

HANS MAARSE &  
PATRICK JEURISSEN

# Hervormen van de zorg

RADBOD  
UNIVERSITY  
PRESS

## HERVORMEN VAN DE ZORG



# Hervormen van de zorg

HANS MAARSE &  
PATRICK JEURISSEN

## **Hervormen van de zorg**

Uitgegeven door **RADBOUD UNIVERSITY PRESS**

Postbus 9100, 6500 HA Nijmegen

[www.radbouduniversitypress.nl](http://www.radbouduniversitypress.nl) [radbouduniversitypress@ru.nl](mailto:radbouduniversitypress@ru.nl)

Ontwerp: Andre Klijsen

Print en distributie: Pumbo.nl

ISBN: 978 94 6515 227 1

DOI: 10.54195/IRVI2431

Gratis te downloaden op: [www.radbouduniversitypress.nl](http://www.radbouduniversitypress.nl)

© 2026 Hans Maarse en Patrick Jeurissen

**RADBOUD  
UNIVERSITY  
PRESS**

Dit is een Open Access boek gepubliceerd onder de termen van de Naamsvermelding-Niet-Commercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De gebruiker dient de maker van het werk te vermelden, een link naar de licentie te plaatsen en aan te geven of het werk veranderd is. De gebruiker mag dat op redelijke wijze doen, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat de licentiegever instemt met het werk of het gebruik van het werk. Gebruik voor commerciële doeleinden is onder deze licentie niet toegestaan. De gebruiker mag geen juridische voorwaarden of technologische voorzieningen toepassen die anderen er juridisch in beperken om iets te doen wat de licentie toestaat. Men mag het veranderde materiaal niet verspreiden als men het werk heeft geremixt, veranderd, of op het werk heeft voortgebouwd.

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

## DEEL 1

- 1 Inleiding 9
- 2 Heeft de zorg unieke kenmerken? 12

## DEEL 2

- 3 Hervormingen in de zorg in historisch perspectief 19
  - Hervormingen in de curatieve zorg 19
  - Hervorming van de langdurige zorg 26
  - Versterking van de positie van de zorgvrager 27
  - Historische dynamiek 28
- 4 Resultaat van hervormingen 30
  - Verstatelijking 30
  - Wederzijdse afhankelijkheid 32
  - Toegankelijkheid 33
  - Kwaliteit 34
  - Betaalbaarheid 36

## DEEL 3

- 5 Wat is een hervorming? 39
  - Hervorming als streven naar doelgerichte en ingrijpende verandering 39
  - Incrementele beleidsverandering 42
  - Autonome verandering 44
  - Hervorming als proces 44
  - Hervorming als institutionele verandering en continuïteit 47
- 6 Een breder perspectief op verandering 49
  - Autonome veranderingen 49
  - Samenhang en relatieve betekenis 51

- 7 Invloed van omgevingsfactoren 54
  - Ontwikkelingen in de zorgvraag 54
  - Kennisinnovatie 55
  - Financieel-economische omgeving 56
  - Sociaal-culturele omgeving 56
  - Politiek-ideologische omgeving 56
  - Arbeidsmarkt 57
  - Incidentele factoren 58
  
- 8 Classificatie van hervormingen 59
  - Bestuurlijke en beleidshervormingen 59
  - 'Grote' en 'kleine' hervormingen 61
  - Orderings- en beheersingsgerichte hervormingen 62
  - Intern- en externgerichte hervormingen 63
  - Blueprint en big bang hervormingen 65
  - Hiërarchisch en netwerkgestuurde hervormingen 67
  
- 9 Hervormingen als verandering van beleidsparadigma 70
  - Het marktparadigma 71
  - Het preventieparadigma 73
  
- 10 Uitdenken, uitvechten en participatie 75
  - Hervormen als uitdenken 75
  - Hervormen als uitvechten 79
  - Participatie 82

#### DEEL 4

- 11 Uitdagingen 87
  
- 12 Epiloog 92

Noten 94  
 Referenties 100



## Inleiding

Hervormingen zijn een *hot topic* in hedendaagse beschouwingen over de zorg, zowel nationaal als internationaal.<sup>1</sup> Het is misschien wel een van de meest gebruikte termen in beleidsdocumenten van de overheid en andere partijen in de zorg. Alom wordt gepleit voor hervormingen met daarbij steevast als narratief dat de bestaande zorg niet goed functioneert, met grote uitdagingen wordt geconfronteerd en zonder forse ingrepen niet toekomstbestendig zal blijken. Kleine of incrementele beleidsaanpassingen – voortmodderen (*muddling through*) in de terminologie van Lindblom (1959) – voldoen om deze reden niet. Er is meer nodig. De zorg moet worden hervormd! Zonder hervormingen staan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg onvermijdelijk op het spel. Ondanks deze waarschuwing leert de ervaring dat hervormingen zelden soepel verlopen. Zij roepen altijd verzet op en de werkelijkheid blijkt veel weerbarstiger in elkaar te steken dan hervormers in al hun optimisme hadden verondersteld. Het gaat om complexe operaties waarbij succes allesbehalve verzekerd is. Sommige hervormingen moeten zelfs het falen van eerdere hervormingen repareren.

Ook de historie van de Nederlandse zorg vanaf het begin van de negentiende eeuw laat zich beschrijven als een aaneenschakeling van hervormingen met het oog op bevordering van de volksgezondheid en een voor iedere burger toegankelijke zorg van kwalitatief hoogwaardig niveau. Vooral sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw is ook de betaalbaarheid van de zorg een belangrijk motief voor hervormingen gebleken. De huidige structuur van de zorg draagt dan ook in diverse opzichten de sporen van hervormingen in het verleden.

De noodzaak van hervormingen blijkt ‘eindeloos’. Tegenwoordig wordt opnieuw gepleit voor ingrijpende veranderingen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid acht ‘scherpe keuzes’ onvermijdelijk om de zorg in termen van mensen, middelen en maatschappelijke draagvlak houdbaar te maken (WRR, 2021). De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving pleit eveneens voor hervormingen om ‘een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en

ondersteuning' te bereiken (RVS, 2023a). Op zijn YouTube-kanaal formuleerde voormalig minister Kuijpers in een korte presentatie vier kernpunten voor toekomstige hervormingen: verschuiving van curatie naar preventie, digitalisering, concentratie van complexe zorg en versterking van betrokkenheid van patiënten bij hun zorg. De zorg stond wat hem betreft aan de vooravond van nieuwe ingrijpende veranderingen.

Deze studie biedt een korte beschouwing over hervormingen in de organisatie en besturing van de Nederlandse zorg. Doel van deze beschouwing is om beter zicht te krijgen op het fenomeen hervorming van de zorg. Wat wordt bijvoorbeeld onder een hervorming verstaan en voor welke dilemma's komen hervormers te staan? Wat maakt dat hervormingen zo complex in elkaar steken en welke lessen kunnen uit hervormingen in het verleden worden getrokken? Beantwoording van deze vragen is belangrijk, zeker nu Nederland mogelijk aan de vooravond van nieuwe hervormingen in de zorg staat nu de Tweede Kamer (2024) wil dat een staatscommissie met voorstellen komt voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.

De studie bestaat uit vier delen. Het eerste deel is gewijd aan de beantwoording van een prealabele vraag: heeft de zorg specifieke kenmerken die haar van andere beleidssectoren onderscheidt en hervormingen een eigen dynamiek geven? Onze conclusie luidt dat hervormingen in de zorg inderdaad niet goed te begrijpen zijn 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.

Het tweede deel beschrijft in vogelvlucht enkele belangrijke hervormingen in de Nederlandse zorg vanaf het begin van de negentiende eeuw. Uit onze analyse zal blijken dat veel hervormingen die in de twintigste eeuw werden doorgevoerd betrekking hadden op de zorgverlening, financiering en besturing van de geneeskundige zorg en passen in een internationaal patroon zoals voorgesteld door Cutler (2002) in zijn historisch-vergelijkende analyse van hervormingen in de zorg in zeven geïndustrialiseerde landen. Zijn analyse wijst op het bestaan van een universele historische dynamiek. Een tweede conclusie luidt dat het bij hervormingen niet alleen om verandering gaat. Er blijkt ook sprake van een

bepaalde continuïteit die in de terminologie van Tuohy (1999) inzicht biedt in de *system logic* van ons zorgstelsel. Deel twee sluit af met een beknopte discussie van een aantal resultaten van hervormingen. Voor wat betreft de bestuurlijke effecten wordt hier aandacht besteed aan de opmars van de overheid (staat) in de zorg en de bijzondere relatie tussen overheid en particulier initiatief. Een andere belangrijke conclusie is dat vooral hervormingen met het oog op de toegankelijkheid van de zorg relatief succesvol zijn gebleken.

In het derde deel volgt een nadere analyse van hervormingen vanuit een politologisch-bestuurskundig perspectief. Wat moet onder een hervorming worden verstaan en welke typen hervormingen zijn te onderscheiden? Waarin onderscheiden hervormingen zich van andere typen beleidsbeslissingen en hoe verhouden zij zich tot autonome veranderingen in de zorg? 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 ingewikkelde combinatie van verandering en continuïteit blijken? Bij de beantwoording van deze vragen zullen hervormingen in navolging van Hoppe (2010) vanuit drie analytische perspectieven worden belicht, te weten het perspectief van *puzzling* (uitdenken), *powering* (uitvechten) en *participation* (participatie/deelnemers).

Het vierde deel handelt over de toekomst van de zorg. Ons doel is daarbij niet om bepaalde hervormingen te bepleiten, maar kort een aantal ontwikkelingen te noemen die de hervormingsagenda van de (nabije) toekomst zullen bepalen. De zorg is immers namelijk nooit 'af'. Ook komt de vraag aan de orde of het idee van een optimaal zorgsysteem, toch het ideaal van elke hervorming, uiteindelijk niets meer of minder dan een naïef idee is dat ingrijpende verandering moet rechtvaardigen.

## 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 allesbehalve 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 dit hoofdstuk 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 ook 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.

Een tweede specifiek kenmerk betreft de bijzondere relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Deze relatie wordt, zij het in verschillende gradaties, gekenmerkt door 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.

Het derde kenmerk hangt hiermee nauw samen en betreft de bijzondere en exclusieve positie van de medische beroepsgroep. Deze positie verschaft haar traditioneel een sterke (machts)positie in het zorgstelsel (Starr, 1982; Freidson, 2001). De prominente rol van zelfregulering is niet enkel gebaseerd op de 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 taboe<sup>2</sup> om de toegankelijkheid van de zorg tegen andere belangen, bijvoorbeeld financiële belangen, af te wegen (Tetlock, 2003). De technocratie van de kostenbeheersing met haar nadruk op efficiëntie staat in schril contrast tot de 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 de zorg voor elke burger niet alleen garanderen door middel van een breed en goed geëquipeerd aanbod van voorzieningen, maar ook en vooral door het wegnemen van financiële obstakels die de toegang van minder bemiddelde burgers 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 eveneens een breed geschakeerd aanbod van voorzieningen.

Het normatieve principe van de universele toegankelijkheid stelt grenzen aan hervormingen. Deze moeten de toegankelijkheid van de zorg versterken en mogen deze onder geen beding aantasten. Concreet betekent dit 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’ liggen om deze reden 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).

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 van de vorige eeuw en later. Deze 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.<sup>3</sup> 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 voor de curatieve zorg in de Nederlandse verzorgingsstaat (Van der Aa et al, 2019).<sup>4</sup> Voor de langdurige zorg ligt de kwestie 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 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (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 medische 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. De cruciale rol van de vertrouwensrelatie in de zorg is goed zichtbaar in de kritiek op de markthervorming waarmee in 2006 werd begonnen. 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. 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 gemakkelijk gecorrumpeerd raakt (Berenson & Cassel, 2009; Pellegrino, 1999) en dat het winstmotief gaat domineren. Om deze reden toont Arrow (1963), een van de grondleggers van de gezondheidseconomie, zich kritisch over het winstmotief in de zorg.

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 de 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)<sup>5</sup> en tot op de dag van vandaag verbiedt de wetgeving winstvorming in de medisch-specialistische zorg en overige intramurale zorg.<sup>6</sup> 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 boosheid over de inmiddels failliet verklaarde commerciële huisartsenketen Co-Med laat zien dat commercie in de zorg politiek en maatschappelijk nog altijd uiterst gevoelig ligt.<sup>7</sup> De plek waar pakweg 80 à 90 procent van de 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 ook af te leiden

uit het feit dat slechts 30 procent 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 ter zake. Zij worden publiekelijk bij herhaling geframed als *money-driven* instellingen.

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 op 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.<sup>8</sup> Zij legt niet alleen een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de professie, maar biedt haar tegelijkertijd een unieke machtspositie in het zorgsysteem. De besturing van de zorgverlening berust immers op het principe van zelfregulering dat zorgverleners een grote mate van autonomie op het terrein van de kwaliteit van de zorg biedt. Dat de huisartsen zich in groten getale tegen het met de marktwerking verbonden contractmodel keert is in dit verband niet verwonderlijk. Zij zien dit model 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> 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).



## Hervormingen in de zorg in historisch perspectief

De historie van de Nederlandse zorg laat zich beschrijven als een reeks van hervormingen met het doel om de toegang tot en de kwaliteit van de zorg te versterken. In de tweede helft van de twintigste eeuw bereikte ook het streven naar betaalbaarheid de hervormingsagenda, een ontwikkeling die vanzelfsprekend nauw samenhangt met groeiende zorgen over de almaar oplopende zorguitgaven. Dit hoofdstuk biedt een beknopt overzicht van belangrijke hervormingen vanaf het begin van de negentiende eeuw tot heden.<sup>11</sup> De keuze voor het begin van de negentiende eeuw heeft te maken met het feit dat Nederland in 1795 een eenheidsstaat was geworden met een centrale overheid die universeel geldende wetten kon uitvaardigen. De Bataafse Republiek betekende het einde van de gewestelijke soevereiniteit. In de eerste grondwet van 1798 werd de volksgezondheid ook als onderwerp van staatszorg aangemerkt. De overheid (staat) werd daarmee verantwoordelijk voor de volksgezondheid en, als onderdeel hiervan, voor de zorg.

### 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 hiervan echter als gevolg van lokaal onvermogen en vaak 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 (Querido, 1965).

De politieke en bestuurlijke 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 van die tijd. De liberale elite toonde zich bovendien terughoudend ten aanzien van interventies op het terrein van de volksgezondheid. 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 sprekend voorbeeld. Er bleek niettemin veel strijd voor nodig met daarbij een belangrijke rol voor de zogeheten hygiënisten voordat de overheid haar politieke verantwoordelijkheid daadwerkelijk oppakte (Houwaart, 1991). De invoering van de eerste Alcoholwet (1881) liet eveneens lange tijd op zich wachten. De bestrijding van openbare dronkenschap werd door de overheid in die tijd als een aangelegenheid voor gemeenten beschouwd.

Hervormingen in de negentiende eeuw bleven grotendeels beperkt tot maatregelen die de uitbraak van besmettelijke ziekten moesten voorkomen of de gevolgen ervan voor de volksgezondheid moesten beperken. De wetgeving (bijvoorbeeld de Besmettelijke Ziektenwet die in 1872 werd ingevoerd) delegeerde conform de dominante staatsopvatting belangrijke taken naar het lokale bestuur. De effectiviteit van deze hervormingen liet opnieuw lange tijd te wensen over, vooral vanwege een gebrekkige precisering van de gemeentelijke taken en het ontbreken van een financiële paragraaf (Querido, 1965).

Een belangrijke hervorming op het terrein 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. Deze regeling waarvoor de in 1839 opgerichte Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (NMG) zich sterk had gemaakt was nadrukkelijk bedoeld als maatregel om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Zij 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 aantal 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. De armenzorg werd beschouwd als een taak voor de liefdadigheid met daarbij een resi-

duale rol voor de lokale overheid (Roebroek & Hertogh, 1998). De staatsonthouding ten aanzien van de 'sociale quaestie' kwam onder invloed van allerlei sociaaleconomische ontwikkelingen zoals de industrialisering en de trek naar en verpaupering van de steden echter steeds meer onder druk. Het veranderende politieke klimaat leidde na veel politieke strijd 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.

In de twintigste eeuw richtte de aandacht van de overheid zich steeds meer op de inrichting van de geneeskundige (curatieve) zorg. In de periode 1900-1940 werd veel politieke energie gestoken in pogingen tot invoering van een sociale ziektekostenverzekering voor werknemers (Van der Hoeven & Van der Hoeven, 1993). 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 bezweren<sup>12</sup> en een einde maken aan het versnipperde landschap van de ziekenfondsen waarvan vele het financiële hoofd niet of nauwelijks boven water konden houden. Toch zou het nog decennia duren voordat een verplichte ziekenfondsverzekering een feit werd. Ideologische strijd, onwil bij de fondsen om hun zelfstandigheid op te geven, 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 van de overheid om zo'n verzekering tot stand te brengen schipbreuk leden. Belangrijke conflictpunten betroffen de uitvoeringsstructuur, de welstandsgrens, de verhouding tussen fondsen en artsen, de verzekerdenkring en de kwestie van de zeggenschap. De noodzaak tot bezuinigingen speelde soms 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).

Na de oorlog laaide de strijd over de ziekenfondsverzekering 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 was in veel opzichten een codificatie van de na de oorlog gegroeide situatie. In 1968 volgde de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor de langdurige zorg (Companje, 2008).

Hoewel de invoering van de Ziekenfondswet met veel horten en stoten verliep, markeerde zij wel een aanzienlijke systeemverandering of hervorming. Met deze wet rekende de overheid 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.

Na de Tweede Wereldoorlog kreeg de wederopbouw begrijpelijk veel aandacht. Veel voorzieningen waren immers verwoest. De wederopbouw 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 vergunningenplicht en het aan banden leggen van de ziekenhuis- en artsentarieven wat geregeld tot pittige conflicten tussen overheid en het veld leidde. Tegelijkertijd stelde de overheid met een rijksfinancierings- en garantieregeling instellingen tot forse investeringen in de zorg in staat met als gevolg dat het aantal ziekenhuisbedden fors toenam.<sup>13</sup> Het aantal ziekenhuizen bereikte in 1967 een piek met 268 ziekenhuizen (Baakman, 1990).

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 zorguitgaven snel opliepen en dat stevige maatregelen nodig waren om de stijging van deze uitgaven te beteugelen. In de Volksgezondheidsnota van 1966 vroegen de verantwoordelijke bewindslieden al aandacht voor het vraagstuk van de oplopende uitgaven. Met name in het begin van de jaren zeventig groeide kostenbeheersing uit tot een topprioriteit op de politieke agenda. Sedertdien is het vraagstuk van de betaalbaarheid niet meer van de agenda verdwenen.

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 vlaggenschip. Planning betekende dat het zorgaanbod als een geïntegreerd systeem moest worden ingericht 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 echelonnering en regionalisering voorstelde. Het zorgaanbod en ook de tarieven moesten van bovenaf worden gereguleerd om de uitgavenontwikkeling in de hand te houden.<sup>14</sup> Ook wilde de staatssecretaris een volksverzekering tegen ziektekosten om de toenemende financiële problemen in de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering aan te pakken, maar een conceptvoorstel daartoe maakte politiek geen schijn van kans.

Vanwege de noodzaak tot kostenbeheersing trachtte de overheid tevens 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 de uitgavenstijging 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 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 uiteindelijk maar kort geduurd als gevolg van moeilijk te onderbouwen planningsnormen, complexe procedures, belangentegenstellingen, de overheid in de modus van beheersing en instellingen in de modus van groei en de institutionele scheiding tussen bepalen (provincies/overheid) en betalen (verzekeraars). Begin jaren tachtig schakelde de overheid nogal abrupt<sup>15</sup> over op een systeem van ziekenhuisbudgettering, aanvankelijk op historische basis en later op basis van allerlei parameters (functiegerichte budgettering). De aanvankelijke reactie van de sector op dit nieuwe instrument was relatief

positief, omdat de budgettering de ziekenhuizen meer bestedingsvrijheid bood. Niettemin zwol de kritiek spoedig aan vanwege het feit dat de overheid in de ogen van de ziekenhuissector een ‘zorgkloof’ veroorzaakte. De budgetteringssystematiek en het beschikbare macrobudget sloten volgens de ziekenhuizen niet aan bij de snelle ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg en de groei van de zorgvraag met lange wachtlijsten als onvermijdelijk gevolg.

Een andere hervorming betrof de invoering van de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (Wtz) in 1986 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 veiliggesteld én fors op de collectieve zorguitgaven had bezuinigd.<sup>16</sup>

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 (later 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 – ingetrokken. Onder invloed van de neoliberale golf gold de marktwerking als het nieuwe beleidsparadigma. De marktwerking moest echter strak worden gereguleerd om de publieke belangen in de zorg, te weten kwaliteit,

toegankelijkheid en betaalbaarheid, te beschermen. Na een lange aanloopperiode met tal van wendingen – de markthervorming werd in het begin van de jaren negentig zelfs politiek doodverklaard – traden in 2006 met de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) twee ‘systeemwetten’ in werking. De Zvw betekende het einde van de traditionele scheiding tussen ziekenfonds en de hoofdzakelijk particuliere verzekeringsmarkt.<sup>17</sup> De Wmg regelde onder meer de bestuurlijke verhouding tussen de overheid en de Nederlandse Zorgautoriteit, een zelfstandig bestuursorgaan met diverse taken op het gebied van de regulering van en het toezicht op de zorgmarkt. Marktwerking in de zorgverlening, zorgverzekering en de zorginkoop moest de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg versterken en zo bijdragen tot een betaalbare zorg. Een belangrijk aspect van de hervorming 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 overheid heeft voor wat de beteugeling van de zorguitgaven betreft overigens maar ten dele op de markthervorming vertrouwd. Vanaf 2012 sloot zij ook Bestuurlijke Hoofdlijnakkoorden met de zorgaanbieders en zorgverzekeraars met daarin onder meer harde afspraken over de reële groei van de jaarlijkse uitgaven per zorgsector. De akkoorden drukten een gedeelde verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg uit. Concrete afspraken over de stijging van de zorguitgaven maken ook deel uit van het in 2022 gesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) waarover in 2025 overeenstemming werd bereikt. Deze akkoorden bevatten tevens afspraken over passende zorg, regionale samenwerking in de acute zorg, versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg, samenwerking in het sociaal domein, preventie en gezondheid, ontzorging van zorgprofessionals, digitalisering en gegevensuitwisseling en handhaving van de contractering.

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 is in feite een oud voorstel dat eerder werd gepropageerd in de Structuurnota Gezondheidszorg. De topklinische zorg moet om redenen van kwaliteit en kosten wor-

den 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 daarom 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 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. 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 ging functioneren.

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.<sup>18</sup> 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.

In 2015 volgde een nieuwe stap in de hervorming van de langdurige zorg. Het plan voor hervorming berustte onder meer op de veronderstelling dat deze tak van zorg niet goed aansloot bij de maatschappelijke trend dat steeds meer burgers met een zorgbehoefte zo lang 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 grotendeels ongedaan gemaakt naar aanleiding van het manifest 'Scherp op zorg'.<sup>19</sup>

### **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 die een einde maakte

aan de strafbaarstelling van abortus, de Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding die onder strikte voorwaarden euthanasie<sup>20</sup> toestond en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 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.

### Historische dynamiek

Hoe verhoudt de historie van hervormingen in de Nederlandse zorg zich tot de historie van hervormingen in andere landen? Volgde Nederland een eigen traject of een traject dat ook in andere landen werd doorlopen? Voor de beantwoording van deze vraag maken we gebruik van een historisch-vergelijkende analyse van Cutler (2002) van hervormingen in de curatieve zorg in zeven geïndustrialiseerde landen in de twintigste eeuw. Hij ziet drie hervormingsgolven. In de eerste golf lag de nadruk op het verbeteren van de toegang tot de zorg (*equity*) door de invoering van publieke financiering van de zorg en de uitbouw van een netwerk van zorgvoorzieningen. Toenemende zorgen over de betaalbaarheid van de zorg leidde tot een tweede golf van hervormingen waarbij de aandacht verschoof naar kostenbeheersing (*efficiency*). Deze kostenbeheersing moest worden bereikt door allerlei maatregelen van bovenaf. In de derde hervormingsgolf werd deze strategie vervangen door marktsturing (*market fundamentals*).

Cutler's golvenmodel biedt uiteraard niet meer dan globaal inzicht in het historische patroon van hervormingen in de twintigste eeuw. Zijn analyse blijft beperkt tot zeven landen. Er zijn grote verschillen in tempo, de concrete vormgeving en het bereik van hervormingen. De politieke en institutionele context varieert ook van land tot land en oefent grote invloed uit op de resultaten van hervormingen. Niettemin kan men stellen dat de historie van hervormingen in de Nederlandse zorg in de twintigste eeuw min of meer dezelfde historische dynamiek toont als door Cutler beschreven. De strijd over de ziekenfondsverzekering betrof een strijd over de financiële toegankelijkheid van de zorg.

De totstandkoming van een door de overheid gereguleerde ziekenfondsverzekering (1964) gaf een sterke impuls aan de totstandkoming van een uitgebreid stelsel van zorgvoorzieningen omdat zij (in combinatie met andere financieringsmaatregelen) instellingen financiële zekerheid bood. Evenzo gaf de latere Awbz (1968) een sterke boost aan de uitbreiding van het voorzieningenniveau in de langdurige zorg. De nadruk op toegankelijkheid resulteerde in een formeel vastgelegd recht op zorg. De verschuiving van de aandacht in de richting van kostenbeheersing en betaalbaarheid is eveneens heel herkenbaar. De invoering van gereguleerde marktwerking na de eeuwwisseling past uiteraard ook goed in Cutler's golvenmodel.

## Resultaat van hervormingen

Wat zijn de gevolgen van de in het vorige hoofdstuk besproken hervormingen voor de inrichting van de zorg in Nederland? In hoeverre zijn de gevolgen hiervan zichtbaar in haar huidige structuur? Voor de beantwoording van deze vraag maken we onderscheid tussen bestuurlijke en beleidseffecten. Bestuurlijke effecten betreffen de organisatie van de besluitvorming en uitvoering van de zorg. Hoe luiden de spelregels voor de besluitvorming, hoe ziet de taakverdeling eruit en wie draagt waarvoor verantwoordelijkheid? Hoe steekt de machtsverhouding in elkaar? Bij de beantwoording van deze vraag is de focus gericht op de versterking van de rol van de staat in de besturing van de zorg en, in nauwe samenhang hiermee, de complexe verhouding tussen overheid en particulier initiatief. Voor wat betreft de beleidseffecten wordt aandacht besteed aan de effecten voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid ervan. Bevordering van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg zijn drie hoofddoelstellingen van het overheidsbeleid ten aanzien van de zorg.

### Verstatelijking

Uit het vorige hoofdstuk komt het beeld naar voren dat zich in de Nederlandse zorg in de negentiende eeuw, maar vooral in de twintigste eeuw een proces van verstatelijking heeft voltrokken. Met verstatelijking wordt hier bedoeld dat de overheid steeds nauwer bij de financiering en organisatie van de zorg betrokken raakte. De zorg ontwikkelde zich geleidelijk tot een belangrijke pijler van de verzorgingsstaat. Parallel aan de opkomst van wat ook wel de interventiestaat is genoemd (De Beus & Van Doorn, 1984) verschoof het zwaartepunt in de besturing zich in de richting van de nationale overheid. Deze ontwikkeling valt te begrijpen als een proces van centralisatie in de besturing.

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 bestuurlijke verhouding tussen overheid en particulier initiatief kende een stevige ideologische ver-

ankering. Het in calvinistische kring aangehangen principe van soevereiniteit 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. De zorg was een taak voor het particulier initiatief. Mocht het particulier initiatief echter in zijn taak tekortschieten, dan was overheidsoptreden gelegitimeerd (Andeweg et al, 2020). Ook de liberalen die in de negentiende eeuw het politieke landschap domineerden zagen weinig in een actief overheidsoptreden in de zorg.

In de loop van de tijd hebben zich in de verhouding tussen overheid en particulier initiatief echter ingrijpende 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. De verantwoordelijkheid voor de zorg verschuifde geleidelijk richting nationale overheid. De invoering van het Ziekenfondsenbesluit en later de Ziekenfondswet betekende dat de fondsen onder een wettelijk regime werden gebracht met daarin belangrijke bestuurlijke bevoegdheden voor de overheid. In de langdurige zorg deed zich een vergelijkbare ontwikkeling voor. De talloze maatregelen met het oog op de uitgavenbeheersing resulteerden eveneens in een steeds verder uitdijende overheidsbemoediging. In tegenstelling tot de negentiende eeuw valt de overheid tegenwoordig niet meer uit de zorg weg te denken. De huidige positie valt te beschouwen als een institutionele verandering die niet van de een op de andere dag tot stand is gekomen. Zij is het resultaat van reeksen van ‘grote’ en ‘kleine’ beslissingen in het verleden.

De verstatelijking werkte ook door in de maatschappelijke opinie over de verantwoordelijkheid van de overheid in de zorg. De burger verwacht niets minder dan een toegankelijke en betaalbare zorg van hoge kwaliteit. Elk falen op deze terreinen wordt de verantwoordelijke minister al gauw zwaar aangerekend. Van hem of haar worden adequate maatregelen verwacht. Indien de minister niet of maar beperkt over instrumenten tot ingrijpen beschikt zoals in het geval van de beslissing tot sluiting van ziekenhuizen of een ingrijpende herverdeling van zorgtaken (voorbeelden hiervan zijn de spoedeisende hulp en de geboortezorg)

wordt daarop met ongeloof en boosheid gereageerd. De zorg is een politiek gevoelig thema geworden.

### Wederzijdse afhankelijkheid

Ondanks de verstatelijking heeft het particulier initiatief altijd een sterke eigen positie in de zorgverlening en zorgverzekering behouden. Het veld van verzekeraars en zorginstellingen wist in de naoorlogse periode met steun van de confessionele partijen in de Kamer te voorkomen dat de zorg in vergaande mate werd verstatelijkt. Een plan van de commissie-Van Rhijn om de rol van de overheid in de zorg aanzienlijk uit te breiden door een districtsgewijze organisatie met veel minder zeggenschap voor het particulier initiatief maakte politiek geen enkele kans (Van Klaveren, 2015; Van der Hoeven & Van der Hoeven, 1993). Ook wist het particulier initiatief een sterke positie te handhaven in de besturing van de zorg door een eigen vertegenwoordiging in belangrijke bestuurlijke en adviesorganen op te eisen (De Wolff, 1984). Verscheidene belangenorganisaties hadden een eigen vertegenwoordiger in de Kamer.

Inmiddels is in deze situatie het nodige veranderd. Er is bijvoorbeeld fors gesnoeid in de wereld van adviesorganen en complexe adviesprocedures. Uitvoerende taken zijn opgedragen aan zelfstandige bestuursorganen waarin de rol van het veld in ieder geval formeel is teruggedrongen. Al deze veranderingen nemen echter niet weg dat er altijd sprake is gebleven van een nauwe betrokkenheid van het particulier initiatief bij de besturing van de zorg, niet alleen via de lijn van belangenorganisaties die de politieke besluitvorming in de door hen gewenste richting trachten te sturen, maar ook in meer directe zin door directe betrokkenheid bij de besluitvorming. Hiërarchische overheidsbesturing blijkt zelden of nooit te werken en leidt al gauw tot allerlei conflicten waarbij juridische instrumenten niet worden geschuwd. De Bestuurlijke Hoofdlijnakoorden tussen overheid en veld met harde afspraken over de uitgavenstijging, het Integraal Zorgakkoord en het in 2025 gesloten Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord weerspiegelingen het belang van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De bestuurlijke verhouding tussen overheid en particulier initiatief kenmerkt zich door wederzijdse afhankelijkheid (Van der Grinten, 2005). In deze verhouding is de afgelopen twee eeuwen echter veel veranderd. De verstatelijking duidt op een aanzienlijke institutionele verandering in de zorg, maar deze

verandering is tegelijkertijd beperkt gebleken. Het particulier initiatief heeft altijd een eigen positie in de zorgverlening en zorgverzekering weten te behouden. Dit behoud van een eigen positie duidt op institutionele continuïteit. De overheid is in hoge mate op de medewerking van het particulier initiatief aangewezen en omgekeerd is het particulier initiatief voor de uitvoering van zijn taken sterk op de overheid aangewezen. Er is sprake van een sterke mate van vervlechting die grenzen aan de hiërarchische besturing stelt.

De huidige zorg in Nederland valt te beschouwen als een complexe combinatie van publieke en private elementen. Deze combinatie valt te duiden als de uitkomst van allerlei hervormingen in het verleden. De overheid heeft meer beslissingsmacht naar zich toegetrokken. Tegelijkertijd echter heeft de traditioneel sterke positie van het particulier initiatief hieraan altijd grenzen gesteld: de *system logic* (Tuohy, 1999) was dat de traditionele positie van het particulier initiatief in elke hervorming moest worden gerespecteerd. Het Nederlandse zorgstelsel wordt om deze reden beschouwd 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 zorgverzekering (Bertens & Palamar, 2021).

## Toegankelijkheid

Terugblikkend kan worden vastgesteld dat hervormingen in het verleden met het oog op de toegankelijkheid van de zorg de huidige structuur van de zorg in Nederland ingrijpend hebben beïnvloed. Met de moeizame invoering van de Ziekenfondswet werd een pad ingeslagen dat steeds verder werd vervolgd met de Zorgverzekeringwet en met de bijna volledig publieke financiering van de langdurige zorg als voorlopig eindpunt. Hervormingen met het oog op verbetering van de toegankelijkheid zijn al met al succesvol zijn gebleken. Elke legale ingezetene in Nederland heeft immers recht op toegang tot een breed pakket van voorzieningen. Het verschil in aandacht en behandelingsopties dat lange tijd bestond tussen particuliere- en ziekenfondspatiënten is verdwenen. Recentelijk heeft het Centraal Planbureau (Douven et al, 2024) laten zien dat de financiering van de Zorgverzekeringwet hoog scoort op het criterium risicosolidariteit. De inkomenssolidariteit blijkt daarentegen regressief<sup>21</sup> als gevolg van een maximum aan de inkomensafhankelijke premie en het verplichte eigen risico.<sup>22</sup>

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 te staan en niet iedereen goed de weg weet te vinden. 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 notoire uitzondering (OECD, 2023).

Zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde kwam, is een breed en voor elke burger toegankelijke zorg in de twintigste eeuw uitgegroeid tot een heilige graal van de zorg in Nederland. Scherpe keuzen zoals bepleit door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid mogen dan wel voor noodzakelijk en onvermijdelijk worden gehouden, maar kunnen in de praktijk rekenen op politiek en maatschappelijk verzet. Politici kiezen als uitweg daarom voor verbetering van de doelmatigheid, maar ook maatregelen daartoe blijken in de praktijk vaak omstreden. Wie beweert dat het best mogelijk is fors op de zorg te bezuinigen zonder afbreuk te doen aan de toegankelijkheid en kwaliteit ervan, kan op veel hoon rekenen. Verbetering van de doelmatigheid is niet alleen een technocratisch aandoende exercitie, maar blijkt ook een politiek gevoelig onderwerp. Over doelmatigheid kunnen de meningen immers sterk uiteenlopen, ook omdat er altijd verschillende belangen in het spel zijn.

## **Kwaliteit**

De kwaliteit van de zorgverlening is eveneens onderwerp van hervormingen geweest. Thorbecke's Geneeskundige Staatsregeling van 1865 die de medische beroepsgroep het exclusieve recht op geneeskundige handelingen bood, was een stevige stap op weg naar verbetering van de kwaliteit van de zorg. De staatsregeling eerbiedigde het principe van de zelfregulering door de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg primair bij de beroepsgroep neer te leggen. Aan dit bestuurlijke principe is sedertdien altijd consequent vastgehouden, uiteraard mede onder druk van de beroepsgroep zelf.

Dit alles betekent natuurlijk niet dat hervormingen met het oog op de kwaliteit van de zorg zonder verder resultaat zijn gebleken. Zo ging van de stapsgewijze uitbouw van de zorgverzekering een sterke kwaliteitsimpuls uit vanwege het positieve effect ervan op investeringen in de zorg zoals de bouw van ziekenhuizen en andere voorzieningen. De planning van de zorg is weliswaar op een grote mislukking uitgedraaid, maar heeft het denken over de noodzaak van echelonering en later netwerkvorming in de zorgverlening gestimuleerd. Van het beter coördineren van zorg werden belangrijke impulsen voor de kwaliteit van zorg verwacht. In 1996 werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht die instellingen verplicht tot levering van verantwoorde zorg en verbetering van de kwaliteit ervan. Instellingen moeten ook calamiteiten melden. Initiatieven tot het meetbaar en zichtbaar maken van de effecten van zorg passen ook in het streven tot verbetering van de kwaliteit. Dit is tevens het geval voor de (pogingen tot) concentratie van de hoog-specialistische zorg, bijvoorbeeld via de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (Wbmv) uit 1997. Tenslotte betreft versterking van de kwaliteit onder de nieuwe noemer van passende zorg een hoofdthema in het Integrale Zorgakkoord.

De impact van hervormingen op de kwaliteit van de curatieve zorg is lastig vast te stellen. Dit type zorg heeft de afgelopen decennia overduidelijk aan kwaliteit gewonnen. Zo nam de gemiddelde levensverwachting van zowel mannen als vrouwen in het tijdvak 1960-2023 met tien jaar toe. Probleem is dat het moeilijk vast te stellen is in hoeverre de verbetering van de gezondheidszorg<sup>23</sup> en in het bijzonder hervormingen met het oog op de kwaliteit aan deze stijging hebben bijgedragen. De kwaliteit van de leefomgeving is immers ook in veel opzichten aanzienlijk verbeterd. Wel is het zo dat de uitgavengroei (veel) sneller is gegaan dan men op basis van de demografische ontwikkeling zou verwachten. Dit verschil in tempo kan als een investering in de kwaliteit van zorg worden gezien.

Hervormingen hebben zeker bijgedragen tot verbetering van de kwaliteit van de langdurige zorg. 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. De kwaliteit van de zorgverlening blijft echter sterk afhankelijk van het

financiële kader. Het is ook nog maar de vraag in hoeverre nieuwe hervormingen een oplossing bieden voor het oplopende personeelstekort dat de kwaliteit van de langdurige zorg bedreigt.

## Betaalbaarheid

Het streven naar betaalbare zorg heeft duidelijk zijn sporen op de inrichting en besturing van de zorg in Nederland nagelaten. De eerder besproken verstatelijking van de zorg was vooral vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw mede ingegeven door de overweging dat de overheid haar greep op de zorg diende te versterken en meer regie diende te voeren. Dit streven is, zoals we zagen, maar gedeeltelijk geslaagd. De markthervorming was bedoeld als een stap terug. De overheid diende zich tot de hoofdlijnen van beleid te beperken en ook een wettelijk kader te bieden dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte voor ondernemerschap bood. De ‘terugtrek van de overheid’ is echter beperkt gebleven en het is een open vraag in hoeverre zij op langere termijn beklijft.

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 mislukking uitdraaide, schakelde zij over op de budgettering van instellingen en later op de markthervorming in combinatie met bestuurlijke afspraken met het veld over de begrenzing van de jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven (de zogeheten Bestuurlijke Hoofdlijnakoorden).<sup>24</sup> 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 hoofdlijnakoorden 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 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, 2022<sup>a</sup>).<sup>25</sup>



## Wat is een hervorming?

In de vorige hoofdstukken is op diverse plaatsen de term ‘hervorming’ gevallen. Maar wat onder dit begrip te verstaan? Hervormingen duiden op verandering, maar lang niet elke verandering verdient het predicaat hervorming of valt aan een hervorming toe te schrijven. Hervormingen betreffen niet alleen een plan voor verandering, maar ook een proces dat begint met agendering en uitmondt in al dan niet weerbarstige praktijk.

### **Hervorming als streven naar doelgerichte en ingrijpende verandering**

Definitie en afbakening van het begrip hervorming blijken een verre van eenvoudige opgave. Een hervorming heeft een non-incrementeel oogmerk en kan, toegespitst op de zorg, worden omschreven als een streven naar een ingrijpende en blijvende verandering in het zorgsysteem<sup>26</sup> of een deelproces ervan (zorgverlening, financiering, bekostiging, besturing) met het doel haar beter te laten functioneren. Een hervorming is dus bedoeld als een geregisseerde transitie op basis van een al of niet uitgewerkt plan.

Zoals de omschrijving aangeeft, is een hervorming bedoeld als een structurele verandering wat overigens niet impliceert dat de beoogde verandering daadwerkelijk beklijft en voor langere tijd een structureel kenmerk van de zorg vormt. De planning van de zorg was uiteindelijk maar een kort leven bekoren. Delen van de markthervorming lijken ook op hun retour want met het Integraal Zorgakkoord respectievelijk Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord beoogt de overheid in samenwerking met veldorganisaties een nieuwe lijn voor de ontwikkeling van de zorg in te zetten. Tijdens de coronapandemie besloot de overheid eveneens tot ingrijpende maatregelen met grote consequenties voor economie en samenleving, maar deze maatregelen waren als tijdelijk bedoeld en vallen daarmee buiten de definitie van hervorming.<sup>27</sup>

In de ogen van hervormers schiet het bestaande zorgsysteem ernstig tekort of is het onvoldoende voor toekomstige uitdagingen toegerust. Zonder ingrijpende verandering dreigt het systeem vast te lopen. Stone (1988) noemt dit hervor-

mingsnarratief de *story of decline* die ingrijpende veranderingen moet legitimeren. Tegelijkertijd claimen hervormers dat problemen kunnen worden afgewend (*story of control*). De zorg is maakbaar.

De *story of decline* is overigens niet altijd de legitimatie voor een hervorming. De pogingen tot invoering van ziekenfondswetgeving in de periode 1900-1940 waren niet primair ingegeven door vrees voor verval, maar de overweging dat elke burger, dus ook burgers met een heel bescheiden inkomen ('minvermogens'), recht hadden op zorg. Financiële obstakels mochten de toegang tot de zorg niet in de weg staan. Men zou de ziekenfondswetgeving kunnen zien als een offensieve poging tot verbetering van de zorg. Hervormingen met het oog op versterking van de positie van de zorgvrager (keuzevrijheid, instemmingsrecht, klachtrecht) vallen eveneens in deze categorie. Dit ligt anders bij wat men 'defensieve hervormingen' zou kunnen noemen. Ook voor deze hervormingen geldt dat zij het zorgsysteem beter moeten doen functioneren. Dit is echter niet het hoofdmotief. Dat motief is primair dat zonder drastische ingrepen de zorg het risico loopt vast te lopen. Hervormingen gericht op het verzekeren van een betaalbare zorg zijn hiervan een schoolvoorbeeld.

Hervormingen mikken op een ingrijpende verandering, maar het komt ook voor dat die verandering meer een codificerend dan modifierend oogmerk heeft. Het radicale van een dergelijke hervorming schuilt in het feit dat een gegroeide praktijk 'officieel' wordt gemaakt. De hervorming bevestigt of formaliseert een bestaande praktijk. Een voorbeeld is de Ziekenfondswet van 1964 die in feite het Ziekenfondsenbesluit uit 1941 legaliseerde. De euthanasiewetgeving is een ander voorbeeld. Deze wetgeving sloot in belangrijke mate aan bij de bestaande juridische praktijk waarin euthanasie onder de strikte voorwaarden van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt en uitzichtloos en ondraaglijk lijden werd toegestaan. De rechter sloot daarbij aan bij een rapport van de Staatscommissie Euthanasie (1985) en het standpunt van de KNMG (1984) over euthanasie.

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

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

Pleitbezorgers van een hervorming koesteren meestal hoge verwachtingen. Zij schatten de kansen voor het slagen van een hervorming optimistisch in. Onzekerheden en risico's krijgen minder aandacht en technische problemen worden menigmaal onderschat. Zo gingen de voorstanders van planning van de zorg uit van de naïeve veronderstelling dat het mogelijk was om goed onderbouwde en breed gedeelde planningsnormen vast te stellen. Dit bleek door tal van oorzaken vies tegen te vallen. Soms tonen de pleitbezorgers zich zo optimistisch dat de klus in een betrekkelijk korte periode kan worden geklaard. De commissie-Dekker ging er bijvoorbeeld vanuit dat haar voorstellen voor meer marktwerking in vijf jaar in praktijk konden worden gebracht. Ook dit bleek een illusie. Er ging bijna twintig jaar overheen! 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 mede debet aan.

Een hervorming valt analytisch te beschouwen als een poging tot het doorbreken van een min of meer stabiele toestand of evenwichtssituatie in 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 veranderingen. 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 en/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 beleidsverandering**

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 doorgaans ontbreekt en veel tijd kost.

Een scherpe grens tussen een grote en kleine verandering blijkt echter illusoir. Waar precies zou die grens immers moeten liggen? Hoe groot moet een verandering zijn om het predicaat hervorming te verdienen? Op deze vraag bestaat geen klip en klaar antwoord. Er is sprake van een grijs gebied. Wat het onderscheid tevens problematisch maakt is dat groots aangekondigde hervormingen uiteindelijk veel minder ingrijpend kunnen uitpakken dan in alle optimisme was voorgespiegeld. De praktijk blijkt weerbarstiger dan vooraf verondersteld. De term hervorming is een 'wiebelig' begrip.

Kleine veranderingen kunnen ook deel uitmaken van een hervorming. Zo was de ruimte voor vrije prijsonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars aanvankelijk met 10 procent zeer beperkt. Deze ruimte werd in 2008 verhoogd tot 20 procent en in 2009 tot 34 procent. De overheid koos dus voor een verhoging in kleine stapjes, een werkwijze die vooral was terug te voeren op politieke onenigheid tussen de coalitiepartijen. Sceptici betoogden dat de zorg geen speeltuin voor allerlei experimenten was. Elke verhoging diende te worden voorafgegaan door een evaluatie van eerdere verhogingen (Maarse & Paulus, 2011). Pas in 2012 volgde een forse uitbreiding van de ruimte naar 70 procent. De hervorming was, aldus toenmalig minister Schippers, 'stuck in the middle'. Met deze en andere ingrepen<sup>28</sup> wilde zij de invoering van de markthervorming versnellen.

Het onderscheid tussen ingrijpend en incrementeel kan ook een kwestie van perceptie zijn. Terwijl beleidsmakers een beperkte tariefaanpassing voor de zorgverlening als een incrementele verandering voorstellen, oordelen zorgverle-

ners hierover toch heel anders. Elke ombuiging in het bestaande uitgavenpad bij ongewijzigd beleid wordt door tegenstanders al gauw doelbewust als bezuiniging geframed, ook al voorziet het nieuwe pad in een (forse) uitgavenstijging. Voorts dreigt begripsinflatie door kleine veranderingen om politieke redenen als hervorming te presenteren. Indien elke beleidsverandering als een hervorming wordt ‘verkocht’, is daarmee het begrip hervorming echter leeg en betekenisloos geworden.

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 achtereenvolgende incrementele veranderingen, zeker over een langere periode beschouwd, de zorg bijna ongemerkt een heel ander aanzien kunnen geven.<sup>29</sup> Er is volgens de hierboven gegeven omschrijving geen sprake van een hervorming, maar het cumulatieve systeem-effect van opeenvolgende kleine beleidsaanpassingen – door Streeck en Thelen (2005) aangeduid als *gradual transformation* – moet niet worden onderschat. Elk jaar een enkel procentje erbij betekent dat de zorguitgaven in 10 jaar tijd substantieel stijgen. De enorme regeldichtheid en verantwoordingslast valt maar ten dele aan de markthervorming toe te schrijven. Het dichtslibben van de zorg is ook het resultaat van reeksen van allerlei maatregelen in het verleden om de zorg transparanter en veiliger te maken. De incidentgedreven reflex van de politiek was eveneens menigmaal aanleiding tot nieuwe of strenge(re) regels plus controle (RVS, 2023).

Soms hebben kleine veranderingen grote gevolgen. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) liet zien dat de stapsgewijze oprekking van het begrip ‘zorg’ over een langere periode in een forse uitgavenstijging had geresulteerd. Wat ook kan gebeuren is dat de gevolgen van een als ‘klein’ bedoelde verandering zwaar worden onderschat. Een verbreding van de categorie ‘lichtere’ cliënten in de langdurige zorg leidde in kort tijdsbestek tot een forse toename van het aantal cliënten. De taskforce sprak in dit verband over *camel noses*. De invoering van het persoonsgebonden budget in 1995 als instrument om cliënten meer regie over hun zorgproces te bieden was evenmin als hervorming bedoeld. Het bereik en ook de budgettaire consequenties van dit beleidsexperiment zouden volgens de verantwoordelijke staatssecretaris beperkt blijven. Dat zou in de praktijk heel anders uitpakken.<sup>30</sup>

## Autonome verandering

Een hervorming is hierboven omschreven als een streven naar een ingrijpende verandering. Het gaat om een geregisseerde transitie. Lang niet elke ingrijpende en blijvende verandering is echter de uitkomst van een hervorming. De zorg blijkt ook het toneel van (min of meer) autonome veranderingen. Denk bijvoorbeeld aan de impact van medisch-technologische innovaties in de zorg. Het ziekenhuis van tegenwoordig is onvergelijkbaar met het ziekenhuis van nog maar enkele decennia geleden. Deze onvergelijkbaarheid is maar (zeer) ten dele op hervormingen terug te voeren. In het volgende hoofdstuk zal nader op de betekenis van autonome veranderingen worden ingegaan. Daarbij komt ook de vraag naar de verhouding tussen hervormingen en autonome veranderingen aan de orde.

## Hervorming als proces

Elke hervorming heeft twee kanten. Aan de ene kant gaat het om een plan voor verandering. Dit plan berust op een probleemanalyse en omvat een reeks van maatregelen om de beoogde verandering in praktijk te brengen. In essentie gaat het hier om een papieren exercitie die zich in de praktijk nog maar moet bewijzen.

Een hervorming is ook een proces dat zich in een bepaalde periode afspeelt. Het begin van dit proces valt veelal niet precies te bepalen. Voordat een hervorming de politieke agenda bereikt, is soms vaak al een soort gistingsproces gaande waarbij de betrokken actoren elkaar als het ware aansteken. Zo zijn er goede argumenten om de markthervorming niet te laten starten met de installatie van de commissie-Dekker in 1986. Voor die tijd vielen namelijk al diverse pleidooien van belangenorganisaties, wetenschappelijke bureaus van politieke partijen, adviesorganen en andere instanties te beluisteren voor ruimte voor marktwerking, ondernemerschap en keuzevrijheid.<sup>31</sup> 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: 186).

Dit alles roept natuurlijk de vraag op wie een hervorming agendeert en daarbij de probleemformulering en richting van de hervorming in het publieke debat stuurt. Zijn dat maatschappelijke organisaties of regisseren de verantwoordelijke bewindslieden het debat? Is er in de terminologie van Cobb en Elder (1983)

sprake van een extern initiatief of van mobilisatie? Er is hier natuurlijk nooit sprake van een zwart-witsituatie.

Een andere vraag is welke factoren verklaren waarom een hervorming daadwerkelijk de politieke agenda bereikt. Volgens Kingdon (1984) heeft agendavorming vooral kans van slagen indien drie denkbeeldige stromen bij elkaar komen en er sprake is van politiek leiderschap. De eerste stroom spreekt voor zich en duidt hij aan als de probleemstroom. Hiermee doelt hij op de aanwezigheid van dringende problemen die niet langer kunnen worden genegeerd. Soms dwingt een *focus event* zoals een financiële crisis of de uitbraak van een pandemie tot fors ingrijpen. De tweede stroom betreft kennis over de aard en structuur van problemen en ook ideeën over hoe deze problemen het beste kunnen worden geadresseerd. De derde stroom duidt hij aan als de politieke stroom. De politieke omgeving moet rijp zijn voor verandering. Hervormingen die lange tijd politiek onhaalbaar leken kunnen in een gewijzigd politiek landschap wel kansrijk zijn. Of die kans benut wordt hangt af van politiek leiderschap. Timing blijkt essentieel.

Kingdons nogal abstracte driestromenmodel biedt interessante aanknopingspunten voor een analyse van hervormingen in de Nederlandse zorg. Hoe zou de strijd over de ziekenfondswetgeving verder zijn gegaan zonder de Duitse bezetting? Er deed zich een nieuwe politieke situatie voor en de Duitse bezetter verkeerde in de positie om het Ziekenfondsenbesluit op te leggen.<sup>32</sup> Was er in de jaren zestig geen drijvende politieke kracht in de persoon van minister Veldkamp voor nodig om de gelederen eindelijk te sluiten en akkoord te gaan met de Ziekenfondswet en, enkele jaren later, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten?<sup>33</sup> Heeft de wachtlijstcrisis in de jaren negentig (probleemstroom) geen belangrijke invloed uitgeoefend op de heragendering van de markthervorming die eerder ‘politiek dood’ was verklaard? Het was wachten op een politiek geschikt moment.

De markthervorming toont nog een andere kant van de proceskant van hervormingen. Zoals al eerder ter sprake kwam, werd het heropstarten van het hervormingsproces rond de eeuwwisseling voorafgegaan door een reeks van beleidsmaatregelen die alle te beschouwen zijn als kleine stappen op weg naar een ingrijpende hervorming.<sup>34</sup> De invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg in 2006 betrof inderdaad een markant

moment in het hervormingsproces, maar toch slechts een moment omdat in de jaren erna nog diverse *market-making* beslissingen volgden zoals de verhoging van de ruimte voor prijsonderhandelingen, de afschaffing van een aanzienlijk deel van de aanbodplanning, de start en beëindiging van een experiment met vrije tandartstarieven en de stapsgewijze uitbouw van de risicoverevening (Jeurissen & Maarse, 2021).

Elke hervormingsproces omvat een ingewikkeld voorbereidingsproces met wettelijke procedures en een veelal complex besluitvormingstraject. Beide processen, die overigens nauw met elkaar verweven kunnen zijn, nemen al gauw enkele jaren in beslag. Wetgeving en zeker hervormingen vergen een lange adem.

En dan volgt nog de praktijk. Voor elke hervorming geldt dat *the proof of the pudding is in the eating*. De praktijk is altijd het uur van de waarheid. In het gedachtegoed van de markthervorming wordt onder meer hoog opgegeven over de zorginkoop door verzekeraars, maar hoe geven zij hieraan concrete inhoud? Wat betekent een zorgplicht in de praktijk? Gaan ziekenhuizen en andere instellingen voor geneeskundige zorg daadwerkelijk op prijs en kwaliteit met elkaar concurreren? En hoe effectief blijkt toezicht in de praktijk? Papier is altijd geduldig, de praktijk steeds weerbarstig, onder meer vanwege meervoudig uitlegbare normen, technische problemen, onvoorziene omstandigheden, tegenwerking, spelers die de mazen van de wet opzoeken en andere tegenslagen of onverwachte gedragsreacties (Bowles, 2016).

Elke hervorming toont pas in de praktijk haar ware gezicht en dat gezicht kan er (heel) anders uitzien dan hervormers zich hadden voorgesteld. Plan en praktijk kunnen nauw met elkaar verweven zijn. Een plan geeft richting aan een praktijk, maar omgekeerd geeft die praktijk ook richting aan een plan. *Policy shapes implementation*, aldus Majone en Wildavsky (1978), maar evenzeer geldt dat *implementation shapes policy*. Omdat de praktijk altijd complexer in elkaar steekt dan beleidsmakers zich hadden voorgesteld, moeten hervormingsplannen en uitvoeringspraktijken worden bijgesteld waardoor een hervorming een cyclische structuur kan aannemen. De introductie van Bestuurlijke Hoofdlijn-akkoorden met afspraken over de jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven per sector en andere vooral kwalitatieve afspraken valt te beschouwen als tussentijdse bijsturing van de markthervorming.

Samenvattend moet de conclusie luiden dat een hervorming als proces heel lastig in de tijd is af te bakenen. Er valt geen specifiek moment aan te wijzen waarop een hervormingsproces daadwerkelijk start. Evenmin is sprake van een specifiek moment waarop zij als afgerond kan worden beschouwd. Hervormingen volgen elkaar op. De planning was een reactie op de liberalisatiegolf in de jaren zestig, de markthervorming een correctie op de planning en het streven naar passende zorg weer een reactie op de markthervorming. Hervormingen zijn vaak bedoeld als een correctie op eerdere hervormingen. Er blijkt sprake van een hervormingscyclus. Kennelijk hebben hervormingen maar een beperkte houdbaarheidsdatum. Er ontstaat altijd weer behoefte aan iets nieuws.

Hervormingen lopen ook door elkaar met andere beleidsprocessen. Er is altijd sprake van een complexe vervlechting. Zo is de hervorming van de langdurige zorg en in het bijzonder de ouderenzorg nauw met het volkshuisvestingsbeleid (wonen & zorg) verweven, is het streven naar een betaalbare zorg onlosmakelijk met het algemeen financieel-economische overheidsbeleid verbonden en betreft het oplopende personeelstekort een breed verschijnsel waarmee ook de zorg wordt geconfronteerd. 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.<sup>35</sup>

### **Hervorming als institutionele verandering en continuïteit**

Hervormingen hebben ingrijpende verandering tot doel. Om de zorg beter te doen functioneren moeten de spelregels worden veranderd, zijn waarden en normen aan herijking toe, dienen belangenstructuren te worden doorbroken en is nieuw denken noodzakelijk. Hervormingen zijn dus bedoeld als institutionele verandering. Tegelijkertijd blijkt altijd ook sprake van institutionele continuïteit. Dit punt kwam in het vorige hoofdstuk al aan de orde bij de bespreking van de relatie tussen overheid en particulier initiatief in de zorg. Het particulier initiatief heeft altijd en met succes een eigen positie in de zorg geclaimd die grenzen aan verandering stelde. De verhouding tussen overheid en particulier initiatief laat zich goed analyseren als een complexe mix van institutionele verandering en continuïteit. De historische ontwikkeling van deze verhouding duidt op een grote mate van padafhankelijkheid. De *legacy of the past* heeft altijd haar sporen in latere besluitvorming nagelaten (Peters, 2000; Pierson, 1996; Clemens & Cook, 1999).

De markthervorming biedt hiervan een recent voorbeeld. De pleitbezorgers voor marktwerking realiseerden zich heel goed dat hun voorstellen politiek onhaalbaar zouden zijn zonder harde garanties voor solidariteit in het nieuwe model voor de zorgverzekering. De zorg diende voor elke burger financieel toegankelijk te blijven en er mochten geen onaanvaardbare inkomenseffecten optreden. De uitdaging was om hiervoor een afdoende oplossing te vinden. De hervorming van de langdurige zorg is een ander voorbeeld. Deze hervorming omvatte grote verandering, maar tegelijkertijd bleven tal van bestaande structuren intact (Maarse & Jeurissen, 2016).

Institutionele continuïteit kan tevens het gevolg zijn van het feit dat veranderingen door het bestaande systeem worden geabsorbeerd als gevolg waarvan de oude situatie als het ware terugveert. Oude praktijken worden gedeeltelijk weer hersteld. Terwijl het model van marktwerking voorzag in bilaterale onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van de zorg, toont de praktijk in tal van opzichten het herstel van het oude representatiemodel en afspraken over een budgetplafond. Uitvoering draait in dit geval uit op aanpassing.

De institutionele benadering van bestuur en beleid biedt een aantal verklaringen voor de onverbrekelijke band tussen verandering en continuïteit (Mahoney, 2000; Kuijpers, 2004). Een hervorming blijkt in de praktijk niet (goed) te werken met als gevolg dat de nieuwe spelregels en werkwijze moeten worden aangepast. Zij kan tevens stuiten op hoge kosten en gepaard gaan met kapitaalvernietiging (*sunk costs*). Een andere verklaring houdt verband met de complexiteit van het zorgsysteem. Een verandering in een onderdeel van het systeem werkt al gauw door in andere onderdelen van dat systeem waarmee op een of andere manier rekening zal moeten worden gehouden. De zorg lijkt in dit verband wel op het mikadospel waarbij zelfs het zo voorzichtig mogelijk weghalen van een stokje andere stokjes in beweging brengt. Bestaande machtsverhoudingen kunnen eveneens een formidabele barrière opwerpen. De pleitbezorgers blijken niet in staat om deze barrières (*veto-points*) te doorbreken (Immergut, 1992). De tegenstanders kunnen zo nodig de legitimiteitskaart trekken door te betogen dat een hervorming in strijd is met bestaande waarden en normen en de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener bedreigt.

## Een breder perspectief op verandering

Een hervorming is in het vorige hoofdstuk omschreven als 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 al in het vorige hoofdstuk ter sprake toen we vaststelden dat opeenvolgende beleidswijzingen de zorg, zeker over een langere periode, als het ware ongemerkt een heel ander aanzien kunnen geven. Deze problematiek vormt het onderwerp van dit hoofdstuk. Begonnen wordt met het geven van een aantal voorbeelden van autonome veranderingen. Vervolgens komt de vraag aan de orde hoe deze veranderingen zich verhouden tot veranderingen die met hervormingen worden nagestreefd.

### Autonome veranderingen

Dat de zorg van tegenwoordig onvergelijkbaar is met de zorg van nog maar enkele decennia geleden valt echter slechts ten dele aan hervormingen toe te schrijven. In de zorg voltrekken zich ook allerlei min of meer autonome ('spontane') ontwikkelingen. 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 een enorme uitbreiding van het aantal behandelingsmogelijkheden mogelijk gemaakt, ook in de ambulante omgeving (Le Fanu, 2011). De zorg is 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 *focus-klinieken* plaatshebben (Kruse, 2021). Er zijn verwachtingen op het gebied van

*personalized medicine*. Kennisinnovatie heeft het zorglandschap dus drastisch veranderd en nieuwe veranderingen zoals de toepassing van *artificial intelligence* (AI) liggen in het verschiet. Topol (2019) profeteert optimistisch dat AI de zorg niet alleen doelmatiger zal maken (minder fouten), maar ook patiëntvriendelijker, onder meer omdat artsen meer tijd voor hun patiënten zouden krijgen.

Ook de relatie tussen arts en patiënt toont grote veranderingen. 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 bestaat tegenwoordig veel meer aandacht voor de privacy van cliënten. 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 van de vorige eeuw was nog nauwelijks sprake van integratie. Op een enkele uitzondering na werkten specialisten als vrijgevestigd persoon in het ziekenhuis. Hun honorering liep niet via het ziekenhuis. In deze situatie is de afgelopen decennia geleidelijk grote verandering opgetreden. Tegenwoordig zijn specialisten via het medisch-specialistisch bedrijf veel meer bij de besturing van het ziekenhuis betrokken geraakt. De honorering van vrijgevestigde specialisten is in tegenstelling tot vroeger volledig in de bekostiging van het ziekenhuis geïntegreerd (Van Montfort, 2024).

Van Montfort (2023) wijst erop dat veel innovaties juist *bottom-up* verlopen. Dagelijks worden door actoren in het veld initiatieven ontplooid die de kwaliteit, doelmatigheid, patiëntvriendelijkheid en toegankelijkheid van de zorg moeten verbeteren. Creativiteit aan de basis en soms zelfs normafwijkend gedrag zijn onontbeerlijk voor zorginnovatie en laten zich moeilijk van bovenaf sturen. Men zou zelfs de vraag kunnen opwerpen of lokale hervormingen uiteindelijk niet meer veranderingspotentie hebben dan van bovenaf gestuurde veranderingen. Voor verandering is een positieve dynamiek tussen beide nodig. Van Montfort noemt dit het inspeelmodel.

Door toedoen van autonome ontwikkelingen is rondom de zorg een omvangrijke sector 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 een aantal sectoren is tevens sprake van een forse concentratie op wereldschaal.<sup>36</sup> 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 de invloed van autonome veranderingen op hervormingen in de zorg. In hoeverre zijn hervormingen te begrijpen als een reactie op dit type veranderingen? Geldt voor veel hervormingen niet dat zij een reactief doel dienen en bedoeld zijn om autonome ontwikkelingen bij te sturen of ongewenste ontwikkelingen te voorkomen? De tweede vraag betreft het relatieve belang van hervormingen en autonome veranderingen in de transformatie in de voorbije twee eeuwen. Welk van beide typen veranderingen heeft de zorg in de voorbije twee eeuwen het sterkst beïnvloed? Hoe verhoudt het transformatieve vermogen van hervorming zich tot dat van autonome veranderingen?

### **Samenhang en relatieve betekenis**

Beantwoording van beide vragen vergt gedetailleerd onderzoek dat buiten het bereik van deze studie valt. Wel kunnen we stellen dat kennisinnovatie altijd de drijvende kracht achter de enorme veranderingen in de zorgverlening is gebleken. Het overheidsbeleid is hier altijd veel meer volgend en faciliterend geweest. Soms werd weliswaar op de rem getrapt, maar daarbij bleef het vaak bij kort-

sondige pogingen. De discussie over grenzen aan de zorg heeft bijvoorbeeld weinig opgeleverd. Beleidsmakers schakelden maar al te graag over op het narratief van gebrek aan doelmatigheid om moeilijke keuzes te ontwijken.

Hervormingen hebben zonder meer hun stempel gedrukt op de toegankelijkheid van de zorg. Zonder wet- en regelgeving zou de zorg 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 eruit springende 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 hebben.<sup>37</sup> Het lijkt hoogst twijfelachtig dat de brede toegankelijkheid ooit gerealiseerd zou zijn zonder door de overheid in gang gezette hervormingen. Een breed toegankelijke zorg komt niet vanzelf tot stand, maar vergt regie.

De invloed van hervormingen op de kwaliteit van de zorg ligt gecompliceerd. Aan de ene kant kan men stellen dat de verbetering van deze kwaliteit bovenal het resultaat is van een betrekkelijk ongestructureerd proces van kennisinnovatie. Tal van ontdekkingen hadden bij toeval plaats (Le Fanu, 1999). Aan de andere kant is het evident dat de verbetering van de kwaliteit van de zorg nooit mogelijk zou zijn geweest zonder de daarvoor benodigde financiële ruimte en publieke investeringen in onderzoek en onderwijs. Hier staat dan weer tegenover dat de *toolbox* van de overheid om de kwaliteit van de zorg te verbeteren ook weer niet moet worden overschat. Kwaliteit is immers vooral een kwestie van zelfregulering door de beroepsgroep en de eerdergenoemde sterke toename in kennis van de kwaliteit van zorg. De *toolbox* van de overheid blijft grotendeels beperkt tot het aanmoedigen en het creëren van de voorwaarden (bijvoorbeeld een nieuw bekostigingsmodel) die invoering van gepaste zorg voor zorgaanbieders aantrekkelijk maken. Overheid en verzekeraars staan juridisch in de regel erg zwak als zij met een beroep op de kwaliteit van zorg en tegen hun wil de staande praktijk van professionals en instellingen willen veranderen. Dit werd eens te meer duidelijk in 2023 toen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport probeerde om de kinderhartchirurgie in twee instellingen te concentreren.

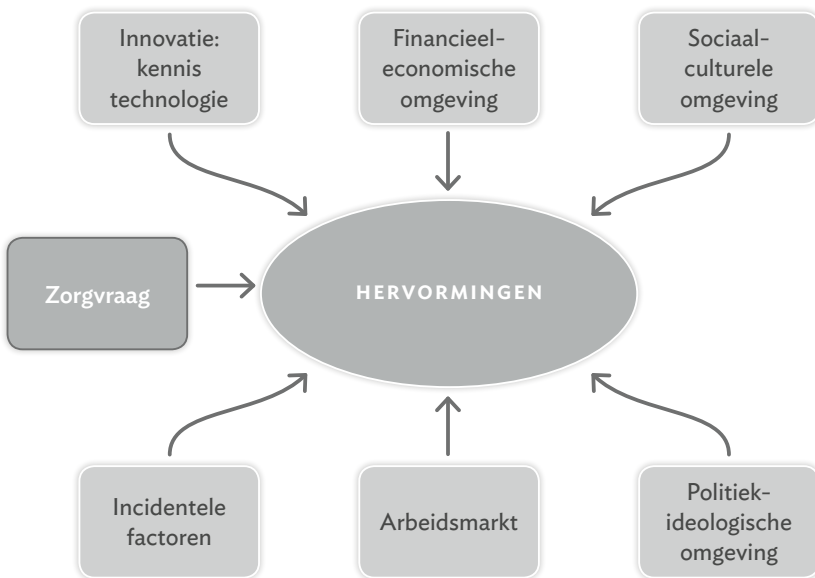
Overigens kunnen hervormingen ook negatief voor de kwaliteit van de zorg uitpakken. Zo kondigde het kabinet-Rutte IV aan de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten gedeeltelijk terug te draaien ('beter ordenen'), omdat zij ten aanzien van jongeren met complexe problematiek niet aan de verwachtingen voldeed. De hulpverlening diende bovenregionaal te worden georganiseerd.<sup>38</sup>

Voor wat de betaalbaarheid van de zorg is er sprake van een gecompliceerd beeld. De stijging van de overheidsuitgaven valt op de wat langere termijn voor een groot deel toe te schrijven aan factoren waarop de overheid geen of slechts beperkte invloed kan uitoefenen. Deze (relatief) autonome factoren zijn demografische ontwikkeling, medisch-technologische innovatie en prijsstijgingen (Schwartz, 1987). Hervormingen met het oog op de betaalbaarheid dienen een defensief doel en kennen veelal een beperkte houdbaarheidsduur. Het streven is erop gericht de uitgavenontwikkeling te beteugelen om de zorg betaalbaar en voor elke burger toegankelijk te houden.

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 huidige inrichting en structuur zijn 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. De rol van hervormingen voor de kwaliteit van de zorg is beperkt en vooral indirect. Tegelijkertijd is de inrichting van de zorg mede het resultaat van hervormingen gericht op ordening en beheersing, maar zeker ook van een betere toegang tot zorg.

## 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 kunnen niet alleen als motief voor hervormingen worden aangevoerd, maar er eventeens beperkingen aan opleggen. Figuur 1 biedt een schematisch overzicht van zes omgevingsfactoren die invloed op hervormingen uitoefenen. De invloed van deze factoren wordt met enkele voorbeelden geadstrueerd.<sup>39</sup>



Figuur 1 Invloed van omgevingsfactoren op hervormingen

### Ontwikkelingen in de zorgvraag

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 stellen. Beleidsmakers constateren een grote probleemdruk die

zonder hervormingen alleen maar zal toenemen. Deze probleemdruk vraagt om aanpassingen in de organisatie van de zorg. Een goed voorbeeld 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 chronische 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).

### **Kennisinnovatie**

De snelle groei van de kennis op het terrein van ziekte en gezondheid is een tweede 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 dus bedoeld 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.<sup>40</sup> De schattingen van dit effect lopen uiteen, maar de meeste studies komen uit op een effect tussen de 25 en 50 procent. 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 omgeving**

Financieel-economische omstandigheden beïnvloeden hervormingen eveneens. Zo oordeelde het kabinet-Den Uyl midden jaren zeventig van 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 het hoofdstuk over uitdagingen). Betaalbaarheid van de zorg blijft een belangrijk argument voor het agenderen van noodzakelijk geachte beleidsingrepen (Jeurissen et al, 2021).

### **Sociaal-culturele omgeving**

Hervormingen hangen eveneens samen met sociaal-culturele 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 zijn om deze reden een onderwerp waaraan politici hun vingers niet willen branden. Een ander aspect van de sociaal-culturele 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.<sup>41</sup>

### **Politiek-ideologische omgeving**

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 zorg en 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 van de vorige eeuw stond niet op zich, maar maakte deel uit van een bredere ontwikkeling in het denken over besturing. Evenzo is de marktvorming 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 & Hemerijck, 1997; Andeweg et al, 2020). 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 soevereiniteit zou beperken. Zorgverleners vrezen tevens een versobering van het voorzieningenniveau voor asielzoekers (Rinaldi & Bekker, 2021).

### **Arbeidsmarkt**

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.

### **Incidentele factoren**

Behalve structurele factoren kunnen ook incidentele factoren meespelen. Een pregnant voorbeeld hiervan is het wrange feit dat de Duitse bezetter eraan te pas moest 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 plaatshebben. Zij moeten dan ook vanuit deze bredere context worden bestudeerd. Omgevingsfactoren geven richting aan hervormingen, maar leggen er eveneens beperkingen aan op.

## 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. Hervormingen kunnen op meerdere manieren worden ingedeeld. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende indelingen aan de orde: het onderscheid tussen bestuurlijke en beleidshervormingen, tussen ‘grote’ en ‘kleine’ hervormingen, tussen ordenings- en beheersingsgerichte hervormingen, tussen extern en intern gerichte hervormingen en tussen stapsgewijs ingevoerde (*blueprint*) hervormingen en *big bang* hervormingen. Tenslotte wordt kort ingegaan op het verschil tussen de 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 en ondernemerschap zou scheppen.

Bestuurlijke hervormingen betreffen in essentie een herverdeling van macht en verantwoordelijkheid. Precies om deze reden waren ziekenfondsen tijdens de vooroorlogse strijd over de invoering van een door de overheid gereguleerd ziekenfondsstelsel beducht voor verlies van autonomie, koesterden zorgaanbieders tijdens de markthervorming bezwaar tegen de versterking van de machtspositie van zorgverzekeraars en verzette het particulier initiatief zich in de jaren tachtig van de vorige eeuw 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 splijtzwam vanwege vrees voor ingrijpende beleidswijzigingen. Had-den 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 in een marktstelsel niet als *money-driven* organisaties gaan 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), het verplichte eigen risico in de basisverzekering, de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem 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.

Hervormingen betreffen doorgaans een combinatie van een bestuurlijke en een beleidshervorming. 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 beleidshervormingen (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 (1974) 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 stelselwijziging aangeduid. 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 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 belangrijk 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?<sup>42</sup> 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 het feit dat het schrappen van bepaalde registraties conse-

quenties 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.

### **Orderings- en beheersingsgerichte hervormingen**

Orderingsgerichte 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. Het overgrote deel van bestuurlijke en beleidshervormingen gericht op financiële houdbaarheid (betaalbaarheid) vallen in deze categorie.

Het onderscheid tussen orderings- en beheersingsgerichte 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 orderingsgerichte hervorming, hoewel hij er natuurlijk niet om heen kon dat er ook een beheersingsaspect aan vast zat. Het particulier initiatief keerde zich echter tegen zijn plannen omdat planning volgens de belangenorganisaties de facto 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 orderings- en beheersingsgerichte hervormingen werpt ook licht op de historische dimensie in hervormingen in de Nederlandse zorg. Hoewel orderingsgerichte hervormingen zeker niet hebben afgedaan, valt vanaf ongeveer 1970 een 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 externgerichte hervormingen**

Hervormingen kunnen zowel op het interne functioneren van de zorg gericht zijn als op de omgeving van de zorg. Het doel van interngerichte 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 interngerichte 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 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 ook in het streven naar de-medicalisering en vermaatschappelijking van de langdurige zorg (Schols, 2024). Opmerkelijk genoeg heeft de overheid echter relatief het meeste bespaard op de thuiszorg en de zorg in het sociaal domein (Maarse & Jeurissen, 2016). 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.

Een consequentie van externgerichte 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 (industriële) belangenorganisaties geen poging onbenut om de besluitvorming te beïnvloeden. De kans op conflicten neemt dus toe waarbij ook 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 commerciële determinanten van gezondheid (Gilmore et al, 2023). De maatregelen die de overheid heeft weten af te dwingen om een gezonde leefstijl (roken, alcohol, bewegen, et cetera) van haar burgers te stimuleren blijken tot dusver minder succesvol dan de eerdere interventies op het terrein van de collectieve- en programmatische preventie.

Het onderscheid tussen intern- en externgerichte 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.<sup>43</sup> 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 ont-

wikkelden 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 externgerichte 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.<sup>44</sup> 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.

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.

### **Blueprint en big bang hervormingen**

Een hervorming bevat, als het goed is, ook een invoeringsplan. 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 brengt een hervorming met zich mee? Hoe moet over de hervorming worden gecommuniceerd?

Een ander vraagstuk betreft de invoeringsstrategie. In theorie 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 inwerkingtreding van de Zvw en Wmg in 2006 slechts de eerste stap,<sup>45</sup> zij het wel een belangrijke

stap, op weg naar invoering van marktwerking in de zorg. 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. In het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord wordt ook bewust gekozen voor een *blueprint* strategie. Het akkoord zet een ontwikkelingslijn voor de toekomst uit en bevat tal van afspraken tussen de betrokken spelers over daartoe te entameren activiteiten. Voor de halvering van de vermindering van de administratieve last wordt niet minder dan vijf jaar uitgetrokken.

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 diverse doelgroepen met elk hun eigen specifieke regelingen kent. De invoering van de Zvw stak hierbij af. Er was sprake van een strakke voorbereiding en een uitgekende publiekscampagne en verzekeraars konden zich goed op de nieuwe situatie voorbereiden. De overstap van zo’n 18 procent van de verzekerden in 2006 naar een nieuwe verzekeraar verliep in feite probleemloos.

Het onderscheid tussen een gefaseerde invoering en een invoering in één keer moet natuurlijk 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 geregleerde marktwerking<sup>46</sup> 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.

## Hiërarchisch en netwerkgestuurde hervormingen

Tot dusver is stilzwijgend van de veronderstelling uitgegaan dat de overheid aan het stuur van hervormingen 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 belangenorganisaties 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 aanzienlijke mate van hiërarchische besturing.

Het Integraal Zorgakkoord duidt op een alternatief besturingsmodel. In plaats van hiërarchische sturing is hier 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 met 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.

Hoewel de overheid nauw bij de totstandkoming van het IZA en AZWA betrokken was, zijn beide akkoorden veel meer de uitkomst van een collectief proces met de overheid als één van de betrokken actoren. De akkoorden stralen 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. 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 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 zij 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, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

Het netwerkmodel roept behalve vragen over de uitvoering ook vragen op over het primaat van de politiek. In theorie mogen regering en Parlement om moverende redenen van het akkoord afwijken (de laatste zin van het AZWA is hieraan gewijd!), maar hoe groot is de politieke ruimte daarvoor als het veld zich daar-

aan 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)?

## Hervormingen als 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 zowel het oude als nieuwe paradigma als discursief wapen worden ingezet (Deigneault, 2015). Voor- en tegenstanders van hervormingen bestoken elkaar met een eigen narratief. Elke partij tracht het brede publiek met een eigen attractief verhaal voor zich te winnen. 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 voort slepen. 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 inrich-

ting 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 dit hoofdstuk 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 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 artsenkeuze.
- 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. Daartoe moet wel aan een reeks van voorwaarden zijn voldaan (Van de Ven et al, 2013; 2024).

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 premiebetalers 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 0,9<sup>4</sup> 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.<sup>47</sup>

De markthervorming berust 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. 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’.

### **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.

Met betrekking tot de betaalbaarheid van zorg berust het pleidooi voor gezondheidsbevordering door gedragsverandering 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 uitgavenverlagend (Van Baal et al, 2008)? Het antwoord op deze vraag hangt mede af van de kosten van vervangende gezondheidsproblemen 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 gezondheidswinst<sup>48</sup> 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 Naten van Preventie, 2023).

Er bestaat tevens kritiek op de normatieve veronderstellingen die aan preventie door gedragsverandering ten grondslag 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. Ongezonder 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). De overheid zou haar pijlen veel meer op de commerciële determinanten van gezondheid moeten richten (Gilmore et al, 2023).

## Uitdenken, uitvechten en participatie

Hervormingen zijn in de terminologie van Hoppe (2010) te begrijpen als de uitkomst van drie nauw met elkaar vervlochten processen, te weten uitdenken (*puzzling*), uitvechten (*powering*) in een politieke arena met tal van spelers die alle trachten het verloop en de uitkomst van hervormingen te beïnvloeden (*participation*). Hij haastte zich eraan toe te voegen dat dit onderscheid tussen drie processen analytisch is. Zij kunnen wel van elkaar worden onderscheiden maar zijn in de praktijk niet goed te scheiden. Zij lopen door elkaar heen. Dit hoofdstuk biedt een analyse van hervormingen vanuit het perspectief van uitdenken, uitvechten en participatie.

### Hervormen als uitdenken

Elke hervorming moet worden ‘uitgedacht’. Pleitbezorgers van een hervorming starten met een probleemanalyse met als conclusie dat een hervorming gewenst zo niet noodzakelijk is. Zij presenteren tevens een plan met een beschrijving van de doeleinden van de voorgestelde hervorming, de middelen die nodig zijn om deze doeleinden te bereiken (instrumenten) en een tijdspad. Idealiter krijgt ook de uitvoering van het plan ruime aandacht, maar de praktijk leert dat dit cruciale onderdeel van elke hervorming nogal eens onderschat wordt en dat pleitbezorgers onvoldoende oog voor onzekerheden en risico’s hebben.

Hervormen als proces van uitdenken vraagt om analyse, mobilisatie van kennis en expertise op velerlei gebied, visie, argumentatie en overtuigingskracht in een setting waar veel actoren de gelegenheid krijgen hun mening te geven (Majone, 1989). Het gaat bij uitdenken niet om belangen en macht, maar om het ontwikkelen van een alternatieve weg gebaseerd op nieuwe inzichten en ontwikkelingen. Hervormen als uitdenken past in het rationele model van beleid en besturing (Maarse, 2023; Hajer & Wagenaar, 2003).

Het rationele model wordt veelal geassocieerd met empirische analyse, kostenbatenanalyse, budgetimpactanalyse, modellering, scenario’s, et cetera. Een hervorming dient *information-based* te zijn. Zij dient echter ook vanuit normatief

perspectief te worden beargumenteerd. Dit begint al direct met de vraag waarom een hervorming noodzakelijk wordt geacht. Welke waarden en normen worden bedreigd als een hervorming uitblijft. Elke hervorming vereist een normatieve legitimering. Normatieve vragen zijn ook aan de orde bij de formulering van de doeleinden en middelen van een hervorming. Welke doeleinden moeten worden bereikt en hoe moeten deze concreet worden gemaakt? Wat wordt bijvoorbeeld bedoeld met gezondheid, kwaliteit van leven en doelmatige en toegankelijke zorg? Dit zijn immers alle multi-interpretabele termen die verschillend kunnen worden uitgelegd. Ook bij de keuze van de middelen spelen allerlei normatieve vragen. Is een middel proportioneel? Hoe ver mag overheidsingrijpen gaan? Is het acceptabel om winstvorming toe staan? Resulteert marktwerking uiteindelijk niet in tweedeling van de zorg en tast de voorspelde commodificatie van de zorg (zorg als product) de waarde van zorg *an sich* niet aan?

Een complicerende factor is tevens dat bij elke hervorming altijd meerdere waarden in het geding zijn (waardenpluralisme) waarbij een goede balans moet worden gevonden. Elke hervorming plaatst beleidsmakers voor lastige normatieve dilemma's waarop veelal geen eenduidig antwoord mogelijk is. Vanuit het perspectief van hervormingen als een proces van uitdenken is van belang dat deze dilemma's worden onderkend en om een weloverwogen analyse vragen.

Een instructief voorbeeld van een waardendilemma biedt de vormgeving van de Zorgverzekeringswet. Met het oog op de doelmatigheid (een instrumentele waarde) diende de wetgeving ruimte voor marktwerking te scheppen. 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 goed evenwicht te vinden tussen doelmatigheid enerzijds en solidariteit (rechtvaardigheid) anderzijds. Deze uitdaging resulteerde in gereguleerde marktwerking (Bertens, 2021). Critici van marktwerking hielden overigens vol dat marktwerking uiteindelijk onvermijdelijk zou leiden tot verschillen in toegang tot de zorg en dat de commodificatie van de zorg (zorg als product) de zorgverlening zou corrumperen: zorg als instrument om veel geld te verdienen. In de zorg zou exorbitante winstvorming ongepast zijn.<sup>49</sup>

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 verhouding tussen overheid, markt en samenleving. Veel van de controverses tussen overheid en particulier initiatief zijn hierop terug te voeren. Hervormingen dienden onverbiddeijk de eigen positie van het particulier initiatief te respecteren. De hervorming in 2015 van de langdurige zorg werd onder meer gelegitimeerd met het concept van de participatiesamenleving of zorgzame samenleving. Waar mogelijk zouden burgers elkaar ondersteuning moeten bieden. De burger zou niet alles van de overheid 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. Eigen verantwoordelijk blijkt steeds opnieuw een gevoelig thema.

Hervormingen kunnen ook nauw samenhangen met de opkomst van (relatief) nieuwe waarden. Denk bijvoorbeeld aan de invulling van het recht van de burger op zelfbeschikking. Passende zorg houdt mede in dat de zorgvrager nadrukkelijk bij het zorgproces betrokken wordt. Nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen allerlei nieuwe normatieve vragen oproepen die om een ethische analyse vragen.

Hervormen als uitdenken vraagt ook om empirische analyse. Wat gaat er mis in de zorg en welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag? Wat staat de zorg te wachten als van ingrijpende veranderingen wordt afgezien? Wat zijn de consequenties van voortmodderen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg? Welke middelen kunnen worden ingezet om gesignaleerde problemen effectief en doelmatig te adresseren? Welke budgettaire, juridische, inkomenspolitieke en andere aspecten zitten er aan een hervorming vast? Hoe moeten uitvoering en toezicht worden georganiseerd? Welke nieuwe instrumenten moeten worden ontwikkeld? Welke informatie is nodig? Welke onzekerheden en risico's bestaan er en hoe kan hierop worden geanticipeerd? Op al deze en andere vragen bestaat vaak geen eenduidig antwoord. Vandaar dat argumentatie zo'n belangrijke plaats inneemt.

Elke hervorming vraagt om inhoudelijke expertise vanuit verschillende disciplines. De interessante vraag is hierbij welke discipline het debat domineert. Het lijkt bijvoorbeeld evident dat het marktparadigma uit de koker van gezond-

heidseconomen komt. Een hervorming is ook een verdienmodel geworden voor consultancybureaus en wetenschappelijke instellingen die worden ingehuurd voor specifieke opdrachten. De ontwikkeling van diagnosebehandelingscategorieën (dbc's) en een adequaat functionerend systeem voor risicoverevening vraagt om veel en gedetailleerd onderzoek.

Hervormen opgevat als uitdenken vraagt, zoals eerder gezegd, om argumentatie en overtuigen, zowel vanuit een normatief als empirisch perspectief. Ideologische stromingen spelen daarbij altijd mee. De analyse en aanpak van problemen staan onder sterke invloed van een breed gedeeld gedachtegoed. Complexe problemen worden 'versimpeld' door er vanuit een specifieke lens naar te kijken. Het was daarom geen toeval dat de overheid in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw in planning de meest geëigende aanpak zag om de zorg te herstructureren. Planning werd in die tijd op veel terreinen van overheidsbeleid als effectieve strategie voorgesteld om complexe problemen effectief het hoofd te bieden. Er heerste in de woorden van toenmalig staatssecretaris Van der Reijden een 'planningsrage' waarmee ook de zorg geïnfecteerd raakte. De keuze voor markthervorming kwam evenmin uit de lucht vallen Deze hervorming sloot aan bij het gedachtegoed van het *New Public Management* waarin wordt gepleit voor een kleinere overheid en ondernemerschap. Men zou zelfs de stelling kunnen poneren dat hier de probleemoplossing (planning, marktwerking) richting gaf aan de probleemformulering in plaats van andersom.

Uitdenken verloopt veelal 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 uitmondt in een nieuwe dominante denkrichting. Het is ook een multi-actorproces waarbij actoren elkaar als het ware aansteken (zie hoofdstuk over participatie). Een beproefde strategie van de overheid is het proces van uitdenken te regisseren door het instellen van een (staats)commissie met als taak 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 overigens 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. Dat de

regering bij de bezetting van de commissie Dekker voor onafhankelijke deskundigen koos, was evenmin 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.

Ervaringen met hervormingen in het buitenland kunnen als belangrijke bron van inspiratie voor het uitdenken van een nieuwe hervorming dienen. De markthervorming is hier een goed voorbeeld van. Kennis van hervormingen in andere landen brengt beleidsmakers bijvoorbeeld op interessante nieuwe ideeën voor verandering, biedt inzicht in wat wel of juist niet werkt of verheldert aan welke condities moet zijn voldaan, wil een hervorming kunnen slagen. Dit laatste punt is vooral bij grote veranderingen van belang. Of een hervorming het beoogde resultaat oplevert, is namelijk altijd contextueel bepaald. Een hervorming die niet goed past in de bestaande institutionele structuur of niet goed aansluit bij de cultuur van de zorg loopt een gerede kans te mislukken. Voor hervormingen geldt wellicht meer dan ooit dat *the devil is in the detail*.

### **Hervormen als uitvechten**

Een hervorming behelst niet alleen het uitdenken en beargumenteren 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 hervormingen aanleiding tot conflicten geven wekt natuurlijk geen verwondering. Hervormingen zijn immers bedoeld als ingrijpende verandering. Verandering roept altijd weerstand op omdat er in de bestaande verhoudingen wordt ‘ingebroken’. Zo zag het particulier initiatief in het streven van de overheid naar planning van zorg een verkapte poging tot het naar zich toetrekken van steeds meer macht. Het ging niet om ordening, maar om beheersing ervan waardoor de traditionele positie van het particulier initiatief werd uitgehold. De pogingen van de overheid in de periode van 1900 tot 1940 om een ziekenvondsverzekering tot stand te brengen liepen vast in een diepgaand conflict tussen de NMG en de fondsen over de vormgeving van een dergelijke verzekering. Het conflict was zo diepgaand dat de overheid steeds onmachtig bleek om

een doorbraak te forceren. De medische beroepsgroep koesterde bij de markthervorming grote bezwaren tegen de versterking van de rol van zorgverzekeraars. Zij zag hierin een aantasting van haar traditionele positie. Haar pleidooi om het contractmodel te vervangen door het traditionele vertrouwensmodel valt te begrijpen als een poging tot herstel van het oude machts-evenwicht. De huidige roep om een versterking van de regierol van de overheid gaat in essentie ook over de machtsverdeling in de zorg.

De politieke strijd kan over van alles gaan, bijvoorbeeld over de framing van de problemen die moeten worden aangepakt, de formulering van de beleidsdoel-einden en de daarbij te stellen prioriteiten, de middelen die worden ingezet, budgettaire kwesties, de uitvoeringsstructuur en de taakverdeling, de te verwachten gevolgen, et cetera. Menig conflict spitst zich toe op de veronderstellingen (beleidsparadigma) die aan een hervorming ten grondslag liggen. Tijdens de markthervorming oefende het toenmalige College tarieven gezondheidszorg (Ctg) zware kritiek uit op de stelling van de voorstanders van marktwerking, dat deze de betaalbaarheid van de zorg zou bevorderen. Het Ctg verwachtte precies het tegengestelde effect omdat elke markt gedijt bij groei. Alle partijen hebben belang bij omzetvergroting. Er was in de ogen van het Ctg dus sprake van naïef wensdenken. Hervormingen kunnen aanleiding geven tot een ideologische loopgravenstrijd waarbij het eigen paradigma als discursief wapen wordt ingezet (Daugneault, 2015). Betrokken partijen maken daarbij (selectief) gebruik van wetenschappelijk onderzoek of ervaringen in andere landen om het eigen gelijk te bewijzen. De confirmatiebias ligt altijd op de loer (Cairney, 2016). Wie de strijd wint, hangt af van de machtsverhoudingen. Uiteindelijk beslist de meerderheid in het Parlement en die meerderheid kan heel nipt zijn. Het komt ook voor dat een voorstel wordt verworpen. Zo werd in 2014 het voorstel tot afschaffing van artikel 13 van de Zvw<sup>50</sup> door de Eerste Kamer verworpen omdat dit voorstel volgens de tegenstemmers het einde van de ‘vrije artsenkeuze’ zou betekenen. Voorzichtige pogingen van het kabinet om onder strikte voorwaarde ruimte te bieden voor winstuitkering in de zorg strandden eveneens in de Kamer.

Hervormingen verlopen niet lineair volgens het rationele script probleem → onderzoek → besluitvorming → actie zoals verondersteld in het bekende fasen-model van beleidsprocessen. 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 totstandkoming van de Ziekenfondswet is een voorbeeld in *extremis* van wat door Teisman (2000) het 'rondenmodel' wordt genoemd. Tussen 1900 en 1940 kwamen achtereenvolgende regeringen met een voorstel tot invoering van een ziekenfondswet, maar diepgaande belangentegenstellingen in het veld en meningsverschillen in de politiek leidden ertoe dat alle wetgevingsvoorstellen zijn gestrand. De markthervorming biedt een recent voorbeeld van het rondmodel. Begin jaren negentig werd deze hervorming politiek doodverklaard maar dit verhinderde niet dat zij rondom de eeuwwisseling opnieuw op de politieke agenda kwam.

Het beslechten van een conflict en het doorbreken van een impasse vereist onderhandelingen en bereidheid tot compromisvorming. Voor het slagen van de hervorming van de langdurige zorg moest de regering 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 massaontslag in de thuiszorg. De regering bereikte ook een akkoord met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (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' (D66, 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.

De totstandkoming van het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord verliep evenmin van een leien dak. Hoewel alle partijen de noodzaak van collectieve actie erkenden, verloren zij nooit hun eigen belang uit het oog. Op een aantal momenten stagneerde het proces door gebrek aan

onderling vertrouwen. Tijdens de onderhandelingen over het IZA weigerden de Landelijke Huisartsenvereniging aanvankelijk het akkoord te ondertekenen uit onvrede over de financiële paragraaf. Door een toezegging van de overheid kwamen zij toch weer aan boord. Bij de onderhandelingen over het AZWA gebeurde iets dergelijks toen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten de onderhandelingsstafel verliet omdat zij zich niet kon vinden in de financiële paragraaf. Uiteindelijk werd ook dit conflict bijgelegd. In de laatste fase van het onderhandelingsproces werd het nog even spannend door onduidelijkheid over de vraag of de overheidsmiddelen voor de stimulering van AI in de zorg een structureel karakter hadden. Na een toezegging van het kabinet kon ook deze horde worden genomen.

De noodzaak van compromisvorming helpt mee te verklaren waarom hervormingen altijd een combinatie van institutionele verandering en institutionele continuïteit zijn. Omdat partijen elkaar moeten vinden wordt een hervorming van een aantal scherpe kanten ontdaan. De bestaande machtsverhoudingen en allerlei geïnstitutionaliseerde opvattingen en belangen staan radicale veranderingen in de weg.

## Participatie

Hervormingen zijn het werk van mensen en organisaties, elk met hun rechten en plichten, opvattingen en belangen, routines en andere kwaliteiten. Het welslagen van een hervorming hangt in sterke mate af van de aanwezigheid van een leider – in de terminologie van Kingdon (2003) een *policy entrepreneur* – die in staat is om steun te mobiliseren, impasses te doorbreken en tegenstand te overwinnen. Veel hervormingen moeten als het ware uit een moeras worden losgetrokken.

Bij hervormingen zijn veel participanten (deelnemers, actoren) betrokken. Om sterker te staan opereren zij meestal niet op eigen houtje, maar verenigen zich in een kamp en gaan zij allerlei vormen van samenwerking aan om hun inzichten aan de man te brengen. De strijd tussen voor- en tegenstanders van een hervorming speelt zich af tussen denkbeeldige *policy advocacy coalitions* (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999) met gemeenschappelijke uitgangspunten en (deel)belangen. De strijd over hervormingen vraagt om samenwerking en organisatie. De historie van de hervormingen biedt hier tal van voorbeelden. In de vooroorlogse strijd over de invoering van een ziekenfondswet verenigden de ziekenfondsen

zich in allerlei belangenorganisaties om zich effectief tegen het machtige blok van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst te kunnen verweren. Doelgroepen van beleid hebben zich op grote schaal georganiseerd om voor hun belangen op te komen.

Hervormingen spelen zich af in een denkbeeldige politieke arena die de afgelopen decennia steeds drukker bevolkt is geraakt door de voortgaande uitbreiding van het overheidsbeleid. Veel spelers laten zich horen, met velen van hen moet worden overlegd. Het Integraal Zorgakkoord telde veertien handtekeningen van organisaties (inclusief de handtekening van de minister) en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord zeventien handtekeningen. Tijdens een kabinetsformatie doen actoren hun uiterste best om hun geluid te laten horen.

Hervormingen zijn vanuit het participatieperspectief te beschouwen als een collectieve onderneming waarbij al gauw een groot aantal actoren betrokken is. Deze veelheid aan actoren biedt een belangrijke verklaring voor het vaak zo moeizame verloop van hervormingen. Neem bijvoorbeeld de recente pogingen tot ‘ontregeling’ van de zorg om de hoge administratieve lasten drastisch te verminderen. In zijn rapport ‘Is dit wel verantwoord?’ telde de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving maar liefst achttien organisaties die in een of andere vorm bij het verantwoordingsproces in de verpleeghuiszorg betrokken waren. De raad constateerde dat het toezicht in de loop van de tijd steeds meer versnipperd was geraakt en dat geen enkele speler verantwoordelijkheid voor de totale administratieve last droeg (RVS, 2023b).<sup>51</sup>

De ‘verdichting’ van de politieke arena hangt uiteraard nauw samen met de toegenomen complexiteit van de zorg en de uitbreiding en intensivering van het overheidsbeleid in deze sector. Het is wellicht niet overdreven te stellen dat elke nieuwe uitbreiding van dat beleid en elke hervorming resulteerde in het ontstaan van nieuwe organisaties binnen en buiten de zorg om op te komen voor het groepsbelang. Elke nieuwe doelgroep organiseerde zich om de eigen stem te laten horen. Dat de ene groep daarbij succesvoller was dan de andere spreekt voor zich. Als gevolg van deze ontwikkeling is een ‘dicht’ netwerk van organisaties ontstaan die als een soort ‘ijzeren ring’ de ruimte voor ingrijpende veranderingen beperkt.

De politieke arena heeft ook 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 spelers 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.





## Uitdagingen

Zoals in de inleiding al aangegeven, is het niet onze bedoeling om de contouren van een nieuwe hervorming 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 de geboorte toegenomen van 70,3 tot 80,2 jaar en voor vrouwen van 72,6 tot 83,3 jaar. Het Centraal Bureau voor de Statistiek schat de gemiddelde levensverwachting op 65-jarige leeftijd op 20,93 jaar in 2027 (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 hiervan betreft de snelle groei van het aantal patiënten met een degeneratief ziektebeeld: een hogere levensverwachting heeft dus 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 (Van Dijk, 2025). 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 van de vorige eeuw tot heden opgelopen van ongeveer 7 tot ongeveer 11 procent van het bruto binnenlands product. 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 sociaal-culturele 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 intensivering 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 (2023) raamt dit tekort op bijna 160.000 werknemers in 2032 tegenover ongeveer 45.000 werknemers in 2022. 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 druk<sup>52</sup> zal tussen 2020 en 2040 naar verwachting toenemen van 34,5 procent naar 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 – in hoofdstuk 2 beschreven als een heilige graal van de Nederlandse gezondheidzorg – onder grote druk zetten. Deze ontwikkeling is nu al goed zichtbaar

in de vorm van lange wachtlijsten in onder meer de geestelijke gezondheidszorg. Een waarschijnlijk gevolg van het toegankelijkheidsprobleem is dat er private initiatieven worden ontwikkeld om in het gat te springen. Schaarste lokt privatisering uit. Bijvoorbeeld in de ouderenzorg hebben zich (internationale) private partijen gemeld met voorzieningen en concepten 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 techbedrijven zoals Google, Apple, Amazon en Microsoft. Zij zijn druk bezig initiatieven te ontplooiën om deze in hun ogen veelbelovende groeiemarkt 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) gebruikte 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* (AI) 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, 2022; Zimmermann et al, 2024).<sup>53</sup> Volgens deskundigen van Harvard School of Public Health (2024) is de vraag niet of een nieuwe pandemie zal uitbreken, maar wanneer. Klimaatverandering, intensieve veeteelt en reisbewegingen 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 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 zorgstelsel (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.

Het is moeilijk voorstelbaar dat de bovengenoemde uitdagingen geen aanleiding zullen geven tot nieuwe hervormingen. In dit verband doemen twee grote vraagstukken. Het eerste vraagstuk betreft het feit dat de complexiteit en verdichting van de instituties inmiddels zo groot zijn geworden, dat dit een zelfstandig probleem voor effectieve hervorming vormt, met name als wordt gekozen voor *big bang* hervormingen. De kans op onbedoelde uitkomsten en fouten is immers groot binnen een complexe institutionele context. Dit zou in theorie kunnen worden omzeild door te kiezen voor een *blueprint* strategie met veel nadruk op uitdenken, zoals dit de facto eerder ook bij de invoering van de gereguleerde marktwerking is gedaan. Alleen blijft het dan wel de vraag wat deze *blueprint* strategie zou moeten behelzen. Op dit moment komt daarvoor het denken in termen van passende zorg zoals opgeschreven in de recente bestuurlijke akkoorden het meest in aanmerking. Dit impliceert een poging van beleidsmakers om uitspraken te doen over wat goede zorg is en hoe die in de spreekkamer vorm moet krijgen. De impliciete aanname is dat dit tot minder zorg leidt. Dit alles betekent echter dat de systeemlogica's van de Nederlandse zorg op een tweetal punten in de knel komen. Op de eerste plaats wordt de nagenoeg totale prioriteit van de professie, of in de woorden van Van Montfort de werkvloer, over wat nu precies goede en passende zorg is niet meer als vanzelf geaccepteerd. Sterker nog de impliciete stelling is dat deze de kwaliteit van zorg schaadt door er te veel van te leveren. Op de tweede plaats impliceert passende zorg dat er sprake is van een strategie om de kosten stringenter te beheersen. Passende zorg is een rekbaar begrip, maar men balanceert daarmee toch op een dun koord omdat er tegengestelde belangen van het zorgveld, de patiënten en de beleidsmakers over de budgettaire consequenties onder schuilgaan.

## Epiloog

De zorg van tegenwoordig is onvergelykbaar 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. Wel is het zo dat er een ontzettende verdichting van instituties ontstaan is om dit alles te proberen in (goede) banen te leiden.

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. Belangrijk is hierbij dat er brede consensus bestaat over de publieke waarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De politieke discussie spitst zich vooral toe op de concrete uitwerking van deze doeleinden en de normatieve dilemma's die zich daarbij onvermijdelijk voordoen. Een ander thema waarover verschillend wordt gedacht betreft de vraag hoe deze doeleinden het beste kunnen worden bereikt. Het zijn juist deze verschillen van inzicht die bijdragen aan de steeds verdere institutionele verdichting.

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 al even complexe 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 tijdelijk passend is binnen 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. Zonder hervormingen gaat het niet! De zorg heeft behoefte aan een stip op de horizon of, beter nog, een waardegedreven wenkend perspectief.

## Noten

- 1 Zie bijvoorbeeld de Health Reform Tracker van de European Observatory on Health Systems and Policies. HSPM Health Reform Tracker
- 2 Deze observatie moet overigens niet worden verabsoluteerd. Zo biedt de Zvw in vergelijking tot het voormalige ziekenfonds maar een beperkte dekking van mond-zorg. 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.
- 3 Deze bezuinigingen werden in private afspraken tussen werkgevers en werknemers weer grotendeels ongedaan gemaakt.
- 4 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.
- 5 Jeurissen wijst erop dat de not-for-profit ziekenhuizen de werkzame artsen tal van voordelen boden. De not-for-profits hadden toegang tot goedkoop kapitaal. Er bestond dus geen behoefte aan for-profit ziekenhuizen. Voorts konden de artsen in grote autonomie werken en waren ze verzekerd van een hoog inkomen. De rivaliteit tussen ziekenhuizen betrof vooral een rivaliteit tussen de zuilen.
- 6 Zorginstellingen die onder het winstverbod vallen mogen wel een budgetoverschot realiseren, maar dienen dat 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 winstgeorieenterd zijn (zie bijvoorbeeld De Rijk, 2024).
- 7 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).
- 8 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 weleens een extra impuls kunnen geven
- 9 Dit was een van de hoofdboodschappen in het artsenmanifest ‘Het roer moet om’ dat in 2015 werd gepubliceerd.
- 10 Een treffend voorbeeld hiervan toont een recent onderzoek van Schepens en haar collega’s (2023) 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. 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 de oproep 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.
- 11 Zie voor een uitgebreider overzicht onder meer Juffermans (1982) en Bertens & Par-lamar (2021).
  - 12 Vergelijk de situatie bij de oosterburen waar kanselier Otto Bismarck in 1883 een ziekenfondsverzekering invoerde om het gevaar van het oprukkende socialisme te neutraliseren.
  - 13 Het aantal ziekenhuisbedden steeg van 54.748 bedden in 1958 tot 74.043 bedden in 1978. 1978 was tevens het jaar waarin het aantal ziekenhuisbedden een piek bereikte (Baakman, 1990).
  - 14 Ook de langdurige zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg vielen onder het beoogde planningsregime.
  - 15 Er liepen overigens wel experimenten met budgettering waarvan de resultaten positief werden beoordeeld.
  - 16 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).
  - 17 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 Ziektekostenverze-kering (5%). De overige 4% viel onder een specifieke overheidsregulering of was onverzekerd (Vektis, 2006).
  - 18 Dit betreft voorzieningen die voorheen onder de Wet Voorzieningen Gehandicap-ten (Wvg), de Welzijnswet 1994 en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) vielen.
  - 19 Onder sterke politieke druk vroeg de regering in 2016 aan het Zorginstituut om in samenspraak met het veld een kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg op te stel-len. Omdat het overleg hierover in onenigheid bleef steken, stelde de Kwaliteits-raad 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 wetswijziging die de minister het laatste woord biedt, is deze gang van zaken niet langer mogelijk.
  - 20 De euthanasiewet biedt de zorgvrager geen recht op euthanasie. De abortuswet verruimde de mogelijkheden voor abortus, maar met als uitgangspunt dat niet het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw, maar de noodsituatie waarin zij verkeerde bepalend was.
  - 21 De berekening van het Centraal Planbureau laat zien dat in het jaar 2019 huishou-dens met een hoger inkomen in absolute termen het meest bijdroegen 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%).

- 22 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).
- 23 Zie Mackenbach (2020) voor een poging daartoe.
- 24 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 neocorporatistische stijl van besturen waarin samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid met het veld de voorkeur krijgen boven hiërarchisch opgelegde maatregelen.
- 25 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, 2022<sup>b</sup>).
- 26 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.
- 27 Veel deskundigen hebben wel gepleit voor hervormingen om het zorgsysteem beter bestand te maken tegen de uitbraak van crises. De term die hierbij opgeld deed was 'pandemische paraatheid'. Een nieuwe pandemie kan immers zo weer uitbreken. De vraag is niet of maar wanneer (Harvard Chan School of Public Health, 2024). Het heeft er echter alle schijn van dat het streven naar pandemische paraatheid alweer verbleekt.
- 28 Een andere forse ingreep betrof de versnelde afbouw van de post risicoverevening. Deze maatregel had tot gevolg dat verzekeraars fors meer financieel risico liepen.
- 29 Een voorbeeld hiervan is de *hidden privatisation* van de sociale zekerheid in de Verenigde Staten. Hacker (2005) laat zien dat deze privatisering niet het gevolg was van een of twee forse ingrepen, maar van een reeks van kleine veranderingen gedurende een langere periode. Tuohy (2018) duidt dit fenomeen aan als *stealth politics* (p. 22).
- 30 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).
- 31 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 overheidsbemoedening. 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.
- 32 Het Ziekenfondsenbesluit ging overigens minder ver dan de bezetter aanvankelijk wilde. Het plan was om, net zoals in Duitsland, de uitkering van ziekengeld in het besluit te regelen. De Nederlanders wisten dat de bezetter uit het hoofd te praten. Deze integratie paste niet in het Nederlandse model en zou onnodige bestuurlijke problemen veroorzaken.
- 33 Als gevolg van de Nacht van Schmelzer was het niet Veldkamp, maar Roolvink die de Awbz door de Kamer loodste.
- 34 Evenzo waren voorafgaand aan de heragendering van de markthervorming rondom de eeuwwisseling reeds allerlei *market-making* beleidsmaatregelen 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. De invoering van de nominale premie dateerde al 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. In de jaren negentig werd ook een begin gemaakt met de ontwikkeling van een systeem voor risico-verevening.
- 35 Concreet ging 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.
- 36 Een studie van Oxfam-Novib (2024) laat zien dat in het tijdvak 1995-2015 zestig farmaceutische bedrijven samensmolten tot tien wereldspelers.
- 37 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.
- 38 Brief aan Tweede Kamer, 7-11-2019 nr. 31839.
- 39 Zie voor een meer uitgebreide analyse het rapport ‘Kiezen voor houdbare zorg’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2021).
- 40 Vooral de farmaceutische industrie speelt hierbij tegenwoordig een belangrijke rol.
- 41 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.

- 42 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.
- 43 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 constateert hij een forse daling van het aantal ziektegevallen, namelijk een daling van 50% voor rode hand en 90% voor polio.
- 44 Gezondheidsbescherming betreft de bevordering van een gezonde leefomgeving; gezondheidsbevordering is gericht op de bevordering van een gezonde leefstijl.
- 45 Overigens zou men kunnen stellen dat ook vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet al stappen op weg naar marktwerking werden gezet. Zo werd al midden jaren negentig begonnen met de ontwikkeling van een systeem voor risicoverevening. Ook mochten ziekenfondsen zelf de hoogte van hun nominale premie vaststellen en waren zij niet langer gebonden aan een vast werkgebied.
- 46 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 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 het 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).
- 47 Recentelijk hebben Van de Ven en zijn collega’s (2024) 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.
- 48 De gezondheidswinst moet worden uitgedrukt in QALY’s; kwaliteit waarbij de technische werkgroep per QALY een bedrag van 50.000 euro voorstelt.
- 49 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
- 50 Dit artikel verplichtte zorgverzekeraars om ongeveer 75 procent van de kosten van niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. Zij werden daartoe verplicht door een gerechtelijke uitspraak.
- 51 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). 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).

- 52 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.
- 53 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).

## Referenties

- Aa M van der, 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.
- Andeweg R, Irwin G, Louwerse T (2020). *Governance and the politics of the Netherlands*. Red Globe Press (5<sup>de</sup> editie).
- Arrow K (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Baakman N (1990). *Kritiek van het openbaar bestuur: besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*. Thesis Publishers (dissertatie).
- Baal P van, 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.
- Berenson R, Cassel Chr (2006). Consumer-driven health care may not be what patients want; caveat emptor. *JAMA*, 301(3): 32323.
- 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.
- Beus J de, van Doorn J (red) (1984). *De interventiestaat; tradities-ervaringen-reacties*. Boom.
- Bowles S (2016). *The moral economy*. Yale University Press.
- Cairney P (2016). *The politics of evidence-based policymaking*. Pigot.
- Carpenter D (2012). Is health politics different? *Annual Review of Political Science*, 15: 287-311.
- CBS (2021). *Prognose levensverwachting 65-jarigen: 20,93 jaar in 2027*.
- CBS (2015). *Zorgkeuzes in kaart: analyse van de beleidsopties van tien politieke partijen*. CPB (2022<sup>a</sup>). *Macro Economische Verkenning: raming september 2022*.
- 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*. Johns 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 (red) (2008). *Tussen volksverzekering en vrije markt*. Aksant.

- 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 kostenbeheersing in de zorg. Deel 1: 1966-1995*. Sdu.
- CPB (2022<sup>b</sup>). *Zorguitgaven, ons een zorg?*
- 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 (eds) *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.
- Dijk W van (2025). *Making medical. Treatment decisions in Dutch sciatica care and the relevance of medicalization for health policy making*. Radboud University Press (dissertatie).
- 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 (eds), *Religion and biopolitics*. Springer.
- Doorn J van, Schuyt C (red.) (1978) *De stagnerende verzorgingsstaat*. Boom.
- Dijck J van, Poell Th, de Waal M (2018). *The platform society*. Oxford University Press.
- Eurohealth (2022). Commercial determinants of cancer control policy. *Eurohealth*, 28(2). Themanummer
- Festen H (1985). *Spanningen in de gezondheidszorg. 25 jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid*. Nationale 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.
- Grinten T van der (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam (afscheidsrede).
- Groenewegen P, Hansen J, de Jong J (2019). Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3): 281-287.
- Grünwald Chr (1987). *Beheersing van de gezondheidszorg*. Universiteit Utrecht (dissertatie).
- Hacker J (2005). The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment. In: Streek W and Thelen W (eds), *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press: 41-82.
- 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.

- 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.
- Herzlinger R (1997). *Market-driven health care*. Addison-Wesley.
- Hoeven H van der (1989). *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*. Koninklijke Vermande.
- Hoeven H van der, Van der Hoeven E (1993). *Om welzijn of winst. 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid*. Kluwer.
- 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*. Inglehart R (1977). *The silent revolution: changing values and political styles among Western publics*. Cambridge University Press.
- Jeurissen P (2010). *For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*. Erasmus University Rotterdam (dissertatie).
- Jeurissen P, Maarse J (2021). *The market reform in Dutch health care: results, lessons, and prospects*. European Observatory on Health Systems and Policy.
- Juffermans P (1982). *Staat en gezondheidszorg in Nederland*. SUN.
- Kerkhoff A, Dols W (2008). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: debatten en ontwikkelingen tot 1987. In: K-P Companje (red), *Tussen volksverzekering en vrije markt*. Aksant: 709-794.
- Kingdon J (2003). *Agendas, alternatives, and public policies*. Longman.
- Klaveren J-K van (2015). *Het onafhankelijkheidssyndroom: een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel*. Uitgeverij Wereldbibliotheek.
- 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/watch?v=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. *Health Econ Policy Law*, 6(1): 125-134.
- Maarse J (2018). De betaalbaarheid van de langdurige zorg. In: Jeurissen P, Maarse J, Tanke M (red). *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.

- Mackenbach J (2019). *Health inequalities. Persistence and changes in European welfare states*. Oxford University Press.
- Mackenbach J (2021). *A history of population health. Rise and fall of disease in Europe*. Brill/Rodopi.
- 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.
- Majone G, Wildavsky A (1978). Implementation as evolution. In: H. Freeman (ed), *Policy studies: review annual*, vol. 2. Sage: 103-117.
- 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 (eds), *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). *Briefinzake 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.
- Montfort G van (2023). *Beeld en werkelijkheid*. SWP.
- Montfort G van (2024). *Integratie (vrijgevestigde) medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie*. SWP.
- Murthy V (2023). *Social media and youth mental health*. The U.S. Surgeon General's Advisory.
- 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).
- 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.
- 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.
- 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 A (1965). *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid*. Sdu.
- Raad van State (2014). *Jaarbericht 2014*.

- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2021). *Machtige mensbeelden*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2023a). *Met de stroom mee: naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning*. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2023b). *Is dit wel verantwoord?* (rapport).
- Rein M, Schon D (1994). *Frame reflection: towards the resolution of intractable policy controversies*. Basic Books.
- Reijden J van der (1987). *Onze kostelijke gezondheidszorg*. Uitgeverij Balans.
- Rijk M de (2024). *Gekaapt door het kapitaal*. Uitgeverij Pluim.
- 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.
- RIVM (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*.
- RIVM (2023a). *Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050*. Vooruitblik.
- 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, Greer S, Webb E, McKee M, Azzopardi N, Lessof S, de la Mata I, Figueras (2022w). Strengthening health system resilience in the COVID1-era. *Eurohealth*, 28(1): 4-8.
- 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).
- Schwartz W (1987). The inevitable failure of current cost-containment strategies. *Journal of the American Medical Association*, 257(2): 220-224.
- 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*, 13(6):563-574. 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.

- Stone D (1988). *Policy paradox and policy reason*. Harper Collins Publishers.
- Streeck W, Thelen K (eds) (2005). *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). *Naar beter betaalbare zorg*.
- Technische werkgroep beheersing zorguitgaven (2023). *Rapport*.
- Technische werkgroep kosten en baten van preventie (2023). *Preventie op waarde schatten (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](http://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.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2024), 36 600 XVI Nr 69, *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025*.
- Twist M van (1994). *Verbale vernieuwing: aantekeningen over de kunst van de bestuurskunde*. VUGA.
- Varkevisser M, Schut E, Franken F, Van der Geest S (2023) *Sustainability and Resilience in the Dutch Health System: The Netherlands*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Velden H van der (1993) *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland: 1850-1941*. Erasmus Universiteit Rotterdam (dissertatie).
- Vektis (2006). *Zorgmonitor 2006*.
- Ven W van de, Beck K, Buchner, Schokkaert E, Schut E, Shmueli A (2013). Pre-conditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3): 226-245.
- Ven W van de, Beck K, Buchner, Schokkaert E, Schut E, Shmueli A (2024). Pre-conditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Ten years later. *Health Policy*, 46: 105099. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105099>.
- Victoor A (2015). *(How) do patients choose a healthcare provider?* Tilburg University (dissertatie).
- Walzer M (1983). *Spheres of justice*. Basic Books.

- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). *Kiezen voor houdbare zorg: mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Wiley L (2016). *The struggle for the soul of public health*. *Journal of Health Politics, policy and Law*, 41(6): 1083-1097.
- Wolff de L (1984). *De prijs van gezondheid*. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, 1965-1982.
- World Health Organization (2024). *Pathogen prioritization: a scientific framework for epidemic and pandemic research preparedness*.
- Wijhe M van (2018). *The public health impact of vaccination programs in the Netherlands: a historical analysis of mortality, morbidity and costs*. Rijksuniversiteit Groningen (disseratie).
- 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.
- Zuboff S (2019). *The rise of surveillance capitalism*. Profile Books.

## Aantekeningen

Grote hervormingen in de zorg komen zelden voor. In dit boek nemen de auteurs de belangrijkste zorghervormingen in Nederland onder de loep en laten zij zien dat niet elke hervorming hetzelfde is of het beoogde resultaat heeft. Hervormingen die de toegankelijkheid van zorg verbeteren, blijken vaak succesvoller dan pogingen om de kwaliteit en doelmatigheid te vergroten.

De zorg laat zich echter niet vanachter de tekentafel hervormen. Zorghervormingen worden sterk bepaald door hun politieke en maatschappelijke context en moeten worden “bevochten” in een complexe arena met tal van belanghebbende spelers. Hervormingen zijn bedoeld om institutionele veranderingen tot stand te brengen, maar tonen veelal ook een verrassende mate van institutionele continuïteit.

Ook in de toekomst zal de roep om zorghervormingen blijven klinken, in het bijzonder met het oog op de houdbaarheid van het stelsel.

HANS MAARSE is emeritus hoogleraar beleid van de zorg aan de Universiteit van Maastricht.

PATRICK JEURISSEN is hoogleraar betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg aan de Radboud Universiteit, Nijmegen.

ISBN 978-94 6515 227 1



9 789465 152271

**Radboud University**



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