

Onderzoeksartikel

Hoe Elco Brinkman alsnog zijn zin kreeg: neoliberalisme, communitarisme en linkse idealen in de Nederlandse gezondheidszorg

Margo Trappenburg

Universiteit Utrecht
m.j.trappenburg@uu.nl
www.margotrappenburg.nl

Keywords: gezondheidszorgbeleid, marktwerking, communitarisme

Abstract

In her seminal book *Family Values* Melinda Cooper argues that the American welfare state from the 1960s was dismantled because of a combination of three important events: 1) left-wing liberals stopped to embrace and defend the welfare state; they criticized it relentlessly and advocated far reaching radical alternatives, 2) neoliberal thinking became popular when the economic crisis of the 1970s set in and Keynesian remedies failed and 3) neoliberals entered into an ideational coalition with neoconservatives and their combined discourse became dominant over time. In this article Trappenburg uses Cooper's framework as a heuristic device to describe the evolution of Dutch health care policy from the 1960s and till the 21st century. She finds that the left in the Netherlands was similarly hostile to the existing welfare state, criticizing professionals, care institutions and the existing health care system. The economic crisis of the 1970s led to a growing amount of neoliberal thinking, resulting in 1987 in a state commissioned report that advocated a partial marketization of health care. In the 1990s the neoliberal discourse was combined with conservative elements, introducing communitarian ideas in health care. The present Dutch health care system is a mixture of neoliberal, conservative-communitarian and radical left elements.

De zorgzame samenleving

In zijn recent verschenen politieke autobiografie *Bouwen en bewaren* beschrijft CDA-politicus Elco Brinkman zijn lotgevallen op het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in de jaren tachtig. Het kabinet-Lubbers I (CDA-VVD) was aangetreden met een bezuinigingsagenda die onder meer leidde tot het akkoord van Wassenaar in 1982 (algehele loonmatiging) en tot forse bezuinigingen op de collectieve sector. Brinkman vond dat dergelijke bezuinigingen gepaard moesten gaan met een visie, een verhaal over waar het heen moest met het land. Zijn visie was een zorgzame samenleving, een samenleving waarin volwassen kinderen omzagen naar hun ouders, een samenleving waarin buurtbewoners zouden zorgen voor elkaar. ‘Meer vertrouwen in mensen zelf, was mijn preekje keer op keer’, aldus Brinkman, die vervolgens beschrijft hoe dit pleidooi hem niet in dank werd afgenomen; niet door de linkse oppositie, maar ook niet in ‘coalitiekring’:

Ik ben geradbraakt naar aanleiding van mijn herhaalde betogen over de mijns inziens noodzakelijke herinrichting van de maatschappij [...] Een onderling ‘zorgzame samenleving’, kon dat nog wel in een tijd waarin steeds meer mensen tweeverdiener werden, op reis waren voor hun werk, verder weg van hun ouders woonden, [waarin bovendien] hulpbehoevenden vaak echt professionele hulp nodig hadden? (Brinkman 2019: 133).

Bijna veertig jaar later is de zorgzame samenleving van Brinkman alsnog gerealiseerd, zij het onder een andere naam. Veel verzorgingshuizen zijn gesloten; verpleeghuizen bieden alleen nog zorg aan mensen die heel ziek en kwetsbaar zijn. Wie er minder ernstig aan toe is wordt opgevangen in gewone huizen, in gewone straten, door gewone mensen, vaak de eigen partner of familie. We noemen het nu ‘de participatiesamenleving’ en veel politici, beleidsmakers en gewone burgers zijn er enthousiast over, hetzij omdat zij menen dat het nu eenmaal niet anders kan (er zijn teveel ouderen, er zijn te weinig professionele hulpverleners of het is onmogelijk om meer geld te genereren voor collectief betaalde zorg), hetzij omdat zij – zoals Brinkman in de jaren tachtig – warme, nabije, informele, kleinschalige, persoonlijke zorg hoger aanslaan dan de zorg van betaalde hulpverleners in grootschalige instellingen (Bredewold et al. 2018).

Deze bijdrage richt zich op het beleid voor de (gezondheids)zorg, grofweg vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw tot in de jaren tien van deze eeuw. Het perspectief is ideeënhistorisch en laat zien hoe politieke visies naast of tegenover elkaar staan, hoe ze botsen of juist harmonisch samengaan en leiden tot nieuwe patronen in het (gezondheids)zorgbeleid. In de volgende paragraaf wordt dit perspectief nader uitgewerkt en wordt, op basis van het werk van sociologe Melinda Cooper, een precieze onderzoeksvraag geformuleerd. Daarna komt de geschiedenis van het zorgbeleid aan bod. Het accent in die beschrijving ligt op visies en ideeën. Demografische en economische ontwikkelingen, de institutionele omgeving,

botsende belangen en actoren krijgen veel minder aandacht; niet omdat deze niet belangrijk zijn, maar omdat een gerichtere benadering helpt om de idee-historische ontwikkeling zo goed mogelijk in beeld te krijgen. Ideeën zijn in het algemeen ten minste een meewegende factor om beleidsontwikkelingen te duiden (John 1998: 144-166). Specifiek in de zorgsector zijn ideeën een belangrijke motor achter veranderingen, zoals Hassenteufel et al. (2010) laten zien in een vergelijkende studie van veranderingen in Europese zorgstelsels. In de slotparagraaf wordt bekeken waar dit beleid ons heeft gebracht.

Dit artikel is deels te bezien als een heranalyse van eerder werk. In mijn proefschrift (Trappenburg 1993) bestudeerde ik het politieke debat over keuzen in de zorg op basis van beleidsnota's, Kamerdebatten, adviesrapporten en medische vaktijdschriften. Ook onderzocht ik eerder het communitaristisch gemeenschapsdenken in de zorg (Trappenburg 1996), de ontwikkeling van patiëntenorganisaties (Trappenburg 2008) en de uitgesproken en verborgen ideologie rond de gezondheidszorg (Trappenburg 2012). Voor het huidige artikel heb ik mijn oude archieven gebruikt, aangevuld met inzichten uit enkele recent verschenen studies. Het belangrijkste daarvan is het onlangs verschenen werk van Melinda Cooper en het door haar ontwaarde Amerikaanse model van hervormingen in de zorg, dat in dit artikel als heuristisch model zal dienen voor het Nederlandse zorgbeleid.

Over politieke ideeën die elkaar vinden

Aan het eind van de jaren zestig van de vorige eeuw zag Amerika er niet zo heel veel anders uit dan Nederland. Inkomensverschillen waren relatief bescheiden, hoger onderwijs was betaalbaar voor studenten uit alle inkomensklassen en de verzorgingsstaat zorgde voor werklozen, alleenstaande moeders en hun kinderen (Cooper 2017). De verzorgingsstaat van toen – zowel in Nederland als in Amerika – is door sociologen wel getypeerd als een fordistisch evenwicht, naar een van de bedrijfsfilosofische uitgangspunten van autofabrikant Henry Ford, die zijn werknemers een zo hoog mogelijk loon betaalde, zodat al zijn werknemers zich een Ford zouden kunnen veroorloven (en ook alle middenstanders en dienstverleners waar zijn welvarende werknemers de rest van hun loon uitgaven).¹ De verzorgingsstaat was op vergelijkbare wijze een fordistisch evenwicht, waarin kwetsbare burgers werden verzorgd, weerbare burgers werden ontzorgd (tegen betaling van een substantiële hoeveelheid belasting en premiegeld) en waarin professionele hulpverleners een (goed)betaalde baan hadden (Muehlebach 2012).

1 Die Fords konden niet extreem goedkoop worden, omdat werknemers goed werden betaald, maar werden binnen die randvoorwaarden zo goedkoop mogelijk gehouden (door een gestandaardiseerd ontwerp, indachtig het bekende adagium van Ford, dat zijn klanten de Ford in elke kleur mochten wensen, zolang het maar zwart was).

Cooper beschrijft in haar boek *Family Values. Between Neoliberalism and the New Social Conservatism* hoe het fordistisch evenwicht in Amerika in de loop van de jaren zeventig en tachtig werd doorbroken. Op ideologisch vlak vonden drie ontwikkelingen gelijktijdig plaats. Allereerst ontstond onder Amerikaans links (de 'liberals') onvrede over het fordisme. De liberals bepleitten een verdere uitbreiding van de verzorgingsstaat, een pleidooi dat in de Verenigde Staten vooral werd geïdentificeerd met het 'Great Society'-programma van president Johnson. Deze uitbreiding moest onder meer worden betaald uit een veel hogere vermogensbelasting. Maar de professionele, institutionele zorg die zo belangrijk was in het fordistische evenwicht werd fel bekritiseerd. Instituties waren nodeloos disciplinerend en professionals stonden met hun paternalistische houding de vrije ontplooiing van individuen in de weg. Links bekritiseerde het onderwijsregime aan universiteiten en voerde campagne tegen de Amerikaanse artsenorganisatie. Aan het einde van de jaren zestig werden dergelijke pleidooien voor radicale verandering breed gedragen. Kenmerkend was dus enerzijds de felle kritiek op de toenmalige vormgeving van de verzorgingsstaat, terwijl die verzorgingsstaat anderzijds tegelijkertijd moest worden uitgebreid (Cooper 2017: 185).

Terwijl linkse kritiek op de verzorgingsstaat aanzwol, kregen libertarische economen en neoliberalen de wind in de zeilen door de economische crisis van de jaren zeventig en tachtig. Dit was de tweede ontwikkeling. Jarenlang was het gebruikelijk geweest om lonen mee te laten stijgen met de prijzen en de daarmee gepaard gaande inflatie op de koop toe te nemen (keynesiaans beleid). Inflatie was alleen een probleem voor mensen met veel vermogen. Maar eind jaren zeventig bleek dat het keynesiaans beleid niet kon voorkomen dat mensen hun baan verloren. Het gelijktijdig optreden van inflatie en werkloosheid maakte dat men de ideeën van Chicago School-economen als Milton Friedman, Richard Posner, James Buchanan en Gary Becker serieus ging nemen.

Libertarische en neoliberale economen in de Verenigde Staten kregen in de derde plaats een steeds hechtere relatie met het conservatieve gedachtengoed van katholieken, conservatieven, evangelische christenen en communitaristen. Denkers als Lawrence Mead, Patrick Moynihan, Irving Kristol en Daniel Bell kwamen in libertarische kring in de belangstelling te staan. Geleidelijk aan raakte het neoliberale gedachtengoed daardoor steeds sterker beïnvloed door een morele terminologie. Inflatie werd voortaan gepresenteerd als een moreel probleem: spaarders zagen hun met vlijt en zorg vergaarde kapitaal slinken terwijl medeburgers hun geld over de balk smeten, om vervolgens een beroep te kunnen doen op de bijstand. De aids-epidemie die zich begin jaren tachtig voordeed onder drugsgebruikers en homoseksuele mannen, werd door neoliberale economen in eerste instantie geïdentificeerd als een amoreel, beperkt probleem. Drugsgebruik en onveilige homoseksuele seks waren 'lifestyle choices' met risico's die individuen voor zichzelf konden accepteren. Aids was wat dat betreft heel anders dan besmettelijke infectieziekten als kinkhoest, mazelen of polio. De sociale kosten van aids waren volgens de neoliberalen beperkt (Cooper 2017: 170). Maar na het ideeënhuwelijk van libertariërs met conservatief

rechts kreeg de ziekte morele connotaties: als mensen geen seks voor of buiten het huwelijk zouden hebben en geen drugs zouden gebruiken, werden zij ook niet ziek. De aidsepidemie werd voortaan bovendien een argument om verdere uitbreiding van de publieke gezondheidszorg in Amerika tegen te houden: het ging niet aan om fatsoenlijke belastingbetalers op te laten draaien voor andermans 'risky lifestyle choices'.

Cooper beschrijft dit patroon – overvragen en radicalisering van links, opwaarderen van het neoliberale gedachtengoed en huwelijk van dit gedachtengoed met het conservatisme – op allerlei terreinen van overheidsbeleid in de Verenigde Staten: armoedebestrijding en sociale zekerheid, erfbelasting en vermogensbelasting, studieleningen voor studenten en het hierboven al genoemde beleid rondom de gezondheidszorg, dat sterk werd beïnvloed door de aidsepidemie.

Merijn Oudenampsen (2018) ondernam een vergelijkbare speurtocht in Nederland naar de relatie tussen het neoliberale en het conservatieve gedachtengoed. Hij constateert dat neoliberalen en neoconservatieven elkaar in Nederland ook vonden, maar dat het huwelijk tussen beide stromingen niet altijd gelukkig was: Bolkesteins draai naar het conservatisme begin jaren negentig (zijn pleidooi voor een 'bezielend verband' op basis van de joods-christelijke wortels van onze cultuur) werd hem in liberale kring – waar het gewoon-jezelf-zijn-liberalisme van Ed Nijpels uit de jaren tachtig overheerste – niet in dank afgenomen. Ook zijn de politieke stromingen en ideeën in Nederland minder goed traceerbaar dan in de VS, omdat de Nederlandse politiek geneigd is politieke vragen te depolitiseren en te vatten in technocratische termen, dan wel te presenteren als onvermijdelijke ontwikkelingen waarop proactief moet worden ingespeeld (zie ook Kennedy 1995).

Toch signaleert Oudenampsen ook in Nederland het door Cooper beschreven patroon: links radicaliseerde en nam afstand van de verzorgingsstaat zoals die historisch gegroeid was. Daardoor kreeg een verbond van neoliberalen en conservatieven of communitaristen² de kans om die verzorgingsstaat te hervormen, waarbij men links enerzijds tot bondgenoot kon maken (ook daar was men immers ontevreden over de *status quo*) en anderzijds kon afschilderen als doorgeslagen radicalen met een gedachtengoed dat veel te lang dominant was en had geleid tot allerlei gevaarlijke excessen. De door Oudenampsen beschreven casuïstiek heeft betrekking op de immigratie en integratie van nieuwkomers. De *family values* uit de titel van Coopers studie komen vooral aan bod waar Oudenampsen beschrijft hoe de gelijkheid van mannen en vrouwen en de acceptatie van homoseksualiteit van linkse thema's veranderden in nieuw-rechtse vanzelfsprekendheden, die konden worden gebruikt om 'onze cultuur' af te zetten tegen de traditionele cultuur van – vaak islamitische – nieuwkomers. Hierdoor blijft de vraag bestaan wat de samenwerking tussen neoliberalen en conservatieven in Nederland op het

² Het samengaan van conservatieve (communitaristische) en liberale ideeën in Nederland werd ook al overtuigend geanalyseerd door Van Houdt (2014) en Schinkel en Van Houdt (2010).

terrein van de (gezondheids)zorg heeft opgeleverd. In hoeverre is het door Cooper beschreven patroon ook op Nederland van toepassing?

De linkse agenda

Een antwoord op de vraag hoe de samenwerking tussen neoliberalen en conservatieven het debat over de zorgsector en de verzorgingsstaat heeft beïnvloed, begint – net als in het werk van Cooper – bij links. In de hoogtijdagen van de Nederlandse verzorgingsstaat – de jaren zestig en zeventig – werd het zorgsysteem in Nederland bestookt door linkse critici. Zij hadden allereerst kritiek op de financiering van het zorgstelsel. Nederland had nooit een *national health service* Engelse stijl weten te realiseren. In Nederland was twee derde van de bevolking – het minst draagkrachtige deel – sinds de Tweede Wereldoorlog verzekerd via het ziekenfonds: werknemers op basis van de Ziekenfondswet en overige burgers met een kleine beurs (zelfstandigen bijvoorbeeld) via het vrijwillige ziekenfonds. Burgers met een inkomen boven de ziekenfondsgrens moesten zich particulier verzekeren. De hieruit voortvloeiende ongelijkheid in de zorg (aparte spreekuren voor ziekenfondspatiënten, klasse-verpleging voor particulier verzekerden) was linkse critici een doorn in het oog en de kritiek was fel. Een specialist gezondheidsrecht die in 1962 de tweedeling tussen fondspatiënten en particulier verzekerden blootlegde, kenschetste het systeem als ‘een Nederlandse variant op de apartheid’ (Van Klaveren 2016: 104). Opeenvolgende verkiezingsprogramma’s van linkse politieke partijen pleitten daarom voor ‘een gezondheidszorg waarbij de achterstelling van de ziekenfondspatiënten wordt opgeheven’ (PvdA 1967) dan wel ‘een nationale dienst voor de gezondheid’ betaald uit ‘algemene middelen’ (PSP 1967).

Ten tweede was er kritiek op zorginstellingen. In navolging van de socioloog Erving Goffman, die een geruchtmakende studie had geschreven over totalitaire instituties als de psychiatrische inrichting, wezen critici op het medicaliserende, hospitaliserende karakter van instellingen voor chronisch zieken, psychiatrische patiënten en zwakzinnigen (Van der Weele et al. 2019). Psychiater Jan Foudraine, wiens boek *Wie is van hout ...* mateloos populair werd in Nederland, citeerde Goffman instemmend. Psychiatrische instellingen waren volgens hem

[...] hopeloze opslagplaatsen, omwikkeld met psychiatrische paperassen. De inrichtingen hebben ertoe gediend de patiënt weg te halen uit de situatie waarin afwijkend gedrag ontstond. Dat kan op zichzelf constructief zijn. Maar die functie is door muren verricht en niet door artsen. En de prijs die de patiënt voor deze dienst moest betalen is zeer hoog geweest. Ontworteling uit het leven als burger, vervreemding van intieme relaties [...] een blijvende stigmatisering na het ontslag [...]. (Foudraine 1972: 441-442)

Bekende en onbekende Nederlandse schrijvers publiceerden autobiografische romans en verhalen over hun ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. De Cliëntenbond, een vereniging van psychiatrische patiënten werd 'overstelp't met reacties' van vooral (ex-)patiënten na een uitzending van het praatprogramma *Een groot uur u*, gewijd aan het leven in psychiatrische ziekenhuizen (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008: 782-783). Er werd gepleit voor deinstitutionalisering; buiten de instelling zou blijken tot hoeveel meer mensen in staat zouden zijn als ze niet waren onderworpen aan het ziekmakende regime van de professionals die hun leven bepaalden. Ook deze kritiek vond haar weg naar de programma's van linkse politieke partijen. De PSP schreef in 1977:

Wie gek is wordt in deze maatschappij als griezelig beschouwd en daarom opgeborgen in gestichten waar soms middeleeuwse toestanden heersen. In werkelijkheid zijn heel wat mensen in zulke inrichtingen niet gekker dan vele anderen die – terecht – loslopen. Psychiatrische patiënten zijn in de eerste plaats mensen die niet de verantwoordelijkheden of conflicten aankunnen en die hun problemen of angsten niet voldoende de baas kunnen binnen het gedrag dat in deze maatschappij als 'normaal' wordt beschouwd.

De PPR betoogde in hetzelfde jaar: 'De voortgang van de algehele integratie en emancipatie van gehandicapten moet bevorderd worden door allerlei belemmeringen weg te nemen. Vooral moeten er zo veel mogelijk aangepaste woonmogelijkheden komen, verspreid in de woonwijken.'

Ten derde was er kritiek op professionals. Er was kritiek op hun paternalistische houding, op hun neiging zelf te bepalen wat goed was voor de patiënt. Critici betoogden daarnaast dat professionals zich vaak meer lieten leiden door hun portemonnee dan door het belang van de patiënt. Professionals waren hierin helemaal niet zoveel anders dan ondernemers of winkeliers, hun professionele ethische code ten spijt. Heel radicale critici wezen er ten slotte op dat professionals – net als de zorginstellingen waar zoveel kritiek op was – mensen ziek, klein en afhankelijk maakten. In de psychiatrie betoogden vertegenwoordigers van de zogenaamde antipsychiatrie dat geestesziekten het product waren van maatschappelijke misstanden. In plaats van de zieke lag het veel meer voor de hand om de samenleving te behandelen (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra 2008: 780). Ivan Illich (1978) wees in zijn veel gelezen boek *Grenzen aan de geneeskunde* op het nutteloze, soms zelfs ziekmakende karakter van veel medische behandelingen. De Nederlandse filosoof Hans Achterhuis paste de theorie van Illich toe op het welzijnswerk. In zijn berucht geworden boek *De markt van welzijn en geluk* veegde hij de vloer aan met welzijnswerkers, opbouwwerkers en maatschappelijk werkers door wier toedoen mensen problemen kregen aangepraat die zij vervolgens alleen met professionele hulp de baas zouden kunnen worden. (Achterhuis 1979; Tonkens 2003; Trappenburg 2008). Ook deze analyse vond zijn weg naar verkiezingsprogramma's. De PPR schreef in 1981:

De huidige gezondheidszorg wordt [...] gekenmerkt door nadruk op grootschalige curatieve zorg, symptoombestrijding waar bestrijding van maatschappelijke oorzaken beter op zijn plaats is, [...] het onmondig maken van de patiënt en behandeling van de kwaal i.p.v. de mens.

De driedelige kritiek leidde ertoe dat linkse ideeënmakers inzetten op een ander financieringsstelsel met meer inkomenssolidariteit, op emancipatie van de patiënt (cliënt, persoon met verstandelijke beperking), op meer inspraak en zeggenschap, democratisering van de zorg en beperking van de macht van professionals. Terecht stelde Van Klaveren (2016) dan ook vast dat de progressieve critici zich ‘almaar argwanender opstelden tegen bestaande instituties’, en dat de kritiek op het bestaande stelsel steeds fundamenteler en abstracter werd, zo abstract ‘dat oplossingen voor de geconstateerde problemen juist daardoor onvoorstelbaar werden. Zo schoten de critici van het bestaande zorgstelsel ten slotte zichzelf in de voet’ (ibid.: 164).

Het neoliberale moment

Tot ver in de jaren zestig werd een stijging van de zorguitgaven acceptabel en zelfs wenselijk geacht. Met de groei van de medische mogelijkheden was het logisch dat ook de uitgaven voor de gezondheidszorg stegen (Van Klaveren 2016). De economische crisis in de jaren zeventig maakte een einde aan die vanzelfsprekendheid (De Haan en Duyvendak 2002: 209-211). Vanaf begin jaren zeventig was het stijgende zorgbudget een probleem. Het eerste antwoord op dat probleem was planning. De Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 zette in op meer regie bij de nationale overheid. Het links-confessionele kabinet-Den Uyl (1973-1977) zag af van de invoering van een algemene volksverzekering, uit angst dat dit de inflatie nog verder zou aanjagen (Helderman 2007: 203). In plaats daarvan werd een Wet Tarieven Gezondheidszorg ingediend, die de prijzen in bedwang moest houden.

Vanaf 1977 kwam er een jaarlijks Financieel Overzicht Gezondheidszorg (De Haan en Duyvendak 2002: 213). De invloed van economen en andere buitenstaanders op het terrein van de volksgezondheid nam hierdoor toe. Staatssecretaris Joop van der Reijden (CDA), die aantrad in 1982, was econoom en had een achtergrond in de wereld van ziektekostenverzekeringen en werkgeversorganisatie VNO (ibid.: 217). Onder zijn leiding kwam er een ‘taakstellend macro-budgettair kader’, er werd een eigen bijdrage ingevoerd voor medicijnen (de medicijnknaak) en er kwamen bouwplafonds, ziekenhuisbudgetten en beddenreducties.

Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig veranderde bovendien het gedrag van private zorgverzekeraars. Tijdens de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat hadden de particuliere verzekeraars zich altijd gehouden aan een soort *gentlemen's agreement* om niet te concurreren om de gezonde patiënt. Daarin kwam nu verandering. Particuliere verzekeraars schrokken van het steeds duidelijker wordende verband

tussen zorgkosten en vergrijzing (Vonk 2013). Bovendien kregen zij te maken met aangescherpte regelgeving over reserves die zij moesten aanhouden. Om de premies betaalbaar te houden gingen verzekeraars concurreren om jonge, gezonde verzekerden, die zij een lage premie tegen een hoog eigen risico konden bieden. Toen deze dynamiek eenmaal op gang was gekomen, kon geen particuliere verzekeraar zich nog aan deze concurrentieslag onttrekken (Vonk 2013: 226-227, 229).

Deze nieuwe strategie van particuliere verzekeraars leidde ertoe dat het vrijwillige ziekenfonds een vergaarbak werd van slechte risico's. Jonge, gezonde klanten kozen voor een particuliere verzekeraar, terwijl oudere verzekerden bij het ziekenfonds bleven (ibid.: 238). De hieruit voortvloeiende problemen voor het vrijwillige ziekenfonds zouden een 'window of opportunity' hebben kunnen zijn voor de linkse voorstanders van een volksverzekering, maar die stonden in 1979 niet meer aan het roer. Het kabinet-Van Agt-Wiegel (1977-1981) zocht het antwoord voor de ontstane problemen bij de markt. Toen de problemen met het vrijwillige ziekenfonds zich bleven opstapelen werd het vrijwillige fonds opgeheven in wat bekend kwam te staan als 'de kleine stelselwijziging' (ibid.: 254; Helderma 2007: 205-208). De cliëntèle van het vrijwillige ziekenfonds werd grotendeels overgeheveld naar particuliere verzekeraars die de verplichting kregen om deze een groep een zogenaamde standaardpolis aan te bieden, tegen een niet-kostendekkende premie. Die premie werd gefinancierd door andere particulier verzekerden via een wettelijke toeslag bovenop hun eigen premie (ibid.)

Met de kleine stelselwijziging, die in 1986 zijn beslag kreeg, waren de problemen echter nog niet opgelost. Er was een breed gevoel dat naast deze reparatiewetgeving ook een grote stelselwijziging nodig was. De weerzin tegen de budgettering en de opgelegde bezuinigingen enerzijds en de geest van marktwerking die overwaaid uit Amerika en Engeland anderzijds leidden ertoe dat een nieuw stelsel zou moeten worden geënt op marktprincipes. De Haan en Duyvendak beschrijven hoe een en ander leidde tot de instelling van 'een commissie onder voorzitterschap van een volslagen buitenstaander, de voormalige Philips-topman Wisse Dekker' (2002: 226).

Bij de installatie van de commissie in 1986 vroeg toenmalig staatssecretaris Dick Dees (VVD) nadrukkelijk aandacht voor 'een meer marktgerichte oriëntatie' (Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg 1987: 186). Tekenend was ook het lidmaatschap van de commissie-Dekker van professor B.M.S. van Praag, hoogleraar economie aan de Erasmus Universiteit, die een jaar eerder nog voorzitter was van een commissie die voor het wetenschappelijk bureau van de VVD in 1986 de studie *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg* publiceerde. De commissie-Dekker begon haar rapport met een korte observatie over de geest van de tijd:

Velen menen dat onze gezondheidszorg, met name het stelsel van ziektekostenverzekeringen, onvoldoende prikkels bevat voor doelmatig beleid, doelmatig gebruik en doelmatig handelen. Dit wordt toegeschreven aan het ontbreken van marktmechanismen en scheiding van financiering en planning.

Deze kritiek [...] weerspiegelt een veranderend klimaat. (Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg 1987: 8)

De commissie-Dekker bepleitte een basispakket waarin ongeveer 85 procent van de bestaande zorg zou worden opgenomen en waarvoor burgers zich verplicht moesten verzekeren. Werkgevers dienden een deel van de premie te heffen, op basis van de hoogte van het inkomen. Het resterende deel – de nominale premie – werd volgens de plannen rechtstreeks door de verzekeraar aan de verzekerde doorberekend. Naast de verplichte basisverzekering stelde de commissie-Dekker een facultatieve verzekering voor met een aanvullend pakket, met daarin bijvoorbeeld extramurale geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen, cosmetische chirurgie, zwangerschapsafbreking, sterilisatie en tandheelkundige zorg. De commissie wilde dat particuliere zorgverzekeraars zouden concurreren op de hoogte van de nominale premie en op de inhoud van hun aanvullende pakketten. Via scherpe onderhandelingen met de ‘aanbieders van zorg’ (artsen, ziekenhuizen en zorginstellingen) kon de nominale premie volgens deze logica dalen, met goede en betaalbare zorg tot gevolg.

Was het neoliberale moment met het rapport-Dekker daadwerkelijk aangebroken? Artsenorganisatie KNMG en de vakbonden waren kritisch gestemd. Particuliere verzekeraars waren beducht voor het vele nieuwe werk (zorginkoop) dat het nieuwe stelsel met zich mee zou brengen (Vonk 2013: 285-297). Maar de regering verklaarde in de Nota *Verandering verzekerd* uit 1988 dat zij de aanbevelingen overnam en aan het werk ging om de stelselwijziging te realiseren. Dit gebeurde grotendeels door wat De Haan en Duyvendak (2002: 228-229) omschrijven als een kleine groep van ‘beleidseconomen’ en ‘rekenmeesters’, die weinig voeling hadden met beroepsgroepen in het brede veld van de zorg.

Het verbond met de conservatieven

De implementatie van het plan-Dekker werd vertraagd door de val van het kabinet-Lubbers II. Het derde kabinet-Lubbers (1989-1994) was een coalitie van CDA en PvdA. De portefeuille Volksgezondheid viel toe aan staatssecretaris Hans Simons (PvdA) die een nieuwe commissie installeerde die zich, na de commissie-Dekker, moest gaan buigen over keuzen in de zorg. Commissievoorzitter Ad Dunning, cardioloog en PvdA-sympathisant, had in 1981 een essaybundel gepubliceerd waarin hij wees op het beperkte nut van veel medische ingrepen: vroegdiagnostiek, agressieve behandeling van kanker, psychotherapie. Hoewel veel minder radicaal, leken zijn observaties op die van hierboven beschreven linkse critici als Illich en Achterhuis. Dunning betreurde in een van zijn essays ook dat ‘beroepsmatig hulp verleend moet worden aan wie die hulp ook door vrienden, verwanten of samenleving geboden zou kunnen worden’ (1981: 198). Deze klacht sloot aan bij de professie-kritiek van hoogleraar ziekenhuiswetenschappen Hattinga Verschure, die in de jaren zeventig furore maakte met een pleidooi voor ‘zelfzorg’ en ‘mantelzorg’,

en pas daarna professionele zorg (Van Klaveren 2016), een oproep waar CDA-leider Elco Brinkman in de jaren tachtig op voortborduurde in zijn pleidooi voor een zorgzame samenleving. Dunning eindigde zijn boek met een roep om ‘politieke en maatschappelijke keuzes’ in de zorg en pleitte voor ‘minder heilsverwachting, meer persoonlijke verantwoordelijkheid, minder geneeskunde en minder dokters’ (ibid: 268-269).

De commissie-Dunning leverde in 1991 een rapport af dat geïnspireerd was door de Amerikaanse communitaristische bio-eticus Daniel Callahan. In de literatuurlijst worden diens twee bekendste boeken, *Setting Limits* (1987) en *What Kind of Life* (1990), aangehaald. Het eerste was een pleidooi voor een herijking van ouderdom. Moderne ouderen doen of de laatste levensfase een soort tweede jeugd is, aldus Callahan. Ze vestigen zich in luxe resorts en brengen hun dagen door met golf en ontspanning. Callahan pleitte ervoor dat ouderen zich bewust zouden worden van hun speciale positie en hun rol in het leven: zij moesten jongere generaties hun inzichten doorgeven en zij hadden een morele voorbeeldfunctie. Dit laatste betekende dat zij zich moesten realiseren dat jongeren het belangrijkste zijn en om dit te onderstrepen zou een zorgstelsel vooral moeten investeren in het genezen van jonge mensen. De commissie-Dunning besprak die positie maar vond haar uiteindelijk niet overtuigend: ‘de toepassing van leeftijdsriteria bij levensverlengende behandelingen gaat in tegen onze opvattingen over de gelijkwaardigheid van elk mensenleven en de waardering voor ouderen in de samenleving’ (Commissie Keuzen in de zorg 1991: 126).

Callahans tweede boek richtte de aandacht op de inrichting van de zorg. Volgens Callahan moest hiertoe eerst de vraag worden beantwoord aan wat voor mensen en wat voor zorg de *gemeenschap* behoefte heeft. De commissie-Dunning draaide deze formulering om: zij stelde dat de samenleving zich bij het nadenken over zorgvoorzieningen zou moeten afvragen of de voorziening in kwestie nodig was om te kunnen participeren in onze samenleving:

Volgens de gemeenschapsgerichte benadering is die zorg noodzakelijk, die individuen in staat stelt het bestaan met andere leden van de samenleving te delen [...]. Hierbij staan niet individuele voorkeuren en behoeften voorop, maar is de kernvraag welke zorg vanuit het belang van de gemeenschap noodzakelijk moet worden geacht. (Commissie Keuzen in de zorg 1991: 116)

Als zorgvoorzieningen aan dit criterium voldeden moest vervolgens worden beoordeeld of zij ook werkzaam en doelmatig waren en zo ja, of zij mogelijk zo goedkoop waren dat zij alsnog voor eigen rekening en verantwoording van burgers konden blijven. Deze systematiek om te bepalen of voorzieningen al dan niet thuishoren in het collectief verzekerde zorgpakket stond bekend als ‘de trechter van Dunning’.

De gemeenschapsgerichte benadering van de commissie-Dunning zou haaks hebben kunnen staan op de liberale marktbenadering van de commissie-

Dekker, maar dat was niet het geval. De gekozen casuïstiek om voorzieningen te weren uit het basispakket was opvallend gelijklopend: in-vitrofertilisatie was een facultatieve voorziening voor in het aanvullende pakket (commissie-Dekker), dan wel een voorziening die niet strikt nodig is in een gemeenschap als de onze: 'Ongewilde kinderloosheid brengt het voortbestaan van de maatschappij absoluut niet in gevaar, terwijl evenmin kan worden gezegd dat kinderloosheid normaal functioneren in onze maatschappij in de weg staat'. Tandheelkundige zorg voor volwassenen viel volgens de commissie-Dekker in het aanvullende pakket en was voor Dunning zorg die voor eigen rekening kon blijven. Bejaardentehuizen werden in beide rapporten besproken als zorg die kon worden wegbezuinigd, tenzij 'opname wegens hulpbehoefvendheid noodzakelijk is'. Mogelijk was de convergentie van beide denkrichtingen ook te danken aan het feit dat Dunning tevens vicevoorzitter was geweest van de commissie-Dekker.

In de harmonieuze combinatie van Dekker en Dunning zien we het door Cooper beschreven verbond tussen neoliberalen en neoconservatieven terug, zij het in een Nederlandse, gematigde variant. Links speelde hierin een interessante rol. Het rapport-Dunning werd geschreven op verzoek van een PvdA-staatssecretaris voor een centrum-links kabinet. Het rapport-Dekker behelsde een opheffing van het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerden en droeg duidelijk kenmerken van de door links gewenste algemene volksverzekering. Het nieuwe stelsel begon met de volgende uitgangspunten:

Alle ingezetenen van Nederland zijn van rechtswege verzekerd tegen de kosten van het basispakket. Een verzekering van rechtswege betekent dat niemand zich aan de verzekeringsplicht kant onttrekken. [...] Particulier verzekerden [...] worden dus in de basisverzekering ondergebracht. (Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg 1987: 50-51)

In een proefschrift over de patiëntenbeweging wordt geconstateerd dat de commissie-Dekker bovendien bijdroeg aan de emancipatie van de patiënt. Door de commissie-Dekker '[veranderde de burger] van patiënt in consument en kreeg [hij] een actieve rol in het gezondheidszorgbeleid, als consument/verzekerde die keuzes maakt en zich laat informeren' (D. Oudenampsen 1999: 9-10).

Dit patroon – een combinatie van neoliberale en communitaristische elementen en een deel van de idealen van links – zou in de komende jaren het beleid op volksgezondheid en zorg blijven bepalen. Het plan-Dekker zou uiteindelijk zijn beslag krijgen in de Zorgverzekeringswet van 2006, onder een CDA-VVD-kabinet met VVD-minister Hoogervorst als hoofdpersoon op wat inmiddels het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was gaan heten (Van der Grinten 2006). De trechter van Dunning is nog steeds in gebruik bij het Zorginstituut Nederland³

3 Voorheen het College voor Zorgverzekeringen.

dat de minister adviseert over het opnemen van nieuwe geneesmiddelen en behandelwijzen in het basispakket (Brouwer 2009: 12; Zorginstituut Nederland 2017: 13). En de zorgzame samenleving van CDA-minister Elco Brinkman werd een heel stuk dichterbij gebracht met de Wet maatschappelijke ondersteuning van 2007, ingevoerd door een PvdA-staatssecretaris (Jet Bussemaker), in een kabinet van CDA, PvdA en ChristenUnie.

De zorgzame samenleving werd verder uitgedacht als ‘participatie-maatschappij’ door premier Rutte in zijn Drees-lezing van 2013 en kreeg vervolgens haar beslag bij de decentralisaties van 2015. Voor liberaal-rechts was de participatiesamenleving een samenleving waarin mensen zo min mogelijk een beroep doen op publieke middelen. Voor conservatieven, communitaristen en christendemocraten was het de zorgzame samenleving van Brinkman, gebaseerd op vanzelfsprekende zorg voor familie, partners en de kleine gemeenschap. En voor links betekende het een afscheid van instituutzorg; mensen met een beperking wonen niet langer apart, maar horen erbij in de buurt en liefst ook op een gewone werkplek. Bovendien leidde het nieuwe stelsel tot versterking van de positie van de patiënt.

En nu?

Het fordistische evenwicht bood zorg aan kwetsbare burgers. Weerbare burgers betaalden relatief veel belasting en premies, maar werden in ruil daarvoor ontzorgd: zij hoefden de zorg voor hun verstandelijk beperkte of chronisch zieke familieleden niet alleen te dragen en konden een beroep doen op professionele, vaak instellingszorg. Veel professionals vonden werk in de publieke sector waar zij zorg, hulp en genezing boden in ruil voor een (goed) salaris. Bij het doorbreken van dit evenwicht heeft elk van de deelnemende partijen als het ware een ander deel gekregen van de nieuwe retoriek. De kwetsbare burgers kregen het linkse deel: de inclusieve samenleving. De weerbare burgers kregen de zorgzame samenleving van Brinkman en de professionals kregen de marktwerking van de neoliberalen. Voor elk van deze partijen geldt dat de situatie momenteel te wensen over laat. En de beleidsvraag per betrokken groep luidt: moet er worden ingezet op meer van hetzelfde (meer inclusiviteit, meer zorgzame samenleving en meer marktwerking) of moeten we juist stappen terug zetten: richting reïstitutionalisering en reprofessionalisering van de zorg, richting minder markt en meer samenwerking?

Meer of minder inclusie?

Kwetsbare burgers mogen – indachtig de linkse idealen – tegenwoordig naar gewone scholen, zij wonen in gewone buurten en zouden aan de slag moeten bij gewone bedrijven en organisaties. Deze beloften worden niet altijd gerealiseerd: scholen en gewone bazen staan niet in de rij voor leerlingen, studenten en werknemers met (ernstige) beperkingen of gedragsproblemen (Sadiraj, Hoff en Versantvoort

2018). Maar ook als de belofte wél wordt waargemaakt is het beeld niet alleen maar gunstig. Deïnsitutionalisering leidt ook vaak tot eenzaamheid (Bredewold, Hermus en Trappenburg 2018). Zonder instituutzorg plegen sommige wanhopige psychiatrische patiënten zelfmoord. Buiten de instelling lopen mensen met verstandelijke beperkingen het gevaar dat zij slachtoffer worden van criminelen die hen voor hun karretje spannen (ibid.). Teeuwen (2012) liet zien dat veel mensen met een verstandelijke beperking voortdurend overvraagd worden in de gewone maatschappij. De frustratie die dat oplevert leidt tot agressie, en dat kan vervolgens leiden tot gevangenisstraf.

Beleidsmakers zetten soms in op meer inclusie. Men sleutelt aan de voorwaarden die het bedrijven makkelijker moet maken om werknemers met een beperking in dienst te nemen en denkt na over de manier waarop ambulante zorg kan worden georganiseerd voor psychiatrische patiënten die zelfstandig wonen. Maar er zijn ook terugtrekkende bewegingen: het afbouwen van sociale werkplaatsen wordt betreurd, omdat sommige mensen met beperkingen toch beter af zijn met plekjes in de luwte dan met volwaardig meedoen in de maatschappij (Van Echtelt et al. 2019).

Meer of minder zorgzame samenleving?

De weerbare burgers kregen in het nieuwe evenwicht de zorgzame samenleving van Brinkman. Toen Brinkman zijn ideeën lanceerde deed hij dat met enige voorzichtigheid. In een lezing uit 1989 lezen we:

De Duitse liberaal en socioloog Dahrendorf wees er [...] op dat langdurige volledig betaalde gezondheidszorg elke moderne welvaartsstaat kapot zou maken. [Dahrendorf zegt]: ‘We moeten dus iets bedenken. Vrijwilligerswerk, hulp van de gemeenschap en zelfs van de familie zijn noodzakelijk. We vinden het allemaal gewoon dat baby’s worden verzorgd in en door het gezin. Waarom zouden we niet hetzelfde aanvaarden voor oudere familieleden als ze ziek zijn?’ Zo hard zeg ik het nu niet na. Maar met de strekking van de opmerking ben ik het eens. (Brinkman 1989: 128-129)

Inmiddels is het bieden van ‘gebruikelijke zorg’ aan huisgenoten een wettelijke plicht geworden. De Wet maatschappelijke ondersteuning verplicht burgers om eerst een beroep te doen op hun sociale netwerk voor zij aankloppen bij de gemeente. Het bieden van mantelzorg aan bejaarde ouders en kinderen met beperkingen is een morele norm geworden waar mensen niet makkelijk onderuit kunnen. Hoewel mantelzorg mooi en bevredigend kan zijn voor beide partijen, zijn er aanwijzingen dat mantelzorgers overvraagd worden en er niet altijd in slagen hun zorgtaken te combineren met een betaalde baan of eigen leven (Feijten et al. 2013; De Klerk et al. 2015). De verzorgingshuizen die voorheen zorg boden aan mensen die licht of matig zorgbehoevend waren, zijn verdwenen en het is moeilijk voor mantelzorgers en goedwillende burens om dat gemis te compenseren.

Ook hier gaat het beleid twee kanten uit. Enerzijds wordt geprobeerd mantelzorg

te faciliteren en te belonen (De Klerk et al. 2015), anderzijds klinken er voorzichtige pleidooien voor herinvoering van verzorgingshuizen (Bolwijn 2018).

Meer of minder markt?

Zorgprofessionals voelen de effecten van de marktwerking het meest. Zorgorganisaties moeten jaarlijks onderhandelen met zorgverzekeraars of met de gemeente om hun marktaandeel of de werkgelegenheid van hun medewerkers voor het komende jaar veilig te stellen. Dat vergt de nodige investeringen in plannen met concurrerende budgetten, verantwoording over de besteding daarvan en pr om de eigen organisatie op de kaart te zetten. Het is daardoor voor zorgorganisaties en professionals moeilijker geworden om continuïteit van zorg te bieden. Ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties gaan failliet of fuseren als gevolg van de marktwerking. De stichting Beroepseer berekende dat van elke vijf euro die er naar ziekenhuiszorg gaat, er één euro opgaat aan bureaucratie, veroorzaakt door het stelsel van marktwerking met private verzekeraars (De Blok et al. 2015). Vergelijkbare effecten treden op in de thuiszorg en de hulpverlening, waar thuiszorgorganisaties en welzijnsorganisaties moeten concurreren om de gunsten van gemeenten (Stevens 2018).

Voorstanders van marktwerking – vaak gezondheidseconomen – wijzen erop dat van een echte markt in de zorg geen sprake is. Verzekeraars sluiten in het huidige stelsel contracten met specifieke aanbieders van zorg: ziekenhuizen en huisartsen. Het idee achter het stelsel was dat burgers-consumenten vervolgens zouden kunnen en moeten kiezen voor een bepaald zorgaanbod: een lage nominale premie en een beperkt aanbod aan gecontracteerde zorg. Of een hoge nominale premie met onbeperkte keuzevrijheid. Maar zo werkt het stelsel niet, want artikel 13 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat verzekeraars ook niet-gecontracteerde zorg moeten vergoeden, althans gedeeltelijk. Die vergoeding mag niet zo laag worden dat zij een hinderpaal vormt voor patiënten om hun heil te zoeken bij bepaalde artsen of zorgaanbieders. Daarmee is de marktangel uit het systeem. Hoogleraar Wynand van de Ven (in 1986 lid van de commissie die voor de VVD het rapport *Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg* vervaardigde), schreef in zijn afscheidscollege in 2015:

Om te zorgen dat de premies betaalbaar blijven, moeten verzekeraars afspraken kunnen maken met de zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg, en ondoelmatige zorg kunnen uitsluiten. Bij de onderhandelingen daarover moet een geloofwaardige dreiging bestaan dat als partijen het niet eens worden, er geen contract tot stand komt, met als gevolg dat voor de niet-gecontracteerde zorg een (fors) lagere vergoeding wordt gegeven. Om dit te realiseren moet het hinderpaalcriterium van tafel. (Van de Ven 2015: 43)

Van de Vens collega Varkevisser betoogt in zijn oratie (2019) dat het voor een goed werkende markt nodig is dat investeerders daadwerkelijk winst kunnen maken:

Sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking in 2006 zijn de financiële risico's voor ziekenhuizen fors toegenomen. Voor hun financiering zijn zij echter nog steeds sterk afhankelijk [...] van leningen. Zeker sinds de financiële crisis van een aantal jaren geleden zijn banken een stuk terughoudender met het verstrekken van extra geld. Ziekenhuizen [...] zullen bij tegenslag daarom snel in acute financiële problemen komen. Ook kan het in toenemende mate moeilijk worden om de investeringen van de grond te krijgen die voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ziekenhuiszorg wenselijk zijn. Risicodragende private investeerders kunnen hierbij uitkomst bieden. Maar zij zullen alleen bereid zijn om met geld over de brug te komen als daar in de vorm van winstuitkering een redelijke vergoeding tegenover staat. Dit is nu echter niet toegestaan. De huidige regels moeten dus worden aangepast. (Varkevisser 2019: 29-30)

De politiek is inmiddels echter huiverig om mee te denken langs die lijn. Het kabinet-Rutte III wil het hinderpaalcriterium juist steviger verankeren en een wetsontwerp om winst in de zorg mogelijk te maken ligt te verstoffen op de plank (Varkevisser 2019). Minister van Volksgezondheid Hugo de Jonge kondigde aan de marktwerking in de thuiszorg en de wijkverpleging terug te willen draaien (Kieskamp 2019).

De terugtrekkende bewegingen op de drie terreinen komen niet uit de lucht vallen. Zij werden jarenlang bepleit vanuit de flanken van het politieke bestel, door de SP en door zorgwoordvoerder Fleur Agema van de PVV, die consequent wees op de negatieve effecten van het sluiten van verzorgingshuizen en het opvoeren van de druk op mantelzorgers (Agema 2015). Mogelijk hangt dit samen met het feit dat aan de inclusieve samenleving en de zorgzame samenleving distributieve effecten zijn verbonden die door de mainstreampolitiek minder worden belicht. De effecten van inclusief onderwijs voor kwetsbare groepen doen zich vooral voor in de laagste niveaus van het vmbo en het mbo, niet op categorale gymnasia. Het in de buurt wonen van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek speelt vooral in de armere wijken (Trappenburg 2009). Niet voor niets wordt hier tegenwoordig aandacht voor gevraagd door directeurs van woningcorporaties (Weeda 2019). Voor welgestelde burgers is de zorgzame samenleving een ver-van-hun-bedshow. Zij kunnen particuliere huishoudelijke hulp inhuren of een appartement betrekken in een serviceflat; zij hoeven geen beroep te doen op hun sociale netwerk.

Bij het onderzoeken van de verdere evolutie van het zorgbeleid doen we er goed aan de kritiek van SP en PVV te bestuderen en nadrukkelijk te kijken naar (onbedoelde) herverdelingseffecten.

Literatuur

- Achterhuis, H. (1979) *De markt van welzijn en geluk*. Amsterdam: Ambo.
- Agema, F. (2015) *Verzilveren. Excellente zorg voor minder geld*. Amsterdam: Van Praag.
- Blok, J. de, T. Jansen, H. Suichies en L. Vogelpoel (red.) (2015) *Het alternatief voor de zorg – Humaniteit boven bureaucratie*. Amsterdam: Boom.
- Bolwijn, M. (2018) Politicus Eric van der Burg veranderde van standpunt: ‘We hebben weer verzorgingshuizen nodig’. VVD-politicus Eric van der Burg (52) veranderde van mening over verzorgingshuizen. *De Volkskrant*, 15 juni.
- Bredewold, F., J.W. Duyvendak, T. Kampen, E. Tonkens en L. Verplanke (2018) *De verhuizing van de verzorgingsstaat: Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Genneep.
- Bredewold, F., M. Hermus en M. Trappenburg (2020) ‘Living in the community’ the pros and cons: A systematic literature review of the impact of deinstitutionalisation on people with intellectual and psychiatric disabilities. *Journal of Social Work*, 20(1): 83-116, DOI: 10.1177/1468017318793620.
- Brinkman, E. (1989) Genoeg van de staat? In: M.A.P. Bovens, C.J.M. Schuyt en W.J. Witteveen (red.) *Verantwoordelijkheid: retoriek en realiteit*. Zwolle: Tjeenk Willink, 113-140.
- Brinkman, E. (2019) *Bouwen en bewaren*. Amsterdam: Prometheus.
- Brouwer, W. (2009) *De basis van het pakket: Urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Callahan, D. (1987) *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon and Schuster.
- Callahan, D. (1990) *What kind of life: The limits of medical progress*. New York: Simon and Schuster.
- Commissie Keuzen in de zorg (1991) *Kiezen en delen*. Den Haag: Ministerie van WVC.
- Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (1987) *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: DOP.
- Cooper, M. (2017) *Family values: Between neoliberalism and the new social conservatism*. New York: Zone Books.
- Dunning, A.J. (1981) *Broeder ezel: Over het onvermogen in de geneeskunde*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Echtelt, P. van, K. Sadiraj, S. Hoff, S. Muns, K. Karpinska, D. Das en M. Versantvoort (2019) *Eindevaluatie van de participatiewet*. Den Haag: SCP.
- Feijten, P., A.M. Marangos, M. de Klerk, A. de Boer en F. Vonk (2013) *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012: Deelrapport aanvragers en mantelzorgers. Tweede Wmo-evaluatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Foudraïne, J. (1972) *Wie is van hout ... Een gang door de psychiatrie* (14e druk). Bilthoven: Ambo.
- Grinten, T. van der (2006) *Zorgen om beleid: Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidscollege Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Haan, I. de en J.W. Duyvendak (2002) *In het hart van de verzorgingsstaat: Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS), 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.

-
- Hassenteufel, P., M. Smyrl, W. Genieys en F.J. Moreno-Fuentes (2010) Programmatic actors and the transformation of European health care states. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4): 517-538, DOI: 10.1215/03616878-2010-015.
- Helderman, J.K. (2007) *Bringing the market back In? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Houdt, F. van (2014) *Governing citizens: The government of citizenship, crime and migration in the Netherlands*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Illich, I. (1978) *Grenzen aan de geneeskunde*, vert. door D.L. uyt den Bogaard. Bussum: Het Wereldvenster.
- John, P. (1998) *Analysing public policy*. Londen: Pinter.
- Kennedy, J. (1995) *Nieuw Babylon in aanbouw: Nederland in de jaren zestig*. Amsterdam: Boom.
- Kieskamp, W. (2019) Hugo de Jonge beloofde minder marktwerking in de zorg, nu levert hij zijn eerste proeve af. *Trouw*, 14 mei.
- Klaveren, K.J. van (2016) *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015) *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: SCP.
- Muehlebach, A. (2012) *The moral neoliberal: Welfare and citizenship in Italy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Oosterhuis, H. en M. Gijswijt-Hofstra (2008) *Verward van geest en ander ongerief: Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oudenampsen, D. (1999) *De patiënt als burger: De burger als patiënt*. Proefschrift, Universiteit Utrecht.
- Oudenampsen, M. (2018) *The conservative embrace of progressive values: On the intellectual origins of the swing to the right in Dutch politics*. Proefschrift, Tilburg University.
- Sadiraj, K., S. Hoff, en M. Versantvoort (2018) *Van sociale werkvoorziening naar participatiewet: Hoe is het de mensen op de Wsw-wachlijst vergaan?* Den Haag: SCP.
- Schinkel, W. en F. van Houdt (2010) The double helix of cultural assimilationism and neo-liberalism: Citizenship in contemporary governmentality. *The British Journal of Sociology*, 61(4): 696-715, DOI: 10.1111/j.1468-4446.2010.01337.x.
- Stevens, J. (2018) Gemeenten en jeugdhulpverleners strijden om geld. In: D. Graas, A. de Klein, J. Stevens, T. Jansen en G. van Nunen (red.) *Echt doen wat nodig is: Pleidooi voor kleinschalige effectieve jeugdhulp*. Culemborg: Stichting Beroepseer, 32-40.
- Teeuwen, M. (2012) *Verraderlijk gewoon, Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Trappenburg, M. (1993) *Soorten van gelijk: Medisch-ethische discussies in Nederland*. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Trappenburg, M. (1996) De dokter en de dominee: Het verhaal van de moraal in de gezondheidszorg. In: M. Bovens en A. Hemerijck (red.) *Het verhaal van de moraal*.

-
- Een empirisch onderzoek naar de sociale bedding van morele bindingen.* Amsterdam: Boom, 91-120.
- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg: Over gezondheidszorg en democratie.* Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Trappenburg, M. (2009) *Actieve solidariteit.* Oratie, Universiteit van Amsterdam.
- Trappenburg, M. (2012) Laat het maar aan de dokter over: Stille ideologie in de gezondheidszorg. In: C. van Montfort, A. Michels en W. van Dooren (red.) *Stille ideologie: Onderstromen in beleid en bestuur.* Den Haag: Boom/Lemma, 117-130.
- Varkevisser, M. (2019) *Hand in hand: Op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg.* Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ven, W. van de (2015) *Het beste zorgstelsel?* Afscheidscollege, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vonk, R.A. (2013) *Recht of schade: Een geschiedenis van particuliere ziektekostenverzekeraars en hun positie in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel 1900-2006.* Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Weeda, F. (2019) Politie houdt bij waar de ggz faalt. Te veel mensen met problemen belanden in de goedkoopste huurwoningen. Meldingen van verward gedrag nemen toe. *De Volkskrant*, 25 september: 7.
- Weele, S. van der, F.H. Bredewold, E.M. Grootegoed, M.J. Trappenburg en E.H. Tonkens (2019) *Zorgen als Ambacht: afstemmen op afhankelijkheid van mensen met een beperking.* Utrecht: De Graaff.
- Zorginstituut Nederland (2017) *Pakketadvies in de praktijk: Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket.* Diemen: ZIN.

Margo Trappenburg

Margo Trappenburg is universitair hoofddocent Bestuurs- en Organisationswetenschappen aan de Universiteit Utrecht en bijzonder hoogleraar Grondslagen van het maatschappelijk werk aan de Universiteit voor Humanistiek. Zij publiceert over veranderingen in de verzorgingsstaat en over professionals en professionalisme, vooral in de zorg- en welzijnssector.