33 jaar

gezondheidszorg

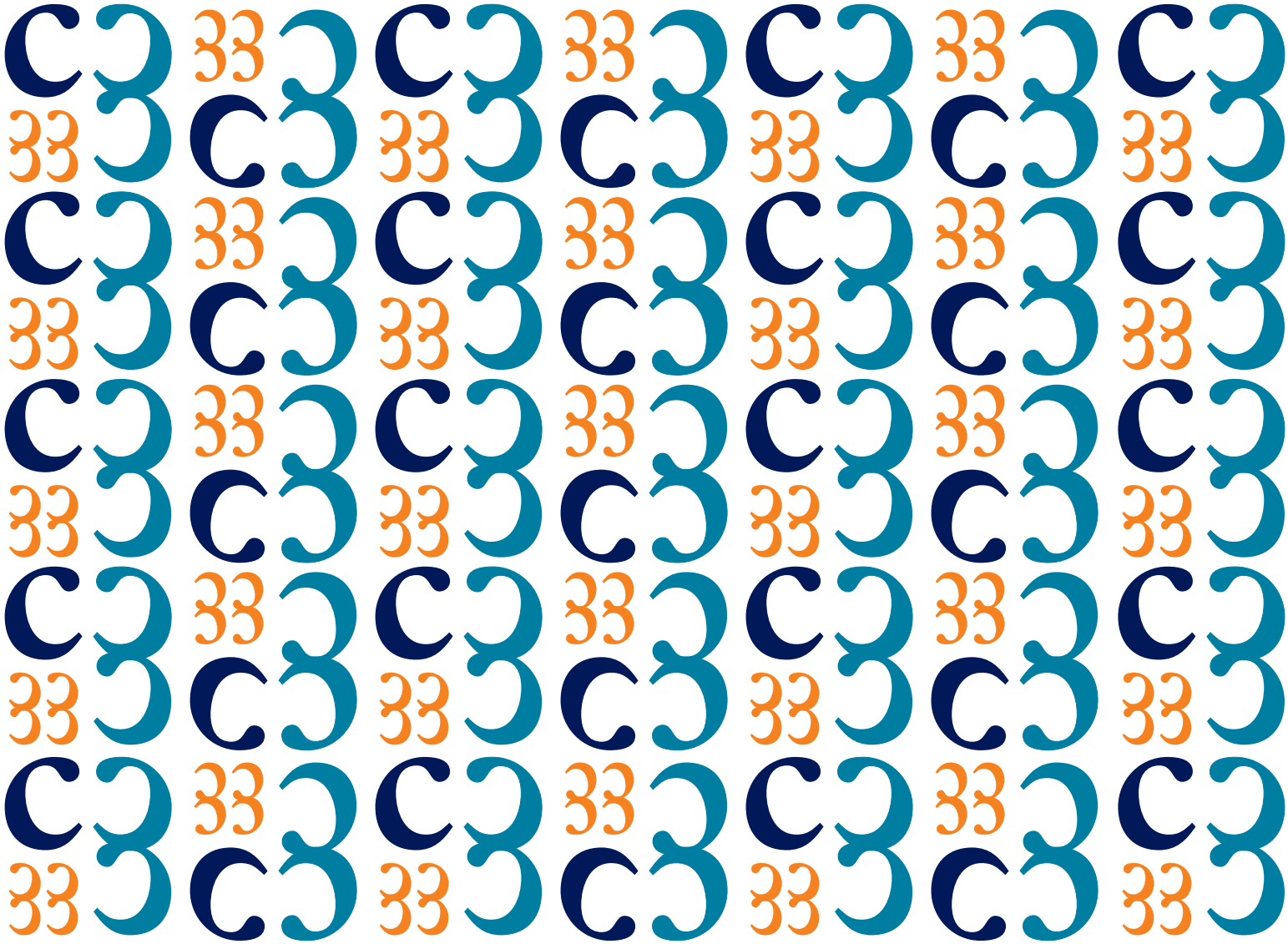
en welzijn

Verleden

Heden

Toekomst

Werkboek 2021



Inhoud

5 Inleiding
7 Doel van dit werkboek
10 Canon 33 jaar gezondheidszorg en welzijn in Nederland
56 Verandermotto's 33 jaar gezondheidszorg
63 Principes van Nederlandse gezondheidszorg
73 Feiten over de Nederlandse gezondheidszorg
75 Thema's
76 1 Wat hoort er bij de gezondheidszorg?
77 2 Financiering, capaciteitsplanning en kostenbeheersing zorg
78 3 Volksgezondheid of gezondheidszorg?
79 4 Normaal of bijzonder, Inclusie of apart
80 5 Zijn burgers wel zelfredzaam?
81 6 Professionals en leken
82 7 Emancipatie van de burger
83 8 Technologie, AI, data en privacy
84 9 Ratio versus emotie en ideologie
85 10 Morele en ethische vraagstukken
86 11 Ontschotting en Herschotting
87 12 Duurzame innovatie
88 Governance
89 Literatuur
89 Publicaties algemeen
91 Websites
93 Publicaties C3 adviseurs en managers

Colofon

Kromme Nieuwegracht 13
3512 HC Utrecht
06-83583444
info@c3am.nl
www.c3am.nl

© C3 adviseurs en managers B.V. 2021
Samenstelling: Hans Hoek
Met bijdragen van: Ulrich Oron
Vormgeving: Debbie Saul

Inleiding

C3 adviseurs en managers bestaat in 2021 33 jaar. Vanwege de 3 in onze naam hebben we een voorkeur om veelvouden van drie te vieren in plaats van decennia. Zo vierden we ons 9-jarig bestaan en vinden we nu vanwege onze naam 33 jaar een leuker moment om iets te vieren dan 30 jaar.
33 jaar is een mooie tijd om terug te kijken en vooruit te blikken. Wat heeft 33 jaar ontwikkeling in de Nederlandse gezondheidszorg en het welzijn ons gebracht? Wat is wel en wat niet gelukt? Waar staan we nu en hoe anders is dat dan in 1988? Wat kunnen we voor pakweg de komende 9 jaar verwachten? En hoe kunnen de adviseurs en managers van C3 aan die toekomst bijdragen? Want 33 jaar is een tussenstand en geen eindstand voor C3.
Om bij deze mijlpaal stil te staan hebben we het plan opgevat om samen met onze warme relaties terug te blikken op de historie van 33 jaar zorg en welzijn, te kijken naar het heden en op basis van deze inzichten vooruit te kijken naar de toekomst. Met warme relaties bedoelen we dan vroegere, huidige en toekomstige opdrachtgevers, professionele contacten en samenwerkingspartners. En natuurlijk onze alumni, degenen die met en voor C3 gewerkt hebben.
Met hen willen we een mooie publicatie maken verbonden aan een jubileumbijeenkomst in het najaar (als de stand van zaken rond Corona dat mogelijk maakt), waarin we een aantal thema's over de ontwikkeling van zorg en welzijn beschrijven en proberen in te schatten wat de toekomst ons zal brengen en hoe verantwoordelijken in de sector en adviseurs aan die toekomst bij kunnen dragen.

Als eerste stap in dit proces brengen we het voorliggende 'werkboek' uit. Vanuit onze herinnering en deskresearch hebben we geprobeerd te reconstrueren wat er in die afgelopen 33 jaar in de zorg is gebeurd. We hebben dat – een beetje onbescheiden- de 'Canon van 33 jaar gezondheidszorg' genoemd. Het maken van de canon was leuk om

te doen en gaf af en toe een ‘Aha Erlebnis’, waarbij het ons opviel dat sommige ontwikkelingen heel lang duren (zoals meer dan 30 jaar, voordat de basisverzekering er was) en andere zaken plotseling snel gaan (zoals de versnelling van EHealth door de Corona-crisis). We wilden eerst de kantelpunten of ‘game changers’ in kaart brengen, maar dat lukte niet omdat er meer lange termijn veranderingen zijn dan plotselinge omkeringen. Vandaar een canon van wat volgens ons de belangrijkste momenten in tijd zijn voor de ontwikkeling van zorg en welzijn in Nederland in de afgelopen 33 jaar. Soms beginnen we eerder, omdat iets voor de periode na 1988 relevant is. We pretenderen geen volledigheid, dus we nodigen de lezer graag uit relevante aanvullingen te geven.

Uit die canon hebben we een aantal thema’s gehaald, die volgens ons door de jaren heen relevant zijn. Die thema’s zijn in dit werkboek kort beschreven. We willen deze thema’s in de komende maanden met onze relaties uitwerken tot een volwaardige bundel over de ontwikkelingen in zorg en welzijn tussen 1988 en 2030 (over 9 jaar).

Het werkboek is een tussenproduct op weg naar de uitgewerkte publicatie. C3 geeft het werkboek graag aan eenieder die op enigerlei wijze bij wil dragen aan onze jubileumuitgave.
Omdat het een werkboek is, nodigen we de lezer graag uit om er mee te werken en eraan mee te werken. We ontvangen graag aanvullingen, correcties en verdieping op de inhoud van dit werkboek.

Doel van dit werkboek

Dit werkboek is de eerste stap op weg naar een publicatie en een bijeenkomst over 33 jaar ontwikkelingen in de gezondheidszorg en welzijn en een vooruitblik voor de komende pakweg 9 jaar.
Het werkboek bevat een overzicht van ontwikkelingen in 33 jaar Nederlandse gezondheidszorg. Aanvullend hebben we een inventarisatie gemaakt van de motto's, die in de loop der jaren gebruikt zijn om veranderprogramma's in de zorg een naam te geven en innovatie te stimuleren. Het is interessant om te kijken wat al die veranderprogramma's hebben opgeleverd. Zijn daar lessen voor de toekomst uit te halen voor succesvolle veranderinterventies in zorg en welzijn? Wat werkt wel en wat niet? Maakt het voor het succes van een verandering uit wie de initiator is; de overheid, de zorginstellingen, hun brancheorganisaties, de toeleverindustrie of toch juist die koppige eenling, die doorgaat tot hij succes heeft?
Omdat onze eigen publicaties de tijdgeest weergeven en een beeld geven van waarmee we in welke tijd bezig waren, hebben we een overzicht van onze inhoudelijke publicaties toegevoegd.

Dat doen we aan de hand van een aantal thema's. Dat zijn er nu 12, maar het zou mooi zijn daarin nog een reductie aan te brengen tot bij voorbeeld 9 (3x3).

Voor onze jubileumpublicatie willen we de thema's uitwerken tot een beeld, waarin inhoud en proces van ontwikkelingen van zorg en welzijn in dit thema samenkomen tot een aantrekkelijk en gemakkelijk te lezen essay of aantal essays. Die essays willen we graag maken samen met de mensen die in het verleden, nu en (hopelijk) in de toekomst met C3 werk(t)en waarmee een 'warme' relatie bestaat. We denken dan aan onze opdrachtgevers, onze alumni, samenwerkingspartners en mensen die ons goed kennen. We willen die stakeholders op tenminste twee manieren betrekken bij de totstandkoming van het

eindresultaat:

- Een groot aantal willen we het werkboek toesturen (digitaal of fysiek) en daarna met hen bespreken wat ze van een of meerdere thema's vinden en of ze nog aanvullingen op de canon hebben.
- Met anderen, die daar zin in hebben, willen we gezamenlijk een essay schrijven, dan wel hen uitnodigen hun eigen visie in een essay weer te geven. Ook zij ontvangen uiteraard dit werkboek.

Bij de gekozen thema's zouden we ons een aantal vragen kunnen stellen, die weergegeven zijn in het volgende kader.

De aangevulde kennis uit het werkboek willen we samen met de essays, een overall view in de inleiding en een uitleiding bundelen in een publicatie, die in september 2021 wordt uitgebracht. Dan is het precies 33 jaar geleden dat we onder de naam van C3 onze eerste advies- en interim-activiteiten uitvoerden.
In een bijeenkomst willen we (als de Corona stand van zaken dat tegen die tijd toestaat) de publicatie aan onze stakeholders aanbieden en met hen verdiepend verder over de thema's praten. Daarna willen we de publicatie wijder verspreiden en zo bijdragen aan de verdere ontwikkelingen in zorg en welzijn, zoals we dat ook in de afgelopen 33 jaar hebben gedaan.

Het werkboek is dus precies wat de titel weergeeft: een boek om mee aan het werk te gaan. Het is een boek dat veel informatie geeft over wat er allemaal in 33 jaar gezondheidszorg is gebeurd. Daarmee kan het de basis vormen voor analyses van en gedachtenvorming over de thema's.

Uit de Canon blijkt dat in de loop der jaren de gezondheidszorg in Nederland zorgvuldig is opgebouwd en is gebaseerd op een aantal consistente principes. Onze interpretatie van de principes hebben we in het werkboek opgenomen. Dat geldt ook voor een aantal feiten over de Nederlandse zorg.

Analysevragen thema's

- Welke lange termijn ontwikkelingen zijn er in 33 jaar op dit thema geweest?
- Wanneer en waardoor heeft er een ingrijpende verandering plaatsgevonden?
- Waar staan we nu 33 jaar later? Welke verbeteringen hebben plaatsgevonden?
  - Voor de cliënt/patiënt?
  - Voor zorgverleners en zorgprofessionals?
  - Voor zorgorganisaties?
  - Voor financiers?
  - Voor de overheid?
  - Voor de maatschappij?
- Welke problemen zijn al die tijd niet opgelost? Hoe komt dat? Voor wie is dat een probleem?
- Welke nieuwe problemen zijn ontstaan? Voor wie is dat een probleem? Waardoor is het probleem ontstaan?
- Wat is de invloed geweest van de intensieve veranderprogramma's in de gezondheidszorg. Wat hebben ze opgeleverd? Maakt het uit wie de initiator is?
- Wat kunnen we bestuurlijk en veranderkundig van de historie leren?
- Welke maatschappelijke veranderingen verwachten we in de komende 9 jaar (tot 2030) en welke veranderingen in zorg en welzijn zijn daarvoor noodzakelijk?
- Welke veranderingen verwachten we binnen zorg en welzijn rond dit thema in de komende 9 jaar?
- Wat kunnen beleidsmakers, bestuurders, professionals, toezichthouders en organisatieprofessionals aan die veranderingen bijdragen?
- Welke randvoorwaarden moeten daarbij vervuld zijn?

Canon 33 jaar gezondheidszorg en welzijn in Nederland

Jaar	Gebeurtenis	Sector	Doel	Blijvend effect
Voor 1988				
1942	Ziekenfondswet	Zorg	Verplichte verzekering armen	Tot 2006 scheiding ziekenfonds en particuliere verzekering
1958	Wet op de geneesmiddelenvoorziening	Farmacie	Reguleren geneesmiddelen	Wet in 2007 vervangen door Geneesmiddelen-wet
1961	Softenonaffaire	Farmacie		Geneesmiddel bleek zwangerschaps-stoornissen te veroorzaken. Hele systeem van toelating geneesmiddelen daardoor gewijzigd. Huidige klinische onderzoek naar geneesmiddelen is mede naar aanleiding van deze affaire ontwikkeld
1963	Wet Bejaardenoorden	Wonen	1. Oude mensen (>55) uit hun huis om ruimte te maken voor jongeren 2. Regeling voor ouderen-gestichten	In 1968 afgeschaft en opgenomen in AWBZ. In 2015 zijn verzorgingshuizen afgeschaft. Eerder was de financiering al veranderd en werd het bejaardenhuis een verzorgingshuis. Daarmee verschoof de financiering van wonen naar zorg

1968	AWBZ	Langdurige zorg	Scheiding verzekerbare en niet verzekerbare zorg. Verzekerbare zorg bleef in ziekenfondswet. Onverzekerbare zorg werd volksverzekering	AWBZ was recht op zorg. Kosten liepen uit de hand. Daarom werd gezocht naar oplossing. Die is gevonden in WMO en WLZ 2015
1971	WOR	Nederland	Medezeggenschap werknemers	
1972	Begrip 'Mantelzorg' geïntroduceerd door Johannes Hattinga Verschure	Nederland	Positieve connotatie van de zorg voor anderen. In 1985 tot plicht gemaakt	Samen met vrijwilligers onmisbaar onderdeel van zorg in Nederland. Mede basis parttime werken in Nederland?
1974	Structuurnota staatssecretaris Hendriks	Zorg	Kosten-beheersing	Echelons zorg

1981	- KORTOM (Kommissie Raad van Toezicht Model) rapportage NVZD - Promotie Van Wersch 'Democratisering van het bestuur van Non Profit instellingen'	Non Profit	Basis raad van toezicht model	Vanaf circa 1992 invoeren RvT model in zorg en woningcorporaties
Circa 1985	Participatiesamenleving Mantelzorg wordt door Brinkman tot plicht gemaakt	Terugschroeven verzorgingsstaat. Burger moet werk overheid overnemen. Naasten moeten i.p.v. zorgverleners voor zwakkeren zorgen		Mantelzorg als plicht opgelegd door de overheid i.p.v. als menselijke behoefte om voor een ander te zorgen

1987	‘Bereidheid tot verandering’ rapport commissie Dekker	Zorg	Zakelijk denken in de zorg. Wijziging verzekeringsstelsel. Marktwerking. Minder invloed overheid	Pas in 2006 bij ZVW
Vanaf 1988				
1988	Witte woede	Zorg	Verpleegkundigen komen in opstand tegen laag inkomen en hoge werkdruk	Salarissen zijn later verhoogd. Werkdruk en gebrek aan erkenning speelt in 2020 nog steeds
1988	Vaste tarieven ziekenhuiszorg	Curatieve zorg	Duidelijkheid over tarieven	Tot aan invoering DBC’s in 2005
1988 -1990	Invoering fax in de zorg	Zorg	Snellere aanvragen en uitslagen. Geen vervoer per post. Vanaf verschillende locaties beschikken over uitslagen	Later vervangen door digitale communicatie

1989 1992	Val Berlijnse Muur Fukuyama's boek 'het einde van de geschiedenis'	Globaal	Triomf liberale wereld over communisme. Einde ideologie (volgens Fukuyama)	Ongebreideld geloof in neoliberalisme en werking van de markt
1981-1989 1979-1990 vanaf 1980 1982-1994	Bewind Ronald Reagan Bewind Margaret Thatcher New Public Management Ruud Lubbers premier	Globaal	Minder overheid. Geen bureaucratie. Overheid runnen als bedrijfsleven 'BV Nederland'	Overheid is bedrijf. Burger is klant. Uitholling taken overheid en uitholling uitvoeringsorganisaties. Leidt in 2020 tot parlementair onderzoek
1988 2011	Jolanda Venema in Van Boeijen Brandon van Ingen in 's Heeren Loo	Zorg		Verontwaardiging over slechte zorg voor gehandicapten
1989	Privatisering PTT	Overheid	Post en telecom geen nutsvoorziening meer	De mogelijkheid om de postbode een rol te laten houden in het welzijn (Duitsland, België, Frankrijk etc.) omdat hij dagelijks aan huis komt, wordt afgesloten. Evenzo wordt de maatschappelijke rol van postkantoren over het hoofd gezien. Marktwerking en efficiency staat voorop

1989	Chriet Titulaer opent in Rosmalen Huis van de Toekomst	Tech	Inzicht in toekomstige technische ontwikkelingen	Veel futuristische Domotica, die nu gemeengoed is
Vanaf 1989-1990	Internet Eerste www-site	Tech		Immens ingrijpende verandering informatie-voorziening
1990	WHO beschouwt homoseksualiteit niet langer als ziekte	Globaal		'Behandelingen' tegen homoseksualiteit niet langer acceptabel en geen onderdeel gezondheidszorg meer
1990 -2010	- Ontstaan grootschalige zorgorganisaties door fusie - Ontzuiling door grotendeels verdwijnen identiteitsgebonden instellingen (katholiek en PC) - Minder categorale organisaties	Zorg	- Kwaliteit zorg - Integratie zorgsoorten - Steviger bedrijfsvoering - Tegenwicht macht verzekeraars (vanaf 2006) - Iedereen doet het	Doelen bereikt. Anderzijds logheid en bureaucratie. Onpersoonlijker. Vanaf 2000 ontstaan weer nieuwe identiteitsgebonden organisaties, maar nu voor de islam
1991	Opening Humanitas Bergweg Rotterdam	Ouderenzorg	Filosofie Hans Becker in de praktijk 'de ja cultuur' 'Use it or lose it'	Nieuwe kijk op verpleeghuiszorg. Latere RvB Humanitas vindt het te duur en gaat terug naar klassieke verpleeghuiszorg

Circa 1992	GGZ instituties afbouwen en vervangen door wijkgerichte zorg n.a.v. Italiaans voorbeeld Rehabilitatie patiënt staat centraal Valt samen met fusie Riagg en psychiatrische ziekenhuizen	Zorg	In Triëst in Italië wordt het psychiatrische ziekenhuis gesloten en vervangen door wijkgerichte zorg. Groep GGZ bestuurders wil dat ook	'Corstendonk beraad' probeert dit voor elkaar te krijgen. C3- er Karel Musch is secretaris. Initiatief sterft na ongeveer 10 jaar stille dood. Komt weer terug bij de scheiding basis GGZ en specialistische GGZ in 2006
1991	'Keuzen in de Zorg' Trechter van Dunning	Zorg	Keuzemodel om onzinnige en dure zorg tegen te gaan	Geen. Politici durven dit niet aan
1991	Plan Simons	Farmacie	Basisverzekering	Niet uitgevoerd
1991	Simons weigert apothekers verhoging prijs medicijnregel Stimulansregeling farmacie	Zorg	Kostenbesparing in farmacie	Apothekers gaan kortingen bedingen bij farmaceuten
1992	Bijlmerramp	Maatschappij		Test voor het functioneren van rampendiensten en ziekenhuizen

Vanaf circa 1992	Opkomst Evidence Based Medicine	Curatieve zorg	Bewezen behandelingen	Protocolleren handelen professionals. Afschaffen niet bewezen behandelmethoden
Vanaf 1992	Invoeren RvT model in zorg	Zorg	Professionalisering bestuur en toezicht	Ingrijpende wijziging besturing zorgorganisaties
1993	Gezondheidszorg blijft buiten verdrag Maastricht Sociale verzekeringen tellen mee bij EMU Saldo	EU	Autonomie landen	Nederland blijft zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheidszorg 'Kosten zorg' worden 'tekorten overheids-rekening' in EMU saldo
1993	Wet BIG	Zorg	Regulering beroepen individuele gezondheidszorg	
1993	Eerste ervaringsdeskundigen in GGZ	GGZ	Ervaring naast professie inbrengen	Strijd professionals en ervaringsdeskundigen 'Professionalisering en protocollering' ervaringsdeskundigen als contradictie in terminus
1994	Na 12 jaar weer minister voor Volksgezondheid i.p.v. staatsecretaris	Kabinet	Volksgezondheid wordt politiek hoger gewaardeerd	

1994	Invoer digitale Gemeentelijke Basisregistratie persoonsgege-vens	Overheid digitalisering	Vervanging gemeentelijk papieren Bevol-kingsregister	
1994	BOPZ	GGZ	Vervang Krank-zinnigenwet uit 1884. Bestuurlij-ke mogelijkhe-den opleggen onvrijwillige of gedwongen behandeling	
1994	Invoering Wet Geneeskundige Behandelover-eenkomst WGBO	Zorg	Regelen relatie patiënt en be-handelaar. Deze relatie is een zakelijke overeenkomst. Patiënt krijgt recht inzage dossier	Emancipatie patiënt. Basis BIG register
1994-1998	Euthanasiewet	Zorg	Duidelijkheid over euthanasie. Strafbaarheid niet opgeheven	Regeling euthanasie. Sinds 2016 weer ter discussie door harde opstelling OM

1995	Rapport Biesheuvel 'Modernisering' curatieve zorg	Curatieve zorg	Integratie handelen medisch specialisten in bedrijfsvoering ziekenhuizen.	Aanzet tot DBC's Basis voor medisch specialistisch bedrijf (MSB).
Vanaf circa 1995	De-institutionalisering gehandicaptenzorg Community living en independent living gehandicapten	Zorg voor gehandicapten	N.a.v. studiereis naar Zweden wil ambtenaar Walter McLennan de intramurale instellingen binnen 5 jaar afbreken. Er hoeven max 3000 intramurale plaatsen over te blijven	Anders denken over zorg aan verstandelijk gehandicapten. Ging het om een visie of om kostenbesparing? Zweden was wel goedkoper. In de USA bestond eigenlijk geen geïnstitutionaliseerde gehandicaptenzorg. Maar de instellingen zijn er anno 2020 nog steeds

1995	Oprichting Arduin Nieuwe vorm gehandicapten-zorg	Zorg voor gehandicapten	Piet van de Beemt maakt het dramatisch slechte Vijvervreugd los van SVRZ en vormt dit om tot Arduin. Arduin staat voor nieuwe vormen van kleinschalige zorg en ondersteuning gehandicapten	In 2002 wil Van den Beemt Arduin zelfs opheffen en met community care opnieuw beginnen. Na zijn vertrek in 2008 stortte de boel in en werd Arduin weer een klassieke organisatie. Wegens slechte bedrijfsvoering is Arduin door 's Heeren Loo uit faillissement gered
1995	EMA opgericht	Farmacie	Goedkeuring geneesmiddelen kan nu ook Europees	
Circa 1996	Faillissement Klokkenberg en ziekenhuis Bilthoven	Zorg		Continuïteit zorgorganisaties niet meer gegarandeerd
1996	PGB	Zorg	Eigen keuzen client met publiek geld	Tot 2020 nog steeds niet goed geregeld

Circa 1996	Indicatiestelling wordt weg-gehaald bij aanbieders en ondergebracht bij 80 Regionale Indicatieorganen (RIO)	Niet curatieve zorg	Indicatiestelling moet objectief en onafhankelijk en dicht bij de burger zijn	
1996	Wet Geneesmid-delenprijzen	Farmacie	Beheersing prijzen genees-middelen	Duitsland (later Noorwegen) als referentiekader
1996	Commerciële thuiszorg met winst		Bevorderen zorgondernemer-schap	'cowboys in zorg'
1996	WMCZ	Zorg	Medezeggen-schap cliënten	Deze WMCZ was 20 jaar onderweg en gebaseerd op niet meer be-staand model van kleine instellin-gen met uitvoerend bestuur. WMCZ in 2018 gewijzigd
1996	Kwaliteitswet Zorginstellingen	Zorg	Raamwet om zorgorganisaties systematisch aan kwaliteitsverbe-tering te laten doen	In 2016 vervangen door de Wkkgz

1998	Oprichting Google	Tech		Maatschappelijke afhankelijkheid van digitale platforms en leveranciers
1998	Patients like me	Tech	Patiënten-platform. Opgericht door familie van ALS patiënt	Maakt patiënt mondig. Ontmoetingsplaats voor mensen met bepaalde ziektes. Uitwisseling van verschijnselen en behandelingen. Bron voor wetenschappelijk onderzoek
1998	Claw Back regeling om winsten apothekers af te romen	Farmacie	Kosten-beheersing farmacie. Regeling Simons uit 1991 ongedaan maken	
1999	Rapport Van der Grinten c.s. '25 jaar sturing in de gezondheidszorg, van verstatelijking naar ondernemerschap'	Zorg	Constatering dat van minder overheidssturing geen sprake is, noch van marktwerking	Rapport zou zo weer geschreven kunnen worden
1999	Oprichting Stichting Capaciteitsorgaan	Curatieve zorg	Overheid probeert toestroom medisch specialisten te regelen	Nog geen

1999	Invoering girale Euro	EU		
1999	Oprichting waarborgfonds Zorg	Zorg	Onderling waarborgfonds dat garanties geeft op leningen voor Bouw	Onderlinge waarborg vervangt overheidsgaranties
Vanaf circa 2000	Just in time filosofie	Globaal	Uitbesteden. Geen voorraden meer	In 2020 blijken alle buffers te ontbreken
Vanaf 2000	Wellness industrie	Globaal		Oog voor gezondheid en welbevinden
Vanaf 2000	Protocollering (para) medische beroepen	Zorg	Vertalen Evidence Base Medicine naar Evidence Based Practices	Zijn protocollen heilig of mag je er van afwijken?
2000	Er bleek geen millenniumbug te zijn	Tech		Onnodige angst voor technologisch falen

2000	'Aanbevelingen goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording' Rapport commissie Meurs	Zorg	Governance toegepast in de zorg Aanleiding aanbevelingen Peters voor beursgenoteerde ondernemingen	Eerste governancecode zorg Hulpmiddel voor goede governance en om met RvT model om te gaan
2000	Vuurwerkramp Enschede	Maatschappij		Test veiligheidsregio's, hulpdiensten en ziekenhuizen
2000	Invoering POH somatiek huisartsenzorg	Huisartsenzorg	Ontlasting huisarts	Ingrijpende wijziging organisatie huisartsenzorg
2000 .	FDA keurt Da Vinci operatierobot goed	Curatieve zorg	Verbetering operatietechniek	Vanaf 2005 wil ieder ziekenhuis er één hebben. Het ding blijkt te ingewikkeld en wordt te weinig gebruikt. Er zijn er tot 2020 circa 5000 wereldwijd verkocht

Circa 2000	Wie krijgt een donorhart	Curatieve zorg	Vanwege tekort donorharten stellen cardiochirurgen in Eramus MC criteria op voor wie een donorhart krijgt: Jong genoeg om hart lang te gebruiken, geschikt voor de langdurige therapie, begrijpt de therapie en spreekt Nederlands. TK schiet dat als discriminatie af, maar stelt er niets voor in de plaats	

2001/2002	'Boter bij de vis'	Curatieve zorg	Vanwege budgettering zijn eind 20ste eeuw wachtlijsten onstaan. Minister Els Borst voert in dat medisch specialisten direct betaald worden voor hun werk	Wachtlijsten verdwijnen. Basis DBC systematiek
2001	Café brand Volendam	Maatschappij		Ontwikkeling maatschappelijk risicomanagement
2001	MKZ crisis	Volksgezondheid		Voorloper Corona?
2001	9/11 aanval op Twin Towers	Globaal		Leidt tot negativisme over moslims en mensen van kleur. Gewijzigde kijk op de noodzaak van publieke veiligheid
2001	Ad Bos als eerste klokkenluider	Bedrijfsleven		Klokkenluiders regelingen
2002	Invoering chartale Euro	EU		Gulden verdwijnt. administraties moeten worden aangepast
2002	Moord Pim Fortuyn	Maatschappij		Toename populisme

2002	Oprichting AFM	Financiën	AFM houdt ook toezicht op zorg-verzekeraars	Inherente spanning: Zorgverzeke-raar als onderdeel financiën moet van AFM (en EU) grote buffers aanhouden. Zorgverzekeraar als onderdeel van zorg mag geen winst uitkeren en niet te veel geld 'oppotten', want dan wordt de premie te hoog
2003	Sars epidemie	Globaal		Begin meerdere pandemieën. Was hier lering uit te trekken, zodat Corona pandemie anders was aangepakt?
2003	Participatiewet	Sociaal beleid	Mensen meer mee laten doen in de samenle-ving	Beperkt succes. Voor sommige groepen zelfs ver-slechtering
Vanaf 2004	Smartphone	Tech		Ingrijpende verandering sociaal verkeer
2004	Moord op Theo van Gogh	Maatschappij		Toename discriminatie
2004	Rookverbod	Volksgezondheid	Preventie	Op termijn minder langdurig zieken met longproblemen. Negatief effect roken op gezondheid wordt steeds duidelijker

2004	WRR rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening'	Overheid	Poging om koers uit te zetten voor functioneren overheid en semipublieke organisaties	Geen. Door politici niet opgepakt
2004-2008	Convenanten farmacie	Farmacie	Afspraken over prijsverlagingen geneesmiddelen	Medicijnentekorten. Verwarring bij patiënten
Vanaf 2005	Social media	Tech		Alternatieve werkelijkheden
Vanaf 2005	Cosmetische chirurgie	Medische zorg		Nieuw schoonheidsideaal
2004	Gezanten Hoogervorst	Bedrijfsleven input voor de zorg	Leren uit bedrijfsleven	Verbetering veiligheid zorg door rapport Willemse Shell 'hier werk je veilig of werk je niet'. Rest sloeg niet aan: - Peter Bakker TPG 'Het kan écht: betere zorg voor minder geld' over patiënten-logistiek - Hans Kennedie Golden Tulip 'Waarde, Waardering, Waardigheid' over Hospitality Care sector

2004-2008	Project 'Sneller beter' voor betere veiligheid ziekenhuizen	Curatieve zorg	Verbeteren kwaliteit en patiëntveiligheid ziekenhuizen	Blijvende verbetering kwaliteit en patiëntveiligheid
2005	Oprichting CIZ RIO's opgeheven Introductie ZorgZwaarte Pakketten	AWBZ zorg	Landelijke indicatiestelling i.p.v. regionaal moet objectiever. Meetbaar maken welke zorg geleverd moet worden	Grote indicatie-bureaucratie en lange wachttijden. Regulering en indeling in categorie van te leveren zorg
2005	DBC systematiek ziekenhuizen	Curatieve zorg	Prijs-prestatie-afspraken. Vervangt vaste tarieven. Bedoeld voor kosten beheersing	Nederland eigen ingewikkelde DBC's. Leert niet van buitenland. Verkeerde aanpak, waardoor opnieuw begonnen moet worden. Door onderhandelen alle partijen ontstonden 30.000 DBC's. Enorme toename administraties ziekenhuizen
2005	Planetree Nederland	Langdurige zorg	Visie en methode voor mensgerichte zorg	Opgericht in USA 1978. Anno 2020 zijn 25 Nederlandse en Belgische zorgaanbieders Planetree gecertificeerd
Circa 2005	Eden Alternative	Ouderenzorg	Mensgerichte ouderenzorg Alternatief voor Planetree	Heeft in Nederland niet echt voet aan de grond gekregen

2005	WTZi	Zorg	'vereenvoudiging van het stelsel van overheids-bemoeienis met het aanbod van zorginstellingen'	Het tegenovergestelde van vereen-voudiging overheidsbemoeienis
2005	Invoeren pre-ferentiebeleid medicijnen door verzekeraars	Farmacie	Vermindering aantal en kosten medicijnen	Inkomens apothekers dalen. Patiënt krijgt steeds andere medicijnen. Tekorten medicijnen
2005	Uitvoeringsbe-sluit WTZi	Zorg	Uitvoeringsregels	RvT wordt verplicht gesteld
2006	Zorgverzeke-ringswet	Zorg Rijksbegroting	Principiële wijzi-ging financiering Een basisverze-kering voor alle burgers	Basisverzekering 'Gereguleerde marktwerking in de zorg'
2006 (vermoedelijk)	Invoering vereve-ningssysteem Zorgverzekeraars	ZVW zorg	Solidariteit burgers en risicoverevening zorgverzekeraars	
2006	Afschaffen abon-nementstarief huisartsen	Zorg	Gevolg ZVW	Huisarts wordt ondernemer i.p.v. publieke voorziening
2006	Wet marktorde-ning gezond-heidszorg	Zorg	Regelt 'markt-werking', infor-matie en tarieven	Basis voor NZa

2006	Oprichting NZa als vervanging van C(O)TG	Zorg	Marktwerking dus geen centrale tariefstelling meer	
2006-2011	Steeds meer DBC's vrij onderhandelbaar	Curatieve zorg	Van 10% in 2006 tot 65% vrij onderhandelbaar in 2011	Calculerend gedrag zorgverleners
Vanaf 2006	Michael Porter "Redifining Health Care": 'Value Based Health Care' (VBHC) Waardengedreven zorg	Curatieve zorg	Marketing principes toepassen in zorg. Waarde voor de patiënt creëren = uitkomsten voor patiënt gedeeld door de kosten	VBHC kende lange aanloop. Wordt de laatste jaren op meerdere plaatsen in Nederland toegepast
Vanaf 2006	Opkomst privéklinieken	Zorg en bedrijven	'Marktwerking zorg'	Verbetering voor gestandaardiseerde behandelingen. Risico 'cherry-picking', waardoor ziekenhuizen met de commercieel niet aantrekkelijke behandelingen blijven zitten. Spanning als specialist zowel in ziekenhuis als in privékliniek werkt
2007	Akzo Nobel verkoopt Organon	Farmacie		Begin afhankelijkheid van Nederland voor (dure) medicijnen uit het buitenland

2007	Wijziging ZVW van no-claim naar eigen risico	Zorg	Kosten-beheersing curatieve zorg	Meer calculerend gedrag verzekerden?
2007	Geneesmiddelenwet	Farmacie	Opvolger wet uit 1958	Beheersing kwaliteit, kwantiteit en prijs geneesmiddelen
2007	Introductie Magneet ziekenhuizen in Nederland door V&VN Later 'Excellente zorg'	Curatieve zorg	Arbeidsvreugde van verpleging in ziekenhuizen verhogen en verbeteren patiëntveiligheid	Vooral iets voor verpleegkundigen. Specialisten hebben nooit meegedaan. NPF lijkt afgehaakt
2007	Oprichting Buurtzorg	Zorg	Geheel andere manier van wijkverpleging	Nog steeds de lieveling van politiek en media 'Voorbeeld' voor andere zorgaanbieders. Veel - niet altijd geslaagd-kopieergedrag
2008 - heden	Invoeren preferentiebeleid geneesmiddelen	Farmacie	Kosten-beheersing door alleen preferente geneesmiddelen voor te schrijven	Verwarring bij de patiënt, die iedere keer andere pillen krijgt. Weerstand bij huisartsen omdat zorgverzekeraar 'op hun stoel gaat zitten'
2008	Invoeren POH GGZ	Eerstelijn		Zie POH somatiek.
2008	Wet publieke gezondheid	Volksgezondheid	Regelen publieke gezondheidszorg. Aanzet tot preventie	Effect niet duidelijk

2008	Financiële crisis	Globaal		Banken geen betrouwbare partner meer. Zorgorganisaties sneller in bijzonder beheer. Overheid springt bij en krijgt daardoor groter begrotingstekort. AFM met DNB gaat bestuurder en toezichthouders van zorgverzekeraars toetsen net als bij banken.
2009	WHO maakt zich zorgen over pandemie Mexicaanse griep	Volksgezondheid		Waren meer pandemieën te voorzien?
2009	Minister Ab Klink verklaart de IJsselmeer-ziekenhuizen tot 'systeemziekenhuis'	Zorg Financiën	Motivatie om dit ziekenhuis te steunen. Copycat gedrag n.a.v. systeembanken	Blijvende verwarring of overheid moet ingrijpen als een ziekenhuis omvalt
2009	Lean/Sic Sigma	Alle bedrijfstakken	Efficiency. Waarde voor de cliënt	Verbetering bedrijfsvoering. Soms ook doorgeschoten in alles wegbezuinigen

Vanaf 2010	Diversiteit in geneeskunde 'ontdekt'	Curatieve zorg	Gaandeweg wordt duidelijk dat veel onderzoek, diagnostiek en behandeling gebaseerd is op gezonde jonge en middelbare witte mannen. Dat maakt een deel van de geneeskunde ongeschikt voor vrouwen, ouderen, mensen met meerdere kwalen en mensen met een andere huidskleur. Zo vertonen vrouwen heel andere klachten bij een hartinfarct, waardoor deze vaker gemist wordt	Nieuw onderzoek en nieuwe behandelingen. Ook onder druk van patiëntenbewegingen
Vanaf circa 2010	Kritiek op Evidence Based Medicine	Volksgezondheid		Handelsvrijheid professionals te veel ingeperkt. 'Best practice' wordt de enige mogelijkheid

2010	"If Disney ran your hospital"	Curatieve zorg	Fred Lee verklaart principes pretpark van toepassing op ziekenhuizen	Kortstondige hype
2010	Afschaffen bouwregime zorg Opheffing College Bouw (sinds 1971 onder verschillende namen)	Volksgezondheid	Huisvestingscomponent komt in budget zorginstelling. Voor Bouw hebben ze geen toestemming meer nodig, maar moeten financiering in de markt vinden	Huisvesting genormaliseerd. Minder overheidsregulering. Meer afhankelijk van banken
2010	ROM GGZ	Zorg	Invoeren meetinstrument om professional en cliënt de voortgang van de behandeling te laten meten	Bureaucratisch instrument om de prestaties van GGZ te meten en daarop af te rekenen
2011	CIZ wordt MO-Zaak	Zorg	Overheid mag geen taken uitvoeren, die ook op de markt kunnen	

2011	Eerste Kamer schiet landelijk schakelpunt EPD af vanwege privacy	ICT Zorg	Angst voor privacy patiënt	Grote achterstand in uitwisseling patiëntgegevens
2011	Machteld Huber introduceert nieuwe definitie gezondheid "positieve gezondheid"	Gezondheid	'Gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Positieve Gezondheid is een verdere uitwerking van dit concept	WHO heeft overwogen de definitie over te nemen, maar het is typisch een definitie voor rijke landen. Voor arme landen is de WHO definitie uit 1948 beter: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'

2011 e.v.	Minister Schippers sluit hoofdlijnenakkoorden met curatieve zorg en GGZ Later ook met paramedische zorg en huisartsen	Zorg	Vermindering stijging kosten gezondheidszorg. Staat haaks op de principes van marktwerking, die de minister aanhangt. Is eigenlijk weer gewoon budgettering	Akkoorden succesvol. Minder stijging kosten zorg. Praktijk wordt onder volgend kabinet doorgezet
2011	VWS project regelarme zorg	Zorg	Bedoeld om minder regels in de zorg te krijgen	Nog niet echt gelukt. Allerlei vervolgprojecten. In 2019 'Ontregel de zorg'
2012	Inkoop en verstrekken dure geneesmiddelen gaat van apothekers naar ziekenhuizen	Zorg	Dure geneesmiddelen goedkoper door inkoopvoordeel ziekenhuizen	In 2010 bij Klink afgedwongen door Eeke van der Veen (PvdA). Strijdig met principe van meer naar eerstelijn. Voordeel was maar tijdelijk omdat ziekenhuizen minder korting kregen
2012	Nederlandse Patiëntenfederatie neemt initiatief tot Persoonlijke Gezondheids Omgeving	Gezondheid	Burger/patiënt moet over zijn eigen medische gegevens beschikken en niet afhankelijk zijn van de zorgverlener	Mogelijk vanaf juli 2020

2012	Regeerakkoord VVD PvdA	Regering	Bezuinigen op zorg	Ontslag zorgmedewerkers (10.000<> 50.000). Later permanente schaarste aan zorgmedewerkers
Januari 2012 - juni 2012	Invoeren en afschaffen vrije tarieven tandartsen	Zorg	Vrije tarieven tandartsen	Na jaren onderhandelen ingevoerd. Omdat 10% tandartsen hoge tarieven berekende is dit besluit na 6 maanden al teruggedraaid
2012	DOT vervangt DBC	Curatieve zorg	DOT betekent DBC's Op weg naar Transparantie. 30.000 DBC's worden vervangen door 4.400 DBC zorgproducten	De ene bureaucratie wordt door de andere vervangen
2012	Afspraken verzekeraars en apotheken over zorg en medicijnprijzen	Farmacie	Kostenbesparing	
Vanaf 2012	Discussie over populatiebekostiging	Zorg	Andere financiering	In 2020 nog niet gerealiseerd. Samenhang met triple-aim gedachtengoed. Komt terug in discussienota VWS 'zorg voor de toekomst' van 2020

2012	Minister Schippers gaat zelf met farmaceuten onderhandelen over dure geneesmiddelen	Farmacie	Besparen op kosten dure geneesmiddelen	'Naasting' Overheid maakt private functie deels publiek
Vanaf circa 2012	Opkomst 'wearables' en trackers	Gezondheid	Opkomst horloges e.d. om je conditie te meten als je bezig bent. Eerst in sport, later breder en ook in zorg	Ontstaan van de 'zelfmetende mens'. Ook in bewaken gezondheid steeds meer gebruikt middel voor zelfpreventie en contact met zorgverlener
2013 e.v.	Apothekers gaan failliet. Onderzoeker Rinnooy Kan dringt aan op fundamenteel onderzoek naar positie apothekers.	Farmacie	Positie (stads) apothekers	Volgend kabinet gaat niet op dit probleem in

2013	WNT	Overheid en alles wat daarop lijkt te lijken.	Beperken topinkomens ‘semipublieke’ organisaties	Kostbare bureaucratie. Frustraties bij bestuurders en toezichthouders. Belemmering goed bestuur zorg. Eisen financiers
2013	Kabinetsbesluit versobering ouderenzorg	Financiën Zorg	Sluiting alle verzorgingshuizen	Ontstaan ‘gat’ tussen wonen thuis en verpleeghuis
2013	Rapport Halsema ‘een lastig gesprek’	Overheid en semi-publieke sectoren	Poging tot advies over ‘Behoorlijk Bestuur’	Publieke belangen moeten expliciet gemaakt worden en gekwantificeerd worden. Overheid en maatschappelijke organisaties door elkaar gehaald. Semipublieke organisaties moeten zich als overheid gaan gedragen
2013	Ebola in Afrika	Volksgezondheid		Voorspeller wereldwijde pandemieën?

2013	Jaarlijkse Nationale Denktank	Zorg	Nationale Denktank geeft 10 oplossingen voor 'Veerkrachtzorg' 1. Gedeeltelijk eigen risico 2. Praatpaal in openbare ruimte 3. Advieswinkel 4. Samen uit moet Oud korting 5. Carte blanche -aanpak Jeugdzorg 6. Samen Sterk plan 7. De Zelfwijzer 8. Zorgkwaliteit verspreid 9. Health Impact Bounds 10. Getrapt pensioen	Heeft weinig effect gehad
2013	Introductie Triple-Aim in Nederland	Zorg	Drie doelen 1 Verbetering ervaren kwaliteit van zorg 2 Verbetering van de gezondheid van een populatie 3 Vermindering van de kosten (van de zorg) per hoofd van de bevolking	Later 'Quatro Aim' met als toevoeging 'het realiseren van tevreden zorgprofessionals' Komt in 2020 terug in de discussienota 'Zorg voor de toekomst' van VWS

2013 - 2018	Geleidelijke uitfasering expost verevening zorg-verzekeraars ZVW	Zorg Financiën	Volledige markt-werking voor zorgverzekeraars	Meer risico's en dus ander gedrag zorgverzekeraars Aantasting solidariteit zorgstelsel
2014	UMCU trans-planteert geheel kunststof schedel	Curatieve zorg		Ontwikkeling kunstmatige implan-taten
2014	Afschaffing AWBZ	Zorg, Financiën	- Kosten remmen - Van recht naar voorziening - Ondersteuning uit kosten zorg - EMU saldo	
2014/ 2015	Wmo en Wlz	Zorg en welzijn	Als bij AWBZ	
2014	Start programma 'Zorg voor Beter'	Ouderenzorg	Verbetering kwaliteit zorg verpleeghuizen	Permanent kennisplein bij Vilans
2014	Jeugdwet	Jeugdzorg	Jeugdzorg naar gemeenten	

2014	Minister Schippers wil artikel 13 Zvw wijzigen, zodat zorgverzekeraars geen ongecontracteerde zorg hoeven betalen. Dit wordt getorpedeerd door het begrip 'vrije artsen keuze' dat door de wijziging van dit artikel niet mogelijk zou zijn	Financiering zorg	Zvw geheel door voeren. Betaling on-gecontracteerde zorg stoppen. Einde wildgroei polissen	- GGZ zegt hoofdlijnenakkoord op - Actiegroepen en linkse partijen zijn tegen - Wetswijziging gaat niet door - ZVW wordt niet afgemaakt - Nietgecontracteerde zorg wordt soort 'geuzendaad' - Free riders op basisverzekering - Gebrek aan solidariteit - Ook volgende pogingen stranden - Ongecontracteerde zorg en wildgroei anno 2020 nog steeds een probleem
2014	Invoering passend onderwijs en afschaffen speciaal onderwijs	Onderwijs	Alle kinderen moeten naar gewone school Zo nodig met ondersteuning	Zelfde normalisatie en inclusie tendens als in gehandicaptenzorg
2014	Oprichting Zorginstituut als opvolger ziekenfondsraad (tot 1999) en diens opvolger College voor Zorgverzekeringen	Zorg	- Advies aan VWS over basispakket en beroepen en opleidingen. - Verdeling verevening - Adviezen over kwaliteit aan zorgaanbieders	

Vanaf 2014	Smart speaker, virtuele assistenten, spraakherkenning komen op de markt	Tech	Maakt sturing door spraak mogelijk	Vanaf 2018 ook in gebruik bij consulten in de GGZ, zodat assistent het verslag maakt i.p.v. de professional
2014	Introductie begrip 'Shared Savings in Nederland	Curatieve zorg naar preventie	Idee dat als de opbrengsten van een verbetering in de gezondheid bij de één ligt en de kosten bij de ander, dat dan degene met de kosten ook een deel van de opbrengsten krijgt.	Komt over uit Duitsland en USA Vooral spel tussen ziekenhuizen en huisartsen enerzijds en verzekeraars anderzijds
2015	Start experimenten Bernhoven en Rivas met meerjaren aanneemsom	Curatieve zorg	Praktische vertaling van Shared savings	Blijkt na aantal jaren succesvol Voorwaarde is dat belangen ziekenhuis en medisch specialisten parallel lopen In 2020 successen bij Bernhoven en Rivas, maar nog niet op grote schaal ingevoerd
2015	Transitie naar gemeenten	Overheid	Gemeenten verantwoordelijk voor Wmo Jeugdzorg Participatiewet	

2015	Regeling 2012 over inkoop medicijnen door ziekenhuizen afgeschaft	Farmacie	Leverde geen besparingen op maar wel onge-mak voor patiënt en zorgverleners	
2015	Indicatiestelling naar gemeenten Keukentafel-ge-sprekken	Sociaal domein	Ondersteuning op maat en/of kostenbesparing	Indicatiestelling niet meer objec-tief en onafhankelijk maar door lokale politiek wordt bepaald
2015	Fox IT verkocht aan het buiten-land	Bedrijfsleven Overheid		Voor het eerst komt overheid erachter dat met verkoop bedrijf ook essentiële data van overheid en zorg in handen van buitenland-se bedrijven en overheden komen
2015	Integrale bekosti-ging ziekenhuizen	Curatieve zorg	Integratie bedrijfsvoering ziekenhuis en specialisten, zoals Biesheuvel in 1995 wilde Keuze loondienst, participatie of MSB	Veel specialisten kiezen voor MSB
2015	Invoering MSB Wet integrale bekostiging	Curatieve Zorg	Beheersing kosten medische zorg	Dubbele governancestructuur ziekenhuizen nog steeds niet opgelost

2015	Rapport IGZ: 'Verbetering van de kwaliteit in Verpleeghuizen gaat langzaam'	Verpleeghuizen	Aandacht voor kwaliteit verpleeghuizen IGZ publiceert onder druk staatssecretaris onjuiste lijst met 150 slechte verpleeghuizen	Vertrouwen veld in werkwijze IGJ is weg 'Schandpaal' effect. Mede aanleiding voor manifest Hugo Borst en programma waardigheid en trots
2015	Invoering zorgprogramma's huisartsen	Zorg	Chronische ziekten buiten ziekenhuis behandelen	Draagt niet bij aan integrale eerstelijnszorg Allerlei organisatievormen huisartsen Opkomst governance huisartsenorganisaties
2016	Zorgmanifest Hugo Borst	Verpleeghuizen	2 miljard extra en 45.000 FTE extra voor VVT	Wat is ervan terechtgekomen?
2016	Start VWS Programma Waardigheid en trots	Verpleeghuizen	Verbetering kwaliteit zorg verpleeghuizen	Programma loopt nog in 2020
2016	Minister Schippers wil dat medisch specialisten in loondienst gaan of aandeelhouder worden.	Curatieve zorg	Afschaffen MSB en onbestuurbaarheid ziekenhuizen Schippers heeft geld over voor de overgang naar loondienst	Verzet medisch specialisten en ziekenhuizen Fictie van 'vrij gevestigde' specialist blijft MSB blijft Jonge specialisten gaan vaker in loondienst

2016	Hans Becker opent eigen verzorgingshuis Roosenburgh	Ouderen zorg	Becker wil hier opnieuw zijn filosofie van geluk realiseren, die hij eerder (1991) bij Humanitas Rotterdam in de praktijk bracht	Zijn filosofie is bij Humanitas na zijn vertrek niet verder toegepast
2016	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	Zorg	Vervangt Kwaliteitswet uit 1996	
Vanaf 2016	Splitsing basis GGZ en specialistische GGZ	GGZ	Goedkoper Basis GGZ koppelen aan eerstelijn	Ingrijpende reorganisatie GGZ instellingen Zie ook Triëst 1991
2016	VWS krijgt 2 ministers en een staatsecretaris	Kabinet	Niet duidelijk waarom	Zie 1994
2017	Zorginstituut neemt besluit over kwaliteitseisen verpleeghuiszorg	Verpleeghuizen	Kwaliteitsverbetering	1 ZIN besluit, omdat het veld er niet uitkomt 2 Kosten 2,1 miljard TK ontdekt dat besluit ZIN de kracht van wet heeft VWS probeert sindsdien die kracht van wet terug te draaien, maar dat is nog niet gelukt
2017	VGN stelt kwaliteitskader WLZ zorg gehandicapten vast	Zorg voor gehandicapten	Kwaliteitsverbetering	Kwaliteitskader loopt tot 2022 Hier werd het veld het zelf eens, zodat ZIN niet in hoefde te grijpen (zie kwaliteitskader ouderenzorg

2017	WRR rapport 97 'Weten is nog geen doen'	Redzaamheid burger	WRR stelt vast dat het beleidsaxioma dat de burger zelfredzaam is een fictie is Meer dan de helft van de bevolking ontbeert tenminste eenmaal in zijn leven het vermogen tot rationeel en redzaam handelen	Deze gedachte begint langzaam invloed op het beleid te hebben
Meerdere malen	Geen winst in zorg toestaan	Zorg en ondernemen	Angst voor 'weglekken' zorggeld	Belemmering financiering m.n. ziekenhuizen
Vanaf 2010	Apps	Tech		Fundamentele wijziging van beschikbaarheid kennis en mogelijkheden zelf zaken te doen Veel gezondheidszorg apps
2016	Philips wordt bedrijf voor medische technologie	Bedrijfsleven	Na afstoten andere bedrijfsonderdelen richt Philips zich alleen op medische technologie	Te verwachten grote technologische ontwikkelingen in de zorg
2018	Meer taken en BIG registratie van mondhygienisten tegengehouden door KNMT	Zorg	Er bestond overeenstemming over aanpassing BIG om mondhygiënisten voorbehouden handelingen te laten uitvoeren	KNMT (tandartsen) schiet dit op het laatst af vanwege hun financieel belang

2018	Nationaal Preventieakkoord van overheid met 70 maatschappelijke organisaties	Volksgezondheid	Terugdringen: - Roken - Obesitas - Overmatig alcoholgebruik	Effecten nog niet bekend
2018	AVG	EU	Bewaking privacy burger	Belemmering uitwisseling gegevens Grote bureaucratie
Vanaf 2018	Inzicht dat algoritmen niet neutraal zijn	Tech AI	1 Syri project overheid wordt afgeblazen omdat het discrimineert. 2 idem voor poltitiesysteem om criminaliteit in wijken te voorspellen. 3 In Silicon Valley blijken selectieprogramma's voor nieuw personeel alleen maar jonge mannelijke nerds op te leveren	Inzicht dat de vooroordelen van de mensen, die input voor een algoritme geven leidt tot bias in het systeem 'Garbage in, Garbage out'. Roep om 'verantwoording' over de inhoud en opbouw van algoritmen

2019	BIG 2	Zorg	Herordening verpleegkundige beroepen	Ingetrokken door Bruins toen V&VN terugkwam op eerdere bijdrage na woede achterban
2019	VWS start project (ont)regel de zorg (ORDZ)	Zorg	Minder regels in de zorg	Vervolg op regelarme zorg uit 2011
Vanaf 2019	Ervaringsdeskundigen in WMO	Sociaal domein	Naar voorbeeld GGZ nu ervaringsdeskundigen bij gemeenten. Vooral bij schuldhulp-verlening	Eerste ervaringen zijn goed
2020	BOPZ wordt vervangen door Wet verplichte GGZ en Wet zorg en dwang	GGZ	Bestuurlijke mogelijkheden om onvrijwillige of gedwongen behandeling op te leggen	
2020	PGO Persoonlijk Gezondheid Omgeving per 1 juli beschikbaar	ICT en zorg	Naast EPD van de zorgverlener over de patiënt komt dossier van patiënt over eigen gezondheid	Gaat PGO het winnen van EPD of blijven beiden naast elkaar bestaan? Worden medische data echt van de patiënt?

2020	Corona	Globaal		- Volksgezondheid staat ineens centraal - Overbelasting gezondheidszorg - Jarenlange efficiencyslagen betekenen dat er (i.t.t. Duitsland) geen buffers zijn - Versnelde invoering van EHealth en digitale consulten - Afschaling reguliere zorg - Roept de vraag op of alle geplande zorg wel nodig was - Verpleeghuizen moeten kiezen tussen leefbaarheid en veiligheid van hun bewoners. Kiezen voor het laatste. - Overbelasting zorgpersoneel. - Pikorde in zorg herbevestigd. Alle beschermingsmiddelen eerst naar ziekenhuizen. - Minder geschoolde 'hulptroepen' kunnen nu wel ingezet worden, terwijl dat eerst door professionals tegengehouden werd. - Nieuw beeld van wat essentiële beroepen voor de maatschappij zijn

2020	Minister de Jonge neemt de inkoop van beschermings-middelen tegen Corona over van de zorginstellin-gen	Zorg	Sneller beschik-ken over bescher-mingsmiddelen en rechtvaardiger verdeling ervan	- 'Naasting' - Overheid maakt private functie deels publiek - Zie ook 2012 als Schippers over dure geneesmiddelen gaat onder-handelen - Geschiedt zonder overleg - Leidt tot fors tekort aan bescher-mingsmiddelen. - Overheid kan het niet beter dan ziekenhuizen
2020	BIG terug naar de kern	Zorg	BIG ontdoen van bureaucratische ballast. Brief van Van Ark aan de TK	Nog geen
2020	Rapport 16de Studiegroep Begrotingsruimte geeft nadrukkelijk aan dat kosten zorg niet langer te dragen zijn	Financiën	Kostenstijging gezondheidszorg moet beperkt worden	
2020	VWS brengt discussienota 'Zorg voor de toekomst' uit	Zorg en Welzijn	Drie Thema's: 1 Preventie & gezondheid 2 Organisatie & regie (van de zorg) 3 Vernieuwing & werkplezier	Samenballing van thema's, die in eerdere jaren geadresseerd zijn. - Rapport bevat veel beleidsop-ties. - Poging om dingen die eerder niet gelukt zijn (o.a. artikel 13 ZVW wijzigen en terugdringen ongecontracteerde zorg) nu weer voor te stellen.

2020	Zwart scenario IC bedden	Curatieve Zorg	- Intensivisten stellen scenario op voor als er te weinig IC bedden zijn en medische criteria tekort schieten - Dan leeftijdsse-lectie. - Minister wil loting - Kamer is tegen - Leeftijdsselectie blijft	Kernvraag: Wie bepaalt maatschappelijke ethische keuzen, de professionals of de politiek.

Verandermotto's

33 jaar gezondheidszorg

Als een verandering gewenst is, kiest de initiatiefnemer graag een motto om de richting een naam te geven. Soms is dit een zin, soms wordt het ook de naam van een project.
In de loop der jaren zijn vele motto's voor veranderingen in de gezondheidszorg de revue gepasseerd. Voor zover we deze motto's nog weten, sommen we ze hier op. Als dat nog te achterhalen is, geven we het jaar en het doel weer.

Jaar	Motto	Doel	Bron
1987	Bereidheid tot verandering	Naar een doelmatig, flexibel en samenhangend zorgstelsel. Volumebeheersing en kostenvermindering. Herziening verzekeringsstelsel en deregulering.	Rapport commissie Dekker
1991	Use it or Lose it/de 'ja cultuur'	Andere verpleeghuiszorg	Humanitas Bergweg Rotterdam
1991	Keuzen in de zorg	Model om te bepalen wat wel of niet zinvolle en verantwoorde zorg is	Rapport Dunning
1995	Gewoon wat kan, speciaal wat moet	Extramuralisatie gehandicaptenzorg	Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid
2004	Het kan écht: betere zorg voor minder geld	Betere logistiek	Rapport Peter Bakker TPG
2005	Sneller beter	Patiëntveiligheid, reductie medicatiefouten, decubituspreventie en postoperatieve wondinfecties	Landelijk verbeterprogramma voor ziekenhuizen 'Sneller Beter'

2005	Hier werk je veilig of hier werk je niet	Vanaf 1 januari 2008 moeten alle ziekenhuizen een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem hebben	Adviesrapport van president-directeur Shell Nederland van Rein Willems als gezant voor het programma 'Sneller Beter'
2007	Waardengedreven zorg Value Based Health Care	Cliëntwaarde leveren	Michael Porter
2009	In voor zorg!	Helpen zorgorganisaties bij het inrichten van werkprocessen. Bundeling bestaande kennis en praktische ondersteuning in veranderingstrajecten	Initiatief VWS en Vilans, kenniscentrum langdurende zorg
2009	Goedkoop als het kan, duur als het moet	Geneesmiddelenbeleid: generieke substitutie en preferentiebeleid	Diverse bronnen: FMS, VIG, Zorgverzekeraars, VWS
2009	Excellente zorg	Positie verpleegkundigen in ziekenhuizen	V&VN
2011	Regelarme Zorg	Zorg ontstaat in het contact tussen de cliënt en de professional. Als regels daarbij onnodig hinderen, moeten die worden aangepakt	Brief Staatssecretaris Veldhuizen-Van Zanten aan de Tweede Kamer, 2011

2011	Positieve gezondheid	Andere kijk op gezondheid, vanuit het individu/de persoon, en minder vanuit de ziekte en de zorg	Machteld Huber
2012	DOT = DBC's Op weg naar Transparantie	Herzien DBC systematiek	DBC-Onderhoud, thans onderdeel NZa
2012	Goed Gebruik Geneesmiddelen	Effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen nadat deze geregistreerd zijn voor gebruik	ZonMW programma, initiatief minister Els Borst
2013	Zinnige en Zuinige Zorg	Systematisch doorlichten van het basispakket, op grond van effectiviteit en doelmatigheid	Programma Zorginstituut Nederland
2014	Zorg voor Beter	Verbetering ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken. Kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn	Initiatief van ActiZ, ZonMw, V&VN en Vilans
2016	Waardigheid en Trots	Verbetering kwaliteit en werkvreugde ouderenzorg	VWS

2016	Zorg op Maat	Zorg leveren die aansluit bij de zogeheten 'gezondheidsvaardigheden' (met vooral aandacht voor lagere gezondheidsvaardigheden en slechtere gezondheidsuitkomsten	NIVEL, maart 2016
2018	De juiste zorg op de juiste plek (JZJP)	Het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health)	Rapport VWS Taskforce JZJP
2018	(ont)regel de zorg	Verminderen van de ervaren regeldruk voor professional en patiënt	Actieplan en Kamerbrief (Ont)Regel de Zorg, VWS, 2018
2018	Waardigheid en trots & Thuis in het Verpleeghuis	Verpleeghuiszorg: meer tijd en aandacht voor de bewoner, gemotiveerde en deskundige zorgverleners, leren/verbeteren/innoveren	VWS programma 'Thuis in het Verpleeghuis: Waardigheid en trots op elke locatie'. 2018
2018	Zorgen voor een ander	Ondersteuning mantelzorg	Rijksoverheid, VWS, Zorg van Nu
2018	Eén tegen eenzaamheid Onderdeel Pact voor de ouderenzorg	Verminderen en voorkomen eenzaamheid in de samenleving	Nationale Coalitie tegen Eenzaamheid

2018	Onbeperkt meedoen	Praktische uitwerking van het VN-verdrag handicap: verbetering positie mensen met een beperking	Programma Onbeperkt meedoen, VWS
2018	Langer Thuis	Ouderen kunnen in hun eigen omgeving zelfstandig oud worden, met een goede kwaliteit van leven. Ondersteuning en zorg thuis, mantelzorgers en vrijwilligers zorg en welzijn, en wonen	Programmaplan Langer Thuis, VWS
2018	Volwaardig Leven	Met dit programma wil het ministerie de gehandicaptenzorg en complexe zorg meer passend maken en beter voorbereiden op de toekomst. Zodat mensen met een beperking en hun naasten persoonlijke zorg en ondersteuning krijgen van mensen die gemotiveerd en deskundig zijn	VWS Programma Volwaardig leven 2018-2019
2018	Pact voor de ouderenzorg & Waardig Ouder Worden	Met het pact voor de ouderenzorg komen tal van partijen, waaronder gemeenten, verzekeraars, zorgverleners en andere maatschappelijke partners, samen in actie om eenzaamheid te signaleren en te doorbreken, goede zorg en ondersteuning thuis te organiseren en de kwaliteit van verpleeghuiszorg te verbeteren	Manifest 'Waardig Ouder Worden'

2018	Werken in de zorg	Aanpak personeelstekorten in de zorg	VWS Actieprogramma Werken in de Zorg 2018
2018	Zorg voor de jeugd	Jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugd-reclassering merkbaar en meetbaar verbeteren voor kinderen, jongeren en gezinnen, zodat ze op tijd passende hulp ontvangen	Programma VWS en Rechtsbescherming
2019	Gezondheid in de Gaten houden	Initiatieven om gezonder te leven. Tegen-gaan roken, overgewicht, problematisch alcoholgebruik. Bespreekbaar maken geestelijke aandoeningen. Motiveren om fit te blijven/worden	Nationaal Preventie Akkoord
2020	Toekomstbestendig Zorgstelsel	Financiële scenario's voor de zorg in de volle breedte, inventarisatie knelpunten voor de toekomst. Beleidsopties en -variaties	Brede maatschappelijke heroriëntatie, Ministerie van financiën

Principes van Nederlandse gezondheidszorg

Er is veel discussie over de toekomst van de gezondheidszorg. De overheid en haar adviesorganen schrijven een veelheid van rapporten over noodzakelijke veranderingen. Waarbij de kern is dat het huidige gezondheidszorgsysteem op termijn financieel onhoudbaar is. Politieke partijen komen voortdurend met plannen en wensen hoe het anders moet, meestal met de insteek dat het voor de burger beter moet. In de media en door burgers worden veel standpunten over de gezondheidszorg ingenomen. Ook de brancheorganisaties, de beroepsorganisaties en de organisaties van werkgevers geven hun visie op de gezondheidszorg en nemen daar standpunten over in. In al die visies/standpunten is niet terug te vinden wat de achterliggende grote lijnen zijn. Wat zijn de principes, waarop de Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd?

Deze informatie is nodig om te kunnen bepalen of voorstellen om aan de zorg te sleutelen passen binnen die principes, dan wel dat die principes moeten worden aangepast. Als daar geen zicht op is, is het risico groot dat er maatregelen genomen worden of beleid wordt ingezet, dat ongemerkt de principes aantast, waardoor de gezondheidszorg op termijn wordt uitgehold en/of onwerkbaar wordt. Als we de huidige inrichting van de gezondheidszorg zien als een bouwwerk dat stabiel staat, ook al vertoont het enige gebreken, dan is het risico groot dat door het afzonderlijk veranderen van onderdelen van het stelsel het fundament onder het bouwwerk wordt aangetast, dat draagbalken verwijderd worden of dat onlogische nieuwe vertrekken worden aangebouwd, waardoor het gebouw een doolhof wordt of zelfs instort.
Men zou verwachten dat die principes ergens helder geformuleerd en samengevat zijn. Het zou immers gewenst zijn om een toetsingskader te hebben om alle plannen en maatregelen aan te kunnen toetsen. Alleen zo kan beoordeeld worden of het samenhangende

zorgstelsel intact blijft en verbeterd wordt dan wel dat de principes aangepast moeten worden.
Een dergelijk toetsingskader is er niet. Een intensieve zoektocht van C3 naar een samenvatting van de principes, waarop het gezondheidszorg stelsel is gebaseerd, leverde niets op dat de actuele situatie weergeeft. Daarom hebben we zelf maar een overzicht gemaakt van die principes van de Nederlandse Gezondheidszorg. We hopen dat dit kan helpen als toetsingskader en op die manier kan bijdragen aan afgewogen beslissingen over de toekomst van de zorg.

De kernprincipes

1. De Nederlandse gezondheidszorg is gebaseerd op artikel 21 lid 1 van de Grondwet 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' en is verder geregeld in sectorwetten.
2 Dit grondwetsartikel is vertaald in verschillende verantwoordelijkheden van de overheid:
   a. De overheid is rechtstreeks verantwoordelijk voor maatregelen, die de volksgezondheid bevorderen. Daar horen ook zaken als preventie, gezonde voeding, goede woningen en riolering bij. Dit is de verantwoordelijkheid van de gehele Regering.
   b. De overheid is direct verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, dat een onderdeel is van de volksgezondheid. Dat is geregeld in de Wet publieke gezondheidszorg (Wpg). Die (eind) verantwoordelijkheid ligt bij het Ministerie van VWS en is voor een deel gedelegeerd aan gemeenten (b.v. GGD), agentschappen (b.v. RIVM) en privaatrechtelijke organisaties (b.v. de Stichting Bevolkingsonderzoek). Onder publieke gezondheidszorg vallen onder andere consultatiebureaus zuigelingen, bevolkingsonderzoek, vaccinatieprogramma's en kankerregistratie.
   c. De rijksoverheid is 'systeemverantwoordelijk' voor de individuele gezondheidszorg. 'Individuele gezondheidszorg' is de zorg die door zorgaanbieders geleverd wordt aan individuele burgers (en soms aan een gezin). Het Ministerie van VWS

bepaalt de publieke belangen/randvoorwaarden, waaraan de gezondheidszorg moet voldoen en het basispakket verzekerde zorg, maar is niet verantwoordelijk voor de uitvoering.

d. De overheid levert in beperkte mate ook zelf individuele gezondheidszorg voor haar medewerkers en voor mensen, die onder haar verantwoordelijkheid vallen. Het Ministerie van Defensie draagt de verantwoordelijkheid voor en organiseert de individuele gezondheidszorg voor haar militairen. Het Ministerie van Justitie en Veiligheid is verantwoordelijk voor de (financiering van de) individuele gezondheidszorg van asielzoekers, gevangenen, personen in Justitiële Jeugdinrichtingen en in TBS instellingen.

e. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor welzijn en maatschappelijke ondersteuning, die sinds 2015 niet meer als individuele gezondheidszorg wordt gezien, en voor de Jeugdzorg.

3. De daadwerkelijke individuele gezondheidszorg, dienstverlening van zorgaanbieders aan patiënten en cliënten is privaatrechtelijk geregeld. Overeenkomsten tussen de patiënt/cliënt en de zorgaanbieder/zorgprofessional voor de levering van gezondheidszorgdiensten en tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar voor het verzekeren daarvan, zijn gebaseerd op het privaatrecht (en niet op het publieke bestuursrecht). De overheid stelt kaders aan die overeenkomsten en regelt deze dienstverlening via wetgeving en algemene maatregelen van bestuur. De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) zijn voorbeelden van die kaders.
4. De Nederlandse individuele gezondheidszorg is gebaseerd op het principe van solidariteit. Solidariteit tussen rijk en arm, tussen jong en oud, tussen gezonde en zieke mensen. Die solidariteit is geborgd en verankerd in de wetgeving en de bekostiging van de gezondheidszorg.

De principes voor de bekostiging en financiering

5. Het principe van solidariteit ligt ten grondslag aan de gehele wettelijke inrichting van het zorgstelsel, dat in hoofdzaak gebaseerd is op 4 wetten, de Zorgverzekeringswet

(Zvw) van 2006, de Wet langdurige zorg (Wlz), De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) beiden uit 2015 ter vervanging van de AWBZ en de Jeugdwet (Jw) uit 2016.
Gebruikelijk is om de zorg, die volgens deze wetten is geregeld in te delen in drie compartimenten:

a. Eerste compartiment:

- De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, behandeling, vervoer naar begeleiding of behandeling, woningaanpassing voor kinderen jonger dan 18 jaar, huishoudelijke hulp geregeld door instelling.
- De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is er voor iedereen die ondersteuning nodig heeft om te kunnen participeren in de samenleving. De Wmo voorziet in: individuele begeleiding of ondersteuning voor volwassenen (dagelijkse levensverrichtingen en huishouden), begeleiding of ondersteuning in groepsverband (dagbesteding), kortdurend verblijf, huishoudelijke hulp, mobiliteitsvoorzieningen en woningaanpassingen.
- De Jeugdwet (Jw) is voor iedereen onder de 18 jaar die begeleiding of ondersteuning nodig heeft bij het opgroeien of bij de opvoeding. Uitgezonderd zijn: intensieve kindzorg (valt onder de Zvw) en permanent toezicht (valt onder de Wlz).

b. Tweede compartiment:

De Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht iedereen tot het sluiten van een ziektekostenverzekering en garandeert dat iedere burger recht heeft op een basispakket voor zorg en behandeling.

c. Derde compartiment:

Aanvullende verzekeringen, waarbij kosten worden vergoed voor hulp die geen deel uitmaakt van het wettelijk verzekerde basispakket.

6. De zorgverzekeringswet is uniek in de wereld. De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op de volgende principes:
    a. Burgers zijn verplicht een (basis)zorgverzekering af te sluiten en daarvoor premie te betalen. Burgers zijn vrij in de keuze van hun zorgverzekeraar.
    b. De Zorgverzekeringswet wordt op privaatrechtelijke basis uitgevoerd door de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders en zorgprofessionals.
    c. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle verzekerden een polis voor de basisverzekering aan te bieden die voldoet aan de bij wet gestelde eisen. Ze zijn verplicht die burgers te accepteren als verzekerde, ongeacht hun gezondheidstoestand.
    d. De premie van de basisverzekering is gelijk voor iedere verzekerde, ongeacht gezondheidstoestand, leeftijd of achtergrond.
    e. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten garanderen dat de zorg uit het basispakket beschikbaar is voor al hun verzekerden.
    f. Om die solidariteit te borgen zijn er risicovereveningsmethoden tussen zorgverzekeraars om het hen mogelijk te maken ook mensen met een slechte gezondheid (en dus veel zorgkosten) te verzekeren ('ontoerekenbare risico's').
    g. De inhoud van het verzekerde basispakket is wettelijk bepaald.
    h. Zorgverzekeraars kopen de te leveren zorg in bij zorgorganisaties en zorgprofessionals.
7. Om te bepalen welke zorg in het basispakket van de Zvw wordt opgenomen zijn sinds 2013 de 'Pakketprincipes' in gebruik. Zij geven antwoord op de vraag wat tot de solidair georganiseerde gezondheidszorg behoort en wat uit collectieve middelen moet worden gefinancierd. De principes zijn ontwikkeld voor de Zvw, maar ze worden impliciet ook gebruikt voor de Wlz en soms de Wmo. De pakketprincipes zijn:
    a. Medische en verzekeringstechnische noodzaak. Is het medisch noodzakelijk en is het belemmerend voor de patiënt als de behandeling niet verzekerd is?
    b. Effectiviteit. Doet de behandeling of interventie wat er van verwacht wordt?
    c. Kosten-baten afweging (aangeduid als 'Kosteneffectiviteit'). Is de verhouding tussen kosten en baten maatschappelijk acceptabel?
    d. Uitvoerbaarheid. Is het praktisch haalbaar en houdbaar om deze behandeling/

interventie in de verzekering onder te brengen?

8. De Zvw is een schadeverzekeringswet: als een burger schade heeft (= ziek is), heeft hij recht op vergoeding van de 'reparatie' van de schade (=behandeling van de kwaal) in natura (naturapolis) of in geld (restitutiepolis).
9. De premie voor de zorgverzekering wordt betaald uit:
   a. De inkomensafhankelijke 'werkgeversheffing', die wordt betaald door de werkgever, de uitkeringsinstantie of door de burger zelf, als deze niet in loondienst is of een uitkering heeft.
   b. de zorgpremie, die door de verzekerde wordt betaald aan de zorgverzekeraar;
   c. het eigen risico.
   d. eigen bijdragen van patiënten.
10. De Zvw wordt niet betaald uit belastingen. De overheid treedt slechts als herverdeler van de premies op. Het geld van de premies mag niet voor andere overheidstaken worden gebruikt.
11. Wel uit belastinggeld wordt de zorgtoeslag betaald, die mensen met een laag inkomen ontvangen om de premie te kunnen betalen.
12. De individuele gezondheidszorg wordt verder in hoofdzaak geregeld door drie andere wetten, de Wet Langdurige zorg (Wlz), De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (Jw). Ook bij deze wetten gelden de solidariteitsprincipes. De Wlz is gestoeld op het principe van een volksverzekering. De verzekerde heeft net als in de Zvw recht op zorg als hij premie betaalt. Dit recht wordt echter beperkt door indicatiestelling door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Dat is een ZBO (zelfstandig bestuursorgaan) van de overheid, dat bepaalt of en zo ja welke zorg de burger ontvangt. Voor de Wlz zorgen Zorgkantoren (een publiekrechtelijke taak van de grootste privaatrechtelijke zorgverzekeraar) voor de financiering en zorgaanbieders voor de levering van diensten. De ondersteuning volgens de Wmo en de Jw is geen verzekerd recht, maar een maatschappelijke voorziening, waar de burger geen recht op heeft, maar de overheid bepaalt of iemand ondersteuning krijgt. Voor de Wmo en de Jw bepalen gemeenten de financiering en de toegang. Gemeenten kunnen zelf de uitvoering doen of dat opdragen aan privaatrechtelijke aanbieders. De premies .....

voor Wlz en Wmo werden eerst als afzonderlijke post 'sociale verzekeringen' ingehouden op het loon, maar zijn inmiddels opgegaan in de algemene belastingheffing. De middelen, die de Rijksoverheid voor de Wlz beschikbaar stelt, gaan naar de zorgkantoren en zijn als zodanig herkenbaar. De middelen, die naar gemeenten gaan voor Wmo en Jw, waren eerst als zodanig herkenbaar, maar zijn inmiddels onderdeel van het Gemeentefonds.

De principes van de uitvoering

13. De rijksoverheid is niet verantwoordelijk en bevoegd voor de uitvoering van de individuele gezondheidszorg en de verzekering daarvan. In Nederland berusten die verantwoordelijkheden en bevoegdheden vanouds bij privaatrechtelijke organisaties (zorgverzekeraars, zorgaanbieders). Nederland heeft geen overheidsgezondheidszorg, zoals bij voorbeeld de NHS in het Verenigd Koninkrijk.
14. Zorgverzekeraars zijn privaatrechtelijke rechtspersonen, in de meeste gevallen coöperaties. Ze zijn niet op winst gericht. Zorgverzekeraars zijn zowel onderdeel van de gezondheidszorg als van het systeem van financiële dienstverlening. Ze hebben dus zowel te maken met de gezondheidszorg regelingen als met de strenge internationale regels voor financiële instellingen (banken en verzekeraars) en staan onder toezicht van DNB (de Nederlandse Bank) en AFM (Autoriteit Financiële Markten).
15. De daadwerkelijke individuele gezondheidszorg en de individuele maatschappelijke ondersteuning wordt geleverd door zorgorganisaties en zorgprofessionals. Zorgorganisaties zijn privaatrechtelijke rechtspersonen, vaak stichtingen (m.u.v. UMC's, die onderdeel zijn van een publiekrechtelijke universiteit). Zij vallen onder het Privaatrecht en niet onder het Bestuursrecht. Ze zijn dan ook niet 'publiek' of 'semipubliek', maar privaat binnen een heel strak publiek kader. Zorgverleners zijn in dienst van zorgorganisaties of zelf als private ondernemer gevestigd. Hoogopgeleide zorgprofessionals vallen onder de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), waarin eisen gesteld worden aan hun professionaliteit en hoe ze die op peil houden en omgekeerd hen het recht verleend wordt om exclusief bepaalde handelingen (voorbehouden handelingen) te verrichten. Deze professionals moeten zich inschrijven in het BIG

register, waaruit blijkt dat ze bevoegd zijn tot het uitoefenen van hun professie.

16. De aanbieders van zorg dienstverlening (zorgorganisaties en zelfstandige zorgprofessionals) ontvangen hun vergoeding meestal als bedrag per geleverde prestatie (fee for service). Slechts in enkele gevallen wordt de maatschappelijke beschikbaarheidsfunctie afzonderlijk gefinancierd (abonnementstarief huisartsen, deel financiering spoedeisende hulp, ambulancezorg).
17. In de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg is in Nederland geen onderscheid gemaakt tussen de nutsfuncties enerzijds en de dienstverlening aan individuele burgers anderzijds. Nutsfuncties zijn algemene maatschappelijke functies met 24 uurs beschikbaarheid voor alle burgers (zoals politie en brandweer) en/of de noodzakelijke infrastructuur (zoals wegen, dijken en het hoogspanningsnet) waar de overheid besluit over beschikbaarheid. Die nutsfunctie zou kunnen gelden voor de SEH, de 24 uurs huisartsenzorg, de farmacie en eventueel de IC bedden. Voor traumacentra en ambulancevervoer is die aparte nutsfunctie wel onderkend en geregeld.
18. Sinds 1974 is de individuele gezondheidszorg ingedeeld in zogenaamde ‘echelons’ van eerste tot vierde lijn. Het principe is dat een cliënt pas in de volgende ‘lijn’ terecht komt na verwijzing door de voorgaande ‘lijn’, die eerst het probleem probeerde op te lossen. Zo heeft de patiënt een verwijzing van de huisarts nodig om een specialist te zien. Dit systeem komt in veel andere landen niet voor. Daar kan een patiënt rechtstreeks naar een ziekenhuis. De echelons zijn:
    a. Nulde lijn, met name preventie;
    b. Eerste lijn, waar een burger direct terecht kan, zoals huisarts, tandarts, apotheek, fysiotherapie en thuisverpleging;
    c. Tweede lijn, waarvoor de patiënt een verwijzing van de huisarts nodig heeft. Ziekenhuiszorg en specialistische zorg (zoals orthodontie) horen in de tweede lijn. Ook GGZ, verpleeghuiszorg en (intramurale) zorg voor gehandicapten hoort tot de tweede lijn.
    d. Derde lijn, waarvoor doorverwijzing uit de tweede lijn nodig is. Dit betreft de top van de curatieve zorg, die in Topklinische en academische ziekenhuizen plaatsvindt.

e. Vierde lijn, de topreferente zorg, waarbij gezondheidszorg en onderzoek verbonden zijn. Deze vindt uitsluitend in UMC's (universitaire medische centra) plaats.

19. De overheid heeft er met de afschaffing van de Wzv (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) in 2006 en het Bouwregime in 2011 voor gekozen om geen invloed te kunnen hebben op de kwantiteit en de capaciteitsplanning van het zorgaanbod in Wzv en Wlz. De zorgverzekeraars en de zorgkantoren zouden het aanbod van zorgvoorzieningen moeten kunnen sturen door hun contracteerbeleid. De overheid verleent nog wel vergunningen voor bijzondere medische verrichtingen via de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), waaronder bijvoorbeeld protonentherapie en orgaantransplantaties vallen.
20. Onder Wmo en Jw kunnen gemeenten door hun contractering sturen op de capaciteit van het aanbod. Zij kunnen kiezen om de diensten zelf aan te bieden of deze te contracteren.
21. De overheid heeft eveneens geringe invloed op het aanbod van zorgprofessionals, in het bijzonder medisch specialisten. Door een numerus fixus kan de instroom van medische studenten beperkt worden. Het Capaciteitsorgaan adviseert VWS en de sector over de capaciteit van vervolgopleidingen, maar uiteindelijk beslissen de beroepsverenigingen over het aantal artsen dat in opleiding tot medisch specialist wordt toegelaten.
22. De overheid heeft wel invloed op de kwaliteit van het zorgaanbod. Op basis van de Wtzi (wet toelating zorginstellingen) kan de overheid organisaties een toelating geven om zorg volgens de Zvw en/of de Wlz aan te bieden. Voor Wmo en Jw is geen toelating vereist. De kwaliteit wordt geregeld via de Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg). Via de IGJ houdt de overheid toezicht op de kwaliteit van zorg. De IGJ is bevoegd maatregelen te nemen als de zorg van onvoldoende kwaliteit is. Zij hanteert daarvoor de 'veldnormen', opgesteld door beroepsgroepen en zorgkoepels. De IGJ houdt toezicht op zorg conform Wzv, Wlz en Jw, maar niet op het Wmo aanbod.

Feiten over de Nederlandse gezondheidszorg

1. Het geld dat omgaat in volksgezondheid en gezondheidszorg wordt over het algemeen niet als maatschappelijke baten gezien, maar als kosten. Omdat de gelden van sociale verzekeringen sinds het verdrag van Maastricht (1992) meetellen voor het EMU saldo voor overheidsfinanciering, worden premies en belastingen die naar de zorg gaan als 'Overheidsuitgaven' geduid. Stijging van de 'kosten' van de gezondheidszorg betekent dus stijging van de overheidsuitgaven. De begroting van VWS heeft de huidige omvang omdat (onterecht) premiegelden, die overheid alleen herverdeelt, op die begroting zijn opgenomen. Hier treedt vaak ook een misverstand over de mogelijkheid van herverdeling op. Belastinggelden die naar de zorg gaan of uitgaven uit het Gemeentefonds kunnen ook in plaats daarvan aan andere overheidstaken besteed worden. Premies voor een verzekering (Zvw en Wlz) moeten voor die verzekering gebruikt worden en mogen niet ingezet worden voor bij voorbeeld de politie.
2. Er zijn verschillende definities voor de 'kosten van de gezondheidszorg' in omloop.
    a. Het CBS hanteert een heel brede definitie van de kosten van gezondheidszorg. Tot de gezondheidszorg behoren volgens het CBS de kosten van de basisverzekering, van de Wlz, van de Wmo, van de Jw, welzijn en maatschappelijke diensten, beheerskosten, subsidies, opleidingen en zorg in het Caraïbisch gebied en volgens internationale verdragen. Maar ook eigen bijdragen en aanvullende verzekeringen worden daarin meegeteld. Dat leidt tot een bedrag van circa 106 miljard per jaar in 2019.
    b Volgens de internationale definitie tellen welzijn, Wmo, een deel van de Wlz (extra-murale ouderenzorg) en welzijn niet mee. Ook opleidingen en de kosten buiten Nederland tellen niet mee. Dan komen de kosten van de zorg uit op ongeveer 88 miljard in 2019.

c. In de begroting van VWS tellen de kosten van Zvw, Wlz, Wmo en Jw en de kosten van zorg buiten Nederland wel mee, maar de eigen bijdragen en aanvullende verzekeringen weer niet. De beheerkosten worden gedeeltelijk meegeteld met weer een andere definitie. Dan komen de kosten van de gezondheidszorg op 83,4 miljard uit. Sinds 2019 maken de kosten van de Wmo en de Jw geen deel meer uit van de begroting van VWS, maar zijn deze onderdeel van het gemeentefonds. Daardoor daalde de begroting van VWS met 5 miljard.
d. Het beslag dat 'de zorg' legt op het Bruto Nationaal Product varieert daardoor tussen de 14 en 10,5%. De sturing op de zorguitgaven als percentage van het BNP levert wel eens problemen op. De sterke daling van het BNP in 2008/2009 gaf ogenschijnlijk een sterke stijging in de zorguitgave terwijl dat feitelijk niet zo was.

3. Naast de bedragen, die gerekend worden tot de 'zorgkosten', betaalt de Belastingdienst jaarlijks zorgtoeslagen uit aan burgers, wiens inkomen niet toereikend is voor het betalen van de zorgpremie. In 2018 bedroeg het totaalbedrag aan zorgtoeslagen € 4,7 miljard en kregen 4,5 miljoen mensen een zorgtoeslag. In 2021 wordt dit bedrag op 5,6 miljard geraamd. Dit bedrag wordt niet meegenomen in de 'kosten van de gezondheidszorg', zoals in het vorige punt genoemd.
4. Gemiddeld betaalt de burger circa € 6.000 per jaar aan gezondheidszorg (verzekeringspremies, belasting, eigen bijdragen. Zelfzorg zoals aspirine zijn daarin niet meegerekend). Het modaal inkomen is € 36.500, bruto. De gemiddelde zorgkosten zijn daarvan 9%. Ter vergelijking: aan huisvesting besteedt de burger meer dan 30% van zijn inkomen. Aan vakanties wordt gemiddeld 3,5% van het inkomen uitgegeven. Dat is een bedrag van € 1300 per inwoner en 21 miljard totaal. Aan voeding wordt 8% van het inkomen uitgegeven en aan kleding 5%.
5. De kosten van de zorg worden in 2021 als volgt betaald
   a. Burgers 48,5 miljard minus 5,6 miljard zorgtoeslag = 42,8 miljard = 51%
   b. Werkgevers 18,9 miljard = 23%
   c. Belastinggelden 21,7 miljard =26%

6. Er werken ongeveer 1,4 miljoen mensen in de zorg. Dat is 16% van de beroepsbevolking. Daarin zijn toeleveranciers en personeel bij overheidsinstanties niet meegerekend. Niet duidelijk is of daarin ook zzp'ers zijn meegerekend.
7. Over de omvang van de omzet en het aantal werkenden in de toelevering aan de zorg zijn geen cijfers bekend. Daarbij gaat het om onder andere farmaceutische bedrijven, leveranciers van apparatuur en hulpmiddelen, leveranciers van medische middelen, leveranciers van voeding en gebruiksmiddelen, ICT bedrijven, bouw- en onderhoudsbedrijven, accountantsfirma's, juristen, adviseurs, schoonmaak, bewaking etc.

Thema's

Uit de Canon en de Verandermotto's in de vorige hoofdstukken zijn een aantal thema's te halen, waar veel punten in tijd aan te relateren zijn. Soms zit er ontwikkeling in en soms een slingerbeweging en soms zijn we weer terug bij af. Denk bij dat laatste bijvoorbeeld aan Jolanda Venema in 1988 en Brandon van Ingen in 2011, al was de toestand van de laatste niet zo schrijnend als de eerste.
Door ons te richten op een aantal thema's kan structuur gegeven worden aan een analyse van verleden, heden en toekomst van de gezondheidszorg.

We onderscheiden vooralsnog 12 thema's. Dat zijn er flink wat. Bij de uitwerking van de thema's kan blijken of er een aantal kunnen worden samengevoegd, of juist andere thema's nodig zijn of dat binnen het thema sub-thema's te onderscheiden zijn.

1.

Wat hoort er bij de gezondheidszorg?

In Nederland hanteren we een brede definitie van gezondheidszorg. Veel valt eronder, dat in het buitenland niet tot gezondheidszorg gerekend wordt. Daarom valt ons % BNP voor zorg hoog uit t.o.v. andere landen. In Nederland hebben we de BKZ definitie gezondheidszorg en de CBS definitie. Daar zit 30 miljard verschil tussen.

In de tijd wisselt ook wat tot de gezondheidszorg gerekend wordt. Tussen 1963 en 1996 werden bejaardenoorden/verzorgingshuizen als kosten volkshuisvesting gezien. Vanaf 1996 werd het via de AWBZ gezondheidszorg en vanaf 2015 weer 'Maatschappelijke ondersteuning', voor zover ze nog niet zijn afgeschaft. Met de WLZ is tijdelijk de discussie verstomd of de woonkosten van bewoners van verpleeghuizen als 'gewone woonlasten' wel of niet uit de gezondheidszorg pot betaald moesten worden. In de Discussienota van VWS 'Zorg voor de Toekomst' van eind 2020, wordt deze vraag voor verpleeghuizen opnieuw opgeworpen.

De voortdurende uitbreiding van de DSM in de GGZ leidt ertoe dat steeds meer persoonskenmerken/persoonlijke ongemakken tot 'ziekte' bestemd worden.

In de curatieve zorg doet zich de vraag voor of alles wat kan ook moet en of dit vanuit gezondheidszorg gelden betaald moet worden. Zo is de vraag of en zo ja welke cosmetische ingrepen tot de gezondheidszorg horen en welke tot de schoonheidsindustrie.
Wat tot de gezondheidszorg hoort blijft in tijd en door veranderende maatschappelijke opvattingen wisselen.

2.

Financiering, capaciteitsplanning en kostenbeheersing zorg

Deze onderwerpen lopen als rode draad door de hele 33 jaar heen. Hendriks vond in 1974 de kosten van de zorg te hoog. Dan gaat het ook over wat zinnige en zuinige zorg of passende zorg is. Het element van 'volumeprikkels' speelt ook al die tijd. Evenals de vraag of de zorgaanbieder moet bepalen welke zorgdiensten nodig zijn, of de cliënt dat bepaalt of de overheid. In het rapport van de 16de Studiegroep Begrotingsruimte wordt verdere stijging van de zorgkosten als onhaalbaar voor de portemonnee van de overheid en van de burger bestempeld.
In de hiervoor genoemde discussienota van VWS, worden allerlei beleidsopties verkend om die kosten terug te dringen en tegelijk de kwaliteit van zorg hoog te houden. Dit thema is dus zeer actueel.

In dit thema past de wetgeving ZVW, WMO, WLZ etc., maar ook zaken als ZZP (zorg-zwaartepakket), DBC/DOT, financiering huisartsenzorg, tandartsen en apotheken. En de discussie over populatiebekostiging. Ook zaken als indicatiestelling, de vraag welke overheid dan wel verzekeraar over de planning gaat, wat het capaciteitsorgaan mag en de inkoop van dure geneesmiddelen hebben hier mee te maken. De discussie over vrije artsenkeuze en ongecontracteerde zorg passen eveneens in dit thema.
Hierbij speelt ook de vraag of gezondheidszorg een verzekerd recht is (ZVW en AWBZ) of een maatschappelijke voorziening (WMO, WLZ, Jeugdzorg) waarvan de schaarste verdeeld wordt.

3.

Volksgezondheid of gezondheidszorg?

Artikel 22 lid 1 van de grondwet luidt: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Het Ministerie heet ook 'Volksgezondheid, Welzijn en Sport'. In de taakverdeling van de bewindslieden[1] komt maar één volksgezondheidsissue voor, namelijk bestrijding corona. Voor de rest is het gezondheidszorg. Toch wordt er steeds gesproken over preventie, levensstijl beïnvloeding, beïnvloeding van de leefomgeving.

Is volksgezondheid steeds een onderschoven kindje en blijft dat zo in de toekomst?
Gaat het Preventie Akkoord hierbij helpen?
Speelt de gezondheid definitie van Machteld Huber hier een rol?
Met het Preventieakkoord, de beleidsopties uit de VWS discussienota, populatiebekostiging en regionalisering lijkt de focus te verschuiven van de individuele gezondheidszorg naar de gezondheid van de bevolking, dus naar Volksgezondheid. Is dat een blijvende ontwikkeling of een tijdelijke verandering van inzicht?

1
Minister Hugo de Jonge is naast de bestrijding van het coronavirus, verantwoordelijk voor ouderenzorg, maatschappelijke ondersteuning en mantelzorg, wijkverpleegkundige zorg, het persoonsgebonden budget (pgb), medisch-ethische vraagstukken en inkoop en aanbesteden in het sociaal domein.
Minister Tamara van Ark voor Medische Zorg en Sport is verantwoordelijk voor sportzaken en de zorgverzekeringswet. Verder valt gehandicaptenzorg onder deze minister, en heeft zij een coördinerende rol bij de onderwerpen arbeidsmarktbeleid in de zorg, regeldruk in de zorg en rechtmatige zorg en goed bestuur.
Staatssecretaris Paul Blokhuis is verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en leefstijl en daarnaast voor jeugdgezondheidszorg, de jeugd-GGZ en de Jeugdwet, evenals het VWS-gedeelte van de portefeuille huiselijk geweld en kindermishandeling.

4.

Normaal of bijzonder, inclusie of apart?

In de gehandicaptenzorg, de GGZ, de Jeugdzorg en de ouderenzorg is een soort slingerbeweging te zien tussen integratie van mensen met een 'afwijking' in de maatschappij enerzijds of speciale voorzieningen voor hen treffen anderzijds. In het onderwijs is dat ook met bijzonder onderwijs versus passend onderwijs. En daarvoor al met de rugzakjes. Vanaf de studiereizen naar de USA en Zweden begin 90er jaren leeft het idee dat mensen met een verstandelijke beperking niet in afzonderlijke woonvoorzieningen moeten wonen, maar op alle mogelijke manieren in de maatschappij moeten integreren. Dat heet inclusie. Maar het maakt mensen ook ongelukkig en heeft geleid tot de 'Downie-industrie'. In de GGZ wilde men in de 90er jaren naar Italiaans voorbeeld alle psychiatrische ziekenhuizen opheffen. Nu hebben we de scheiding huisarts/POH GGZ, basis-GGZ en specialistische GGZ. Dit leverde 'de verwarde mens' op straat op. Oude mensen moesten vanaf 1964 vooral in een bejaardenoord gaan wonen, nu willen/moeten ze zo lang mogelijk thuis wonen. Verzorgingshuizen werden opgeheven.
Blijft die ontwikkeling zo of komt er toch weer een speciaal aanbod voor mensen die het normale leven (wat dat ook mogen zijn) niet aankunnen?

5.

Zijn burgers wel zelfredzaam?

Gaandeweg wordt duidelijk dat zowel de inrichting van de maatschappij als de gezondheidszorg gebaseerd is op de hoogopgeleide Westers georiënteerde burger. En de geneeskunde dan ook nog op de middelbare witte mannelijke kant daarvan.

Er is nu een voorzichtige kentering van economisch neoliberalisme en meritocratie naar een meer zorgzame staat, maar wordt de diversiteit van burgers al genoeg erkend en verwerkt in beleid? Er komen niet minder maar meer functioneel analfabeten en steeds meer (a)digibeten.
Inkomensverschillen en segregatie nemen toe. Leefstijlverschillen zijn aan sociale klasse, opleiding en inkomen gebonden. Kinderen raken zoek als ze niet naar school kunnen en digitaal niet mee kunnen komen omdat ze geen tablet hebben. Uit een onderzoek van de WRR bleek dat 60% van de mensen gedurende hun volwassenheid tenminste een tijdje niet zelfredzaam is.

Wat betekent dat voor volksgezondheid en de gezondheidszorg? Moet er weer klassenzorg komen, maar dan gericht op betere zorg voor de ‘laagste’ klassen i.p.v. voor de hoogste?

6.
Professionals en leken

Een voortdurend terugkomend onderwerp is het samenspel tussen zorgprofessionals en de zorg, die niet opgeleiden leveren. Mantelzorg was eerst een gunst van de ene burger aan de ander, nu is het een door de overheid opgelegde plicht. Voor bijna alle zorgorganisaties zijn vrijwilligers onmisbaar, terwijl die door de organisatie en de professionals niet altijd serieus genomen worden en geen invloed op het beleid hebben. Ervaringsdeskundigen zijn waardevol, maar ze moeten zich wel professionaliseren en aan protocollen houden. Tijdens de Corona crisis konden ineens allerlei mensen als buddy of hulp aan de gang, die daarvoor geen rol mochten spelen. Hier zou Corona samen met het voortdurende personeelstekort wel eens een gamechanger kunnen zijn. Anderzijds hadden veel initiatieven geen succes, omdat ze stranden in bureaucratie.

Tegelijkertijd brokkelt de status van de professionals steeds meer af. Ze moeten zich houden aan protocollen, ze krijgen eerder klachten of komen voor het tuchtrecht, of zelfs (voor euthanasie) voor het strafrecht. Cliënten zijn mondiger en eisen allerlei zaken, omdat ze vinden dat ze er recht op hebben. Ze bedreigen zo nodig zorgverleners. Of doen aan naming and shaming via sociale media. Patiënten bereiden zich voor op doktersbezoek via internet, waardoor de professional of een goed geïnformeerde tegenspeler spreekt of tegenover een dwaallicht met complottheorieën zit of een hypochonder treft, die de ergste kwalen die Google opsomt allemaal heeft.

Daarnaast ontwikkelt professionaliteit zich in ieder vak en komen en verdwijnen professies. Ook is de vraag wat vakbekwaam is en wat professioneel. Het onderscheid zit vooral in de mate van autonoom inhoudelijk kunnen handelen.
De beweging ‘Triple-aim’ is aangepast naar ‘Quatro-aim’ om de tevredenheid van pro-

fessionals een plek te geven. In de VWS discussienota is 'Werkplezier' een onderdeel van het derde thema. Maar wordt ook opnieuw over aanpassing van de positie van medisch specialisten gesproken.
Dit thema zal zeker in de toekomst een grote rol blijven vervullen.

7.

Emancipatie van de burger

Dit thema sluit aan bij het vorige. De autoriteit van regent, bestuur of professional is niet meer vanzelfsprekend.
Enerzijds leidt dit tot bewegingen rond medezeggenschap (WOR, WMCZ, medezeggenschap onderwijs, rol huurdersverenigingen) en organiseren van invloed van stakeholders. Het leidt ook tot burgerbewegingen en zaken als zorgcoöperaties. Anderzijds leidt het tot protesten en grote invloed van kleine groepen op het beleid (de scholen gingen dicht op basis van een brief van 5 medisch specialisten die deden of ze de FMS vertegenwoordigden). Rutte laat zich bij de Coronamaatregelen minstens zo vaak leiden door de publieke opinie als door het OMT.

Hoe gaat dat in de toekomst? Is verdere emancipatie te verwachten of komt er juist meer repressie? Past in dit thema ook de mogelijkheid van de overheid om de burger via data te kennen en te sturen (China, Turkije)?

8.

Technologie, AI, data en privacy

Dit is een groot thema voor heden en toekomst. Uit de Canon is af te leiden dat de adaptie van nieuwe technologie in de gezondheidszorg over het algemeen traag is. De Corona-crisis geeft ineens versnelling aan het gebruik van de mogelijkheden van E-Health, die er daarvoor al volop waren. Bestaande belangen en systemen staan vaak vernieuwing in de weg. Zo belemmerden de gesloten ICT systemen van zorgorganisaties de beweging 'Bring your own device', het gebruik van de eigen smartphone of tablet voor je werk in de zorg. Toch werken mensen daarmee, met allerlei privacy vraagstukken tot gevolg. Investeringen in technologie waren in de zorg lang lager dan in andere sectoren. Anderzijds wordt soms medische technologie in ziekenhuizen, zoals de operatierobot en de protonentherapie te snel omarmd. Via artikel 18 van de vroegere Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV tot eind 2005, daarna vervangen door de Zorgverzekeringswet) kon de overheid sturen op de implementatie van kostbare technologie in de zorg. Daarna bestond deze mogelijkheid slechts beperkt. Wel heeft de overheid een besluit genomen over de spreiding van Protonentherapie over het land. Tot 2015 heeft de overheid gestuurd op het EPD. Na het afschieten van het Landelijk Schakelpunt in de Eerste Kamer heeft de overheid deze ontwikkelingen aan 'het veld' overgelaten. In de discussienota van VWS van 2020 lijkt het of de overheid zoekt naar instrumenten om weer invloed te hebben op de toepassing van technologie in de zorg.
Technologie is dus zeker een belangrijk thema. Maar dan niet zo zeer de inhoud van die technologie, maar de vraag hoe deze zijn toepassing vindt in de gezondheidszorg en wie daarin sturend is, de overheid, de verzekeraars, de aanbieders of de cliënt. De PGO is een voorbeeld van dat laatste. De vraag welke data van wie zijn en hoe aandacht voor privacy en het medisch beroepsgeheim helpen of juist in de weg staan bij implementatie van technologie speelt daarbij een grote rol.

9.

Ratio versus emotie en ideologie

In de zorg botsen ratio en emotie nog wel eens met elkaar. Wanneer een ziekenhuis(afdeling) wegens gebrek aan kwaliteit, patiënten en opbrengsten dicht moet, gaan publiek, lokale politiek en media direct actie voeren om het ziekenhuis te behouden. Bij voldoende druk gaat VWS soms mee.
We hebben al lang een Qualy prijs (€ 80.000 versus £ 30.000 in de UK), maar niemand durft dat in te voeren. Zodra er een zielige patiënt met de ziekte van Pompe (betaald door de farmaceut) op tv komt nemen we € 350.000 voor een behandeling van een jaar voor lief. Het manifest van Hugo Borst leidde tot niet rationele en dure kwaliteitscriteria van het ZIN (die ook nog kracht van wet hadden). Completeren van het systeem van de ZVW, loopt vast op de emotie (en ideologie) van de 'vrije artsenkeuze'. Discussies over winst in de zorg gaan alleen over emotie en ideologie.
Bij de antivaxers probeert het RIVM emotie te weerleggen met rationele argumenten.

Het is interessant te kijken wanneer in de afgelopen 33 jaar de emotie het gewonnen heeft van de ratio en wat dat betekent voor de toekomst.

10.
Morele en ethische vraagstukken

Morele en ethische vraagstukken waren en zijn er volop in de zorg. De euthanasiewet van Hugo Borst had daar alles mee te maken. Pia Dijkstra heeft zich sterk gemaakt voor verplichte orgaandonatie.

Voor de komende jaren zal nog pregnanter de vraag aan de orde komen of alles wat kan ook moet en of iedere patiënt iedere behandeling moet hebben. Gaat de kans op succes van de behandeling, leeftijd, afkomst, levensstijl en genen, bij de afweging een rol spelen? Rond de eeuw-wisseling hadden cardiochirurgen in Rotterdam criteria bedacht voor in de patiënt die een donorhart mocht ontvangen: jonger dan 55 jaar, geen bijkomende ziekten, de patiënt moest de behandeling goed begrijpen, de patiënt moest daarom Nederlands spreken en er moest enige therapietrouw verwacht worden. De Tweede Kamer schoot dat af als discriminatie, maar zette er niets voor de plaats. In 2021 speelt hetzelfde probleem bij het zwarte scenario voor IC bedden. De professionals willen leeftijdsselectie, het Kabinet wil loting, de Tweede Kamer geeft de professionals gelijk.

De vraag is wie keuzen moet maken over ethische vraagstukken, de politiek of de professionals. Formeel is de lijn dat maatschappelijke ethische afwegingen door de politiek gemaakt moeten worden en dat de dokter daarmee niet in de spreekkamer moet worden opgezadeld. De individuele afweging vindt binnen maatschappelijke kaders door patiënt en professional in de spreekkamer plaats. De praktijk is anders.

11.
Ontschotting en Herschotting

De zorg wordt vanouds gekenmerkt door wat Mintzberg 'Chimney Organization' noemt, het organiseren in kolommen met schotten ertussen. Ieder doet zijn eigen ding en gooit de problemen over de schutting. Er wordt al jaren gepleit voor integrale zorg en ketenzorg, maar de schotten bestaan nog steeds en worden door de financiering in stand gehouden. Schotten tussen organisaties, schotten tussen professionals, grenzen van gemeenten, grijs gebied tussen zorgkantoor en gemeente enzovoorts.
De echelons, die Hendriks in 1974, bedacht om de zorg te ordenen, bestaan nog steeds. Nu moet heel veel in 'de eerstelijn' gebeuren, maar dat wil nog niet echt lukken. Waaraan zou dat toch liggen?

Die schotten zijn er niet alleen binnen de zorg, maar ook tussen zorg en welzijn, zorg en onderwijs, zorg en wonen, wonen en onderwijs, wonen en maatschappelijke ondersteuning.

De afgelopen 33 jaar zijn wel schotten verplaatst en nieuwe schotten opgericht. Gaat het in de toekomst wel lukken om over schotten heen te werken? Krijgen de aanbieders dat voor elkaar of gaan de burgers dat eisen? Of gaat de overheid daarop sturen? Komen er nieuwe schotten omdat de zorg per regio georganiseerd wordt, met veel macht bij de gemeenten? Bieden nieuwe vormen van financiering, zoals populatie-bekostiging, de mogelijkheden om integraal te werken of ontstaan er nieuwe 'schoorstenen'.

12.

Duurzame innovatie

In de loop van de 33 jaar zijn er veel initiatieven geweest tot innovatie in de zorg. Sommige daarvan beklijven en hebben blijvende invloed op de organisatie en de kwaliteit van zorg. Anderen sterven een stille dood. Het project 'Sneller Beter' heeft geleid tot meer aandacht voor kwaliteit en veiligheid in de zorg. Van de andere overheidsprogramma's is de lange termijn opbrengst niet altijd duidelijk. Hans Becker startte met het Bergwegproject een geheel nieuwe kijk op verpleeghuiszorg ('use it or lose it'), maar zijn opvolgers hebben dat niet doorgezet en het heeft de verpleeghuiszorg niet over de volle breedte veranderd. Piet van de Beemt vormde Vijvervreugd om tot Arduin met een hele nieuwe kijk op gehandicaptenzorg. Arduin is nu na een lange periode met moeilijkheden onderdeel van 's Heeren Loo. De Arduin ideeën hebben beperkt navolging gevonden. De Amerikaanse projecten Planetree voor de hele zorg en Eden Alternative voor de ouderenzorg kwamen gelijk op de markt. Er zijn nu 25 instellingen Planetree gecertificeerd, Eden Alternative is een stille dood gestorven. Buurtzorg heeft de thuiszorg opgeschud en heeft een permanente grote invloed. Dat bleek dus een duurzame innovatie. Interessant is om terug te kijken op die 33 jaar en te kijken wat maakt dat een innovatie wel of niet duurzaam is en stand houdt. Ook vanuit veranderkundig oogpunt is dat interessant. Wat werkt wel en wat niet.

Governance

Governance is een thema, dat door alle andere thema's heen loopt.
Wat is er aan bestuurlijk handelen, toezicht en verantwoording nodig om veranderingen voor elkaar te krijgen? Governance is ook al heel lang een centraal thema in onze opdrachten, in onze publicaties en in het overdragen van kennis. Het bestuur, het toezicht en de verantwoording van zorgorganisaties is in de afgelopen 33 jaren enorm verbeterd, evenals het bestuur en toezicht van zorgverzekeraars. Desondanks blijven VWS, de Kamer, de NZA en de IGJ maar uitstralen dat er 'goed bestuur in de zorg' nodig is. Dat geldt misschien wel voor het overheidsbestuur, het bestuur van ZBO's en van gemeenten, waar het gezondheid, gezondheidszorg en welzijn betreft. En er blijven in de zorg excellente, vele goede en enkele slechte bestuurders, zoals in iedere sector.
Het is de vraag welke governance ontwikkelingen voor de komende jaren nodig zijn en of die binnen het bestaande systeem mogelijk zijn, of dat naar andere vormen gezocht moet worden. In ieder geval is er nog veel te winnen op de governance van concerns en de governance van samenwerking. Daar is zowel de theorie als de praktijk nog volop in ontwikkeling.
We zullen governance als onderdeel van de 12 thema's meenemen, maar waar nodig ook als apart thema aandacht geven.

Literatuur Publicaties algemeen

16de Studiegroep Begrotingsruimte (2020), *Koers bepalen, kiezen in tijden van budgettaire krapte*, Rijksoverheid 2020

Bertens, R.M. (2019), *Privaat, publiek, solidair? Een korte geschiedenis van overheid en gezondheidszorg in Nederland 1848-2015*, UMC Utrecht 2019

Bottenburg, B van et al. (1999), *Zorg tussen Staat en Markt, de maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad 1949-1999*, Ziekenfondsraad 1999

Commissie Bakker (TPG) (2004), *Het kan écht: betere zorg voor minder geld: sneller beter - de logistiek in de zorg*, Sneller Beter/TPG 2004

Commissie Health Care Governance (commissie Meurs) (2000), *Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg*, C3 adviseurs en managers 2000

Commissie Kennedie (Golden Tulip) (2004), *Waarden, Waardering en waardigheid*, Sneller Beter/Golden Tulip hotels 2004

Commissie Keuzen in de zorg (commissie Dunning) (1991), *Kiezen en delen*, SDU 1991

Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (commissie Dekker) (1987), *Bereidheid tot Verandering*, SDU 1987

Commissie Willemse (Shell) (2004), *Hier werk je veilig of werk je niet- sneller beter De Veiligheid in de Zorg*, Sneller beter/Shell 2004

Glouberman, S. and Mintzberg, H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease -Part I Differentation*, Aspen Publishers 2001

Glouberman, S. and Mintzberg, H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II Integration*, Aspen Publishers 2001

Grinten, T.E.D. van der en Kasdorp, J. (1999), *25 jaar sturing in de gezondheidszorg, Van Verstatelijking naar Ondernemerschap*, Walburg Press, SCP, 1999

Grinten, T.E.D. van der (2007), *Stelselherziening van de Nederlandse Gezondheidszorg, Een analyse van het hervormingsbeleid*, Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 85/4, 2007

Hendriks, J. (1974), *Structuurnota gezondheidszorg*, Rijksoverheid, 1974

Heyden, J.T.M. van der, (1994), *Het ziekenhuis door de eeuwen heen, Over geld, macht en mensen*, Erasmus Publishing, 1994

Hoek, H. (2007), *Governance & Gezondheidszorg, Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*, Van Gorcum, 2007

Hoek, H. en Wolterink, F. (2013), *De autobiografie van C3, Lessen uit 25 jaar adviesbureau* C3 adviseurs en managers 2013

Huber, M. et al (2011), *How should we define Health?*, British Medical Journal 2011

Huizinga, J. (1991), *Memorabele mensen en momenten uit de Geschiedenis van de intramurale Gezondheidszorg*, De Tijdstroom 1991

Idenburg, P.J. et al (2010), *Diagnose 2025, Over de toekomst van de Nederlandse Gezondheidszorg*, Scriptum 2010

Idenburg, P.J. et al (2018), *Diagnose Transformatie*, BeBright 2018

Kommissie Raad van Toezichtmodel (KORTOM) (1981), *Rapportage Kommissie Raad van Toezicht Model*, NVZD 1981

Lee, F. (2010), *Als Disney de baas was van uw ziekenhuis, 9 ½ dingen, die u anders zou doen*, Elsevier 2010

Luijs, J. et al. (2020), *De gezondheidszorg toekomst van Nederland*, Deloitte 2020

Mintzberg, H. (1989), *Mintzberg on Management, Inside Our Strange World of Organizations*, Free Press 1989

Morgan, G. (1986), *Images of Organization*, Sage Publications 1986

Payer, L. (1988), *Medicine & Culture, Notions of Sickness and Health*, Gollanz Ltd, London 1988

Porter, M.E., Olmsted Teisberg, E. (2006), *Redefining Health Care*, Harvard Business Review Press 2006

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017), *Zonder context geen bewijs, over de illusie van evidence based practice in de zorg*, RVS 2017

Susskind, R; Susskind, D. (2015), *The Future of Professions, How Technology Will Transform The Work of Human Experts*, Oxford Free Press 2015

Tegmark, M. (2017), Life 3.0., *Mens zijn in het tijdperk van kunstmatige intelligentie*, Maven Publicing 2017

Topol, E. (2015), *The patient will see you now, the future of medicine is in your hands*, Ingram Publisher Services 2015

Van Wersch, P. (1980), *Democratisering van het bestuur van non profit instellingen*, Samson 1980

VWS (2018), *Nationaal Preventieakkoord*, VWS 2018

VWS (2020), *Discussienota Zorg voor de Toekomst*, VWS 2020

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004), *Bewijzen van Goede Dienstverlening*, WRR 2004

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017), *Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op redzaamheid*, WRR 2017

Zwaan, A. de (1996), *Zorg en de Staat*, Bert Bakker 1996

Websites

http://www.dewittewoede.nl/
https://drhansmbecker.com/
https://www.herstelondersteuning.nl/herstelondersteuning/freedom-first/
https://www.zorgwelzijn.nl/directeur-piet-van-den-beemt-wil-arduin-opheffen-gewoon-uit-het-huidige-systeem-stappen-en-opnieuw-beginnen-zwz013220w/
https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/19/eindevaluatie-van-de-participatiewet
https://www.nivel.nl/nl/nieuws/sneller-beter-blijkt-vooral-een-aanjager
https://www.planetree.nl/
https://www.edenalt.org/international/
https://www.who.int/about/who-we-are/constitution
https://www.skipr.nl/blog/populatiebekostiging-wat-is-het-eigenlijk/
https://nationale-denktank.nl/jaarlijkse-denktank/denktank-2013/#eindrapport
https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/triple-aim-in-nederland-vilans.pdf
https://www.vilans.nl/artikelen/triple-aim-shared-savings
https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-Evaluatie-programmas-Beatrixziekenhuis-en-Bernhoven.pdf
https://www.bdo.nl/nl-nl/nieuws/bdo-medisch-specialistische-bedrijven-niet-toekomstbestendig-db-msb
https://residence-roosenburch.org/
https://www.ordz.nl/
https://www.mantelzorg.nl/
https://www.waardigheidentrots.nl/
http://www.invoorzorg.nl/
https://www.zorgvoorbeter.nl/
https://www.nivel.nl/nl
https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport
https://www.vilans.nl/
https://www.igj.nl/
https://www.nza.nl/
https://www.zorginstituutnederland.nl/
https://c3am.nl/
https://www.raadrvs.nl/
https://www.wrr.nl/
https://www.scherpopouderenzorg.nl/
http://www.diagnosezorginnovatie.nl/

https://www.allesisgezondheid.nl/
https://iph.nl/
https://www.who.int/about/who-we-are/constitution
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel
https://wetten.overheid.nl/zoeken
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/03/01/beschrijving-van-het-risicovereveningssysteem-van-de-zorgverzekeringswet
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel .
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3
https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/polissen-zorgverzekeraar
https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/zorgverzekeringswet/bijdrage_zorgverzekeringswet/tabel_werkgeversheffing_zvw_of_bijdrage_zvw/
https://capaciteitsorgaan.nl
https://www.volksgezondheidenzorg.info/
https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende-onderzoeksbeschrijvingen/uitgaven-aan-zorg-nader-beschouwd-vergelijking-van-verschillende-definities
https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/24/zorguitgaven-stegen-in-2019-met-5-2-procent
https://www.volksgezondheidenzorg.info/kosten-van-ziekten
https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84047NED?dl=272E
https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/inkomsten-en-uitgaven-van-het-rijk-2021
https://www.staatvenz.nl/content/zorguitgaven-en-ontvangsten-1#overlay-context=financiele-middelen/begroting-2020
https://www.staatvenz.nl/content/verdeling-van-de-zorglasten-0#overlay-context=content/2021-link-11-duplicaat-van-verdeling-van-de-zorglasten
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2020/09/15/septembercirculaire-gemeentefonds-2020.
https://over-ons.belastingdienst.nl/feiten-en-cijfers/toeslagen-in-2018/
https://www.staatvenz.nl/content/lasten-volwassene-aan-zorg-0#overlay-context=content/2021-link-12-duplicaat-van-lasten-volwassene-aan-zorg
https://www.staatvenz.nl/content/verdeling-van-de-zorglasten-0#overlay-context=content/2021-link-11-duplicaat-van-verdeling-van-de-zorglasten
https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/hoofdcategorieen/wie-werken-er-in-de-sector-zorg-en-welzijn-

Publicaties C3 adviseurs en managers

November 1988, Cahier 1, *Veranderings-management,* Karel Musch

Maart 1989, Cahier 2, *Interfacemanagement,* Gerard van Vliet

Augustus 1989, Cahier 3, *Fusiemanagement,* Hans Hoek

November 1989, Cahier 4, *Unitmanagement,* Hans Hoek

April 1990, Cahier 5, *Strategisch Management,* Frank Wolterink

September 1990, Cahier 6, *Interim Management,* Hans Hoek

Januari 1991, Cahier 7, *Marketing Management,* Gerard G. van Vliet

December 1991, *Rethinking Health Care,* Seminar met Henry Mintzberg, Karel Musch (red)

Juli 1992, Cahier 8, *Facility Management*, Karel Musch

December 1992, Cahier 9, *Management van Zorgprocessen,* Thymen de Vries

Oktober 1994, Cahier 10, *Marketing Management stabiliteit in verandering,* Karel Musch, Frank Wolterink, Pauline van den Broek

Maart 1998, Cahier 11, *Projectmanagement in de gezondheidszorg,* Ber Verstraete MHA

1988, Boekje, *Van binding en bedding, enige beschouwingen over de maatschappelijke legitimering van zorgorganisaties,* Karel Musch

Februari 2000, Cahier 12, *Bestuursvorming,* Karel Musch, Frank Wolterink

Maart 2000, Cahier special
Herstel van het evenwicht in de organisatie
Hans Hofhuizen, Pouwel van de Siepkamp

April 2000, Cahier 13, *Concerns,* Hans Hoek, Ber Verstraete

December 2001, Cahier 14, *Het nieuwe denken over zorgorganisaties,* Alle consultants C3

Februari 2003, Cahier 15, *De medewerker: het beste paard van stal*, Frank Wolterink, Ber Verstraete

September 2003, Cahier 16, *Bestuurlijke risico's inzichtelijk,* Ber Verstraete e.a.

2008, Boekje, *Inspiratie door Zorginnovatie* Elsbeth Reitsma, Bart Wijnbergen

2008, Bundel, *Een Pilletje voor de zorg 1,* Bundeling blogs C3'ers

2009, Bundel, *Een Pilletje voor de zorg 2,* Bundeling blogs C3'ers

2010, Bundel, *Een Pilletje voor de zorg 3,*
Bundeling blogs C3'ers

2011, Bundel, *Een Pilletje voor de zorg 4,*
Bundeling blogs C3'ers

2010, Boekje, *De kloof overbrugd, de gezamenlijke agenda van professionals en bestuurders,* Hans Hoek, Bart WIjnbergen (red)

2011, Boekje, *Circus Governance*, Hans Hoek

2015, Boekje, *Met oog voor kwaliteit en veiligheid,*
Bart Wijnbergen, Hans Hoek

C3 werd in 1988 opgericht door Hans Hoek, Karel Musch en Gerard van Vliet. Toen nog onder de naam 'C3 Hospital Consultancy' want we begonnen in ziekenhuizen en hadden internationale aspiraties. We waren een van de eerste bureaus, die zich specifiek op de gezondheidszorg richten. We kozen ervoor advieswerk en interim-management te combineren, omdat de adviseur dan vanuit de managementblik met werkbare oplossingen komt en de manager blijft nadenken over de conceptuele, organisatiekundige en veranderkundige kant van zijn vak. Ook daarin waren we één van de weinigen. Al snel waren we veel breder in de hele zorg en later ook in het welzijn actief en niet alleen in ziekenhuizen, waardoor onze naam wat begon te knellen. Ook kozen we ervoor om een Nederlands bureau te zijn en te blijven, mede omdat de gezondheidszorg in andere landen zo anders is, dat je er met Nederlandse ervaringen geen impact kunt hebben. Overigens is dat omgekeerd ook zo.
Deze ontwikkelingen zijn de reden geweest om onze naam rond de eeuwwisseling te veranderen in het huidige 'C3 adviseurs en managers'. De toevoeging 'in zorg en welzijn' sloeg niet aan, dus die hebben we maar weggelaten. Het motto 'Ruim denken' sloeg wel aan. Grappig is dat ons huidige logo al net zo lang meegaat als de nieuwe naam en nog steeds actueel is.

Daarom vonden we het wel aardig om door dezelfde ontwerper een speciaal jubileumlogo te laten ontwerpen, dat op dit werkboek voor het eerst wordt gebruikt.

De geschiedenis van de eerste 25 jaar C3 is beschreven in onze autobiografie, dus die gaan we hier niet herhalen. In de zeven jaar sindsdien hebben we onze vennootschap omgezet in een coöperatie, hebben we een nieuwe directeur gekregen en zijn we van een fysiek kantoor naar een virtueel kantoor gegaan. Er zijn collegae vertrokken en er zijn nieuwe collegae bijgekomen, waardoor onze diversiteit is toegenomen en we meer opdrachten in het sociaal domein krijgen.
Wat is gebleven is dat we een samenwerkingsverband van ondernemers zijn, die intensief betrokken zijn bij zorg en welzijn en hun professionaliteit voortdurend willen ontwikkelen. Gebleven zijn ook de hoge standaarden, die wij hebben voor het uitvoeren van opdrachten en onze wens om kennis te delen. Wij stellen hoge eisen aan elkaar, wat het niet altijd gemakkelijk maakt voor nieuwkomers om bij ons aan te sluiten.
Wij hebben veel ervaren en gedaan in de gezondheidszorg in de afgelopen 33 jaar en hopen bijgedragen te hebben aan positieve ontwikkelingen bij zorgorganisaties en voor de gezondheidszorg als geheel, alles met het doel om de patiënt of de cliënt betere zorg of ondersteuning te kunnen geven. Of anders gezegd 'wij werken uiteindelijk voor de klanten van onze klanten'. Gelukkig waarderen onze opdrachtgevers onze bijdragen en de effecten daarvan ook. De meeste van hen zijn tevreden over ons werk, ook al gaat er bij ons, net als bij iedereen, weleens iets anders dan gewenst en loopt het een enkele keer mis. Dat is jammer, maar van missers leer je vaak meer dan van successen, dus een slecht verlopen opdracht is een uitdaging om het de volgende keer beter te doen. En een goed verlopen opdracht schept de plicht om het de volgende keer nog beter te doen. We blijven leren en ons ontwikkelen en onze klanten helpen bij duurzame verbeteringen in zorg en organisatie.