie van Oxfam-Novib (2024) dat in het tijdvak 1995-2015 zestig farmaceutische bedrijven samensmolten tot tien wereldspelers.

Invloed van omgevingsfactoren

Hervormingen moeten worden begrepen als een contingent gebeuren. Zij spelen zich nooit in een denkbeeldig politiek en maatschappelijk vacuüm af, maar worden door allerlei omgevingsfactoren beïnvloed. Deze factoren worden niet alleen als motief voor hervormingen aangevoerd, maar geven er tevens richting aan en leggen eveneens beperkingen aan op. Figuur 2 biedt een schematisch overzicht van zes omgevingsfactoren die invloed op hervormingen uitoefenen. De invloed van deze factoren wordt met enkele voorbeelden geadstrueerd.⁴²

Figuur 2 Invloed van omgevingsfactoren op hervormingen



Ontwikkelingen in de zorgvraag zijn een vanzelfsprekend motief voor hervormingen. Elk hervormingsdocument begint standaard met een overzicht van uitdagingen die bestaande en verwachte ontwikkelingen in de zorgvraag aan het zorgsysteem

⁴² Zie voor een meer uitgebreide analyse het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2021).

stellen. Beleidsmakers constateren een grote probleemdruk die zonder hervormingen alleen maar verder zal toenemen. Deze probleemdruk vraagt om aanpassingen in de organisatie van de zorg. Een relatief nieuw probleem betreft de consequenties voor de zorg van de gestage veroudering van de bevolking. Veroudering gaat niet alleen gepaard met een sterke toename van het aantal zorgvragers met meerdere en vaak degeneratieve aandoeningen, maar vertaalt zich ook in een snel groeiende vraag naar voorzieningen om zelfstandig te kunnen blijven wonen en aan het maatschappelijk leven deel te nemen (RIVM, 2018; 2023a). Eenvoudige oplossingen bestaan niet, zeker ook in het licht van het oplopende personeelstekort. Andere zorgelijke ontwikkelingen betreffen onder meer de verslavingsproblematiek (Trimbos Instituut, 2023), de ongelijke verdeling van ziekte en gezondheid (Mackenbach, 2019) en, nieuw, de schadelijke invloed van social media op de mentale gezondheid (Murthy, 2023).

De snelle groei van de kennis op het terrein van ziekte en gezondheid is een volgende omgevingsfactor. Kennisinnovatie heeft geresulteerd in een spectaculaire uitbreiding van het arsenaal aan mogelijkheden op het gebied van preventie, vroegopsporing, behandeling en nazorg. De overheid heeft nadrukkelijk op deze ontwikkeling ingespeeld, bijvoorbeeld door de start en uitbreiding van het rijksvaccinatieprogramma en het bevorderen van een gedifferentieerd zorgaanbod dat aan hoge kwaliteitseisen voldoet. Regelgeving moet elke burger toegang tot de zorg garanderen. Hervormingen zijn er dus op gericht om de vruchten van kennisinnovatie te plukken. Tegelijkertijd confronteert kennisinnovatie beleidsmakers ook met lastige dilemma's betreffende de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat de *technological push* een substantieel deel van de stijging van de zorguitgaven verklaart.⁴³ De schatting van dit effect loopt nogal uiteen, maar de meeste studies komen uit op een effect tussen de 25 en 50%. Hoewel sommige technologieën kostenverlagend werken, is over de hele linie sprake van een kostenverhogend effect (Marino & Lorenzoni, 2019). Hervormingen zijn in toenemende mate gericht op het behoud van de betaalbaarheid als voorwaarde voor toegankelijkheid. Nieuwe technologische ontwikkelingen roepen ook medisch-ethische dilemma's op die om regelgeving vragen. Voorbeelden zijn de problematiek van wetenschappelijk onderzoek met rest-embryo's (Dondorp & De Wert, 2019) en de donorwetgeving.

Financieel-economische omstandigheden beïnvloeden hervormingen eveneens. Zo oordeelde het kabinet-Den Uyl midden jaren zeventig in de vorige eeuw dat de zorg niet van het ombuigingsbeleid kon worden uitgezonderd. De hervorming van de langdurige zorg in 2015 werd mede beargumenteerd met de noodzaak van bezuinigingen als gevolg van de financiële crisis die op de bankencrisis volgde. Financieel-economische ontwikkelingen kleuren ook het debat over de betaalbaarheid van de zorg. Zonder scherpe keuzes dreigt een steeds groter deel van het nationaal inkomen aan zorg op te gaan (zie verderop in de paragraaf over uitdagingen). Betaalbaarheid van de zorg blijft een belang

rijk argument voor het agenderen van noodzakelijk geachte beleids-ingrepen (Jeurissen et al, 2021).

Hervormingen hangen eveneens samen met sociaalculturele ontwikkelingen. Zo laat onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau zien dat burgers gezondheid als de belangrijkste waarde in hun leven beschouwen. Beperkingen in de toegang tot vooral de curatieve zorg betreffen om deze reden een onderwerp waaraan politici hun vingers niet willen branden. Een ander aspect van de sociaalculturele factor blijkt uit de impact van het emancipatieproces op de zorg. Deze ontwikkeling die in de jaren zestig van de vorige eeuw met de opkomst van waarden als keuzevrijheid en zelfverwerkelijking (Inglehart, 1977) inzette heeft in de zorg tot nieuwe wetgeving geleid met *patient empowerment* als overkoepelend thema. Voorbeelden zijn de wetgeving op het terrein van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de versterking van het klachtrecht en de wetgeving op het gebied van abortus en euthanasie.⁴⁴ Tenslotte noemen we het streven naar onzekerheidsreductie dat als een van de oorzaken achter de extensieve regelgeving in de zorg kan worden aangemerkt.

Hervormingen staan ook onder invloed van politiek-ideologische factoren en politieke verhoudingen. In het voorgaande zijn we hiervan al voorbeelden tegengekomen. Zo domineerde in de negentiende eeuw de staatsopvatting dat zorgen maatschappelijk welzijn een verantwoordelijkheid van het particulier initiatief was. Het particulier initiatief eiste die rol ook nadrukkelijk op. Hoewel de besturing van de zorg geleidelijk steeds meer is verstatelijkt, heeft het particulier initiatief niettemin een sterke eigen positie weten te behouden die ook normatief is verankerd. De bijzondere verhouding tussen overheid, markt en particulier initiatief in de zorg is niet los te zien van diepgewortelde politiek-ideologische opvattingen over de verhouding tussen overheid, markt en samenleving die veel verder reiken dan de zorg. De noodzaak van coalitievorming dwingt hervormers tot compromisvorming met als gevolg dat hervormingen minder ingrijpend zijn dan beoogd. Politieke verhoudingen spelen soms een doorslaggevende rol. Zo zou de euthanasiewetgeving er in 2001 niet gekomen zijn met confessionele partijen in de coalitieregering. De invloed van politiek-ideologische factoren valt ook af te lezen uit de 'modegevoeligheid' van hervormingen. De planningsrage in de zorg in de jaren zeventig en tachtig stond niet op zich maar maakte deel uit van een bredere ontwikkeling in het denken over besturing. Evenzo is de markthervorming onlosmakelijk verbonden met de neoliberale golf in de besturing van de samenleving. Voorts past het streven naar consensusvorming en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid in een breder politiek-ideologisch patroon. Deze stijl van besturing – ook wel aangeduid met de term neocorporatistische besturing – behoort tot het dna van de besturing van de Nederlandse samenleving (Visser & Heme-rijck, 1997; Andeweg et al, 2020).

⁴⁴ Van Klaveren (2015) betoogt in zijn cultureel-historische analyse van de Nederlandse zorg dat ruimte voor eigen verantwoordelijkheid aanvankelijk vooral werd gezocht in maatschappelijke organisaties, veelal op levensbeschouwelijke grondslag. Tegenwoordig ligt de nadruk veel meer op keuzevrijheid en zelfontplooiing.

⁴³ Vooral de farmaceutische industrie speelt hierbij tegenwoordig een belangrijke rol.

Een nieuwe ontwikkeling betreft de mogelijke gevolgen van de opkomst van de populistisch-georiënteerde politieke beweging voor de zorg. Populisten hebben bijvoorbeeld niet zoveel op met wetenschappelijke kennis en staan kritisch tegenover internationale samenwerking op het terrein van de volksgezondheid omdat deze de nationale souvereiniteit zou beperken. Zorgverleners vrezen tevens een versobering van het voorzieningenniveau voor asielzoekers (Rinaldi & Bekker, 2021).

Een omgevingsfactor die snel aan betekenis wint betreft de schaarste op de arbeidsmarkt. In de zorg is nu al sprake van een structureel personeelstekort en de vrees is dat dit tekort in de nabije toekomst alleen maar zal toenemen. Het behoeft weinig fantasie dat deze ontwikkeling een niet te onderschatten bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg betekent, wellicht nog het meest voor de langdurige zorg. Het zorgproces zal anders moeten worden georganiseerd. De hoop is daarbij voor een belangrijk deel op de digitalisering van de zorg gevestigd.

Behalve structurele factoren kunnen ook incidentele factoren meespelen. Een pregnant voorbeeld hiervan is het wrange feit dat de Duitse bezetter eraan te pas moet komen om de decennialange strijd over de ziekenfondswetgeving te beslechten. Het zogeheten Ziekenfondsenbesluit (1941) vormde zelfs de opmaat voor de latere Ziekenfondswet (1964).

Samenvattend luidt de conclusie dat hervormingen altijd in een bredere context plaats hebben. Zij moeten dan ook vanuit deze bredere context worden bestudeerd. Hervormingen zijn te beschouwen als een doelgerichte poging om de kansen die omgevingsfactoren bieden te vertalen in beleid en de schadelijk geachte gevolgen ervan te voorkomen. Externe factoren geven richting aan hervormingen maar kunnen er eveneens beperkingen aan opleggen.

Classificatie van hervormingen

Tot dusver zijn hervormingen enkel in algemene zin ter sprake gekomen. Tussen hervormingen bestaan echter grote verschillen in doelstelling, reikwijdte, aangrijpingspunt en besturing van hervormingen. Zij kunnen op meerdere manieren worden ingedeeld. In deze paragraaf komen achtereenvolgens de volgende indelingen aan de orde: het onderscheid tussen bestuurlijke en beleidshervormingen, tussen ‘grote’ en ‘kleine’ hervormingen, tussen ordening- en beheersingsgerichte hervormingen, tussen extern en intern gerichte hervormingen en het onderscheid tussen hiërarchische en netwerkbesturing van hervormingen.

Bestuurlijke en beleidshervormingen

Een eerste indeling betreft het onderscheid tussen bestuurlijke en beleidshervormingen. Bestuurlijke hervormingen beogen veranderingen in de spelregels voor de besturing tot stand te brengen. Zij mikken op verandering in de rollen en verantwoordelijkheden van actoren. De positionering van verzekeraars als prudente zorginkopers namens hun verzekerden in het kader van de markthervorming, de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit, de toekenning van doorzettingsmacht aan het Zorginstituut Nederland, de decentralisatie van de maatschappelijke ondersteuning naar de gemeenten en de reorganisatie van de adviesstructuur zoals het opdoeken van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid zijn voorbeelden van bestuurlijke hervormingen.

Bestuurlijke hervormingen hebben tot doel om kansen voor beleidsverandering te creëren. Zo berustte de overheveling van de maatschappelijke ondersteuning en de jeugdzorg naar de gemeenten op de veronderstelling dat gemeenten beter dan de centrale overheid in staat zouden zijn tot het bieden van een doelmatige en op de lokale omstandigheden afgestemde dienstverlening. Zij stonden immers dicht bij de burger. Aan de markthervorming lag het idee ten grondslag dat de introductie van marktwerking de doelmatigheid zou versterken en ruimte voor innovatie zou scheppen.

Bestuurlijke hervormingen betreffen in essentie een herverdeling van macht en verantwoordelijkheid. Precies om deze reden koesterden bij de markthervorming zorgaanbieders bezwaar tegen de versterking van de machtspositie van zorgverzekeraars en verzette het particulier initiatief zich in de jaren tachtig tegen de invoering van een bureaucratisch planningsregime. Het particulier initiatief zag in planning een poging van de overheid om haar greep op de sector te verstevigen. Bestuurlijke veranderingen blijken ook een politieke splijtzam vanwege vrees voor ingrijpende beleidswijzigingen. Hadden gemeenten wel voldoende kennis van de jeugdzorg en dreigde met de decentralisatie van de maatschappelijke dienstverlening naar de gemeenten geen kaalslag en ongelijke toegang? Zouden verzekeraars niet als *money-driven* organisaties opereren ten koste van de kwaliteit van de zorgverlening?

Beleids hervormingen zijn inhoudelijk van aard en hebben betrekking op de doeleinden en niet-bestuurlijke instrumenten van een beleid. Voorbeelden zijn de invoering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het verplichte eigen risico in de basisverzekering, de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssystematiek in het kader van de markthervorming, de afspraak van de overheid met het veld om het aantal bedden in klinische psychiatrische instellingen in de periode 2012-2020 met een derde te verminderen, een herordening van de beleidsprioriteiten, de uitbreiding of beperking van de doelgroep van een beleid en het opleggen van forse bezuinigingen. Ook de wetgeving gericht op uitbreiding van de zelfbeschikking van zorgvragers valt in de categorie beleids hervormingen.

Deze hervormingen betreffen doorgaans een combinatie van een bestuurlijke en beleids hervorming. Zo introduceerde de ziekenhuisbudgettering in 1982 niet alleen een uitgavenplafond per ziekenhuis (beleids hervorming). Instellingen kregen tegelijkertijd meer vrijheid ten aanzien van de besteding van hun budget. Ook mochten zij een eventueel overschot behouden. Daar stond echter tegenover dat zij een eventueel verlies zelf moesten opvangen (bestuurlijke hervorming). De hervorming van de langdurige zorg in 2015 omvatte zowel bestuurlijke hervormingen (overheveling van maatschappelijke ondersteuning naar gemeenten en wijkzorg naar verzekeraars) als beleids hervormingen (uitfasering van verzorgingshuizen, bezuinigingen en aanscherping indicatiecriteria).

Grote en kleine hervormingen

Hervormingen verschillen eveneens qua bereik. Terwijl sommige hervormingen betrekking hebben op het gehele zorgsysteem of een groot deel ervan, hebben andere hervormingen een beperkter bereik. De markthervorming en de hervorming van de langdurige zorg zijn voorbeelden van een 'grote' hervorming. De door staatssecretaris Hendriks voorgestelde planning van de zorg betrof het hele zorgsysteem. Een 'kleine' hervorming blijft daarentegen beperkt tot een bepaald deelgebied van de zorg zoals de huisartsenzorg, de geestelijke gezondheidszorg of de farmaceutische zorg. Hervormingen kunnen ook tot doel hebben de financiering, bekostiging en besturing van een deelgebied opnieuw in te richten. De markthervorming valt in deze gedachtegang dan te typeren als een grote hervorming, omdat zij grote veranderingen meebracht voor zowel de financiering, bekostiging als besturing van de curatieve zorg. Om deze reden wordt zij ook wel als een stelselwijziging voorgesteld. De Wet op de Toegang tot de Zorgverzekering (Wtz) had daarentegen alleen betrekking op een bepaald deelgebied in de zorgfinanciering. Deze zogeheten 'kleine stelselwijziging' was enkel bedoeld om voor bepaalde groepen van burgers barrières in de toegang tot de zorgverzekering weg te nemen. Overigens moest de term 'kleine stelselwijziging' ook aangeven dat de Wtz een tijdelijke noodingreep betrof en dat een fundamentele herziening van de zorgverzekering noodzakelijk was. Die zou er pas in 2006 met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) komen.

Het onderscheid tussen een grote en kleine hervorming mag misschien een semantische kwestie lijken, maar het raakt een dilemma voor beleidsmakers. Moet voor een grote hervorming worden gekozen of is het verstandiger om minder ambitieus te zijn en te mikken op het aanpakken van concrete problemen zonder daarbij het hele stelsel op de schop te nemen? Levert het 'herstellen van weeffouten' in het bestaande stelsel niet meer resultaat op dan het inslaan van een radicaal nieuwe koers?⁴⁵ De praktijk is natuurlijk weerbarstig omdat kleine hervormingen altijd doorwerken naar andere deelgebieden of aspecten van de zorg. Een van de oorzaken waarom een voor de hand liggende vermindering van de administratieve last in de zorgverlening ingewikkeld is, heeft te maken met feit dat het schrappen van bepaalde registraties consequenties kan hebben voor de zorgbekostiging, de besturing van de zorg (denk aan het toezicht) of in het geval van een calamiteit voor de verantwoording achteraf. Het 'ontregelen' van de zorg blijkt veel complexer dan op het eerste gezicht het geval lijkt. Een kleine hervorming kan in de praktijk uitdraaien op een grote hervorming.⁴⁶

Ordering- en beheersinggerichte hervormingen

Orderinggerichte hervormingen hebben tot doel om de zorg doelgericht vorm te geven. De inrichting van de zorg moet aan bepaalde maatstaven voldoen. Grote hervormingen in de zorgverzekering zijn er altijd op gericht geweest om barrières in de toegang tot de zorg te slechten. De invoering van het persoonsgerichte budget moest zorgvragers met een chronische beperking in staat stellen om de zorgverlening zoveel mogelijk zelf te regisseren. De planning van de zorg was bedoeld om het zorgaanbod te ordenen en op de zorgvraag af te stemmen. Beheersingsgerichte hervormingen zijn meer defensief van aard en hebben tot doel expansieve krachten in de zorg te beteugelen. Alle bestuurlijke en beleids hervormingen gericht op financiële houdbaarheid (betaalbaarheid) vallen in deze categorie.

Het onderscheid tussen ordering- en beheersinggerichte hervormingen is minder scherp dan het op het eerste gezicht lijkt. Is bijvoorbeeld het streven naar 'zinnige zorg' een orderings- of beheersingsoperatie? Of is het beide? Het onderscheid kan ook inzet worden van een conflict. Staatssecretaris Hendriks presenteerde planning van het zorgaanbod primair als een orderinggerichte hervorming, hoewel hij er natuurlijk niet om heen kon dat er ook een beheersingsaspect aan vast zat.

⁴⁵ Deze vraag grijpt terug op een klassieke discussie in de politieke filosofie over zin en onzin van het streven naar revolutionaire verandering. Popper (1957) was hier duidelijk over. Hij manifesteerde zich nadrukkelijk als tegenstander van utopische sociale experimenten en pleitte voor wat hij *piecemeal engineering* noemde. Een optimaal systeem bestaat niet (ook niet in de zorg!) en elk streven ernaar kan, omdat we de toekomst niet kennen, tot grote ongelukken leiden.

⁴⁶ Het is daarom niet verwonderlijk dat het kabinet-Schoof ruim vijf jaar uittrekt voor een halvering van de administratieve last in 2030 (MinVWS, 2024).

Het particulier initiatief keerde zich steeds luider tegen zijn plannen omdat planning in feite volgens de belangenorganisaties neerkwam op een dirigistisch optredende overheid die steeds meer macht naar zich toe trok waardoor de positie van het particulier initiatief onvermijdelijk werd uitgehold (Van der Reijden, 1987).

Het onderscheid tussen ordening- en beheersinggerichte hervormingen werpt tevens licht op de historische dimensie in hervormingen in de Nederlandse zorg. Hoewel ordeninggerichte hervormingen zeker niet hebben afgedaan, valt vanaf ongeveer 1970 een duidelijke verschuiving van ordening naar beheersing waar te nemen. De nadruk is steeds meer op betaalbaarheid komen te liggen en op de vraag hoe op de verwachte groei van de zorgvraag te anticiperen. Als de zorg niet langer betaalbaar blijkt en de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod groter wordt zal dat uiteindelijk consequenties voor de toegankelijkheid van de zorg hebben.

Intern en extern gerichte hervormingen

Hervormingen kunnen zowel op het interne functioneren van de zorg gericht zijn als op de omgeving van de zorg. Het doel van intern gerichte hervormingen is om een systeem beter te doen functioneren. In de zorg gaat het hier bijvoorbeeld om maatregelen gericht op versterking van de kwaliteit van de zorgverlening, het wegnemen van financiële en andere barrières in de toegang tot de zorg, de invoering van een nieuw bekostigingsmodel om de productieprikkel in de zorgverlening te neutraliseren of de samenwerking in de zorg te bevorderen of het tot stand brengen van een rechtvaardige lastenverdeling in de financiering van de zorg. De invoering van de ziekenfondsverzekering en de basisverzekering zijn alle intern gerichte hervormingen. Andere voorbeelden zijn de invoering van de planning in de jaren zeventig en de budgettering van zorginstellingen in 1982.

Hervormingen kunnen ook extern gericht zijn. Het doel is hier om veranderingen in de omgeving van een systeem tot stand te brengen om de probleemdruk op dit systeem te verlichten. Dit type hervormingen heeft al een lange geschiedenis in de zorg. Zo pleitten de zogeheten hygiënisten in de negentiende eeuw voor infrastructurele voorzieningen voor schoon drinkwater. Vervuild water, zo betoogden zij, was een belangrijke oorzaak van het uitbreken van cholera-epidemieën (Houwaart, 1991). De slechte gezondheid van werknemers had alles te maken met vaak erbarmelijke werkomstandigheden. Verbetering van hun gezondheid vereiste op allerlei gebied wetgeving door de overheid (Querido, 1965).

Een recent voorbeeld betreft de hervorming van de ouderenzorg. Vanwege de veroudering van de bevolking verwacht de overheid een sterke toename van de vraag naar de ouderenzorg. Alleen al vanwege het oplopende personeelsgebrek zal het onmogelijk zijn om de groei van de vraag naar ouderenzorg binnen het zorgsysteem op te vangen. Dat zou een onhaalbare uitbreiding van de zorgcapaciteit vergen. Ouderen moeten daarom worden gestimuleerd om zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te blijven wonen. Dit vraagt om maatregelen om thuisverblijf te accommoderen en participatie aan de

samenleving te bevorderen. Deze maatregelen passen tevens in het streven naar de-medicalisering en vermaatschappelijking van de langdurige zorg (Schols, 2024). Een tweede voorbeeld betreft de vermindering van de zorgvraag door bescherming van de bevolking tegen externe gevaren voor de gezondheid en gedragsbeïnvloeding. Er moet veel meer aandacht voor preventie komen. Verderop in deze publicatie wordt nader op dit preventieparadigma ingegaan.

Een consequentie van extern gerichte hervormingen is dat de politieke arena nog drukker bevolkt raakt. Preventie is hiervan een instructief voorbeeld. Omdat preventie commerciële belangen raakt (denk bijvoorbeeld aan de belangen van tabaksindustrie, de voedingsindustrie, de automobiellindustrie of de landbouw en veeteelt), laten belangenorganisaties geen poging onbenut om de besluitvorming te beïnvloeden. De kans op conflicten neemt dus toe waarbij tevens de vraag rijst of de pleitbezorgers van preventie wel over voldoende invloed en macht beschikken om preventie een kans te geven. Zij moeten opboksen tegen machtige tegenstrevers. Gilmore en haar collega's spreken in dit verband over de economische determinanten van gezondheid (Gilmore et al, 2023).

Het onderscheid tussen intern en extern gerichte hervormingen werpt een interessant licht op het verleden en de toekomst van hervormingen. Zoals al eerder ter sprake kwam waren hervormingen in de negentiende eeuw vooral gericht op een aantal externe factoren die als belangrijke oorzaak van ziekte en ongezondheid werden geïdentificeerd. Vaccinatieprogramma's speelden daarbij eveneens een belangrijke rol. Het Rijksvaccinatieprogramma startte in 1957 en is sedertdien fors uitgebreid. Van Wijhe (2018) stelt op basis van empirisch onderzoek dat dit programma buitengewoon effectief is gebleken.⁴⁷ In de twintigste eeuw kreeg de inrichting van het zorgsysteem steeds meer aandacht. Er diende een hoogwaardig en breed geschakeerd aanbod van voorzieningen tot stand te worden gebracht dat voor elke burger financieel toegankelijk moest zijn. Later ontwikkelden zich onderwerpen als doelmatigheid, betaalbaarheid en kwaliteit tot belangrijke thema's in de hervorming van het zorgsysteem. Thans wordt steeds meer gepleit voor een verschuiving in de richting van extern gerichte hervormingen. De veronderstelling achter dit pleidooi is dat veel problemen in de zorg om een bredere oriëntatie vragen, zowel op het gebied van de gezondheidsbescherming als gezondheidsbevordering.⁴⁸ Het is een illusie te denken dat deze problemen binnen het zorgsysteem kunnen worden 'opgelost'. Er is behoefte aan wat een domeinoverstijgende aanpak is gaan heten.

⁴⁷ Van Wijhe schat dat het Rijksvaccinatieprogramma de sterfte bij kinderen die tussen 1953 en 1992 werden geboren met 6.000 tot 12.000 gevallen heeft verminderd. Voorts constateerde hij een forse daling van het aantal ziektegevallen, namelijk een daling van 50% voor rode hand en 90% voor polio.

⁴⁸ Gezondheidsbescherming betreft de bevordering van een gezonde leefomgeving; gezondheidsbevordering is gericht op de bevordering van een gezonde leefstijl.

De vraag is natuurlijk in hoeverre de verschuiving van intern gericht naar extern gericht in de toekomst zal doorzetten. Valt in de toekomst inderdaad meer nadruk te verwachten op beïnvloeding van de determinanten van ziekte en gezondheid en daarmee op de beïnvloeding van de vraag naar zorg? Het blijft speculeren, maar onze hypothese is dat deze verschuiving inderdaad een hogere prioriteit zal krijgen. Hieraan dient echter direct te worden toegevoegd dat een domeinoverstijgende aanpak, hoe voor de hand liggend ook, in de praktijk vanwege de bestuurlijke en beleidscomplexiteit ervan op de nodige hobbels stuit.

Hiërarchische en netwerkingbesturing

Tot dusver is stilzwijgend van de veronderstelling uitgegaan dat de overheid aan het stuur van hervormingen in de zorg zit. Hervormingen vereisen politieke besluitvorming over plannen die het parlement als wetgevend orgaan moet goedkeuren. Dat deze plannen de uitkomst zijn van een complex proces waarop tal van actoren invloed trachten uit te oefenen doet hieraan niets af. De overheid wordt eveneens geacht de invoering van een hervorming aan te sturen en draagt daarvoor ook politieke verantwoordelijkheid. De besturing van een hervorming wordt in dit model voorgesteld als een collectief proces met de overheid in een sturende rol. Er is sprake van een behoorlijke mate van hiërarchische besturing.

Maar hoe zit het dan met het Integraal Zorgakkoord dat overheid en veertien vertegenwoordigende organisaties in 2022 hebben uitonderhandeld? Dit omvangrijke akkoord betreft een ambitieuze poging tot hervorming van de zorg met het oog op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op langere termijn. Daartoe bevat het afspraken over passende zorg, regionale samenwerking in de acute zorg, versterking van de organisatie van de eerste lijnszorg, samenwerking in het sociaal domein, preventie en gezondheid, ontzorging van zorgprofessionals, digitalisering en gegevensuitwisseling en handhaving van de contractering. Tevens voorziet het akkoord in een financiële paragraaf over de reële jaarlijkse stijging van de zorguitgaven per sector en een paragraaf over transitiegelden om de beoogde transitie te faciliteren. De overheid hechtte groot belang aan dit akkoord. Minister Kuipers toonde zich dan ook verheugd over het feit dat ‘bijna⁴⁹ alle partijen hebben besloten zich aan het te committeren door het te ondertekenen.’ (...) Het bereiken van één Integraal Zorgakkoord [is] uniek en sluit het aan bij de uitdagingen waar we voor staan’ (MinVWS, 2022).

Hoewel de overheid nauw bij de totstandkoming van het IZA betrokken was, is het akkoord veel meer de uitkomst van een collectief proces met de overheid als één van de betrokken actoren.⁵⁰ Het IZA drukt samenwerking en collectieve verantwoordelijkheid uit. Samenwerking en collectieve verantwoordelijkheid zijn noodzakelijk vanwege het domeinoverstijgende karakter van de zorgverlening en zorgfinanciering. Effectieve preventie vraagt om de inzet en het commitment van vele partijen in het veld.

⁴⁹ In eerste instantie weigerde de Landelijke Huisartsenvereniging het akkoord te ondertekenen uit onvrede met de financiële paragraaf. In 2023 heeft de LHV na toezeggingen het akkoord toch ondertekend.

⁵⁰ Behalve de minister behoorden ook twee zelfstandige bestuursorganen, te weten de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland tot de ondertekenaars van het akkoord.

Een zwak punt van netwerkbesturing is dat de gemaakte afspraken in veel opzichten nogal ‘zacht’ zijn en in de praktijk moeten worden geconcretiseerd. Ook moet worden afgewacht in hoeverre de betrokken partijen zich uiteindelijk aan de gemaakte afspraken committeren. Om de voortgang te bewaken voorziet het akkoord daarom in een systeem van monitoring en tussentijdse evaluaties om te bezien of de beoogde transitie op koers ligt of dat bijsturing noodzakelijk is.

Het Integraal Zorgakkoord duidt op een alternatief besturingsmodel. In plaats van hiërarchische sturing is sprake van netwerksturing (Provan & Kenis, 2007). De beoogde hervorming is het resultaat van een complex onderhandelingsproces tussen min of meer gelijkwaardige partijen. Partijen verbinden zich tot elkaar door middel van niet-vrijblijvende afspraken die een gedeelde verantwoordelijkheid uitstralen. De overheid krijgt een regierol toebedeeld in de nadere uitwerking van de afspraken. Uiteindelijk moeten deze afspraken uitmonden in concrete voorstellen die aan het Parlement ter goedkeuring moeten worden voorgelegd.

Het onderscheid tussen het hiërarchische en het netwerkmodel moet vanzelfsprekend niet worden verabsoluteerd. Er bestaan allerlei tussenvarianten. Ook in het hiërarchische model zijn wetsvoorstellen mede het resultaat van overleg en onderhandelingen met het veld. Een formeel hiërarchische structuur leidt niet per se tot een hiërarchisch besluitvormingsproces. De besluitvorming steekt veel complexer in elkaar dan een hiërarchische structuur doet vermoeden (Scharpf, 1997). Ook komt het voor dat de overheid van strategie wisselt en kiest voor overleg en samenwerking in plaats van *top-down* beslissingen die alleen maar verzet bij het veld oproepen en al gauw in juridische procedures uitmonden. Omgekeerd kan de overheid in het netwerkmodel uiteindelijk overschakelen op een meer dirigistische rol. Evenmin mag uit het oog worden verloren dat de keuze voor netwerksturing onder ‘de schaduw van de hiërarchie’ kan plaats hebben. Hiermee wordt bedoeld dat de overheid een stok achter de deur heeft en op het hiërarchische model kan terugvallen mochten collectieve afspraken onmogelijk blijken.

Het model van netwerksturing past in de politieke cultuur van de consensusdemocratie (Andeweg et al, 2020). Partijen rekenen het tot hun taak en verantwoordelijkheid om hun best te doen er samen in de vorm van een compromis uit te komen. Dit neemt uiteraard niet weg dat het er soms hard aan toe kan gaan en dat de confrontatie wordt aangegaan. Een dergelijke strategie is echter meer uitzondering dan regel. Uiteindelijk domineert het besef van een gedeelde verantwoordelijkheid.

Het netwerkmodel wordt vooral daar beproefd waar de overheid voor haar beleidsvoering op samenwerking met allerlei maatschappelijke sectoren is aangewezen en waar wettelijke maatregelen niet goed werken of hooguit een laatste optie zijn. Recente resultaten van netwerksturing zijn behalve het Integrale Zorgakkoord, het Nationale Preventieakkoord, het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Wonen, Zorg en Oudersteuning voor Ouderen (WOZO).

Het netwerkmodel roept behalve vragen over de uitvoering ook vragen op over het primaat van de politiek. In theorie mag het Parlement de gemaakte afspraken naast zich neerleggen, maar hoe groot is de politieke ruimte daarvoor als het veld zich daaraan heeft gecommitteerd? Akkoorden kunnen ook de politieke afwegingsfunctie ondermijnen. De afspraken in het Integrale Zorgakkoord worden niet afgewogen tegen andere legitieme belangen in de samenleving. En hoe staat het tenslotte met de afstemming tussen afgesloten akkoorden (Raad van State, 2014)?

Verandering van beleidsparadigma

Alle beleid berust op expliciete en impliciete veronderstellingen. Hiervoor bestaan in de literatuur diverse benamingen zoals beleidsparadigma, besturingsparadigma, beleidstheorie, beleidsdiscours en *assumptive world*. Een beleidsparadigma omvat behalve normatieve uitgangspunten (waarden en normen) veronderstellingen betreffende de aard van de probleemsituatie (omvang, oorzaken, gevolgen, samenstelling van probleemgroep, et cetera), de effecten van alternatieve instrumenten om de doeleinden van een hervorming te bereiken.

In het essay ‘Machtige mensbeelden’ wijst de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2021) erop dat aan de vormgeving van de zorg een bepaald mensbeeld ten grondslag ligt. Dit mensbeeld dient als leidend principe hoe de zorg moet worden ingericht en legitimeert de politieke keuzes door ze een normatief fundament te geven. Het maakt voor politieke keuzes groot verschil uit of de overheid de burger ziet als een rationele consument, als een individu met een sterke behoefte aan autonomie en zelfredzaamheid of als een individu met een behoefte aan ondersteuning.

Elke hervorming correspondeert met een verandering van een onderliggend paradigma. Rein en Schon (1984) noemen dit *policy reframing*. Bestaande veronderstellingen worden ter discussie gesteld en door nieuwe vervangen. Een verandering van beleidsparadigma roept altijd strijd op waarbij zoals het oude als nieuwe paradigma als discursief wapen worden ingezet (Deigneault, 2015). Terwijl voorstanders pleiten voor een nieuwe denkrichting houden tegenstanders juist vast aan hun oude paradigma. Wat al gauw resteert is een ideologische strijd die zich jaren kan voortslepen. De botsing tussen de *logic of care* en de *logic of choice* (Mol, 2008) komt in essentie neer op een strijd tussen twee paradigma's.

In het historische overzicht van hervormingen in de Nederlandse zorg hebben we gezien dat in de afgelopen twee eeuwen verschillende paradigma's de inrichting van de zorg hebben beïnvloed. In de negentiende eeuw domineerde het paradigma van de liberale staatsopvatting en de opvatting dat de zorgverlening vooral een aangelegenheid van het particulier initiatief was. De taak van gemeenten en provincies bleef hoofdzakelijk beperkt tot uitoefening van toezicht. Op het terrein van de armenzorg kregen gemeenten een residuele rol toebedeeld: armenzorg was primair de verantwoordelijkheid van het particulier initiatief. In de twintigste eeuw rekende de overheid het tot haar verantwoordelijkheid om de voorwaarden voor een voor iedereen toegankelijke zorg te scheppen. Na een korte ‘liberale pauze’ in de jaren zestig kwam eerst het planningsparadigma op dat na een korte periode alweer door het marktparadigma werd ingeruild. Momenteel wordt door velen gepleit voor het preventieparadigma. In deze paragraaf worden beide laatste paradigma's aan een beknopte kritische beschouwing onderworpen.

Het marktparadigma

De markthervorming berust op het model van gereguleerde concurrentie dat vanuit de Verenigde Staten naar Nederland en enkele andere landen op het Europese continent als een soort ‘heilige graal’ is komen overwaaien (Thomson et al, 2013). Dit op het neoliberale gedachtegoed gebaseerde model met veel aanhangers onder gezondheidseconomen biedt een alternatief voor het model van aanbodsturing waarin de overheid met behulp van planning en gedetailleerde regelgeving de zorg tracht te besturen. Vraagsturing moet in de plaats komen van aanbodsturing om doelmatige, innovatieve en op de behoeften van zorgvragers afgestemde zorg te realiseren. Het paradigma dat aan de markthervorming ten grondslag ligt stoelt op andere veronderstellingen dan het paradigma van de aanbodsturing. Anders dan in het model van aanbodsturing wordt juist vertrouwd op zelfregulering binnen strikte wettelijke kaders om de solidariteit te bewaken. Het beleidsparadigma ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

- Keuzevrijheid in de zorgverzekering biedt burgers (in het economische jargon van het paradigma ‘consumenten’) de mogelijkheid een polis te kiezen die het beste bij hun individuele preferenties past. Zij beschikken over informatie om een rationele keuze te maken. Er is tevens sprake van vrije artskeuze.
- Keuzevrijheid in de zorgverzekering leidt tot concurrentie die verzekeraars aanmoedigt tot een actieve zorginkoop in termen van kosten en kwaliteit. Zorgverzekeraars treden op als representant van hun verzekerden in onderhandelingen met zorgaanbieders over de kwaliteit en de kosten van de zorg.
- De actieve zorginkoop stimuleert zorgaanbieders tot doelmatigheid en betere kwaliteit van zorg door innovatie en verhoging van de productiviteit.
- Het cumulatieve effect van alle inkoopbeslissingen is een zorgstelsel dat is afgestemd op de behoefte aan zorg van burgers.
- De rol van de overheid blijft beperkt tot regulering en toezicht met het oog op de bescherming van de publieke waarden in de zorg. Enkel in geval van aantasting van deze waarden mag zij interveniëren.

Het model van gereguleerde concurrentie bestaat in feite uit een ketenredenering. Het succesvol doorlopen van elke schakel levert een optimaal op de zorgvraag afgestemd aanbod van voorzieningen op. De ‘onzichtbare hand’ van de markt doet haar werk.

Kritische beschouwingen over de markthervorming laten zien dat op de ketenredenering veel valt af te dingen. In hoeverre maken burgers rationele keuzes (Victoor, 2015; Mol, 2008)? Hebben verzekeraars en zorgvragers wel voldoende inzicht in de kwaliteit van de zorg? Hoe moeten verzekeraars kiezen tussen de belangen van hun verzekerden die bij ziekte de beste zorg willen ongeacht de kosten ervan en de belangen van hun verzekerden die een zo laag mogelijke premie willen (Halbersma et al, 2012). Is de regulering van de markt voldoende effectief om ongewenste praktijken te vermijden? Stel bij wijze van gedachtenexperiment de kans op het succesvol doorlopen van een

schakel op 0,9, dan komt de kans op het bereiken van het ideaal van een doelmatige en innovatieve zorg uit op 0,9⁴ oftewel 66%. Verlaging van de kans tot 0,7 levert een succespercentage op van 24%. Uiteraard valt veel af te dingen op deze theoretische gedachtegang die is ontleend aan een studie van Pressman en Wildavsky (1973). De kansen voor het succesvol passeren van een keten zijn immers niet onafhankelijk en kunnen voor iedere schakel verschillend zijn. Wat niettemin blijft is dat de markthervorming op een kwetsbare ketenredenering stoelt.⁵¹

De markthervorming berust tevens op de veronderstelling dat er in het oude systeem van aanbodsturing onvoldoende *checks and balances* bestonden. In dit stelsel fungeerde de overheid primair als tegenkracht, bijvoorbeeld door te beslissen over de inhoud van het verzekerde pakket, de planning van het aanbod van voorzieningen en ombuigingen in de zorguitgaven. De overheid bevindt zich echter in een kwetsbare positie vanwege het sterk politieke karakter van de zorg en voorspelbare tegendruk vanuit het veld. Met de markthervorming wordt met de concurrentie op de verzekeringsmarkt en de inkooprol van verzekeraars op mesoniveau een extra tegenkracht ingebouwd. Onvoldoende ‘hard’ onderhandelen over tarieven en budgetten vertaalt zich immers uiteindelijk in een premiestijging die de concurrentiepositie aantast. De praktijk laat zien dat verzekeraars vaak tot groot ongenoegen van de zorgaanbieders inderdaad scherp op hun uitgaven letten.

Een bijkomende veronderstelling is dat verzekeraars beter dan de overheid tot zakelijke beslissingen in staat zijn. Hier valt inderdaad wat voor te zeggen. Denk aan de sluiting van het Slotervaart ziekenhuis in 2018. Hoewel de gang van zaken rondom het faillissement van dit ziekenhuis geen schoonheidsprijs verdiende (COFZ, 2020), was het een besluit waartoe de overheid vermoedelijk nooit in staat zou zijn geweest. Zij moet immers in een politiek gevoelige omgeving opereren en de sluiting van het ziekenhuis zou ongetwijfeld massaal publiek verzet hebben opgeroepen. Nu kon de verantwoordelijke minister zich verschuilen achter het argument dat hij niet kon ingrijpen omdat de toegang van de zorg in Amsterdam en omstreken niet in het geding was. Hij ging niet ‘over een stapel stenen’.

De markthervorming valt in dit licht te beschouwen als een poging tot depolitisering van de besturing van de zorg waarin beslissingen niet op politieke maar op zakelijke overwegingen rusten. Deze ‘technocratisering’ van de zorg staat echter op gespannen voet met het politieke karakter van de zorg. De ophef over het (tijdelijk) sluiten van afdelingen en herverkaveling van de zorg vanwege oplopende personeelstekorten spreekt in dit verband boekdelen. Niet instellingen en verzekeraars zouden hierover moeten beslissen maar de politiek en de burger.

51 Recentelijk hebben Van de Ven en zijn collega’s onderzocht in hoeverre in een aantal landen (België, Duitsland, Israël, Nederland en Zwitserland) aan de voorwaarden (preconditions) voor gereguleerde marktwerking is voldaan. De onderzoekers komen tot de conclusie dat vanaf 2012 gerekend geen enkel land aan alle voorwaarden voldoet. Nederland en Zwitserland scoren relatief nog het best (Van de Ven et al, 2024).

Het preventieparadigma

Tegenwoordig krijgt preventie meer nadruk in het gezondheidsbeleid. Voormalig minister Kuijpers noemde preventie een van de speerpunten in het overheidsbeleid om 'de zorg in Nederland klaar voor de toekomst te maken'. We moeten 'buiten de gebaande paden treden' en overgaan 'van nazorg naar voorzorg', aldus Ruwaard (2012). Voorkomen is immers beter dan genezen. Preventie staat dus voor een andere manier van denken.

Preventie is een breed begrip (Hagenaars & Klazinga, 2018). Hierbij krijgt gezondheidsbevordering veel aandacht. De burger zou gezonder moeten leven. Een heel leger aan leefstijlcoaches heeft intussen de markt betreden en de zogeheten gecombineerde leefstijlinterventie wordt in de basisverzekering vergoed.

Het pleidooi voor gezondheidsbevordering door gedragsverandering berust op de veronderstelling dat ongezond gedrag tot hogere zorguitgaven leidt en dat preventie uitgaven kan besparen. Op deze veronderstelling valt echter het nodige af te dingen. Interventies gericht op gedragsverandering zijn in de praktijk minder effectief dan gehoopt. Gedragsverandering blijkt in de praktijk uiterst moeilijk. Het effect van een gezonde leefstijl is op individueel niveau onzeker en manifesteert zich in veel gevallen pas op langere termijn. Bovendien gaat de kost voor de baat uit. Een complicerende factor is ook dat met de stijging van de levensverwachting als gevolg van een gezonde leefstijl de kans op vervangende ziekten op latere leeftijd toeneemt waardoor de zorguitgaven weer oplopen (Russell, 1986). Werkt preventie van overgewicht inderdaad uitgaven verlagend (Van Baal et al, 2008)? Het antwoord op deze vraag hangt mede af van de kosten van vervangende ziekten op latere leeftijd die op hun beurt afhankelijk zijn van de ontwikkeling van nieuwe maar vaak dure interventies en de geldende kwaliteitseisen (bijvoorbeeld in de ouderenzorg). Pleitbezorgers stellen dat niet alleen naar de maatschappelijke kosten van preventie moet worden gekeken maar ook naar de maatschappelijke baten van gezondheidswinst zoals productiviteitswinst. Gezondheid betreft ook een intrinsieke waarde. 'Preventie op waarde schatten' betekent dat de gezondheidswinst⁵² in de berekening moet worden meegenomen, ongeacht of de schatkist hiervan profiteert. Enkel kijken naar het uitgaveneffect van preventie getuigt van een eenzijdige blik (Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie, 2023).

Er bestaat tevens kritiek op de normatieve veronderstellingen die aan preventietengrondslag liggen. Kortgezegd komt deze kritiek erop neer dat de bevordering van een gezonde leefstijl gezond gedrag expliciet of impliciet als normaal gedrag veronderstelt. Het pleidooi voor gezond gedrag werkt normaliserend en disciplinerend. Een ongezonde leefstijl is in deze gedachtegang niet 'normaal' (Frissen, 2023). De overheid zou zich daarom bescheidener moeten opstellen. Deze kritiek roept prangende vragen op over de toekomst van preventie.

In hoeverre blijft de vrijwilligheid van gezond gedrag overeind als steeds meer kennis over de relatie gedrag-gezondheid beschikbaar komt? De nadruk op leefstijl bergt het gevaar in zich dat de verantwoordelijkheid voor gezondheid uiteindelijk bij de burger wordt neergelegd. Ongezond gedrag wordt dan als een kwestie van eigen verantwoordelijkheid geframed (Saguy & Riley, 2005). De nadruk moet daarom veel meer op bescherming van gezondheid liggen. Gezondheid betreft een publieke verantwoordelijkheid (Wiley et al, 2013).

52 De gezondheidswinst moet worden uitgedrukt in QALY's; kwaliteit waarbij de technische werkgroep per QALY een bedrag van 50.000 euro voorstelt.

Hervormen en waardenpluralisme: het normatieve model

Bestuur en beleid kunnen vanuit verschillende gezichtspunten worden onderzocht. In dit verband kan onderscheid worden gemaakt tussen vier analytische modellen: het normatieve model, het rationele model, het conflictmodel en het institutionele model (Maarse, 2021). Elk model werpt een bijzonder licht op hervormingen en stelt bepaalde aspecten ervan centraal. Deze paragraaf bevat een analyse aan de hand van het normatieve model. De andere modellen komen in de navolgende paragrafen aan de orde.

Hoewel veel besluitvorming over hervormingen zich toespitsen op technocratisch ogende thema's (budgetten, regels, doelmatigheid, hoogte van de premie, et cetera) is een hervorming in essentie een waardegebonden activiteit. Bij elke hervorming zijn diverse waarden in het geding die om een afweging vragen. In de zorg is immers sprake van waardenpluralisme dat beleidsmakers voor lastige opgaven plaatst. Hoe moet een goede balans tussen verschillende waarden eruit zien? De complexiteit van dit probleem wordt nog vergroot doordat actoren voor verschillende waarden staan of aan dezelfde waarden een verschillende inhoud geven of prioriteit toekennen.

Een instructief voorbeeld hiervan betreft de vormgeving van de Zorgverzekeringswet. Met het oog op de doelmatigheid (een instrumentele waarde) diende de wetgeving marktwerking mogelijk te maken. Maar die marktwerking moest tegelijkertijd aan grenzen worden gebonden teneinde te voorkomen dat de solidariteit in de zorgverzekering en daarmee de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang zou komen. De uitdaging was daarom een evenwicht te vinden tussen marktwerking enerzijds en solidariteit anderzijds. Deze uitdaging resulteerde in gereguleerde marktwerking met daarin allerlei regels voor de veiligstelling van de risico- en inkomenssolidariteit⁵³ (Bertens, 2021). Critici van marktwerking bleven echter volhouden dat marktwerking uiteindelijk onvermijdelijk zal leiden tot verschillen in toegang tot de zorg en dat de commodificatie van de zorg (zorg als product) de zorgverlening zal corrumperen: zorg als instrument om veel geld te verdienen.

⁵³ Risicosolidariteit houdt in dat medische risico's geen rol mogen spelen in de basisverzekering. De Zvw bevat daarom onder meer een verbod op premiedifferentiatie, een verbod op eenzijdige beëindiging van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar en een acceptatieplicht: de verzekeraar mag niemand weigeren. Inkomenssolidariteit betekent dat de premies en bijdragen die een verzekerde moet betalen inkomensafhankelijk zijn. Instrumenten voor inkomenssolidariteit in de Zvw zijn de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag. De inkomensafhankelijke bijdrage is ook de belangrijkste bron van inkomsten voor de financiering van de langdurige zorg. De inkomensafhankelijke bijdrage is tevens een instrument om risicosolidariteit te bewerkstelligen.

De discussie over de balans tussen marktwerking en solidariteit is slechts een van de vele voorbeelden van de rol van waarden in de besturing van de zorg. Een ander voorbeeld betreft de visie op de rol van de overheid in de samenleving en in het bijzonder de verhouding tussen overheid, markt en samenleving. Veel van de controverses tussen overheid en particulier initiatief zijn hierop terug te voeren. De overheid mocht dan meer macht naar zich toetrekken, maar dat weerhield het particulier initiatief er niet van om op democratische gronden een eigen positie voor zichzelf op te eisen. Aan het concept van participatiesamenleving of zorgzame samenleving dat vooral in de ouderenzorg opgeld doet ligt de normatieve gedachte ten grondslag dat de burger niet alles van de overheid zou moeten verwachten. In geval van ziekte of gebrek zou niet automatisch een beroep op de overheid mogen worden gedaan. Rechten brengen ook plichten met zich mee. Ook de markt is onderwerp van kritiek: niet alleen zorgverleners en verzekeraars hebben een zorgplicht maar bijvoorbeeld ook de farmaceutische industrie. Die plicht rijmt niet goed met exorbitante winsten.⁵⁴

Uiteindelijk wordt de zorg gedreven door de waarde gezondheid. Gezondheid heeft niet alleen intrinsieke maar ook extrinsieke waarde omdat het mensen in staat stelt om aan de samenleving te participeren. Hervormingen moeten daarom de gezondheid bevorderen wat in ieder geval ook betekent dat iedere burger toegang tot de zorg moet hebben en hij/zij niet wordt blootgesteld aan allerlei schadelijke invloeden van buitenaf. Maar hoe ver moet dit alles gaan en hoe staat het met de individuele verantwoordelijkheid? Eerder zagen we al dat deze vragen een belangrijke rol spelen in de discussie over preventie.

Waarden zijn naar hun aard ambigu en vergen altijd een interpretatie en concrete invulling. Deze interpretatie kan in de loop van de tijd verschuiven. Zo weerspiegelt de geleidelijke verstatelijking van de zorg een veel bredere invulling van de rol van de overheid in de samenleving dan in de voormalige nachtwakerstaat. Kwaliteit van zorg is altijd een belangrijke waarde geweest, maar de eisen die er tegenwoordig aan worden gesteld zijn veel strenger dan in het verleden toen kwaliteit van zorg als het ware als iets vanzelfsprekends werd beschouwd.

Hervormingen corresponderen ook met de opkomst van nieuwe waarden. Een treffend voorbeeld is de invulling van het recht van de burger op zelfbeschikking. In nauwe samenhang met de emancipatiebeweging heeft deze post-materiële waarde sterk aan betekenis gewonnen. De abortus- en euthanasiewetgeving zijn nauw met deze maatschappelijke ontwikkeling verbonden. Zinnige zorg houdt mede in dat de zorgvrager nadrukkelijk bij het zorgproces betrokken wordt. De verruiming van de keuzevrijheid in de zorgverzekering is evenmin toeval. Tegelijkertijd is er altijd discussie over de invulling van en grenzen aan de keuzevrijheid en de vraag hoever deze moet reiken.

⁵⁴ Zo bindt de Pharmaceutical Accountability Foundation de strijd aan met farmaceutische bedrijven die zich bezondigen aan excessieve prijzen. De farmaceutische industrie heeft in haar ogen een zorgplicht die zich niet met excessieve prijzen voor geneesmiddelen laat verenigen. De industrie misbruikt haar marktmacht voor het gewin van de aandeelhouders.

Tenslotte is het van belang erop te wijzen dat waarden niet alleen een rol spelen bij de formulering van de doeleinden van een hervorming maar ook bij de inzet van middelen om deze doeleinden te realiseren. De overheid dient bijvoorbeeld de algemene beginselen van goed bestuur in acht te nemen. Achter politiek gehakketak over de hoogte van de premie of eigen bijdrage in de zorgverzekering of de sluiting van (afdelingen van) regionale ziekenhuizen gaan fundamentele waardenconflicten schuil. Bij de advisering over de toelating van nieuwe behandelingen tot het basispakket beoordeelt het Zorginstituut niet alleen de kosteneffectiviteit van deze behandelingen (*analysis*) maar ook de rechtvaardigheid van wel/niet opneming (*appraisal*). Bij de beteugeling van Covid-19 was er soms heftige discussie over de proportionaliteit van de door de overheid ingestelde vrijheidsbeperkingen.

Hervormen als uitdenken: het rationele model

Hervormingen zijn in de terminologie van Hoppe (2010) te begrijpen als de uitkomst van drie met elkaar vervlochten processen, te weten *puzzling, powering en participation*. Hiermee bedoelde hij te zeggen dat elke hervorming het resultaat is van een proces van uitdenken en uitvechten in een politieke arena met tal van spelers (actoren) die allen invloed op de besluitvorming trachten uit te oefenen. Hij haastte zich overigens eraan toe te voegen dat het onderscheid tussen uitdenken en uitvechten analytisch is. Beide processen kunnen wel van elkaar worden onderscheiden maar zijn in de praktijk niet goed te scheiden.

Uitdenken vraagt om analyse, mobilisatie van kennis en expertise op velerlei gebied, visie, argumentatie en overtuigingskracht. Het gaat niet om belangen en macht, maar om een poging tot ontwikkeling van een nieuwe en normatief gefundeerde aanpak. Uitdenken past in het rationele model van beleidsvorming (Maarse, 2023; Hajer & Wagenaar, 2003).

Wat bij het uitdenken (en ook het uitvechten) vooral opvalt is dat deze activiteit meer is toegespitst op de middelen dan op de doeleinden van een hervorming. Er bestaat doorgaans weinig verschil van inzicht over het feit dat hervormingen moeten bijdragen tot de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en zeker niet ten koste mogen gaan van deze einddoelen (ook vaak aangeduid als publieke waarden). Deze globale consensus neemt uiteraard niet weg dat er altijd discussie mogelijk is over de uitwerking ervan in concrete doeleinden. Punt is echter dat de weg naar deze doeleinden oftewel de instrumentatie van een hervorming het primaire onderwerp van discussie (en conflict) betreft. Planning, marktwerking, toewijzing van budgetten, samenwerking, centrale regie, (de)centralisatie, preventie en zinnige zorg betreffen immers geen doeleinden maar instrumenten van beleid.⁵⁵ In de discussie gaat het vooral om zaken als effectiviteit, doelmatigheid, neveneffecten, rechtvaardigheid, budgettaire gevolgen, proportionaliteit, de effecten op korte en langere termijn, onzekerheid en, zeker niet in de laatste plaats, de machtsverdeling.

Uitdenken verloopt als een betrekkelijk ongecoördineerd proces resulterend in rapporten, beleidsnota's, proefballonnen, publieke uitlatingen en andere producten met ideeën over de noodzaak van hervormingen en hoe deze in te kleden. Uitdenken valt te beschouwen als een gistingsproces dat uitmond in een nieuwe dominante denkrichting. Het is tevens een multi-actor proces waarbij actoren elkaar als het ware aansteken.

⁵⁵ In de beleidsliteratuur staan deze instrumenten ook wel bekend als tussendoelen. Een tussendoel wordt nagestreefd met het oog op het bereiken van de einddoelen van het betreffende beleid. Een tussendoel staat in een instrumentele verhouding tot het einddoel.

Zo probeerde de toenmalige Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen in de jaren tachtig met de rapporten ‘Het ziekenfonds op eigen benen’ (1986) en ‘Doelmatigheid en solidariteit’ (1987) de geesten rijp te maken voor meer ruimte voor vrijheid en ondernemerschap in de zorg en minder overheidsbemoeienis. In 1986 publiceerde de Telderstichting (het wetenschappelijk bureau van de VVD) een rapport met als titel ‘Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg.’ Het CDA liet zich evenmin onbetuigd met het rapport ‘Zorgvernieuwing door structuurverandering’ (1987). Ook dit rapport bevatte een pleidooi voor meer ruimte en verantwoordelijkheid voor het veld. En dan waren er nog allerlei gezondheidseconomen die het politieke debat trachtten te beïnvloeden met hun sterke voorkeur voor het recept van marktwerking. Dat toenmalig staatssecretaris Dees bij de installatie van de commissie-Dekker nadrukkelijk hintte op de mogelijkheid van marktwerking in de zorg, kwam niet uit de lucht vallen. Het rapport van de commissie met als titel ‘Bereidheid tot verandering’ (1987) bevatte voorstellen voor invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg.

Momenteel is een vergelijkbaar proces zichtbaar. Teleurstelling en onvrede over de resultaten van de markthervorming hebben ertoe geleid dat de discussie over de inrichting van de zorg weer is opgelaaid. Voormalig minister Kuijpers formuleerde in een korte presentatie op zijn youtube kanaal vier kernpunten: verschuiving van curatie naar preventie, digitalisering, concentratie van complexe zorg en versterking van de betrokkenheid van patiënten bij hun zorg. Adviesorganen laten zich evenmin onbetuigd. Zo acht de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) ‘scherpere politieke keuzes’ noodzakelijk met het oog op de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg in de toekomst. Dit vraagt om versterking van het maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes en versterking van het uitvoerend vermogen om die keuzes in praktijk te brengen. Inzetten op meer doelmatigheid en meer personeel is nodig maar niet voldoende (WRR, 2021). De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) stelt drie transities voor om ‘een duurzaam en adaptief zorgstelsel’ te bewerkstelligen: (a) samenwerking en vereenvoudiging moeten in de plaats komen van concurrentie en fragmentatie; (b) gedeelde verantwoordelijkheid moet in de plaats komen van individuele verantwoordelijkheid; (c) een open en lerend stelsel moet in de plaats komen van een gefixeerd en gesloten stelsel (RVS, 2023). Het Zorginstituut Nederland (ZiN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kiezen voor een focus op gepaste zorg ofwel de juiste zorg op de juiste plek. Veel zorg blijkt niet effectief en mogelijk zelfs schadelijk. Passende zorg is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand en gaat over gezondheid in plaats van ziekte (Zin & NZa, 2020). Passende zorg vraagt om een passend bekostigingsmodel in de medisch-specialistische zorg waarin de bekostiging de patiënt en inhoud van de zorg volgt. Het concept van passende zorg betreft tezamen met samenwerking in de regio en ‘gezondheid in plaats van ziekte’ ook een kernthema in het Integraal Zorgakkoord (IZA, 2022).

Een beproefde strategie van de overheid is het proces van uitdenken te regisseren door het instellen van een (staats)commissie. De taak van zo’n commissie is om de noodzaak van een hervorming te onderzoeken, de regering ideeën voor een hervorming aan te

dragen en te waarschuwen voor dilemma’s, valkuilen en risico’s. Achter de instelling van een commissie kunnen echter ook politiek-strategische redenen schuilgaan. De instelling van een commissie heeft in dat geval tot doel om een beladen onderwerp tijdelijk van de politieke agenda af te voeren.

In de loop van de tijd zijn heel wat commissies aan het werk gezet om ideeën voor hervormingen aan te dragen. De hierboven genoemde commissie-Dekker, bestaande uit onafhankelijke deskundigen met ambtelijke ondersteuning, betreft slechts één van de vele voorbeelden. Ook in het verleden is deze strategie herhaaldelijk toegepast. Zo moesten de staatscommissie Koolen in 1919 en de Unificatiecommissie in 1922 de regering adviseren over de opzet voor een ziekenfondsbestel (Companje, 2008). Geen van beide commissies wist echter een doorbraak te forceren vanwege onoverbrugbare ideologische verschillen tussen de betrokken partijen. De instelling van een commissie levert dus lang niet altijd succes op. Ook de samenstelling kan al de nodige conflictstof opleveren.⁵⁶ Dat de regering bij de bezetting van de commissie Dekker voor onafhankelijke deskundigen koos, was geen toeval. Er was niet alleen behoefte aan een frisse blik van buiten maar ook aan depolitisering van een zo politiek gevoelig thema als hervorming van de zorg.

Uitdenken vergt ook advisering over de juridische, economische, organisatorische en technische aspecten van een hervorming. Zo vergde de invoering van marktwerking de ontwikkeling van een risicovereveningssysteem en een nieuw bekostigingsstelsel gebaseerd op diagnosebehandelingscategorieën. Dit bleek hoogst complexe materie dat veel onderzoek vergde dat werd uitbesteed aan de nauw betrokken veldpartijen en adviesbureaus.

Probleemanalyse

Uitdenken vergt een probleemanalyse. Problemen zijn immers nooit ‘gegeven’ maar het resultaat van een bepaalde wijze van kijken of probleemconstructie (Rittel & Webber, 1973). Wat de een als probleem beschouwt, hoeft de ander niet als (groot) probleem te zien. De ene probleemformulering graaft dieper of legt andere accenten dan een alternatieve formulering. De politieke discussie over het verplicht eigen risico laat overduidelijk zien dat partijen heel verschillend oordelen over een rechtvaardige lastenverdeling of de toegankelijkheid van de zorg. Alles hangt af van het gekozen perspectief en het gehanteerde normatieve kader. Ook de visie op de probleemorzaken, de talloze deelproblemen waaruit een probleem bestaat, de samenhang tussen deze deelproblemen en de probleemeigenaar kan sterk uiteenlopen. Rittel & Webber spreken daarom van *wicked problems* waarvoor geen simpele en eenduidige formulering bestaat.

⁵⁶ De instelling van de commissie Koolen kende een slechte start omdat de regering de artsenorganisaties en de ziekenfondsen uit de commissie had geweerd. Na luid protest werden de artsenorganisaties alsnog tot de commissie toegelaten. Ziekenfondsen kregen echter nul op het rekest omdat de regering de vakbonden als hun vertegenwoordiger zag (Companje, 2008).

Zij concluderen dat *the formulation of a wicked problem is the problem*.

De historie van hervormingen in Nederland biedt diverse voorbeelden van het feit dat een problematisch geachte situatie verschillend kan worden geïdentificeerd. Gebrek aan doelmatigheid in de zorg is altijd een belangrijk motief voor hervorming van de zorg geweest. Echter, in de Structuurnota Gezondheidszorg werd dit gebrek aan een tekort aan overheidssturing toegeschreven. Uit deze analyse volgde een pleidooi voor planning van de zorg. Een decennium later zagen de commissie-Dekker en in haar kielzog de regering juist in een sterk aanbodgerichte regulering en een gebrek aan prikkels een belangrijke oorzaak van ondoelmatigheid in de zorg dat haar op het spoor van de marktwerking zette. Planning had afgedaan. In het Integraal Zorgakkoord is het probleemnarratief verschoven in de richting van gebrek aan samenwerking binnen de regio, de noodzaak van concentratie van specialistische zorg, zinnige zorg en preventie. Ook moet de overheid waar nodig de regie kunnen nemen. Probleemdefinities lijken over een langere periode in een cirkel rond te draaien. Het lijkt soms alsof de probleemanalyse door de voorgestane probleemoplossing wordt gestuurd in plaats van andersom: *problem fits solution* in plaats van *solution fits problem*.

Hervormen als uitvechten: het conflictmodel

Een hervorming behelst niet alleen het uitdenken van een plan voor verandering maar ook een proces van uitvechten of *powering* waarin machtsverhoudingen in geval van onenigheid uiteindelijk de doorslag geven. Elke hervorming brengt strijd met zich mee vanaf het moment van agendering tot de fase van de evaluatie. Uitvechten correspondeert met het conflictmodel van beleidsvorming (Maarse, 2023).

Dat uitvechten erbij hoort is natuurlijk niet verwonderlijk. Hervormingen zijn immers bedoeld als ingrijpende veranderingen. Deze roepen altijd weerstand op. Dat is in het bijzonder het geval als een hervorming een wijziging in de machtsverdeling beoogt of impliceert. Het reeds gememoreerde verzet van het particulier initiatief tegen planning moet in dit licht worden gezien. Het veld ervoer de planning als een beheersingsinstrument waarbij de overheid steeds meer macht naar zich toetrok. De medische professie verzette zich van meet af aan tegen de versterking van de rol van zorgverzekeraars in de zorg omdat zij hierin een aantasting van haar traditionele positie zag. Haar pleidooi om het contractmodel te vervangen door het traditionele vertrouwensmodel valt te begrijpen als een poging tot herstel van het oude machtsverevenwicht. De huidige roep om een versterking van de regierol van de overheid gaat in essentie ook over de machtsverdeling in de zorg.

Agendavorming

Een cruciaal aspect van elke hervorming betreft de agendavorming. Hierbij gaat het om drie hoofdvragen: wie agendeert, op welke wijze wordt een hervorming geagendeerd en welke factoren beïnvloeden de kans dat een hervorming op de politieke agenda terecht komt?

Wat betreft de eerste vraag onderscheiden Cobb en Elder (1983) twee modellen.⁵⁷ Bij het externe initiatief model zijn het vooral maatschappelijke actoren die zich inspannen om maatschappelijke problemen en de noodzaak van een hervorming op de politieke agenda te krijgen. In het verleden waren dit vooral de belangenorganisaties in de zorg die deze rol vervulden. Zo vervulden de zogenoemde hygiënisten een cruciale rol in de agendering van een nieuwe aanpak van cholera-epidemieën die Nederland en andere landen met enige regelmaat teisterden (Houwaart, 1991). De agendering van de behoefte aan een ziekenfondsverzekering valt niet los te zien van de 'sociale kwestie' en de hiermee samenhangende sociale onrust die aan het einde van de negentiende eeuw steeds

⁵⁷ Cobb en Elder onderscheiden ook nog het interne initiatief model. In dit model ligt het initiatief bij de beleidsmakers maar anders dan in het mobilisatiemodel is geen sprake van mobilisatie van steun.

meer opspeelde.⁵⁸ De Maatschappij tot Nut van 't Algemeen hekelde het falen van het bestaande ziekenfondsenbestel met voor veel burgers een gebrekkige toegang tot de zorg als gevolg (Companje, 2008). Ontwikkelingen in het buitenland zoals Duitsland waar kanselier Bismarck een sociale ziektekostenverzekering had ingevoerd om de socialisten de pas af te snijden speelden eveneens mee. Ziekenfondsen en gezondheidseconomen speelden een belangrijke rol bij de agendering van de markthervorming. De oproep om abortus uit het Wetboek van Strafrecht te halen en onder strikte voorwaarden euthanasie mogelijk te maken kwam vooral van burgers, artsen en juristen.

Een alternatief model voor agendavorming is het mobilisatiemodel. In dit model zijn het primair de verantwoordelijke beleidsmakers die een probleem op de politieke agenda zetten en steun voor een hervorming zoeken. Een voorbeeld hiervan is het vraagstuk van de betaalbaarheid (financiële houdbaarheid) van de zorg. Hier was het vooral de overheid zelf die politieke en maatschappelijke aandacht vroeg voor het gevaar van een onbetaalbare zorg in de toekomst. Overigens bedienen adviesraden en veel wetenschappers zich van hetzelfde probleemnarratief.

Agendering gaat ook over de *framing* van een probleem. Het gaat er niet alleen om dat een probleem de politieke agenda bereikt, maar ook het beïnvloeden van de probleemformulering. Denk bijvoorbeeld aan de wijze waarop de commissie-Dekker (1987) de problemen in de zorg omschreef: de zorg was overmatig aanbodgericht en ging gebukt onder een groot gebrek aan doelmatigheid. Ook was sprake van een onrechtvaardige verdeling van de financieringslast en een overvloed aan overheidsbemoediging. Tegenwoordiger gaat de slinger weer de andere kant op en wordt gebrek aan regie door de overheid als probleem geagendeerd. Een ander voorbeeld: in de aanloop naar herziening van de abortuswetgeving stelde de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming (NVSH) het zelfbeschikkingrecht van vrouwen centraal. Artsen en juristen wilden duidelijkheid over de vraag wanneer een medische indicatie een afwijking van de bepalingen van het Wetboek van Strafrecht rechtvaardigde. Elke partij, ook de tegenstanders van een herziening, trachtte de probleemformulering in een bepaalde richting te sturen (Outshoorn, 1986).

Een derde invalshoek betreft de vraag welke factoren succesvolle agendering bevorderen. Volgens Kingdon (1984) heeft agendavorming vooral kans van slagen als drie denkbeeldige stromen bij elkaar komen en sprake is van politiek leiderschap om de kans op hervorming te benutten. De eerste stroom is de probleemstroom. Hiermee doelt hij op het bestaan van dringende problemen die om een oplossing vragen. Soms maakt een *focus event* zoals een financiële crisis ingrijpen noodzakelijk. De beleidsstroom betreft kennis over de aard en omvang van problemen alsmede ideeën over een aanpak ervan.

58 Reeds in 1870 (!) stuurde het Geneeskundig Staatstoezicht een brief naar de minister van Binnenlandse Zaken met een oproep tot invoering van een ziekenfondswet. Zonder een Dergelijke wet zouden veel meer burgers in geval van ziekte een beroep op de Armenwet moeten doen met dramatische gevolgen voor de rijksuitgaven (Companje, 2008: 52).

De politieke stroom tenslotte betreft veranderingen in de politieke omgeving. Hervormingen die eerst politiek onhaalbaar leken kunnen vanwege een gewijzigde politieke situatie wel kansrijk blijken. Of die kans benut wordt hangt af van politiek leiderschap. Timing blijkt essentieel.

Het driestromenmodel van Kingdon biedt aanknopingspunten voor een analyse van hervormingen in de Nederlandse zorg. Zo is minister Veldkamp (1961-1967) beschreven als een drijvende kracht die van het politieke moment gebruik wist te maken om de invoering van de Ziekenfondswet door de Kamer te loodsen en de invoering van de Awbz verregaand voor te bereiden.⁵⁹ Dat de hervorming van de langdurige zorg jarenlang stagneerde en pas door het kabinet Rutte II werd doorgevoerd had eveneens met specifieke omstandigheden te maken. De financiële en bankencrisis vereisten in de visie van de overheid omvangrijke bezuinigingen waarbij voor de langdurige zorg geen uitzondering kon worden gemaakt. Kingdon's model werpt ook licht op de politieke agendering van de markthervorming. Deze agendering valt niet enkel te verklaren uit de gepredikte noodzaak van verbetering van de doelmatigheid. Er speelden ook andere factoren mee zoals de oplopende wachtlijsten in de jaren negentig (probleemstroom). Tegelijkertijd kwam het neoliberale gedachtegoed steeds meer in zwang (beleidsstroom). Het pleidooi van de commissie-Dekker (1987) voor een hervorming op basis van het principe van gereguleerde concurrentie kwam niet uit de lucht vallen. Het was wachten op een geschikt politiek moment. Dat moment deed zich na de eeuwwisseling voor toen de samenstelling van die coalitieregering (CDA, VVD en D'66) positief stond tegenover een hervorming van de zorg op basis van het model van gereguleerde marktwerking (politieke stroom). Minister Hoogervorst wist als *policy entrepreneur* de hervorming door de beide Kamers te loodsen. Evenzo was minister Borst een drijvende kracht bij de totstandkoming van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Hervormingen verlopen niet lineair

Hervormingen verlopen niet lineair volgens het rationele script probleem à onderzoek à besluitvorming à actie zoals verondersteld in het eerder gepresenteerde fasenmodel. Zij hebben daarentegen de structuur van een kronkelige reeks van besluitvormingsronden waaraan diverse actoren in wisselende samenstelling en wisselende besluitvormingsarena's op uiteenlopende niveaus participeren. De markthervorming is een voorbeeld van het door Teisman (2001) voorgestelde rondemodell. Nadat de commissie Dekker in 1987 had gepleit voor een fundamentele herziening van de structuur van de curatieve zorg,

59 Deze wet kwam als gevolg van een kabinetscrisis niet tijdens het bewind van Veldkamp tot stand maar onder het bewind van zijn opvolger Roolvink. Tijdens het ministerschap van Veldkamp waren echter de meeste obstakels voor de invoering van de Awbz opgeruimd. Veldkamp loodste behalve de Ziekenfondswet ook de Algemene Kinderbijslagwet, de Wet Sociaal Minimum, de Wet op de Arbeidsongeschiktheid en de Wet Werkloosheidsvoorziening door de Kamer.

verzandde de uitwerking van de plannen in concrete wetgeving in het begin van de jaren negentig. Na een periode van incrementele beleidsveranderingen werd de draad rond de eeuwwisseling weer opgepakt. Het zou echter tot 2006 duren voordat de hervorming met de invoering van de Zvw en de Wmg haar beslag kreeg en nieuwe wetgeving van kracht werd.

Politieke besluitvorming

Elke hervorming gaat gepaard met een politieke strijd tussen voor- en tegenstanders. Die strijd speelt zich af tussen denkbeeldige *policy advocacy coalitions* (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999) die op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten of gemeenschappelijke (deel)belangen een hervorming ondersteunen, verwerpen of een tussenpositie innemen. De politieke strijd over de invoering van een ziekenfondsverzekering sleepte zich zelfs 40 jaar voort voordat zij met het Ziekenfondsenbesluit tijdelijk werd gepacificeerd. De voorgestelde marktwerking stuitte vanaf het eerste begin op verzet vanuit de politiek en het veld. Vanuit medische kring werd gewaarschuwd voor het gevaar van commercialisering in de zorg en uitholling van de beroepsethiek. Werknemers- en patiëntenorganisaties stonden positief tegenover een basisverzekering maar toonden zich tegelijk kritisch over de gevolgen voor de solidariteit in de zorgfinanciering. In de Kamer bestonden veel vragen over de inkomenseffecten van het nieuwe stelsel. Ziekenfondsen vreesden risicoselectie. Samen met de werkgevers pleitten de particuliere verzekeraars voor een beperkte inkomensafhankelijke premie in de basisverzekering. Het toenmalige Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) verwierp het idee dat marktwerking tot effectieve kostenbeheersing zou leiden als naïef wensdenken (Tuohy, 2018). En dan was er ook nog de politieke strijd of het nieuwe stelsel op publieke dan wel private leest moest worden geschoeid. Vooral de kwestie van de inkomenseffecten en de onzekerheid over de gevolgen voor de uitgavenontwikkeling leidden ertoe dat de steun voor een hervorming à la Commissie Dekker snel afbrokkelde. Het zou tot de eeuwwisseling duren voordat zij opnieuw politiek werd geagendeerd. Nadat de markthervorming in het begin van de jaren negentig ‘politiek dood’ was verklaard, bereikte zij rondom de eeuwwisseling opnieuw de politieke agenda. Uiteindelijk resulteerde dit in 2006 in de invoering van de Zvw en Wmg. Maar na 2006 moest ook nog veel uitgevochten worden. Sommige voorstellen van de regering haalden de eindstreep niet. Zo werd in 2014 het voorstel tot afschaffing van artikel 13 van de Zvw⁶⁰ door de Eerste Kamer verworpen omdat dit voorstel volgens de tegenstemmers het einde van de ‘vrije artskenkeuze’ zou betekenen. Voorzichtige pogingen van het kabinet om onder strikte voorwaarde ruimte te bieden voor winstuitkering in de zorg strandden eveneens in de Kamer.

60 Dit artikel verplichtte zorgverzekeraars om ongeveer 75 procent van de kosten van niet-gcontracteerde zorg te vergoeden. Zij werden daartoe verplicht door een gerechtelijke uitspraak.

In de hervorming van de langdurige zorg verliep de besluitvorming eveneens kronkelig. Hoewel de noodzaak van een drastische herstructurering al in de jaren tachtig werd onderkend, zou het nog dertig jaar duren voordat zij de finish haalde. Wat de voortgang bemoeilijkte was dat de hervormingsagenda met steeds nieuwe onderwerpen werd uitgebreid. Dekwaliteit van de zorg moest omhoog en meer op de preferenties van de cliënten worden afgestemd. Andere thema's betroffen de werkdruk, de wachtlijstproblematiek, de doelmatigheid van de zorgverlening, de indicatiestelling en de invoering van functiegerichte zorgaanpakken⁶¹. De besluitvorming liep voortdurend vast in een labyrint van geïnstitutionaliseerde belangen in een overvolle politieke arena. De regering moest op een geschikt moment wachten om te kunnen doorzetten. Een eerste stap betrof de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in 2007. Met deze wet werd een aantal voorzieningen uit de Awbz naar de gemeenten overgeheveld. Zoals te verwachten viel, kreeg de Wmo veel kritiek van cliëntenorganisaties die een verschraving van de zorg vreesden. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) koesterde bezwaren tegen de budgettaire consequenties ervan voor de gemeenten. In 2015 volgde de tweede ronde in het hervormingsproces. Voor het slagen van deze operatie moest de regering echter diverse compromissen sluiten. Zo bereikte zij een zorgakkoord met de werkgevers- en werknemersorganisaties in ruil voor een verzachting van de bezuiniging op de huishoudelijke hulp. De FNV weigerde dit akkoord echter te ondertekenen uit vrees voor massa-ontslag in de thuiszorg. De regering bereikte ook een akkoord met de VNG over de verdere decentralisatie van de maatschappelijke ondersteuning in ruil voor een verzachting van de financiële pijn voor de gemeenten. Omdat de regering niet over een meerderheid in de Eerste Kamer beschikte moest zij tevens een compromis uitonderhandelen met de ‘constructieve oppositie’ (D’66, ChristenUnie en Staatkundig Gereformeerde Partij) om haar plannen aanvaard te krijgen. Wie mocht denken dat hiermee de politieke strijd gestreden was kwam bedrogen uit, want tijdens de invoering werd zij gewoon door andere actoren in andere arena's voortgezet (Companje, 2021). In tal van individuele zaken speelde de rechter daarbij een belangrijke rol. Omdat de invoering allesbehalve soepel verliep, werd de verantwoordelijke staatssecretaris diverse malen naar de Kamer geroepen om tekst en uitleg te geven. Hij kreeg zelfs enkele moties van afkeuring aan zijn broek.

61 Met deze maatregel werd beoogd dat elke daartoe gekwalificeerde zorgaanbieder de zorg waarvoor een patiënt geïndiceerd was mocht aanbieden. De maatregel maakt dus een einde aan het monopolie van zorgorganisaties in de zorgverlening

Hervorming als verandering en continuïteit: het institutionele model

De historie van de Nederlandse zorg laat zien dat hervormingen minder radicaal en ingrijpend blijken dan het taalgebruik suggereert. Iedere hervorming blijkt een combinatie van verandering en continuïteit.⁶² Hoe valt dit fenomeen te verklaren? Voor de beantwoording van deze vraag maken we gebruik van het institutionele model van verandering. In dit model wordt de zorg opgevat als een gevestigde orde waarin een complex van formele en informele spelregels, belangen en machtsverhoudingen ingrijpende bestuurlijke en beleidsveranderingen in de weg staan. Er treden allerlei *lock-in effects* op die grenzen aan veranderingen stellen (Hacker, 1998). In de historisch-institutionele benadering van beleid en bestuur wordt in dit verband gesproken over padafhankelijkheid (Pierson, 1993). Dit begrip drukt uit dat eerder genomen beslissingen de ruimte voor het inslaan van een nieuw beleidspad of het fors bijsturen van een bestaand beleidspad drastisch inperken. Een hervorming speelt zich af in een bestaande situatie met vaak een lange historie. Hervormers treden daarom niet alleen op als *agents of change* maar ook als *agents of history* die de beleidserfenis (*legacy of the past*) moeten respecteren, of zij dat nu willen of niet (Clemens & Cook, 1999; Peters, 2000).

De rechtsstaat verlangt van de overheid dat zij zich aan de wet- en regelgeving houdt. Er gelden allerlei formele en vaak tijdrovende procedures. Hervormingen moeten bovendien juridisch houdbaar zijn. Dat kan problemen opleveren. Een dergelijke situatie deed zich voor bij de markthervorming toen de vraag rees of het nieuw voorgestelde stelsel verenigbaar was met de Europese regelgeving. Was de regelgeving in de zorgverzekeringswet om het principe van de solidariteit in een marktgestuurd systeem overeind te houden niet in strijd met de Derde Schaderichtlijn van de Europese Unie? Teneinde onzekerheid hierover weg te nemen, zocht de overheid contact met de Europese Commissie. De conclusie was dat de regelgeving paste binnen de Europese regelgeving. De vervlechting van de zorg met andere beleidssectoren kan eveneens barrières opwerpen met als gevolg dat aan een hervorming veel meer haken en ogen zitten dan op het eerste gezicht het geval lijkt. Er kunnen allerlei doorwerkingseffecten optreden waarmee rekening moet worden gehouden (Mahoney, 2000). De pogingen om flink te schrappen in de registratie en verantwoordingsplicht is hiervan een treffend voorbeeld.

⁶² Zelfs de Duitse bezetter liep tegen een in Nederland gegroeide praktijk aan. Aanvankelijk was het plan van de bezetter om naar Duits model de doorbetaling van loon bij ziekte en de ziektekostenverzekering te integreren in het Ziekenfondsenbesluit. In Nederland waren deze zaken traditioneel echter gescheiden. De Ziektewet is uiteindelijk buiten het Ziekenfondsenbesluit gelaten (Van der Hoeven, 1989).

De zorg is tevens een systeem van geïnstitutionaliseerde opvattingen en praktijken. Een diepgeworteld beleidsparadigma wordt nooit gemakkelijk opgeheven en stelt grenzen aan wat politiek en maatschappelijk acceptabel is. Indien een hervorming niet past binnen deze opvattingen en praktijken aarzelen tegenstanders niet om te betogen dat hervormingen legitimiteit ontberen, nooit zullen werken of institutioneel onverenigbaar zijn met een historisch gegroeide situatie (Mahoney, 2001; Kuijpers, 2004). Institutionele onverenigbaarheid was het kernargument om het direct na de Tweede Wereldoorlog uitgebrachte voorstel van de commissie-Van Rhijn om de zorg in Nederland naar het voorbeeld van de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk in te richten in de kiem te smoren. De 'legitimiteitskaart' werd ook herhaaldelijk door het particulier initiatief getrokken om zijn eigen positie in de zorg te beschermen en zich te verzetten tegen een steeds meer opdringerige overheid. Ordening ontwikkelde zich in de ogen van het particulier initiatief steeds meer tot een beheersingsoperatie die de eigen positie aantastte. Ander voorbeeld: de markthervorming zou politiek kansloos zijn geweest zonder harde garanties voor behoud van solidariteit in de zorgverzekering. Een voor iedereen toegankelijke zorg geldt immers als een soort heilige graal die in elke voorstel tot hervorming moet worden gerespecteerd. Legitimiteitsargumenten spelen ook een belangrijke rol in de kritiek van zorgverleners op de markthervorming. Deze hervorming stoelt op het contractmodel waar zorgverleners het vertrouwensmodel tegenover stellen.

Een volgende factor die de complexiteit van hervormingen vergroot betreft de enorme groei van het aantal actoren dat erbij betrokken is. De politieke arena is alsmaar drukker bevolkt geraakt met als onvermijdelijk gevolg dat er steeds meer belangen in het geding zijn die zich vaak moeilijk met elkaar laten verenigen. Elke hervorming vraagt veel overleg om de nodige steun te mobiliseren en waar mogelijk rekening te houden met de wensen van de belangenorganisaties.⁶³ Pierson (1996) spreekt in dit verband over de *new politics of the welfare state* die fundamenteel verschilt van de politieke strijd in het verleden. Ging het voorheen vooral om het verkrijgen van rechten die de burger tegen werkloosheid moesten beschermen en toegang tot de zorg moesten garanderen, tegenwoordig is de nadruk steeds meer verschoven naar het behoud van die rechten. Meer in het algemeen hebben de uitbouw van de verzorgingsstaat en de enorme differentiatie in het aanbod van voorzieningen in een dicht netwerk van belangenorganisaties geresulteerd in een denkbeeldige 'ijzeren ring' die ruimte voor ingrijpende veranderingen beperkt.

63 Illustratief is de volgende passage in de Memorie van Toelichting bij de Wet Maatschappelijke Ondersteuning: "Ten behoeve van de totstandkoming van dit wetsvoorstel is breed overleg gevoerd met betrokkenen uit verschillende sectoren (ANBO, CSO, MEZZO, Koepel Wmo-raden, Zorgbelang Nederland, LOC, NOV, LSR, MO-groep, MEE-Nederland, Federatie Opvang, RIBW-alliantie en BKV/FLZ, NCPF, CG-Raad, Per Saldo, LPGGZ en Platform VG, VNG, Actiz, GGZ-Nederland en BTN) en is met vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers een sociaal akkoord gesloten. Voor de zorgsector is eveneens overleg gevoerd met werkgevers (VGN, Actiz, GGZ-Nederland, NFU, NVZ en Btn) en werknemers (CNV Publieke Zaak, FBZ, Nu'91 en MHP).¹⁰ De regering heeft op onderdelen het wetsvoorstel aangepast in reactie op de gedane voorstellen en aangedragen alternatieven van betrokken partijen, zoals cliëntenorganisaties, VNG, aanbieders en koepelorganisaties "(MvT Wmo, p.10).

De bestaande institutionele orde 'definieert' tevens een machtsstructuur. Deze structuur wordt in de Nederlandse verhoudingen gekenmerkt door een sterke spreiding van macht. Nederland is traditioneel een coalitieland waarin geen enkele partij over de macht beschikt om een hervorming door te drukken. De machtsverdeling in de zorg steekt in vergelijking met vroeger veel complexer in elkaar. De doorzettingsmacht van de overheid moet niet worden overschat. In het politiek-bestuurlijk systeem creëren formele en informele spelregels allerlei *veto-points* (Immergut, 1992) die door tegenstanders te vertragen, af te zwakken of zelfs onschadelijk te maken zijn. Een informele spelregel is dat partijen hun uiterste best moeten doen om er samen uit te komen. Geen hiërarchische besluitvorming maar samenwerking en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De gang naar de rechter is een beproefd middel om veranderingen tegen te houden of juist af te dwingen.

Tenslotte kan hervormen een kostbare zaak blijken. In het verleden zijn bijvoorbeeld hoge kosten gemaakt om het bestaande systeem op te tuigen. Een hervorming komt vanuit dit perspectief neer op kapitaalvernietiging (*sunk costs*). Een hervorming kan eveneens hoge transitiekosten met zich meebrengen. Zo voorspelde het Centraal Planbureau dat een nieuwe stelselwijziging als alternatief voor gereguleerde concurrentie op een peerdure operatie zou uitdraaien (CPB, 2015). Tegenstanders van een hervorming grijpen het kostenaspect ook aan om te betogen dat de benodigde financiële middelen beter aan andere zaken kunnen worden besteed. Hervormingen kosten bovendien veel tijd en energie die ten koste gaat van andere urgente beleids- of bestuurlijke kwesties. De verborgen 'beleidskosten' van een hervorming kunnen hoog oplopen doordat de besluitvorming over urgente kwesties in afwachting van een hervorming wordt uitgesteld.

Betekenis van hervormingen

Eerder hebben we gewezen op het belangrijke feit dat veel veranderingen in de zorg relatief autonoom verlopen of het gevolg zijn van stapeling van incrementeel beleid over een langere periode. Dit feit doet de vraag rijzen naar de relatieve betekenis van hervormingen op de structuur van de zorg. Hervormingen hebben weliswaar bijgedragen tot de transformatie van de zorg, maar hoe verhoudt de transformatieve kracht ervan zich tot die van andere factoren en in het bijzonder kennisinnovatie? Beantwoording van deze vraag vergt nader onderzoek van de historie van de zorg in Nederland en de invloed van kennisinnovatie hierop die buiten het bereik van deze studie valt. Wel kunnen we veilig stellen dat kennisinnovatie de drijvende kracht achter de enorme verandering in de zorgverlening is. Het overheidsbeleid is hier altijd veel meer volgend en faciliterend geweest. In een aantal gevallen werd ook op de rem getrapt maar daarbij bleef het vaak bij pogingen. De discussie over grenzen aan de zorg heeft tot dusver weinig opgeleverd. Beleidsmakers schakelden maar al te graag over op het narratief van gebrek aan doelmatigheid om moeilijke keuzes te ontwijken. Overigens heeft het er wel alle schijn van dat moeilijke keuzes in de zorg in de curatieve zorg eerder worden ontweken dan in de langdurige zorg. De invoering van marktwerking in de zorg kende in tegenstelling tot de hervorming van de langdurige zorg geen forse bezuinigingsparagraaf.⁶⁴ Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat pijnlijke ingrepen in de curatieve zorg politiek altijd gevoeliger liggen dan in de langdurige zorg.

We beperken ons hier tot het schetsen van enkele hoofdlijnen waarbij we ons richten op de betekenis van hervormingen op de toegankelijkheid, kwaliteit, keuzevrijheid en betaalbaarheid van de zorg.

Hervormingen hebben zonder meer hun stempel gedrukt op de toegankelijkheid van de zorg. Zonder wet- en regelgeving zou de zorg beslist veel minder toegankelijk zijn geweest. Een consistente lijn in de historie van hervormingen in de Nederlandse zorg is dat de zorg voor iedereen toegankelijk moest zijn. In de loop van de tijd is deze toegankelijkheid steeds verbeterd met als twee eruitspringende momenten de invoering van de Awbz in 1968 en de Zvw in 2006. Tevens bleef het streven gericht op verbreding van het pakket van voorzieningen waartoe patiënten bij ziekte of gebrek toegang

⁶⁴ Wellicht speelde hier ook mee dat de hervorming van de langdurige zorg na de financiële crisis plaats had. Het kabinet-Rutte II beantwoordde deze crisis met een forse bezuiniging op de overheidsuitgaven.

hebben.⁶⁵ De Zvw en Wlz (voorheen Awbz) bieden, ook naar internationale maatstaven, toegang tot een breed verzekerd pakket. De verzekeringswetgeving maakte ook een enorme uitbreiding van het voorzieningenaanbod mogelijk.⁶⁶ Dit alles laat natuurlijk onverlet dat de toegankelijkheid zeker niet volledig is. In eerder verband noemden we al de tandheelkundige zorg. Een ander voorbeeld betreft de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met een ernstige problematiek. Zij worden geconfronteerd met lange wachttijden.

De invloed van hervormingen op de kwaliteit van de zorg ligt gecompliceerd. Aan de ene kant kan men stellen dat de verbetering van de kwaliteit nooit mogelijk zou zijn geweest zonder de daarvoor benodigde financiële ruimte en publieke investeringen in onderzoek en onderwijs. Aan de andere kant moet ook worden vastgesteld dat kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering primair een zaak van zelfregulering betreft. Op basis van dit ordeningsprincipe berust de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de beroepsgroep. Alleen wanneer de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt mag de overheid ingrijpen maar daarbij gelden strenge procedures. Ingrijpen is in de praktijk niet meer dan een uiterste middel. Het in het Integraal Zorgakkoord vastgelegde streven naar zinnige of gepaste zorg valt te beschouwen als een poging om de kwaliteit (en doelmatigheid) van de zorg te verbeteren. Het is echter nog te vroeg om te beoordelen of deze hervorming succes afwerpt. Wel staat vast dat dit succes voor een groot deel van beroepsgroep afhangt. De *toolbox* van de overheid blijft grotendeels beperkt tot aanmoedigen en het creëren van de voorwaarden (bijvoorbeeld een nieuw bekostigingsmodel) die invoering van gepaste zorg voor zorgaanbieders aantrekkelijk maken.

Dat de overheid met betrekking tot de kwaliteit van de zorgverlening over beperkte doorzettingsmacht beschikt, leert de recente casus betreffende de beoogde concentratie van de hoog-gespecialiseerde kinderhartchirurgie. Hoewel in brede kring werd erkend dat concentratie van deze zorg de kwaliteit van de zorgverlening zou verbeteren, konden zij geen overeenstemming bereiken over de organisatie van de concentratie en de locatie. Uiteindelijk nam de minister een besluit maar dat besluit hield geen stand bij de rechter (ECLI:NL:RBMNE: 2023:3724).

⁶⁵ Dit punt verdient overigens enige nuancering. De uitbreiding van het verstrekkingspakket in de basisverzekering is minder vanzelfsprekend dan in het verleden. Zo worden nieuwe kostbare geneesmiddelen waarvan de effectiviteit onvoldoende vaststaat in de 'sluis' geplaatst. De overheid onderhandelt ook met fabrikanten over de prijs van deze geneesmiddelen. Indien overeenstemming uitblijft wordt het middel vooralsnog niet vergoed. Minister Kuijpers heeft eveneens besloten om een aantal nieuwe geneesmiddelen (Trodelvy tegen borstkanker, Libmeldy tegen stofwisselingsziekten en Minjuvi tegen agressieve lymfeklierkanker) niet in het verstrekkingspakket op te nemen.

⁶⁶ Een overduidelijk voorbeeld hiervan is de spectaculaire groei van het aantal verpleeghuisbedden. Dit aantal nam toe van 1.700 bedden in 1968 tot 47.000 bedden in 1980.

Overigens zijn er ook aanwijzingen dat hervormingen soms negatief voor de kwaliteit van de zorg uitpakken. Zo kondigde het kabinet-Rutte IV aan de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten gedeeltelijk terug te draaien ('beter ordenen'), omdat zij ten aanzien van jongeren met complexe problematiek niet aan de verwachtingen voldeed. De hulpverlening diende bovenregionaal te worden georganiseerd.⁶⁷

Keuzevrijheid betreft een beleidsterrein waar de overheid juist wel ordenend kan optreden. Hiervan zijn we een aantal voorbeelden tegengekomen zoals de invoering van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de aanpassing van de abortuswetgeving, de invoering van de euthanasiewetgeving, de verruiming van de keuzemogelijkheden in de zorgverzekering en het persoonsgebonden budget.

Voor wat de betaalbaarheid van de zorg is sprake van een gecompliceerd beeld. Vooral vanaf ongeveer 1970 is de betaalbaarheid van de zorg tot een beleidsprioriteit uitgegroeid. De zorguitgaven mochten groeien maar wel binnen vooraf bepaalde grenzen. Daartoe is in de loop van de tijd een heel scala aan instrumenten ingezet (Companje et al, 2018). Planning van de zorg, budgettaire kaders, eigen betalingen, marktwerking, hoofdlijnenakkoorden, tariefregulatie, bezuinigingen en andere maatregelen hadden één gemeenschappelijk doel, namelijk beheersing van de groei van de zorguitgaven om de zorg nu en in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden en verdringingseffecten (*crowding out*) te voorkomen. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de betaalbaarheid van de zorg staat niet ter discussie. De stijging van de zorguitgaven laat zien dat de beheersing van de zorguitgaven ook effectief is gebleken. De zorguitgaven schommelen vanaf 2012 rondom de 11 procent van het bruttonationaalproduct en gedurende enkele jaren nemen de zorguitgaven minder snel toe dan het bruttonationaalproduct. Dit alles neemt echter niet weg dat de mogelijkheden voor beheersing van de uitgavenstijging op langere termijn beperkt zijn (Schwartz, 1987).

Samenvattend, kan worden vastgesteld dat de betekenis van hervormingen voor de inrichting van de Nederlandse zorg niet moet worden overschat maar evenmin moet worden onderschat. Die inrichting is in belangrijke mate het resultaat van relatief autonome veranderingen waarbij de enorme uitbreiding van de kennis op het gebied van ziekte en gezondheid eruit springt. Tegelijkertijd is de inrichting van de zorg mede het resultaat van hervormingen gericht op ordening en beheersing.

⁶⁷ Brief aan Tweede Kamer, 7-11-2019 nr. 31839.

Uitdagingen

Zoals in de inleiding al aangegeven, is het niet onze bedoeling om de contouren van een nieuwe stelselwijziging in de zorg te schetsen of voorstellen te doen voor het herstellen van ‘weeffouten’ in het bestaande stelsel. In plaats daarvan sluiten wij onze analyse af met een korte schets van een aantal uitdagingen die de discussie over de inrichting van de zorg in de voorliggende periode zullen domineren.

De eerste uitdaging betreft de verwachte stijging van de zorgvraag. De kennisinnovatie heeft veel positieve resultaten opgeleverd. Zo is de gemiddelde levensverwachting van mannen bij geboorte toegenomen van 70,3 tot 80,2 jaar en voor vrouwen van 72,6 tot 83,3 jaar (Stoeldraijer, 2020). Het Centraal Bureau voor de Statistiek schat de levensverwachting op 65-jarige leeftijd op 20,93 jaar (CBS, 2021). Door het Rijksvaccinatieprogramma zijn kinderziekten die voorheen een hoge tol eisten geheel of grotendeels uitgebannen. De geneeskunde heeft voor patiënten veel meer te bieden dan voorheen. Maar er zit ook een schaduwzijde aan die door Gruenberg (2005) treffend is omschreven als de *failure of success*. Een sprekend voorbeeld betreft de snelle groei van het aantal patiënten met een degeneratief ziektebeeld: een hogere levensverwachting heeft een prijs. De veroudering van de bevolking impliceert onvermijdelijk een toename van de vraag naar ouderenzorg. Ook wordt steeds luider gewaarschuwd voor de schadelijke effecten van social media op de geestelijke gezondheid (Murthy, 2023) die de vraag naar geestelijke gezondheidszorg zal intensiveren. Tenslotte noemen we de medicalisering van allerlei persoonlijk en sociaal ongemak. Ongemak groeit steeds meer uit tot een verdienmodel. Beteugeling van de verwachte stijging van de zorgvraag blijft een complexe uitdaging, niet alleen in technische maar ook in normatieve zin. De overheid zal naar verwachting blijven inzetten op preventie om aldus de probleemdruk op de zorg te verlichten. De vraag blijft echter hoe effectief preventie uiteindelijk zal blijken. Hier komt nog de normatieve vraag bij hoe ver preventie zou mogen gaan. De discussie over een paternalistische overheid die steeds meer de persoonlijke en sociale levenssfeer probeert binnen te dringen zal steeds intenser worden gevoerd.

De tweede uitdaging blijft de betaalbaarheid van de zorg. De zorguitgaven zijn vanaf het begin van de jaren zeventig tot heden opgelopen van ongeveer 7 procent tot ongeveer 11 procent van het bruto binnenlands product (bbp). Met dit percentage bevindt Nederland zich in de top tien van Europese landen. Het CPB verwacht dat de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid zullen stijgen tot 18 procent van het bbp in 2060. Deze stijging is vooral het gevolg van de veroudering van de bevolking, het beschikbaar komen van nieuwe maar vaak kostbare interventies (vooral genees- en hulpmiddelen), de loonontwikkeling (de zorg is een arbeidsintensieve sector) en sociaalculturele ontwikkelingen (hoge verwachtingen ten aanzien van de zorg in combinatie met de hoge waarde van gezondheid). De verwachte stijging van de zorguitgaven zal ongetwijfeld om intensive-

ring van het beheersingsbeleid vragen. De spannende vraag daarbij luidt of de overheid bereid en in staat zal zijn om harde keuzes te maken zoals onder meer bepleit door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Beantwoording van deze vraag vereist ook een politieke discussie over de gewenste groei van de zorguitgaven. Tot dusver heeft het steeds aan een debat hierover geschort.

Het oplopende personeelstekort in de zorg vormt een derde grote uitdaging. De Technische werkgroep beheersing zorguitgaven raamt dit tekort op bijna 160.000 werknemers in 2032 tegenover ongeveer 45.000 werknemers in 2022 (Technische werkgroep beheersing zorguitgaven, 2023). Dit tekort vormt een ernstige bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg, wellicht nog het sterkst in de langdurige zorg als gevolg van de veroudering van de bevolking. De grijze druk⁶⁸ zal tussen 2020 en 2040 naar verwachting toenemen van 34,5 procent tot 46,8 procent in 2040 (PBL/CBS). De overheid verwacht in dit verband veel van de digitalisering van de zorg, maar de onbeantwoorde vraag blijft in hoeverre deze een oplossing biedt voor het personele tekort. Verbetering van de arbeidsvoorwaarden en verlichting van de werkdruk kunnen het tekort helpen terugdringen, maar er lijkt weinig reden voor hooggespannen verwachtingen. Verbetering van de arbeidsvoorwaarden is een kostbare aangelegenheid en een verhoging van de werktijdfactor zal niet eenvoudig blijken vanwege de hoge waarde van vrije tijd.

Betaalbaarheid en personele tekorten zullen de toegankelijkheid van de zorg – eerder beschreven als een heilige graal van de Nederlandse gezondheidszorg – onder grote druk zetten. Deze ontwikkeling is nu al goed zichtbaar in de vorm van lange wachttijden in onder meer de geestelijke gezondheidszorg en de langdurige zorg. Een waarschijnlijk gevolg van het toegankelijkheidsprobleem is dat er private initiatieven worden ontwikkeld om in het gat te springen. Schaarste lokt privatisering uit. Dit is nu al zichtbaar in de ouderenzorg waar zich (internationale) private partijen hebben gemeld voor wie het zich financieel kan veroorloven (De Rijk, 2024). Privatisering kan het principe van gelijke toegang uithollen doordat private partijen zich bij voorkeur richten op patiënten met een relatief eenvoudige zorgvraag. Behoud van een breed toegankelijke zorg betekent een enorme uitdaging voor de overheid met een hoog politiek afbreukrisico.

Een vijfde uitdaging betreft de industrialisering en commercialisering van de zorg. De zorg is steeds meer afhankelijk geworden van allerlei producten van goederen en diensten in de zorg (EUROHEALTH, 2022). Voor de producenten van geneesmiddelen, beeldvormingsapparatuur, hulpmiddelen, ICT-voorzieningen en tal van andere voorzieningen staan grote financiële belangen op het spel. Zij zijn tot in de haarvaten de zorg binnengedrongen. De zorg kan niet meer functioneren zonder industriële omgeving met steeds meer globale spelers. Deze ontwikkeling krijgt een nieuwe dimensie vanwege

de groeiende belangstelling voor zorg en gezondheid van wereldwijd actieve tech-bedrijven zoals Google, Apple, Amazon en Microsoft. Zij zijn druk bezig initiatieven te ontplooiën om deze in hun ogen veelbelovende groeimarkt te veroveren. De opmars van de *platform society* maakt nieuwe ontwikkelingen mogelijk, maar roept tevens indringende vragen op over onderwerpen als transparantie, privacy en vertrouwelijkheid (Van Dijck et al, 2018). Sharon (2016) muntte in dit verband de term *Googlization* van gezondheid. De techbedrijven zijn tot een massieve dataverzameling in staat waarbij gegevens over ziekte en gezondheid aan allerlei gegevens over (gezondheids)gedrag kunnen worden gekoppeld. Deze ontwikkeling is een bron van tal van nieuwe morele vraagstukken. Zij waarschuwt behalve voor *function creep* voor het gevaar dat commerciële waarden (snelheid, doelmatigheid, winst) de invulling van publieke waarden zullen beïnvloeden. Zuboff (2019) voorspelt dat de techbedrijven algoritmen ontwikkelen om gezond gedrag te sturen, een ontwikkeling die in haar visie naadloos past in de opmars van het *surveillance capitalism*. De zorg staat mede door toedoen van de exponentiële ontwikkeling van *artificial intelligence* aan de vooravond van radicale veranderingen die heel nieuwe uitdagingen met zich meebrengen.

Een zesde uitdaging betreft de weerbaarheid (*resilience*) van de zorg bij de uitbraak van een nieuwe pandemie (Sagan et al, 2021; Zimmermann et al, 2024).⁶⁹ Volgens deskundigen van Harvard School of Public Health (2024) is de vraag niet of een nieuwe pandemie zal uitbreken maar wanneer. Klimaatverandering, stijging van de zeespiegel, intensieve veeteelt en reisebewegingen van mensen en dieren spelen daarbij een belangrijke rol. De les van de Covid-19 pandemie is dat het Nederlandse zorgstelsel onvoldoende op een dergelijke uitbraak was voorbereid en dat alleen met veel improvisatie de ongekende crisis het hoofd kon worden geboden. Duidelijk is dat de zogenoemde pandemische paraatheid niet op orde is en forse investeringen vergt. De hervormingsagenda moet dus worden verbreed. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid wijst in een gezamenlijk rapport met andere adviesorganen (2021) op het risico van een *normalcy bias*. Met dit begrip wordt bedoeld op de neiging te veronderstellen dat de oude situatie zich na een schok wel weer zal herstellen. Inmiddels is de Wet Publieke Gezondheid gewijzigd met het doel de overheid bij uitbraak van een langdurige gezondheids crisis extra bevoegdheden te bieden en tevens de democratische besluitvorming veilig te stellen.

De laatste uitdaging betreft het behoud van het publieke vertrouwen in de zorg (McKee et al, 2024). Vertrouwen in de zorg is essentieel voor de legitimiteit van het zorgstelsel. Nederland heeft op dit punt altijd een hoog niveau van vertrouwen gekend. De adviezen van de Gezondheidsraad hebben in het verleden zelden of nooit serieuze publieke verontwaardiging opgeleverd. Eerder zagen we al dat tussen de 80 en 90 procent van de ondervraagden in een onderzoek van Groenewegen en zijn collega's (2019) aangeeft

68 De grijze druk betreft de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar en biedt daarmee inzicht in de verhouding van de ouderen tot het werkende deel van de bevolking.

69 Weerbaarheid staat naast houdbaarheid (*sustainability*) ook expliciet in de titel van een recent rapport over de inrichting en toekomst van de Nederlandse zorg (Varkevisser et al, 2023).

vertrouwen in zorgverleners te stellen. Het vertrouwen in de zorgverzekeraars komt echter veel lager uit. Dit resultaat past in een breder beeld dat er kort gezegd op neerkomt dat het vertrouwen in het zorgsysteem (institutioneel vertrouwen) veel minder sterk is dan het vertrouwen in individuele zorgverleners. Andere signalen duiden er eveneens op dat het institutionele vertrouwen onder druk staat. De WRR benoemt dit probleem ook in zijn analyse van de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg. Deze staat in zijn visie onder druk vanwege zorgen bij de burger over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de solidariteit in de zorgfinanciering. Scherpe keuzes waarin publieke waarden centraal staan zijn ook met het oog op de maatschappelijke houdbaarheid noodzakelijk (WRR, 2021). Hoezeer het publieke vertrouwen onder druk kan komen te staan leert de Covid-19 pandemie. Hoewel het overgrote deel van de bevolking de aanpak van de regering steunde, was er een luidruchtige minderheid met scherpe kritiek op deze maatregelen. Op social media circuleerde veel valse informatie en nepnieuws over de effectiviteit van de maatregelen en zelfs over de diepere bedoelingen van de overheid. Een tweede voorbeeld van een minder vanzelfsprekend vertrouwen betreft de licht gedaalde vaccinatiegraad van kinderen in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RIVM, 2023). Er zijn al enkele kinderen gestorven aan de zeer besmettelijke ziekte kinkhoest. Behoud van vertrouwen is daarom een uitdaging van eenieder die nauw bij de zorg betrokken is en plaatst de overheid voor niet te onderschatten uitdagingen.

Besluit

De zorg van tegenwoordig is onvergelijkbaar met de zorg van vroeger. De voorbije twee eeuwen hebben allerlei ontwikkelingen het zorglandschap radicaal veranderd. Hervormingen spelen daarin een belangrijke rol maar dat geldt ook voor autonome veranderingen. Zelfs incrementele veranderingen kunnen over een langere periode beschouwd de zorg een heel ander aanzien geven. Het zou een grote vergissing zijn om de transformatie van de zorg enkel aan hervormingen toe te schrijven. Het transformatieve effect van hervormingen moet niet worden onderschat maar evenmin worden overschat.

Elke hervorming betreft een opmerkelijk element in de besturing van de zorg. Aangezien hervormingen bedoeld zijn om richting en structuur aan de zorg te geven, roepen zij onvermijdelijk politieke discussie op. Interessant is daarbij dat deze discussie zich doorgaans meer op de middelen dan op doeleinden richt. Hoewel de meningen over de concrete uitwerking ervan uiteen kunnen lopen, bestaat er brede consensus over de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en de verantwoordelijkheid van de overheid voor de bevordering van deze waarden. De discussie spitst zich veel meer toe op de wijze waarop de genoemde waarden het beste kunnen worden bevorderd oftewel de instrumentatie van beleid.

Hervormingen drukken een geloof in de maakbaarheid van de zorg uit. Zoals we gezien hebben is deze maakbaarheid echter maar betrekkelijk. Hervormingen zijn bedoeld om ingrijpende veranderingen tot stand te brengen, maar de ruimte voor dergelijke veranderingen is in de praktijk altijd beperkt, zeker op korte termijn. De zorg lijkt op de spreekwoordelijke tanker waarvan de koers niet zomaar verlegd kan worden. De omgeving stelt altijd beperkingen en die beperkingen zijn met de enorme complexiteit van de zorg en de besturing ervan alleen maar toegenomen. Vergeet ook de historische context niet. Elke hervorming blijkt bij nadere inspectie een ingewikkelde combinatie van verandering en continuïteit.

Hervormingen zijn een poging om het functioneren van de zorg te verbeteren. Een optimaal zorgsysteem bestaat echter niet, al was het maar omdat de meningen over de invulling altijd uiteen zullen lopen. Belangrijker is echter, dat het zorgsysteem hooguit optimaal is in een bepaalde context. Deze context verandert echter voortdurend met als gevolg dat steeds nieuwe hervormingen noodzakelijk zijn. Met het oog op de uitdagingen waarvoor de zorg staat zal de noodzaak van hervormingen dus altijd op de politieke agenda van de zorg blijven staan. De zorg heeft behoefte aan een stip op de horizon of, beter nog, een waardegedreven wenkend perspectief.

*Met dank aan Luc Hagens, Cor Spreeuwenberg en Daan Westra voor hun kritische commentaar op een eerdere versie van dit manuscript

Referenties

- Andeweg R, Irwin G, Louwse T (2020). Governance and the politics of the Netherlands. Red Globe Press (5^{de} editie).
- Arrow K (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Berenson R, Cassel Chr (2006). Consumer-driven health care may not be what patients want; caveat emptor. *JAMA*, 301(3): 3232-3.
- Bertens (2021). Liberal solidarity. Guaranteeing access to Dutch health care under the banner of private initiative, 1848-2015. Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Bertens R, Palamar J (2021). Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief: 1941-2017. Working Paper WRR no. 5.
- Bowles S (2016). The moral economy. Yale University Press.
- Carpenter D (2012). Is health politics different? *Annual Review of Political Science*, 15: 287-311.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). Bevolking in 2023 minder sterk gegroeid dan een jaar eerder. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/01/bevolking-in-2023-minder-sterk-gegroeid-dan-een-jaar-eerder>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2021). Prognose levensverwachting 65-jarigen: 20,93 jaar in 2027
- Centraal Planbureau (2022^a). Macro Economische Verkenning: raming september 2022.
- Centraal Planbureau (2022^b). Zorguitgaven, ons een zorg?
- Clemens E, Cook J (1999). Politics and institutionalism: explaining durability and change. *Annual Review of Sociology*, 25: 441-466.
- Cobb R, Elder D (1983). Participation in American politics: the dynamics of agenda building. John Hopkins University Press.
- Commissie Dekker (1987). Bereidheid tot verandering (rapport).
- Commissie Dunning (1991). Kiezen en delen (rapport).
- Commissie Onderzoek Faillissementen Ziekenhuizen (2020). De aangekondigde ondergang: onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen (rapport).

- Companje K-P (2021). Financing long-term care or high medical risks in the Netherlands 1968-2015. Deze publicatie betreft een vernieuwde versie van het hoofdstuk over de langdurige zorg in K-P Companje (2014). *Financing high medical risks. Discussions, developments, problems, and solutions of the coverage of the risks of long-term care in Norway, Germany, and the Netherlands since 1945 in European perspective*. Amsterdam University Press.
- Companje K-P, Kappelhof T, Mouton R, Jeurissen P (2018). Vijftig jaar kosten-beheersing in de zorg. Deel1: 1966-1995. SDU.
- Companje (red) (2008). Tussen volksverzekering en vrije markt: 709-794. Aksant CPB (2015). Zorgkeuzes in kaart: analyse van de beleidsopties van tien politieke partijen. Den Haag.
- Croes R, Schut F, Varkevisser M (2019). Is adverse selection effectively mitigated by consumer inertia? Empirical evidence from the Dutch health insurance market. In: Croes, *Market power in hospital markets and selection in health insurance markets*. Rotterdam: Erasmus University.
- Cutler D (2002). Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical care reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3): 881-906.
- Daigneault P (2015). Can You Recognize a Paradigm When You See One? Defining and Measuring Paradigm Shift. In Hogan J, Howlett M (red.) *Policy Paradigms in Theory and Practice. Discourses, Ideas and Anomalies in Public Policy Dynamics*. Palgrave Macmillan: 43-60.
- Daniels N (1990). Equality of what: welfare, resources, or capabilities? *Philosophy and Phenomenological Research*, 50: 273-296.
- De Rijk M (2024). Gekaapt door het kapitaal. Uitgeverij Pluim.
- Dondorp W, De Wert G (2019). The role of religion in the political debate on embryo research in the Netherlands. In: Willems U and Weiberg-Saltzman M (red), *Religion and biopolitics*. Springer.
- Enthoven A (1988). Theory and practice of managed competition in health care finance. North Holland.
- Enthoven A (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12(1): 24-48.
- Eurohealth (2022). Commercial determinants of cancer control policy (special issue).
- Europese Commissie (2022). EU global health strategy. Better health for all in a changing world. Brussel.
- Festen H (1985). Spanningen in de gezondheidszorg. 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Natioanle Raad voor de Volksgezondheid.
- Freidson E (2001). Professionalism: the third logic. Polity Press.
- Frissen P (2023). De integrale staat. Boom.
- Gilmore A et al. (2023). Commercial determinants of health 1: defining and conceptualising the determinants of health. *The Lancet*, 401, April: 1194-1213.
- Greer S, Fahy N, Elliott H, Wismar M, Jarman H, Palm W (2019). Everything you always wanted to know about the European Union but were afraid to ask. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Groenewegen P, Hansen J, de Jong J (2019). Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3): 281-287.
- Gruenberg E (2005). Failures of success. *The Milbank Quarterly*, 83(4): 779-800.
- Grünwald Chr (1987). Beheersing van de gezondheidszorg. Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Hacker J (1998). The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, 12; 57-130.
- Hacker J (2005). The hidden politics of the US welfare state retrenchment. In: Streek W en Thelen W (red), *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press: 41-82.
- Hagenaars L, Klazinga N (2018). Betaalbaarheid door meer preventie. In: Jeurissen P, Maarse J, Tanke M (eds). *Betaalbare Zorg*, SDU: 199-218.
- Hagenaars L (2021). Reducing paper and sugar for fiscally sustainable health care systems: studies on administrative costs and junk food tax policies. Radboud University Nijmegen (dissertatie).
- Hajer M, Wagenaar H (eds) (2003). Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society. Cambridge University Press.
- Halbersma R, Van Manen J, Sauter W (2012). Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel? Nederlandse Zorgautoriteit, research paper 2012-3.
- Hasaart F (2011). Incentives in the diagnosis treatment combination payment system for specialist medical care. Maastricht University (dissertatie).
- Harvard T.H. Chan School of Public Health (2024). The next pandemic: not if, but when | News | Harvard T.H. Chan School of Public Health
- Heijink R, Mosca I, Westert G (2013). Cataract surgeries in the Netherlands. *Health Policy*, 113: 142-150.
- Herzlinger R (1997). Market-driven health care. Addison-Wesley.

- Himmelstein D, Campbell T, Woolhandler S (2020). Health care administrative costs in the United States and Canada, 2017. *Annual Internal Medicine*, 172(2): 134-142.
- Hoppe R (2010). The governance of problems: puzzling, powering and participation. Policy Press.
- Houwaart E (1991). De hygiënisten: artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Groningse Historische Uitgeverij (dissertatie).
- Huisman F (2018). De arts-patiëntrelatie. In: Hillen H, Houwaart E, Huisman F (red). *Medische geschiedenis: ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij*. Bohn, Stafleu Van Loghum: 163-177.
- Immergut E (1992). Health politics: interests and institutions in Western Europe. Cambridge University Press.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). Staat van de gezondheidszorg: de vrijblijvendheid voorbij. Utrecht.
- Inglehart R (1977). The silent revolution: changing values and political styles among Western publics. Cambridge University Press.
- Jeurissen P, Maarse J (2021). The market reform in Dutch health care: results, lessons, and prospects. European Observatory on Health Systems and Policy.
- Kerkhoff A, Dols W (2008). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: debatten en ontwikkelingen tot 1987. In: K-P Comanje (red), *Tussen volksverzekering en vrije markt*: 709-794.
- Kingdon J (2003). Agendas, alternatives, and public policies. Longman.
- KNMG (1984). KNMG standpunt inzake euthanasie. Medisch Contact, 3 augustus: 990-998.
- Kruse F, Spierings E, Adang E, Jeurissen P (2018). Marktconcentratie ook een punt van zorg bij zelfstandige behandelcentra. *Economisch Statistische Berichten*, 103(4766): 453-455.
- Kuijpers E (2023). Hoe maken de we zorg klaar voor de toekomst? <https://www.youtube.com/embed/rm5fluWSuwE>
- Kuipers S (2004). Cast in concrete: the institutional dynamics of Belgian and Dutch social policy reforms. Eburon (dissertatie).
- Le Fanu j (1999). The rise & fall of modern medicine. Little, Brown & Company.
- Maarse J, Paulus A (2011). The politics of healthcare reform in the Netherlands since 2006. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6(1): 125-134
- Maarse J (2018). De betaalbaarheid van de langdurige zorg. In: Jeurissen P, Maarse J, Tanke M (eds). *Betaalbare Zorg*, SDU: 161-180.
- Maarse J, Jeurissen P (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 123(3): 288-292.
- Maarse J (2023). Health policy analysis. Maastricht University Press.
- Maas P (1988). Parlement & polio. SDU-Uitgeverij.
- Mackenbach J (2019). Health inequalities. Persistence and changes in European welfare states. Oxford University Press.
- Mahoney J (2000). Path dependency in historical sociology. *Theory and Society*, 29: 507-548.
- Majone G (1989). Evidence, argument & persuasion in the policy process. Yale University Press.
- Marino A, Lorenzoni L (2019). The impact of technological advancements on health spending. Oecd Health Working Papers no. 113. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Marmor Th, Okma K, Latham S (2012). Values, policies, and programs. In: Marmor Th, Klein R (red), *Politics, health and health care*. Yale University Press: 212-241.
- McKee M, van Schalkwyk, Greele R (2024). Meeting the challenges of the 21st century: the fundamental importance of trust for transformation. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13-21.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). Brief inzake zorg en maatschappelijke ondersteuning (Kamerstuk 29 538).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014). Memorie van Toelichting bij de Wet Langdurige Zorg (Kamerstuk 33 891).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024). Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2025.
- Mol A (2008). The logic of care: health and the probability of patient choice. Routledge.
- Murthy V (2023). Social media and youth mental health. The U.S. Surgeon General's Advisory.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2023). Monitor zorgverzekeringsmarkt 2023. Utrecht.
- OECD (2023). Health at a glance. Parijs.
- Oxfam Novib (2024). INEQUALITY INC. How corporate power divides our world and the need for a new era of public action. <https://www.oxfamnovib.nl/Files/rapporten/2024/bp-inequality-inc-150124>.
- Peeters R (2013). The preventive gaze: how prevention transforms our understanding of the state. Eleven International Publishing (dissertatie).

- Peters B (2000). Institutional theory in political science. Continuum.
- Pierson P (1996). The new politics of the welfare state. *World Politics*, 48(2): 143-179.
- Pellegrino E (1999). The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 243-266
- Pressman J, Wildavsky A (1973). Implementation. University of California Press.
- Provan K, Kenis P (2007). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2): 229-252.
- Querido (1965). Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid. SDU
- Raad van State (2004). Advies inzake de Zorgverzekeringswet (kamerstuk 29.763).
- Raad van State (2014). Jaarbericht 2014. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2021). Machtige mensbeelden. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2023a). Met de stroom mee: naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en samenleving (2023b). Is dit wel verantwoord? Den Haag.
- Reibling N, Ariaans M, Wendt C (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*, 123(7): 611-620
- Rein M, Schon D (1994). Frame reflection: towards the resolution of intractable policy controversies. Basic Books.
- Rinaldi C, Bekker M (2021). A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe. *International Journal of Health Policy & Management*, 10(3): 141-151.
- Rittel H, Webber M (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4: 155-169.
- RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven.
- RIVM (2023a). Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050 Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024. Bilthoven.
- RIVM (2023b). Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2022. Bilthoven.
- Rothgang H, Carace M, Frisina L, Grimweisen S, Schmid A, Wendt C (2010). The state and health care: comparing OECD-countries. Palgrave McMillan.
- Russell L (1986). Is prevention better than cure? The Brookings Institution.
- Ruwaard D (2012). Van nazorg naar voorzorg. Maastricht University (oratie).
- Sabatier P, Jenkins-Smith H (1990). The advocacy coalition framework: an assessment. In: P. Sabatier (ed). *Theories of the policy process*. Westview Press: 117-168.
- Sadiray K, Oudijk K, van Kempen H, Stevens J (2021). De opmars van het PGB: de ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sagan A, Webb E, Azzopardi-Muscat N, de la Mata I, McKee M, Figueras J (eds) (2021). Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Saguy A, Riley K (2005). Weighing both sides: Morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(5): 869-921.
- Scharpf F (1997). Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research. Westview.
- Schepens M, Van Hooff M, et al (2023). Does Centralization of Radical Prostatectomy Reduce the Incidence of Postoperative Urinary Incontinence? *European Urology Open Science*, 8(58): 47-54.
- Schols J (2024) De onafgebroken evolutie van de ouderengeneeskunde en de ouderenzorg: het open einde van de voortdurende ontwikkelingen. Universiteit Maastricht (afscheidsrede).
- Schut F (1995). Competition in the Dutch health care sector. Erasmus University Rotterdam (dissertatie).
- Sen A (2009). The idea of justice. Penguin Books.
- Sharon T (2016). The Googlization of health research; from disruptive innovation to disruptive ethics. *Personalized Medicine*. doi:10.221/pme-2016-0057.
- Sharon (2021). Blind-sided by Privacy? Digital Contact Tracing, the Apple/Google API and Big Tech's Newfound Role as Global Health Policy Makers. *Ethics and Information Technology* 23 (suppl 1):545-557.
- Staatscommissie Euthanasie (1985). Eindrapport. Staatsuitgeverij.
- Starr P (1982). The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books.
- Stoeldraijer L (2020). Sterfte en levensverwachting in de 21ste eeuw: waarom veranderde de trend rond 2012? Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Stone D (1988). Policy paradox and policy reason. Harper Collins Publishers.
- Streeck W, Thelen K (red) (2005). Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford University Press.

Schwartz W (1987). The inevitable failure of current cost-containment strategies. *Journal of the American Medical Association*, 257(2): 220-224.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). Naar beter betaalbare zorg. Rapport.

Technische werkgroep beheersing zorguitgaven (2023). Rapport.

Teisman G (2000). Models for research into decision-making processes: on phases, streams and decision-making rounds. *Public Administration*, 78(4): 937-956.

Tetlock P (2003). Thinking the unthinkable: sacred values and taboo cognitions. *Trends in Cognitive Science*, 7(7): 320-324.

Thomson S, Busse R, Crivell L, van de Ven W, van de Voorde C (2013). Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy*, 109(3): 209-225.

Topol E (2019). Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. Basic Books.

Trimbos Instituut (2023). Nationale Drug Monitor (www.nationaledrugmonitor.nl).

True J, Jones B, Baumgartner F (1999). Punctuated-equilibrium theory: explaining stability and change in American policymaking. In: P. Sabatier (ed). *Theories of the policy process*. Westview Press: 97-116.

Tuohy C (1999). Accidental logics: the dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada. Oxford University Press.

Tuohy C (2018). Remaking policy: scale, pace, and political strategy in health care reform. University of Toronto Press.

Technische werkgroep kosten en baten van preventie (2023). Preventie op waarde schatten. Rapport.

Van der Aa M, Klosse S, Paulus A, Evers S, Maarse J (2018). Solidarity in insuring financial risks of illness: a comparison of the impact of Dutch policy reforms in health insurance and disability insurance since the 1980s. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 21(2): 340-352.

Van Baal P, Polder J, De Wit G, Hoogeveen R, Feenstra T, Boshuizen H, Engelfriet P, Brouwer W (2008). Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *Plos Medicine*, 5(2): e29.

Van Doorn J, Schuyt C (red.) (1978) De stagnerende verzorgingsstaat. Boom.

Van Eijkel R, van der Torre A, Kattenberg A, Eggink E (2017). De markt voor huishoudelijke hulp. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van der Grinten T (2006). Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam (afscheidsrede).

Van der Hoeven H (1989). Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. Koninklijke Vermande.

Van der Hoeven HC, Van der Hoeven EW (1993). Om welzijn of winst. 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid. Kluwer.

Van der Reijden J (1987). Onze kostelijke gezondheidszorg. Uitgeverij Balans.

Van Klaveren J-K (2015). Het onafhankelijkheidssyndroom: een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel. Uitgeverij Wereldbibliotheek.

Van Middelaar L (2021). Een Europees pandemonium. Kwetsbaarheid en politieke kracht. Historische uitgeverij.

Van Montfort G (2023). Beeld en werkelijkheid. SWP.

Van Montfort G (2024). Integratie (vrijgevestigde) medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie. SWP.

Van der Velden H (1993) Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland: 1850-1941. Erasmus Universiteit Rotterdam (dissertatie).

Van Twist M (1994). Verbale vernieuwing: aantekeningen over de kunst van de bestuurskunde. VUGA.

Van Wijhe M (2018). The public health impact of vaccination programs in the Netherlands: a historical analysis of mortality, morbidity and costs. Rijksuniversiteit Groningen (dissertatie).

Varkevisser M, Schut E, Franken F, Van der Geest S (2023) Sustainability and Resilience in the Dutch Health System: THE NETHERLANDS. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vektis (2006). Zorgmonitor 2006.

Victoor A (2015). (How) do patients choose a healthcare provider? Tilburg University (dissertatie).

Wackers E, Smit R, Stadhouders N, Jeurissen P (2023) Assessing the relation between financial performance and longterm bank loan interest rates for healthcare providers in the Netherlands: a panel data analysis. *The European Journal of Health Economics*. doi.org/10.1007/s10198-023-01629-z.

Walzer M (1983). Spheres of justice. Basic Books.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Kiezen voor houdbare zorg: mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag.

World Health Organization (2024). Pathogen prioritization: a scientific framework for epidemic and pandemic research preparedness. Genève.

Wiley L (2016). The struggle for the soul of public health. *Journal of Health Politics, policy and Law*, 41(6): 1083-1097.

Zimmermann J, McKee C, Karanikolos M, Cylus J and members of the OECD Health Division (2024). Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; and Paris, OECD Publishing.

Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit(2020). [Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú](#) Diemen/Utrecht.

Zuboff S (2019). The rise of surveillance capitalism. Profile Books.

