

# Liever draagvlak van branche- en beroepsverenigingen dan een staatscommissie.

door Marion Frissen, gezondheidswetenschapper

3 september 2025

**Aan de inmiddels al jaren lopende discussies over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons zorgbestel is sinds een paar maanden het pleidooi voor een staatscommissie toegevoegd. En deze week kwam de suggestie langs voor het op ministerieel niveau aanstellen van iemand met een 'stevig mandaat'. Maar de echte tekortkoming in de besturing van ons zorgbestel is, naar mijn overtuiging, het gebrek aan 'gezaghebbenheid' van organisaties, personen en besluiten.**

Het meest duidelijk treden gebreken aan het licht in tijden van crisis. Wat betreft de zorgsector gebeurde dit tijdens de coronaperiode. Deel I van het rapport Aanpak Coronacrisis van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid uit 2022 bevat een veelzeggende aanbeveling, namelijk: *Bewaak de rolvastheid en borg de eigenstandige positie van bestuurders als besluitvormers en deskundigen als adviseurs. Heldere scheiding van rollen draagt bij aan het begrip voor en de navolgbaarheid van het overheidsoptreden en versterkt de democratische legitimiteit van besluiten.* Overigens waren een vergelijkbare aanbeveling en leerpunt ook al opgenomen in het rapport Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A (H1N1) (de Mexicaanse griep) van 2011.

## Kolkende stroom van meningen

We zien al jaren tal van deskundigen op social media en aan talkshowtafels verschijnen en op persoonlijke titel spreken of meerdere petten op hebben (we kennen allemaal de namen). De versplintering die zich in de politiek heeft voltrokken zien we ook maatschappelijk terug. Van zoiets als 'fractiediscipline' (organisatiediscipline) is geen sprake meer, iedere deskundige lijkt voor zichzelf te zijn begonnen. In de kolkende stroom van visies en meningen zou een beperkt aantal vertegenwoordigers van de overheid en van gezaghebbende organisaties in de coronaperiode zeer wenselijk zijn geweest. Dit geldt ook voor de

besluitvorming over alle andere belangrijke thema's in de zorg, zoals de inhoud van het basispakket, de inhoud van het begrip 'kwaliteit', eisen die worden gesteld aan contracten van zorgverzekeraars, de salarissen van zorgbestuurders, de grenzen die worden gesteld aan winstverkrijging, et cetera.

## **Vermenging van rollen**

Sinds de invoering van de 'gereguleerde' marktwerking is de invloed van branche- en beroepsverenigingen (het maatschappelijk middenveld) nog maar beperkt. 'Deskundigen' kunnen ongebreideld hun meningen in het openbaar uiten, waarvan het onduidelijk is of het een breed gedragen plan of visie is of slechts een persoonlijke mening. Tijdens mijn werkzame periode vóór 2006 bij de VNZ, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en de KNMG, spraken de ministers en gezagsdragers alleen over beleidslijnen en besluiten die waren gebaseerd op (intern) overleg en consultatie. De organisaties in het maatschappelijk middenveld (gevormd door belangen- en beroepsorganisaties o.a. NVZ, NHG, KNMG, V&VN wetenschappelijke verenigingen, ZN en NPCF) spraken elk met één mond. Maar tijdens de coronaperiode hoorden we bijvoorbeeld wel de meningen van individuele ziekenhuisdirecteuren of medisch specialisten, maar nooit van de NVZ of van de FMS.

Wanneer het gaat over financiële en personeelstekorten in de zorg praat iedereen elkaar na, zijn uitzendbureaus er als de kippen bij om aanbiedingen te doen, en wordt de publieke opinie doodgegooid met rampscenario's zoals: onbetaalbaar, onhoudbaar, te weinig personeel, teveel oude mensen, teveel ongezonde mensen, et cetera. Het vermengen van rollen maakt dat organen en instituten elkaar napraten en dat iedere vorm van tegenspraak bij voorbaat in de kiem wordt gesmoord. Van 'checks and balances', dat o zo belangrijke bestuurlijke principe, is dan geen sprake meer. De wettelijke adviesorganen waarin het maatschappelijk middenveld vertegenwoordigd was, zijn nagenoeg allemaal opgeheven of uitgehold. Een gedegen analyse van de problemen in de zorg blijft hierdoor achterwege, evenals een goede gezamenlijke aanpak.

## **Ruimte voor 'zorgvreemde' actoren**

Het gebrek aan gezaghebbende organen en woordvoerders uit de zorgsector zelf biedt ruimte voor bemoeienis van allerlei actoren die zelf geen zorgprofessionals zijn, maar wel aan de zorg willen verdienen: banken, accountants,



technologieleveranciers, recruitmentbureaus. Hierdoor vloeit er steeds meer geld weg uit de zorg. Door de versplintering van het maatschappelijk middenveld hebben deze actoren de kans gekregen (en gegrepen) om – zonder wezenlijke kennis van de inhoud en kwaliteit van de zorg – de zorgmarkt te adviseren. En als de redders van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg vervullen deze professies ook binnen de zorgorganisaties en de overheid belangrijke functies: financials in bestuur en raden van toezicht, ICT-deskundigen in management, communicatieadviseurs die de strategienota schrijven voor zorginstellingen en zorgverzekeraars, en niet te vergeten de verandermanagers als

belangrijke ‘systeem-fluisteraars’ tussen bestuur en middenkader. En doordat er geen afstemming meer plaatsvindt tussen ‘beleidsbepalende’ organisaties onderling is het niet meer duidelijk wie welke sturings- en verantwoordings-informatie nodig heeft en opvraagt, met alle gevolgen voor de administratieve lasten van dien.

## Zet in op kleine veranderingen

Met enige regelmaat lees je oproepen, meestal op persoonlijke titel, van professionals en beleidsmakers in de zorg om het stelsel volledig op de schop te nemen. Veel problemen worden rechtstreek aan de marktwerking (sinds 2006) gekoppeld. Wat men hierbij vergeet is dat al sinds 1987 met het rapport van de commissie Dekker geregleerde concurrentie werd geïntroduceerd om de kosten te drukken en tegelijkertijd de overheid te laten terugtreden. Uiteindelijk

werd in 2006 het zorgstelsel zoals we dat nu kennen ingevoerd, met een combinatie van de Zorgverzekeringswet (brede basisverzekering) en de Wet marktordening gezondheidszorg (spelregels en toezicht op de markt).

De Nederlandse gezondheidszorg blijkt moeilijk te besturen en daardoor te veranderen. Er is sprake van een ingewikkelde combinatie van publieke en private partijen. Binnen deze combinatie is het ook moeilijk om bij professionals en organisaties steun te krijgen voor een gezamenlijk te voeren beleid.

Daarnaast leren we van de afgelopen bijna 85 jaar, vanaf de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941, dat grote ingrepen in de zorg altijd stuiten op de sterk gevestigde belangen en macht van uiteenlopende partijen. Ook de politieke gevoeligheid van mogelijke inkomenseffecten van hervormingen in het stelsel, de toegang tot zorg en de invloed op andere publieke uitgaven, spelen een belangrijke rol. Tevens betekenen grote wijzigingen een groot afbreukrisico voor verantwoordelijke bewindslieden.

Het inzetten op kleine veranderingen in het Nederlands zorgbeleid zal effectiever zijn dan een ingrijpende stelselwijziging. Elke verandering begint met een stap. Gelukkig is er daarbij één ding waarover iedereen in Nederland het altijd eens is geweest, zelfs al vóór de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941, namelijk dat de toegang tot de gezondheidszorg voor iedere inwoner moet zijn gegarandeerd.

DISCLAIMER Alle informatie en/of artikelen mogen alleen gedeeld worden met bronvermelding. Verwijzing naar dit kennisplatform en auteur Marion Frissen.