

**Is de zorg in Nederland
een eindig spel?**

WHITE PAPER

1. Het Integraal Zorg Akkoord als eindig spel

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is opgezet als een doelgericht veranderprogramma met een afgebakende looptijd, strikte budgettaire kaders per sector, tussentijdse evaluaties en een fijnmazig monitorings- en governance-architectuur. Daarmee wordt de uitvoering, in alle redelijkheid, georganiseerd als een eindig spel: een afgebakende periode, vaste spelregels en periodieke voortgangsmetingen waarop kan worden bijgestuurd en aangesproken. De monitoringslijn en het bestuurlijk overleg zijn expliciet zo ingericht, met nadruk op output en verantwoording binnen de beoordelingsperiode. Tegelijk zijn de transformatiemiddelen incidenteel en aan een use-it-or-lose-it-principe gebonden; wie ze binnen de cyclus niet weet aan te spreken, verliest de kans. Daarbovenop is geen budget per regio geormerkt: middelen volgen de plannen die tijdig “rijp” zijn, met landelijke monitoring achteraf om scheefgroei te signaleren.

In de praktijk werkt dit als een “wie het eerst komt, wie het eerst maalt” dynamiek. Regio's en samenwerkingsverbanden met al ontwikkelde organisatiekracht, datahuishouding en projectcapaciteit weten sneller compleet gehonoreerde plannen te leggen en trekken daardoor relatief vroeg middelen aan. Minder volwassen samenwerkingen hebben meer doorlooptijd nodig om regiobeelden, governance en businesscases op orde te krijgen en vissen nu mogelijk achter het net nu de transformatiebudgetten volledig zijn benut, ook al voorziet de landelijke monitoring in correctiemechanismen. Het gevolg is dat het speelvermogen van regio's ongelijk kan groeien: niet per se omdat de opgave kleiner is, maar omdat het spel zo is ingericht.



Tegelijk zien we dat de administratieve uitwerking, hoe begrijpelijk ook vanuit rechtmatigheid, periodiek het “paarse-krokodil”-gevoel oproept: formuleren, IZA-portalen, bewijslasten en processtappen worden een doel op zichzelf, terwijl de uitkomsten voor inwoners en professionals (nog) niet overtuigend zichtbaar zijn binnen de korte cyclus. In zo'n context is het verstandig naast het verantwoord afmaken van lopende IZA-verplichtingen een ander spel te gaan spelen: een spel met een langere horizon waarin regionale samenwerkingen zich expliciet verbinden aan een rechtvaardige zaak (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en aantrekkelijk werk), en waarin de jaarlijkse wedstrijden, middelen, monitoring en akkoorden dienstbaar worden gemaakt aan continuïteit, leren en gezamenlijke vooruitgang over akkoorden heen.

Dat perspectief biedt alle regio's, ongeacht de startpositie, een meer gelijke kans om mee te doen, omdat het de focus verlegt van “op tijd binnen de tranche” naar “volhardend bouwen aan blijvende waarde” en zo de ruimte creëert om ook minder mature samenwerkingen stap voor stap te laten aanhaken.

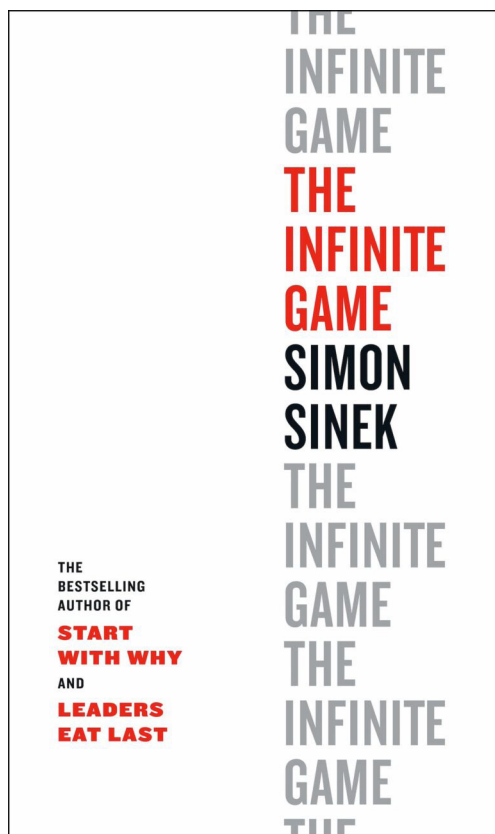
2. Van eindige wedstrijden naar een rechtvaardige zaak

James P. Carse zet met zijn boek “Finite and Infinite Games” een filosofische lens op de wereld: sommige spelen hebben vaste regels, bekende spelers en een eindstreep. Ze bestaan bij de gratie van winnen. Andere spelen laten spelers toe en uittreden, staan verandering van regels toe en kennen geen eindstreep. Ze bestaan bij de gratie van het voortzetten van het spel. Het eerste type consolideert macht, meet resultaat in trofeeën en sluit af zodra de prijs is binnengehaald. Het tweede cultiveert kracht, schept betekenis in een doorlopend verhaal en blijft open voor nieuwe spelers en nieuwe mogelijkheden. Waar het eindige spel grenzen verstevigt en de klok aftelt, behandelt het oneindige spel grenzen als beweeglijk en verstaat het tijd als narratief: gebeurtenissen krijgen pas zin wanneer ze bijdragen aan een verhaal dat verder reikt dan nu.

Simon Sinek bouwt daar in zijn boek “The Infinite Game” op voort en maakt Carse praktisch en hanteerbaar voor organisaties. Zijn kernstelling is even prikkelend als eenvoudig: veel bedrijven spelen eindige wedstrijden (kwartaalcijfers, marktaandeel, targets) maar verkorten daarmee hun horizon, terwijl duurzame waarde alleen ontstaat wanneer die wedstrijden ondergeschikt worden gemaakt aan een oneindige intentie. Die intentie noemt Sinek een rechtvaardige zaak: een positief en specifiek toekomstbeeld dat nog niet bestaat, dat groter is dan de eigen organisatie, en dat primair anderen dient. Precies hier verschuift het gesprek van succes naar betekenis. Succes is een momentopname; betekenis is een richting. Een onderneming met een rechtvaardige zaak gebruikt de wedstrijd om vooruit te komen, maar laat zich er niet door opsluiten.



Sinek beschrijft vervolgens welk gedrag en welke keuzes het oneindige spel dragen. Allereerst een cultuur van psychologische veiligheid, genaamd vertrouwensteams, waarin mensen fouten en zorgen zonder repercussie kunnen delen. Waar dashboards worden opgepoetst en problemen worden toegedekt, groeit angst. Waar kwetsbaarheid wordt beloond, ontstaat leren. Daarnaast moedigt de oneindige speler een waardige rivaal aan: niet de vijand die je wilt verslaan, maar de spiegel die laat zien waar jij kunt groeien. Leren is in deze logica geen afgeleide van winnen, maar het mechanisme dat het spel laat doorgaan. Derde pijler is existentiële flexibiliteit: de bereidheid om het “hoe” radicaal te wijzigen om het “waarom” trouw te blijven. Organisaties die hun middelen, structuren of zelfs ingebakken werkwijzen durven loslaten zodra ze de zaak niet langer dienen, overleven juist omdat zij hun identiteit niet verwarren met hun instrumenten. Tot slot vraagt het oneindige spel om moed: bestuurders die kiezen voor transparantie boven reputatiemanagement, voor lange-termijnwaarde boven kortetermijnapplaus, en die offers durven te brengen wanneer publieke waarden op het spel staan.



Tegen deze achtergrond bekritiseert Sinek de reductie van kapitalisme tot een eindige wedstrijd om aandeelhouderswaarde, een lezing die in de jaren tachtig dominant werd maar die haaks staat op Adam Smiths gedachte dat markten morele kaders en publieke voorzieningen vergen om brede welvaart te scheppen. In een oneindige lezing van kapitalisme is winst brandstof, geen doel. De meetlat verschuift van enkelvoudige, jaarlijkse winst naar duurzame waarde voor klanten, medewerkers, gemeenschap en omgeving. Niet omdat rendement onbelangrijk is, maar omdat het een gevolg moet zijn van het dienen van een grotere zaak. Juist zo blijven organisaties veerkrachtig bij politieke koerswisselingen, technologische golven en culturele verschuivingen.

In dit opzicht verdient de huidige geopolitieke context een nuchtere blik. Een traditionele samenwerkingspartner als de Verenigde Staten vertoont de laatste jaren steeds vaker de kenmerken van een eindig spel: grote wisselingen in beleid in een twee partijen stelsel, een nulsom-retoriek in handel en industrie, en een mediacultuur die conflict beloont boven nuance. Het spelen van een eindig spel heeft geopolitieke consequenties en voedt polarisatie. Juist daarom is een rechtvaardige zaak geen luxe, maar een tegenkracht.

Samengenomen leveren Carse en Sinek geen pleidooi tegen eindige spelen; ze bieden een rangorde. Deadlines, targets en contracten zijn nuttig en soms onmisbaar. Maar wanneer we ze verheffen tot hoogste doel, slinkt de horizon, verhardend de grenzen en wordt het systeem broos. Wanneer we ze inbedden in een rechtvaardige zaak, krijgen cijfers richting, worden rivalen leermeesters en wordt falen informatie in plaats van schuld. Het

onderscheid is niet academisch, maar existentieel: de vraag is of wij trofeeën verzamelen of een verhaal doorgeven.

Juist daarom is de vertaalslag naar de gezondheidszorg urgent. Zorgstelsels barsten van eindige wedstrijden: jaarlijkse inkoopcycli, productieafspraken, tarieven, indicatoren. Ze hebben hun plaats, maar alleen als middel. Het oneindige spel van zorg is het blijvend vergroten van gezondheid en menselijke waardigheid over kabinetsperiodes, contractcycli en technologiegolven heen. Dat vergt een rechtvaardige zaak die burgers primair dient, samenwerking die angst inruilt voor vertrouwen, rivalen die we durven imiteren, flexibiliteit om koers te wijzigen wanneer middelen doel worden, en leiders die kiezen voor lange termijn ook als dat vandaag pijn doet.

3. Middeleeuwse gezondheidszorg als oneindig spel

In het huidige zorgdebat voelt de Nederlandse gezondheidszorg vaak als een reeks eindige wedstrijden, maar dat is niet altijd zo geweest. Zorg vormde zich in de Noordelijke Nederlanden als een netwerk van lokale instellingen, verankerd in stad, kerk en burgerinitiatief. In vrijwel elke stad ontstonden gasthuizen (hospitia, hospitalia) en Heilige-Geesthuizen waar armen, pelgrims, ouderen en zieken onderdak en eenvoudige verpleging kregen. Deze huizen lagen vaak nabij parochiekerken of stadspoorten: dicht bij de bron van liefdadigheid, en op kruispunten waar hulpbehoevenden zich meldden. Zij boden geen geneeskunde in moderne zin, maar opvang, voeding, rust en pastorale zorg—zorg die “verzachtte” wanneer genezen niet mogelijk was.

Naast gasthuizen bestonden leprozerieën en andere afzonderingsinrichtingen aan de rand van de stad. In tijden van pest en andere epidemieën werden tijdelijke pesthuizen ingericht; stadsbesturen vaardigden ordonnanties uit over begravenis, reinheid en marktordening. Gemeentelijke en kerkelijke logica trokken hier samen op: collectieve



veiligheid ging hand in hand met zorg voor de zieke medemens. De infrastructuur was bescheiden, maar de publieke betekenis ervan groot: het waren tastbare uitingen van een gemeenschap die verantwoordelijkheid nam voor haar kwetsbare leden.

De besturing van deze zorg was gemengd. Veel gasthuizen stonden onder toezicht van geestelijke kapittels of lekenbroedersschappen (confrérieën) die door de stad werden erkend. In de late middeleeuwen kregen stadsbesturen steeds meer invloed: zij benoemden regenten of Heilige-Geestmeesters (armenmeesters) die inkomsten beheerden, rekeningen controleerden en het dagelijks bestuur voerden. Transparantie had toen de vorm van publieke rekeningen en memorieboeken; legitimiteit vloeide uit een ritueel van geven en gedenken: burgers schonken land, renten of legaten aan het huis, vaak gekoppeld de periodieke afkoop ziellerust, en verwachtten dat de instelling de armen zou blijven bedienen. Zo ontstond een duurzaam financieel weefsel van pachten, giften en stadsbijdragen waarmee continuïteit werd geborgd.



De zorgpraktijk werd uitgevoerd door een bont gezelschap: lekenbroeders en -zusters, begijnen in begijnhoven, later ook diaconale vrouwengemeenschappen. Hun werk was vooral verplegend en verzorgend: wassen, wonden verbinden, maaltijden bereiden, waken. Vanaf de vijftiende eeuw kregen steden meer professionele schakels: barbierchirurgijns verenigden zich in gilden, apothekers toonden hun kunde in apotheken die onder stedelijk toezicht kwamen, en universitair geschoolde medici (meestal gevormd in Leuven of Parijs) werden door rijke burgers geconsulteerd. De genees-, heel- en verloskunde werd dus deels geprofessionaliseerd, maar bleef ingebed in een morele economie van barmhartigheid en stedelijke verantwoordelijkheid.

Regulering verliep via gilderegels en stadskeuren. De stad liet toe wie mocht praktiseren, stelde boetes op kwakzalverij en controleerde weegschalen, ingrediënten en recepten in apotheken. Niet voor niets groeide in de vroegmoderne tijd het stedelijk Collegium Medicum (in Amsterdam vanaf de zeventiende eeuw) uit tot een co-regulator van artsen en apothekers; de kiemen daarvan liggen in de middeleeuwse stedelijke disciplinerende. Ook de publieke gezondheidszorg had haar voorlopers: markt- en slachtordonnanties, graan- en watervoorziening, afvalverwijdering en brandvoorschriften—maatregelen die de gezondheid van velen beschermden door het gedrag van enkelen te normeren.

Belangrijk is dat deze orde sociaal selectief kon zijn. Gasthuizen hanteerden regels voor opname; vreemdelingen en “ongeregelden” werden soms geweerd of doorverwezen. Leproserieën isoleerden, deels uit angst, deels uit zorg. En toegang tot geleerde medicina stond vooral open voor wie middelen had. Toch sprong de gemeenschap structureel bij waar het het hardst nodig was: in stervenszorg, bij epidemieën, in de opvang van daklozen en wezen. Dat alles niet omdat een jaarplafond gehaald moest worden, maar omdat barmhartigheid als deugd de stedelijke identiteit mede bepaalde.

De bevolkingspiramide in deze periode was jong; het aandeel 65-plussers lag waarschijnlijk ruim onder vijf procent. De levensverwachting bij geboorte in Noordwest-Europa lag ruwweg tussen 30 en 35 jaar; niet omdat niemand ouder werd, maar door extreem hoge kindersterfte: een derde tot de helft van de kinderen haalde de vijf jaar niet. Wie de volwassenheid bereikte, had een reële kans op een leven in de 50-60 jaar; maar het gemiddelde bleef laag door terugkerende rampen. Tussen 1315 en 1317 trof een hongersnood grote delen van Europa; tussen 1347 en 1352 doodde de Zwarte Dood naar schatting een derde tot de helft van de bevolking. Ook daarna bleven pest, pokken, dysenterie en tyfus cyclisch terugkeren. De kwaliteit van leven weerspiegelde dat: stedelijke dichtheid, rook in één-kamerhuizen zonder schoorsteen, beperkte riolering, vervuild oppervlaktewater, seizoensgebonden voeding met graanpap, brood en bier als basis, sporadisch vlees of vis. Skeletonderzoek wijst op groeistoornissen, tandproblemen en sporen van zware fysieke arbeid. Tegen die achtergrond was het middeleeuwse zorgstelsel geen machine voor genezing, maar een morele infrastructuur die lijden deelde, stervenden begeleidde en sociale orde herstelde.

Juist die duurzaam morele ordening maakt de middeleeuwse zorg tot een voorbeeld van een oneindig spel. De spelregels kwamen niet uit jaarplafonds of projecttranches, maar uit de deugdelijke ethiek van barmhartigheid en naastenliefde. Deelname stond in beginsel open voor iedereen die wilde bijdrage: als schenker, regent, broeder, zuster of ambachtsman. De baten waren dienstgericht: voedsel, bed, priester, processie, troost, soms isolatie om de gemeenschap te beschermen. Tegelijk is het belangrijk niet te romantiseren: oneindig is niet automatisch beter. De continuïteit werd gekocht met beperkte klinische effectiviteit, uitsluitingspraktijken (vreemdelingen, “ongeregelden”, melaatsen) en sociaal selectieve toegang tot geleerde geneeskunde. Barmhartigheid dempte nood, maar verhief zelden levensstandaard of volksgezondheid op schaal; daarvoor ontbraken kennis, middelen en staatscapaciteit.

4. Van barmhartigheid naar staatszorg

In de Gouden Eeuw verschuift de Nederlandse zorg van een overwegend religieus-charitatief stelsel naar een steeds sterker stedelijk en staatsgericht systeem. De morele horizon van de middeleeuwse barmhartigheid blijft zichtbaar (gasthuizen en diaconieën blijven zorgen), maar de reden om gezond te blijven verandert. Steden worden groter en dichter, handel en oorlogen voeren de boventoon, De Republiek der Nederlanden bevindt zich bijna permanent in competitie en oorlog met Europese rivalen. Gezondheid krijgt daardoor een strategische betekenis: een gezonde bevolking levert arbeid, belasting en soldaten; gezonde zeelieden houden de vloot op zee; gezonde steden blijven economisch open. De taal van “politie” of “goede orde” – in de vroegmoderne betekenis van stadsbestuur voor welzijn, reinheid en veiligheid – dringt de zorg binnen en maakt van gezondheid steeds meer een publieke zaak met regels, examens, inspecties en protocollen.



Twee bewegingen versterken elkaar. Demografisch verdicht de samenleving, vooral in Noord- en Zuid-Holland: de Republiek wordt een van de meest verstedelijkte gebieden van Europa. Dat brengt welvaart, maar ook een stedelijk neveneffect: hogere sterfte door infecties, vervuild water en dichte bewoning. Tegelijk professionaliseert het medische domein. Universiteiten als Leiden, Utrecht, Groningen en Franeker leiden geleerde medici af; chirurgijns en apothekers organiseren zich in gilden; anatomie-theaters, stedelijke farmacopees en in steden als Amsterdam collegia medica voeren examina, stellen zuiverheidsnormen vast en treden op tegen kwakzalverij. Zorg wordt daardoor minder vrijblijvend: toegang tot het beroep hangt af van erkende kennis, bereiding van middelen wordt controleerbaar, en openbare gezondheid wordt bestuurbaar via ordonnanties over begraafplaatsen, slacht, riool en quarantaine.

De geopolitieke context duwt die ontwikkeling vooruit. De Republiek voert drie Engelse oorlogen, strijdt in de Spaanse en Oostenrijkse successieoorlogen en onderhoudt een wereldwijde handels- en oorlogsvloot. Op schepen en in kazernes dienen barbier-chirurgijns, in overzeese ziekenhuizen worden zeelieden opgevangen, en stadsbesturen richten bij epidemieën pest- of lazarettuizen in. Gezondheid wordt een factor van staatskracht: niet alleen een kwestie van christelijke zorg voor de zwakke medeburger, maar van collectieve weerbaarheid tegen blokkades, belegeringen en handelsoorlogen. In de achttiende eeuw zet de centraliserende lijn door. Eerst in stedelijke reglementen, later onder Bataafs en Frans bestuur in uniforme examens en registratie van artsen, apothekers en vroedvrouwen en in verordeningen over vaccinatie. Na 1813 benut het Koninkrijk deze infrastructuur om in 1818 het Rijksgeneeskundig Stelsel te vestigen met een hoofdinspectie, provinciale commissies en districtsgeneesheren: barmhartigheid en stedelijke zorg blijven, maar staan voortaan in een nationaal raamwerk van toezicht en volksgezondheid. Na de Franse tijd wilde het jonge Koninkrijk der Nederlanden orde en eenheid scheppen in een versnipperd zorglandschap van gilden, stedelijke reglementen en kerkelijke liefdadigheid. Met het Algemeen Reglement op 's Rijks Geneeskundig Stelsel (1818) werd voor het eerst een landelijk, hiërarchisch raamwerk ingevoerd voor de geneeskunde én de volksgezondheid. De dubbele doelstelling was duidelijk: publieke gezondheid beschermen (epidemiebestrijding, hygiëne, vaccinatie) en beroepsuitoefening reguleren (toelating, toezicht, tuchtrecht-achtige correctie). Het stelsel bouwde voort op vroegmoderne stadspraktijken, maar trok die onder rijksregie.



Kern van het stelsel was de professionalisering van de medische beroepen. Toegang tot het vak verliep via provinciale examens; titelloos praktiseren of kwakzalverij kon worden beboet. Voor apothekers gold een vergelijkbaar regime: kennis van farmacie, zuiverheid en bereiding werd getoetst; apotheken konden worden geïnspecteerd en desnoods gesloten. Vroedvrouwen kregen opleidingseisen en bevoegdheden, wat de verloskunde uit het grijze gebied tussen ambacht en traditie haalde. Door registratie, titels, examens en toezicht te combineren, verzwakte het stelsel de macht van middeleeuwse gilden en bracht het de medische markt op één leest en veiligheidsbeleid. Waar middeleeuwse zorg primair een barmhartige plicht was, maakte het rijksstelsel volksgezondheid bestuurbaar. Districtsgeneesheren hielden ziekteregisters bij, stelden epidemierapporten op en adviseerden over isolatie, quarantaine, begraafpraktijken, drinkwater en riolering. Vaccinatie (tegen pokken) kreeg structurele aandacht: organiseren, registreren, stimuleren en wettelijke verplichting (Pokkenwet 1872). Ook forensische geneeskunde werd geborgd: lijkschouwen, wondrapporten en toxicologie ondersteunden het rechtssysteem. Samen leverden deze taken de eerste kennisinfrastructuur op waarmee beleid (voorzorg, hygiëne, bestrijding) kon worden gericht en gemeten. De districtsgeneesheer werd door het Rijk bekostigd; uitvoering (vaccinaties, voorzieningen) liep vaak via gemeenten, armenbesturen of particuliere stichtingen. Steden en dorpen bleven gasthuizen en diaconale zorg financieren, maar deden dat binnen rijkskaders. In de praktijk betekende dit dat een morele infrastructuur (liefdadigheid) werd aangevuld met een juridisch-administratieve (toezicht, normen). Bij uitbraken konden provinciale en centrale autoriteiten gecoördineerd optreden, een stap vooruit ten opzichte van louter lokale improvisatie. De winst lag in uniformiteit, toezicht, gegevens en basiskwaliteit. Door één landelijk regime daalden regionale verschillen in toelating en werkwijze; gevaarlijke praktijken werden teruggedrongen; de overheid kon voor het eerst trendmatig naar gezondheid kijken. Tegelijk bleven de therapeutische mogelijkheden beperkt: vóór kiemtheorie en antibiotica was curatieve effectiviteit klein; veel winst zat in preventie en orde. Toegang bleef sociaal ongelijk: wie draagkracht had, kocht geleerde medische zorg; armen waren aangewezen op armenzorg en de districtsgeneesheer. Het stelsel was bovendien top-down: het beschermde publieke belangen, maar kon stroperig zijn en liet weinig ruimte voor lokale innovatie buiten de regellijnen om.

De kwaliteit van leven in deze eeuwen is dubbelzinnig. Veel bewoners van de Republiek der Nederlanden profiteren van relatief hoge reële lonen, een gevarieerder dieet dan in veel buurlanden (graan, peulvruchten, zuivel, haring, bier) en stevige stedelijke armenzorg; dat dempt hongercrises. Toch blijven infectieziekten de grote vernietiger. De pest teistert steden tot in de jaren 1660; daarna daalt die dreiging, maar pokken, dysenterie, tyfus en tuberculose blijven cyclisch huishouding houden. In een stadswoning zonder waterleiding en riolering is de hygiëne kwetsbaar; grachten functioneren als afvoer, rook vult woonruimtes, en ambachtelijke arbeid is fysiek zwaar. Kindersterfte blijft hoog. Gemiddelde levensverwachting bij geboorte schommelt grofweg tussen 30 en 40 jaar – in de grootste steden vaak lager, op het platteland wat hoger. Dat cijfer misleidt zonder context: wie de kinderjaren overleeft, haalt regelmatig de 50 à 60 jaar, en in de achttiende eeuw is er – mede door het verdwijnen van de pest – een voorzichtige stijging van de levensverwachting, al drukken pokken-golven en erbarmelijke winters (zoals 1740-1741) die winst weer weg. Aan het einde van de achttiende eeuw komt met Jenner de vaccinatie tegen pokken beschikbaar; rond 1800-1811 beginnen overheden campagnes te organiseren, een voorbode van negentiende-eeuwse publieksgezondheid.

Zo bezien is de periode van de Gouden Eeuw tot 1818 een omschakelzone tussen twee spelordes. De middeleeuwse zorg was een oneindig, moreel verhaal van barmhartigheid dat, ondanks beperkte effectiviteit, generaties verbond. In de vroegmoderne tijd blijft die horizon bestaan (gasthuizen en diaconieën verdwijnen niet) maar daarbovenop groeit een eindiger laag van professionele toelating, inspectie, protocollen en stedelijke/staatsregie, ingegeven door demografie, handel en oorlog. Wat in de middeleeuwen vooral deugd was, wordt nu beleid. En waar de liefdadigheid het lijden deelde, begint de staat te sturen op preventie en orde: minder uit mededogen alleen, meer uit het inzicht dat gezondheid een machtsbron is. Dat is de wereld waarin het Rijksgeneeskundig Stelsel kan ontstaan: niet als breuk met barmhartigheid, maar als uitkomst van een eeuw lang professionaliseren, uniformeren en politiseren van zorg en als opstap naar de negentiende-eeuwse beweging waarin volksgezondheid, onderwijs en infrastructuur het toneel van de zorg definitief verbreden.

5. Van regulering naar volksgezondheidszorg

Met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (1865) verlaat Nederland definitief het versnipperde regime van gilden en lokale gebruiken. Toegang tot het vak wordt een kwestie van diploma's, examens en bevoegdheden; apotheek en verloskunde komen onder uniforme regels; gemeenten en provincies krijgen een duidelijker rol in toezicht en preventie. In termen van spelordes markeert 1865 een kantelpunt: de middeleeuwse, open oneindige roeping van barmhartigheid blijft moreel voelbaar, maar daaroverheen groeit een laag van eindige instrumenten die gedrag begrenzen om publiek belang te borgen. Dat nieuwe kader maakt iets mogelijk wat eerder ontbrak: bestuurbare volksgezondheid.

In de decennia daarna veranderen demografie en leefomgeving snel. Verstedelijking concentreert risico's, maar ze creëert ook schaal om die risico's te beheersen: drinkwaterbedrijven, riolering, woningwetbouw (na 1901), gemeentelijke gezondheidsdiensten, schoolartsen en vaccinatieprogramma's. De Gezondheidswet (1902) trekt wetenschappelijke advisering en lokaal toezicht in één lijn; stedelijke apotheken en universiteiten professionaliseren praktijk en opleiding.

De eindige spelcomponent groeit dus, maar wordt steeds nadrukkelijker ingezet voor een oneindig doel: het duurzaam verbeteren van volksgezondheid. Dat vertaalt zich in uitkomsten. Waar levensverwachting bij geboorte in het midden van de 19e eeuw rond de 40–45 jaar schommelt (sterk gedrukt door kindersterfte), klimt zij rond 1900 richting 52 jaar en stijgt na 1945, mede door antibiotica, betere voeding en hygiëne, naar ruim 70 in 1950 en begin jaren tachtig naar rond de 73 (mannen) tot 79 jaar (vrouwen). De cijfers vertellen ook het verhaal van kwaliteit van leven: lagere zuigelingen- en kraamvrouwensterfte door geschoolde verloskunde; minder tbc, difterie en polio door massale vaccinatie; langere, gezondere levensfasen (al blijven chronische aandoeningen en arbeidsbelasting voelbaar in oudere cohorten).



Toegang tot zorg is in deze hele periode ongelijk verdeeld in tijd en ruimte. In de 19e eeuw zijn stad en platteland elkaars spiegelbeeld: de stad heeft artsen, apothekers en hospitalen, maar lijdt aan dichtheid, smet en epidemieën; het platteland is schoner en luchtiger, maar dun gezaaid met professionele hulp. Afstand tot zorg, armoede en seizoenswerk zijn drempels. Vanaf de vroege 20e eeuw kantelt dat beeld: steden profiteren eerder van

waterleiding, riolen en ziekenhuiszorg; het platteland volgt, maar langzamer. De opkomst van ziekenfondsen dempt financiële drempels voor werkenden, maar laat de dekking gefragmenteerd. De Ziekenfondswet van 1941, opgelegd door de Duitse bezetter maar na 1945 door Nederland overgenomen en verbeterd, maakt voor werknemers onder een inkomensgrens verzekering verplicht en verandert zorg van gunst in recht voor een grote bevolkingsgroep. Het is een uitgesproken oneindige stap (solidariteit als structureel principe) maar gegoten in eindige uitvoeringsmechanismen: fondsen, pakketten, contractering, toezicht. De wederopbouwjaren versterken die combinatie. Nieuwe ziekenhuizen, universitaire centra en specialismen, de introductie van penicilline en streptomycine, DTP- en poliovaccinatie, neonatale zorg en röntgendiagnostiek: de klinische slagkracht groeit spectaculair. Leven wordt niet alleen langer maar ook anders: minder dodelijke infecties, meer chronische zorg, meer verwachtingen over kwaliteit, toegankelijkheid en menswaardigheid.

Tegelijk groeit vanaf de jaren zestig en zeventig het besef dat dezelfde professionalisering en aanbodgroei ook een kostenexplosie kan betekenen. Waar de oneindige horizon van volksgezondheid in de 19e en vroege 20e eeuw vooral vroeg om kennis, infrastructuur en organisatie, vraagt zij nu om keuzes om de betaalbaarheid van zorg in stand te houden. De staat reageert met eindige instrumenten: bouwplannen, capaciteitstoetsing, budgettering, en uiteindelijk centrale tariefvorming. Dat culmineert in de Wet Tariefvorming Gezondheidszorg (WTG, 1983): prijzen en honoraria worden gemaximeerd, ziekenhuizen krijgen lumpsum-budgetten, overschrijdingen worden verrekend. Het is de logische uitkomst van een halve eeuw versnelling: om de oneindige missie te redden hanteert de overheid het harnas van een eindig spel (tarief, plafond, jaar). Kort daarop volgt in 1986 de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekering (WTZ), die verzekeraars acceptatieplicht voor risicogroepen geeft en risico's vereffent om selectie tegen te gaan. Samen kondigen zij de volgende periode aan: een zorgstelsel waarin eindige spelregels (kostenbeheersing, contractcyclus, tariefregie) en oneindige doelen (universele toegang, kwaliteit, gelijke kansen) elkaar in een wankel evenwicht moeten houden.

Wie deze lange boog van 1865 tot begin jaren tachtig leest als spelverhaal, ziet geen simpele vervanging van barmhartigheid door bureaucratie, maar een verstrengeling: telkens als kennis, organisatie en staatsvermogen groeien, neemt de behoefte toe aan eindige instrumenten die het oneindige ideaal beschermen. Professionaliteit, sanitaire infrastructuur en verzekering brengen levensverwachting en levenskwaliteit omhoog; tariefvorming en vereffening verschijnen wanneer die vooruitgang zichzelf dreigt te ondergraven. De opdracht die aan het einde van deze periode zichtbaar wordt is niet om het ene spel door het andere te vervangen, maar om bewust te blijven kiezen welke eindige wedstrijden nodig zijn om het oneindige verhaal van gezondheid en menselijke waardigheid verder te dragen, in stad én op platteland.

6. Van marktbelofte naar waardenkompas

Vanaf midden jaren tachtig van de vorige eeuw verschuift de Nederlandse gezondheidszorg van een publiek gedreven voorziening naar een stelsel waarin gereguleerde concurrentie de belangrijkste stuurfilosofie wordt. De WTZ (1986) introduceert acceptatieplichten en interne vereffening om risicoselectie te dempen; het is de opmaat naar de stelselherziening van 2006 met de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Sindsdien is zorg formeel een publieke voorziening die via jaarlijkse marktrondes wordt geordend: burgers kunnen

wisselen van verzekeraar, verzekeraars onderhandelen met aanbieders van zorg en welzijn, aanbieders optimaliseren productie en kosten; de overheid bewaakt het speelveld via pakketbeheer, risicoverevening en toezicht. In termen van speltheorie wordt het oneindige doel, i.e. gezondheid en menselijke waardigheid over generatie, omgeven door een steeds dichtere verstrengeling van eindige spelvormen: premiewedstrijden, productieplafonds, DBC/DOT-betalingen, macro- en sectorakkoorden, periodieke “schermen” van indicatoren en ranglijsten. De wedstrijd is nooit ver weg; elk jaar begint hij van voren af aan.

Deze ordening past in een bredere maatschappelijke trend. De jaren tachtig markeren, onder invloed van het aandeelhouderskapitalisme (het “Welch-moment”), de herwaardering van kortetermijnrendement als maat van succes. Privatiseringen in telecom, post, openbaar vervoer en delen van energie en infrastructuur droegen de belofte van efficiëntie, innovatie en keuze. Maar publieke nutsfuncties en gezondheidszorg dragen waarden die niet in kwartaalgrafieken passen: toegankelijkheid, rechtvaardigheid, solidariteit, continuïteit en vertrouwen. Waar winst en marktaandeel de taal van het eindige spel spreken, vraagt publieke gezondheid om een oneindig kompas. In de zorg leidde dit tot een dubbelzinnige praktijk: we koesteren universele dekking en solidariteit, maar sturen gedrag met jaardoelen, plafonds en contractprikkels. Dat werkt, tot op zekere hoogte. De groei van de uitgaven werd getemperd; doelmatigheid nam toe; transparantie over kwaliteit kwam op gang. Tegelijk werd de horizon op het oneindig doel steeds troebeler: preventie en gezondheidsverschillen kregen structureel te weinig gewicht, professionals ervoeren stijgende administratieve druk, en aanbieders van zorg en welzijn raakten verstrikt in jaar-op-jaar schaduwwedstrijden om capaciteit en middelen.



De opkomst van ICT en digitale technologie versnelde die dynamiek. Elektronische dossiers, DOT-registratie en indicatorensets maakten zorg meetbaarder en daarmee bestuurbaar in eindige termen. Waar data bedoeld waren om te leren, gingen zij steeds vaker de wedstrijd voeden: codering optimaliseren, volumes balanceren, vinklijsten beheren. Digitalisering leverde onmiskenbare winst op in veiligheid en inzicht, maar vergde tegelijk een hoge prijs in tijd en aandacht van professionals. Wat bedoeld was als brandstof voor betere zorg werd te vaak een doel op zichzelf: systemen die de zorg laten draaien of de

zorg die om het systeem draait. Het verschil is voor patiënten en zorgverleners voelbaar.

Tegen deze achtergrond blijven de uitkomsten voor inwoners indrukwekkend, maar ambivalent. Tussen eind jaren tachtig en het tweede decennium van deze eeuw steeg de levensverwachting gestaag; de overleving bij hart- en vaatziekten en veel vormen van kanker verbeterde; neonatale sterfte daalde; functionele beperkingen op oudere leeftijd werden langer uitgesteld. De Corona pandemie zorgde voor een tijdelijke knik, gevolgd door gedeeltelijk herstel. Tegelijk namen chronische aandoeningen (diabetes, COPD, hartfalen) en multimorbiditeit toe in een vergrijzende bevolking; mentale gezondheid staat onder druk; gezondheidsverschillen naar opleiding en inkomen zijn hardnekkig en in sommige opzichten nog meer zichtbaar geworden. Kwaliteit van leven steeg gemiddeld, maar ongelijk verdeeld: wie hoogopgeleid is in een welvarende wijk profiteert eerder en langer dan wie laagopgeleid is in een kwetsbare omgeving. Regionale toegang is in de basis goed: de huisarts als poortwachter tot het zorgsysteem en brede ziekenhuisdekking blijven sterke punten, maar de wachttijden in GGZ en jeugdzorg, druk op SEH's en personeelstekorten laten zien hoe dun het ijs kan zijn. Dat alles is niet louter het gevolg van marktprikkels; demografie, schaarste aan personeel, technologie en veranderende verwachtingen van inwoners spelen net zo goed mee. Maar een stelsel dat elk jaar opnieuw wedstrijden organiseert, heeft het moeilijk om investeringen te rechtvaardigen die pas na vijf of tien jaar tot brede gezondheidswinst leiden.

Ook politiek en bestuur kregen een uitgesproken eindige signatuur. Vanaf 2012 volgden hoofdlijnenakkoorden en sectorakkoorden elkaar op; kostenplafonds en uitgavennormen werden verfiend; inkoopkaders en selectief contracteren boden tegenspel aan een onbeperkte volumegroei. Die instrumenten waren rationeel en vaak noodzakelijk. Ze brachten rust in de uitgavencurve en dwongen tot keuzes. Maar ze institutionaliseerden tegelijk het jaarlijkse spel:

plannen moesten binnen het jaar renderen, transitiepotjes werden in domeinen, sectoren en tranches verdeeld, en projecten werden beoordeeld op procesvolwassenheid in plaats van op langetermijn-gezondheidspotentieel. De Corona pandemie toonde ironisch genoeg dat het echt anders kan: tijdens deze crisis werden marktregels tijdelijk ondergeschikt aan samenwerking; data werden gedeeld, capaciteit werd regionaal afgestemd, en de wedstrijd ging even van het bord. Zodra de druk zakte, keerde de reflex terug naar het vertrouwde contractritme.

De kernvraag is niet of marktprikkels “goed” of “fout” zijn. Eindige wedstrijden zijn nuttig om verspilling te voorkomen, kwaliteit zichtbaar te maken en innovatie te prikkelen. De vraag is rangorde: staat de wedstrijd ten dienste van de rechtvaardige zaak in de zorg, of is deze rechtvaardige zaak nog slechts decor van de wedstrijd? In de periode sinds 1986 is de balans gaandeweg verschoven naar een stapeling van eindige spelregels. Die stapeling temde groei en bracht orde, maar maakte het moeilijker om het oneindige spel daadwerkelijk te prioriteren. Dat zien we in de structureel lage investeringen in preventie, in de traagheid waarmee sociale determinanten in de zorg worden verdisconteerd, en in de spanning tussen registratielast en professioneel vakmanschap. We zien het ook in de publieke sfeer: polarisatie en korte nieuws-cycli drukken op bestuurders om te “scoren” binnen één begrotingsjaar, terwijl de echte verbeteringen meerdere jaren vergen.

Een maatschappij-kritische lezing van deze periode onder het licht van het oneindige spel is daarom tweevoudig. Aan de ene kant heeft de zorg ongelooflijke vooruitgang geboekt in levensduur en medische uitkomsten, mede dankzij professionalisering, transparantie en technologische vernieuwing. Aan de andere kant heeft de verabsolutering van eindige logica het stelsel brozer gemaakt waar het sterk moet zijn: bij investeringen in personeel en preventie, bij het verkleinen van gezondheidsverschillen, bij het inrichten van digitale infrastructuren die vertrouwen geven in plaats van wrijving. Het antwoord is geen nostalgie naar vóór 1986 en ook geen blind geloof in “meer markt” of “minder markt”. Het antwoord is het herstellen van prioriteit: eerst de rechtvaardige zaak, dan de wedstrijd. Wanneer we de eindige instrumenten herschikken rond een langere horizon met meerjarige financiering op uitkomsten, ruimte voor regionale samenwerking, digitale systemen die dienen in plaats van sturen, en meetlatten die gezondheid en werkplezier voorop zetten, kan dezelfde professionaliteit die ons zo ver bracht de volgende sprong mogelijk maken. Dan wordt de markt geen schijn-oplossing, maar een middel; en wordt de zorg weer herkenbaar als wat zij altijd had moeten zijn: een oneindig verhaal van menselijkheid, dat generaties verbindt en ook in de volgende crisis blijft staan.

7. Van beleidsintentie naar effectief leiderschap

IZA en AZWA boden terecht de hoop op een herijking van de gezondheidszorg als publieke nutsvoorziening: toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit voor alle inwoners. Wat we zagen, is dat veel energie is gaan zitten in noodzakelijke, maar sterk procedurele stappen zoals regiobeelden, regioplannen, snelle toetsen en transformatieaanvragen. De tastbare, grootschalige effecten van de transformatiemiddelen zijn nog niet breed voelbaar. Toch heeft deze periode iets wezenlijks opgeleverd: het gedeelde besef dat geen enkele partij het alleen kan. Zorgaanbieders uit het medische en sociale domein, gemeenten, overheid en zorgverzekeraars hebben elkaar gevonden, belangen zijn explicieter geworden en de gezamenlijke opgave is scherper in beeld gekomen.

Precies daar begint de omslag van een eindig naar een oneindig spel. Effectief leiderschap betekent nu: de jaarlijkse “wedstrijdlogica” ondergeschikt maken aan een rechtvaardige zaak met een langere horizon en samenwerking vertalen naar gedrag en besluitvorming die doorwerken voorbij akkoorden en budgetjaren. Dat vraagt om duidelijke keuzen: één regionaal uitkomstenkompas voor inwoners en professionals; meerjarige afspraken die preventie, hybride zorg en inclusie echt laten renderen; transparantie die leren boven afrekenen zet; en durf om projecten te stoppen die geen aantoonbare waarde leveren, ook als daar al middelen in zitten. Digitalisering en data blijven randvoorwaarden, maar nooit het doel: zij moeten frictie wegnemen, vertrouwen vergroten en uitkomsten zichtbaar maken.

Leiderschap krijgt zo een concreet profiel. Bestuurders maken van “vertrouwensteams” de norm: open over risico's en fouten, gericht op versneld leren in plaats van cosmetische voortgang. “Waardige rivalen” worden expliciet benoemd en hun werkende werkwijzen geadopteerd; niet over drie jaar, maar dit jaar. “Existentiële flexibiliteit” wordt georganiseerd via vooraf afgesproken criteria, zodat koerswijziging geen gezichtsverlies is maar trouw blijven aan het hogere doel. En “moed om te leiden” toont zich in keuzes die soms pijn doen op korte termijn maar die wel de continuïteit van publieke waarden borgen.

De belangrijkste stap is dat we de recente samenwerkingswinst verzilveren in uitvoeringskracht. Dat betekent: minder energie in loketten, formats en sectorale deadlines; meer energie in gezamenlijke uitvoering op basis van uitkomsten die ertoe doen, i.e. gezondheid, kwaliteit, gelijkheid, werkplezier, met publieke verantwoording over wat werkt en wat niet. Zo verschuift de focus van “projecten op tijd” naar “verbeteringen die blijven”, en maken we van de bereikte eensgezindheid geen momentopname, maar het begin van een bestendige manier van samen sturen.



8. Duurzame financiering van een oneindig spel

De financiering van het Nederlandse zorgstelsel is sinds 1983 sterk sectoraal ingericht. Curatieve zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw): de overheid bepaalt jaarlijks het basispakket, iedereen is verplicht verzekerd, zorgverzekeraars contracteren aanbieders en betalen de zorg. De financiering komt uit een nominale premie én uit het Zorgverzekeringsfonds (inkomensafhankelijke bijdragen en rijksmiddelen); via risicovereffening worden verzekeraars met relatief zwaardere populaties gecompenseerd zodat een gelijk speelveld ontstaat. Dit geheel (pakket, fonds en vereffening) is de ruggengraat van de curatieve financiering. Voor langdurige en nabijheidszorg is er de Wet langdurige zorg (Wlz). Toegang loopt via het CIZ; de financiering bestaat uit collectieve middelen en een inkomensafhankelijke eigen bijdrage (laag of hoog, afhankelijk van de situatie). De Wlz borgt structurele, intensieve zorg voor ouderen en mensen met beperkingen. Maatschappelijke ondersteuning (huishoudelijke hulp, begeleiding, hulpmiddelen) en jeugdhulp zijn gedecentraliseerd: gemeenten financieren en organiseren dit op grond van Wmo 2015 en Jeugdwet. Daarmee kan ondersteuning dichtbij inwoners worden vormgegeven, maar het introduceert een aparte geldstroom naast Zvw en Wlz. Over dit geheel houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg): prestaties en (maximum)tarieven, transparantie-eisen en marktbeveiliging. In de medisch-specialistische zorg gebeurt registratie en declaratie via dbc's (en DOT), met jaarlijks vastgestelde regels. Deze juridische en bekostigingslaag ordent de markt, maar verankert tegelijk de jaarlijkse contractrondes en de nadruk op output.

Als je het stelsel “van bovenaf” bekijkt, zie je een mozaïek van geldstromen: Zvw (verzekerden & fonds), Wlz (collectief + eigen bijdragen), Wmo/Jeugd (gemeentelijke budgetten). Elke stroom kent eigen regels, verantwoordingslijnen en tijdschalen. Veel logische puzzelstukjes, maar met scheidslijnen precies op de grenzen waar inwoners en professionals domeinoverstijgend iets nodig hebben. Waarom wringt dit, juist nu we samenwerking en preventie hoger willen waarderen? Omdat de beloningstypen niet samenvallen met de maatschappelijke opgave. Jaar- en tariefgebonden prikkels belonen volume- en procesbeheersing binnen één wet en één contractrelatie, terwijl de opgave (gezonde levensjaren, gelijke kansen, minder druk op schaarse professionals) over wetten, organisaties en jaren heen loopt. Preventie en sociale determinanten renderen vaak ná de contracthorizon en in een andere geldstroom dan waarin de kosten zijn gemaakt. Het gevolg: iedereen wil wel samenwerken, maar de huidige financiering ondersteunt nog onvoldoende.

De WHO onderkent vier ontwerpprincipes voor duurzame financiering van zorg en welzijn: populatie-gericht, meerjarig, domeinoverstijgend en gelijkgericht. Dit zijn géén “vrije” ontwerpkeuzes, maar een samenvatting van wat internationaal en nationaal als randvoorwaardelijk geldt voor duurzame, integrale zorgfinanciering. Ons vertrekpunt is de feitelijke ordening van het Nederlandse stelsel, wat zichtbaar maakt waar de huidige prikkels de samenwerking en preventie doorsnijden. Populatie-gericht sluit aan bij het idee dat je eerst een herkenbare bevolking “inschrijft” en verantwoordelijkheid neemt voor zorgervaring, populatiegezondheid en kosten, de triple aim uitkomstset die breed is omarmd in beleids- en wetenschappelijke literatuur. Voorwaarden daarbij: een integrerende partij die stelselbreed kan sturen en toegang tot data op populatieniveau. In de praktijk zien we dit terug in systemen die expliciet op de gezondheid van een populatie sturen. Meerjarig is nodig omdat preventie, digitale vereenvoudiging en teamvorming pas na meerdere jaren renderen; korte contractcycli belonen vooral productie en proces. Internationale voorbeelden met meerjarige afspraken laten zien dat uitkomsten verbeteren als budget en verantwoordelijkheid niet jaarlijks opnieuw ordenen en onderhandelen. Domeinoverstijgend volgt rechtstreeks uit de determinanten van gezondheid: medische, sociale en leefomgevingsfactoren grijpen in elkaar. Financiering die deze grenzen niet meeneemt, dwingt partijen terug het silo-spel in. Daarom werken landen en/of regio's met geïntegreerde contracten of gezamenlijke fondsen. Gelijkgericht tenslotte is het antwoord op twee klassieke tegenkrachten: risicoselectie en ongelijke startposities. Het Nederlandse risicovereffeningsstelsel is precies ontwikkeld om concurrentie op doelmatigheid mogelijk te maken zonder dat verzekeraars of regio's worden “beloond” voor een gezondere populatie. Eenzelfde logica heb je regionaal nodig: vereffening en eerlijke deling van mee- en tegenvallers maken samenwerking rationeel en hanteerbaar. Deze ontwerpprincipes leunen op het bredere financieringskompas van de WHO—pooling van middelen, strategische inkoop en bescherming tegen financiële risico's als bouwstenen van duurzame universele dekking. Vanuit dat kompas is het logisch om regionaal te denken in populatie, meerjaren, integratie van geldstromen en prikkels die samenwerking laten lonen. Dit is precies de stap van “eindige” jaardoelen naar een oneindige langetermijnbelofte waarin eindige instrumenten (tarief, bundel, shared savings, regiobudget) het grotere doel dienen.

De Quality-Adjusted Life Year (QALY) is de internationale “gemeenschappelijke noemer” om gezondheidseffecten te wegen: één QALY staat voor één jaar in perfecte gezondheid. Door kosten per gewonnen QALY te vergelijken, kunnen we alternatieven consistent vergelijken. In Nederland hanteert het Zorginstituut Nederland ziektebelasting-afhankelijke referentiewaarden: hoe zwaarder de (proportionele) ziektebelasting, hoe hoger de aanvaardbare kosten per QALY—een manier om recht te doen aan rechtvaardigheid naast doelmatigheid. Daarachter schuilt een tweede vraag: wat vinden burgers een QALY waard? Internationaal onderzoek met betalingsbereidheidsmethoden laat uiteenlopende, maar betekenisvolle bereidheden zien. Een veelgeciteerde systematische review identificeert honderden schattingen

van bereidheid om te betalen per QALY. Deze bereidheid is internationaal sterk afhankelijk van context maar West-Europese studies bevestigen dat burgers meer willen betalen wanneer gezondheid ernstig bedreigd is of wanneer kwaliteit van leven substantieel stijgt. Opvallend hierbij is dat dat inwoners en/of patiënten belangen organisaties over het algemeen niet of nauwelijks in een dergelijke dialoog worden betrokken. Voor het oneindige spel van de zorg is dit meer dan rekenwerk. QALY's maken transparant welke mix van levensduur en kwaliteit we winnen; de bereidheid om daar dan ook voor te betalen peilt maatschappelijke voorkeuren voor die winst. Samen vormen ze een kompas om schaarse middelen te richten op interventies die aantoonbaar gezondheidsjaren én kwaliteit toevoegen en om te beargumenteren wanneer langere, meerjarige investeringshorizonten gerechtvaardigd zijn (bijv. preventie of digitale thuiszorg met trage maar zekere QALY-opbrengst). In de Nederlandse praktijk betekent dit: koppel regionale uitkomstenfinanciering aan een beperkte set QALY-gerelateerde KPI's, weeg daarbij gelijkheid (ziektelast, wijkcores) expliciet mee, en maak afspraken dat een deel van gerealiseerde doelmatigheidswinst automatisch herinvesteert in interventies met bewezen QALY-opbrengst. Zo blijven onze eindige instrumenten dienstbaar aan de oneindige belofte van betere, langere en meer rechtvaardig verdeelde levens.



Starten met duurzame financiering vraagt om een gerichte aanpak. Kies 1 of 2 populaties met een hoge ziektelast en veel grensvlakken (bijv. 70+ met kwetsbaarheid, of mensen met ernstige psychische aandoeningen). Stel vervolgens een regionale financieringsovereenkomst op waarin de populatie, data- en privacykaders, uitkomsten, geldstroom en verdeelsleutel, risico-afspraken en transparantie/rapportage publiek worden vastgelegd. De KPI-set moet spaarzaam en meervoudig zijn: gezondheid, toegankelijkheid, gelijkheid, ervaren kwaliteit en werkplezier/retentie van professionals. Corrigeer uitkomsten en budgetten via risico-vereffening en organiseer een vangnet constructie voor uitzonderlijke casemix-schokken. Spreek af dat een deel van de besparing uitsluitend mag worden aangewend voor herinvestering in preventie en administratieve lastenverlichting. Maak één regionale stuurschakel verantwoordelijk (zorgverzekeraars + gemeenten + aanbieders + inwoners), met een onafhankelijke voorzitter en een ondersteunend programmabureau. De rijksoverheid hoeft het stelsel niet om te gooien om te starten. Experimenteerruimte (Wmg/Zvw/Wmo), een meerjarige uitzonderingsroute voor domeinoverstijgende contracten, en een fiscale/boekhoudkundige voorziening om besparingen overdraagbaar te maken naar volgende jaren, zijn krachtige versnellers. Toezichthouders kunnen sturen op eenvoud in KPI's, heldere risicokaders en publieke transparantie over uitkomsten in plaats van nog meer procesindicatoren.

Duurzame financiering is geen technisch trucje maar een rangorde-keuze: we ontwerpen geldstromen die samenwerking, preventie en gelijkheid lonen en jaar-op-jaar-wedstrijden temmen. Daarmee worden de eindige instrumenten weer een middel, en krijgt het oneindige doel, i.e. gezondheid, menselijke waardigheid en aantrekkelijk werk, structureel voorrang.



9. van inzicht naar gezamenlijke belofte

Als we werkelijk willen verschuiven van jaarlijkse wedstrijden naar een rechtvaardige zaak, vraagt dat om één scherp en gedeeld kompas. Proveran biedt daarvoor een compacte, intensieve werkvorm: in een dagdeel begeleiden wij uw samenwerkingsverband naar een vernieuwde, positief en toekomstgericht geformuleerde belofte die groter is dan ieder individueel organisatiedoel, openstaat voor iedereen die wil bijdragen, primair ten goede komt aan inwoners, en bestand is tegen politieke, technologische en culturele schokken. Een formulering van een rechtvaardige zaak waar betrokkenen zich aan durven committeren en waarvoor zij bereid zijn offers te brengen. Deze uitkomst is niet het bijproduct maar het expliciete doel van de sessie.

CANVAS RECHTVAARDIGE ZAAK

OPDRACHTGEVER:

DATUM:

 INCLUSIEF	 DIENTGERICHT	 VEERKRACHTIG	
 VISIE	 RECHTVAARDIGE ZAAK	 IDEALISTISCH	
 LEIDERSCHAP	 EXISTENTIËLE FLEXIBILITEIT	 WAARDIGE RIVALITEIT	 VERTROUWENSTEAMS
 ACTIES	 EIGENAARSCHAP	 MIJLPALEN	



We werken met een helder canvas dat het gesprek ordent zonder het te versmallen. Bovenaan scherpen we het perspectief op inclusief, dienstgericht en veerkrachtig; in het midden verbinden we visie, de kernformulering van de rechtvaardige zaak en het idealistische kompas; onderaan brengen we gedrag en besturing in beeld via leiderschap, existentiële flexibiliteit, waardige rivaliteit en vertrouwensteams; tot slot leggen we vast wat er morgen gebeurt—acties, eigenaarschap en mijlpalen. Het resultaat is een gedragen verhaal én een concreet handelingsperspectief in één beeld, direct bruikbaar in bestuur, regio-overleggen en richting inwoners.

Onze uitnodiging is eenvoudig en urgent: plan dit dagdeel, zet inwoners, professionals, gemeenten en verzekeraars samen aan tafel, en geef uzelf de ruimte om de jaarlijkse wedstrijdlogica even te laten wijken voor het gesprek dat ertoe doet. U gaat naar huis met een scherp geformuleerde rechtvaardige zaak, een compacte set van eerste commitments met eigenaarschap en tijdpad, en de sociale energie om die afspraken ook waar te maken. Dat is het moment waarop samenwerking geen intentie meer is, maar leiderschap in actie.

