

Regionalisering in historisch perspectief



Raad ↩
Volksgezondheid
& Samenleving

Regionalisering in historisch perspectief

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad


Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Jan Kremer
Bas Leerink
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Den Haag, 2022

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of veeleelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website  www.raadrvs.nl

Inhoudsopgave

1.1	De grote beweging: lokaal, regionaal, nationaal. En weer terug?	6
1.2	De regio in zorgbeleid	6
1.3	De regio in bestuurlijke verandering	8
1.4	Reflectie	10
	Literatuur	11

Bij de voorbereiding van het essay *De regio als redding?* voelden we de behoefte regionalisering ook in een historische context te plaatsen. In dit achtergrondartikel doen we dat op twee manieren. We beschrijven zowel ontwikkelingen in beleid gericht op gezondheidszorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning als ideeën over de bestuurlijke (her)inrichting van Nederland. De beschrijving is schetsmatig omdat volledigheid ver buiten de reikwijdte van het essay valt. De spiegel die het essay beoogt te zijn, geven we met dit artikel een extra dimensie.

1.1 De grote beweging: lokaal, regionaal, nationaal. En weer terug?

In *Zorg en de staat* schetst De Swaan (1989) de historische ontwikkeling van de verzorgingsstaat in Nederland en andere westerse landen. Lange tijd (en dan bedoelt hij eeuwen geleden) zorgden mensen vooral voor elkaar en verleenden ze onderling hulp en ondersteuning. Dat deden ze zonder tussenkomst van organisaties, laat staan van (voorlopers van) overheden. Met de groei van lokale economieën en de vorming van natiestaten ontstonden collectieve verbanden die publieke taken op zich namen. Daar zat een logica achter. Tekorten en tegenslagen van sommigen benadeelden steeds vaker ook de gehele gemeenschap. Desalniettemin bleef tot aan begin van de 20ste eeuw de uitvoering van publieke taken zoals de zorg voor zieken en armen, in handen van particuliere initiatieven en de kerk.

Na de Tweede Wereldoorlog ontwikkelt zich de verzorgingsstaat. Particulier initiatief in zorg en ondersteuning wordt grotendeels overgenomen door de staat. Er ontstaat wel enige differentiatie. Sommige taken blijven lokaal (welzijn), sommige gaan naar de provincie, sommige worden regionaal belegd en veel taken komen bij de rijksoverheid terecht. In de jaren 80 van de 20ste eeuw begint hier iets in te veranderen. Onder invloed van de economische crisis van destijds en de sterke groei van overheidsuitgaven aan zorg en ondersteuning ontstaat er een beweging terug naar de burger en naar de gemeente. Eerst vooral in de vorm van bezuinigingen, later ook in de formele decentralisatie van taken die voorheen bij de rijksoverheid lagen. Die beweging cumuleert in de Wet op de maatschappelijke ondersteuning in 2007 en de decentralisatie naar gemeenten van taken op het gebied van jeugdhulp, de langdurige zorg aan huis, de ondersteuning bij arbeids(re)integratie, etc. in 2015 (Jeugdwet, Participatiewet, Wmo 2015). Sinds deze decentralisaties zien we ook weer een beweging terug ontstaan, met name richting de regio. Het is deze beweging die centraal staat in het essay *De regio als redding?*

In de loop van de geschiedenis zien we in de zorg- en hulpverlening dus een beweging van lokaal particulier initiatief naar overheidsvoorzieningen die op lokaal, regionaal en landelijk niveau worden geleverd of aangestuurd. Sinds de jaren 80 is er weer een beweging terug te zien, die wel een ander karakter heeft: van landelijk naar lokaal en van overheidsvoorzieningen naar marktpartijen, individuele verantwoordelijkheid, sociale steunsystemen en informele zorg.

1.2 De regio in zorgbeleid

In deze paragraaf gaan we wat dieper in op de rol van de regio in het Nederlandse zorgbeleid. De WRR onderscheidt vanaf 1941 drie periodes met drie verschillende dominante beleidsparadigma's.¹

In **de eerste periode (1941-1968)** staat de toegang tot zorg centraal met het particulier initiatief als belangrijkste zorgverlener. Vanaf de Tweede Wereldoorlog ontstaat er een nationaal collectief zorgstelsel met een verplichte zorgverzekering voor een groot deel van de bevolking. Deze ontwikkeling begint bij het Ziekenfondsenbesluit dat in 1941 door de Duitse bezetter werd ingevoerd. Regionalisering lijkt in deze periode nauwelijks een rol te spelen. In 1956 worden wel op grond van de Gezondheidswet de Provinciale Raden voor Volksgezondheid opgericht.²

In **tweede periode (1968-1987)** gaat het om kostenbeheersing en het vergroten van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De rijksoverheid krijgt een sterk sturende rol. Beleidsuitvoering op regionaal niveau is een belangrijk thema in de *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974), naast beheersing en planning van voorzieningen en financiën en strakke regie door de landelijke overheid. Regionale beleidsuitvoering zou moeten plaatsvinden in gewesten die elk een samenhangend stelsel van voorzieningen zouden moeten krijgen (WRR 2021: 43). Dat was nodig omdat voorzieningen ongelijk en onevenwichtig gespreid waren over

¹ WRR (2021): Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief 1941-2017.

² In de jaren 90 van de 20e eeuw zijn de meeste van deze raden weer opgeheven behalve in Noord-Brabant. De verplichting een provinciale raad voor volksgezondheid te hebben, staat nog steeds in de wet.

het land. De provincies werden belast met het opstellen van plannen voor de regionale uitvoering, die moesten passen bij de regionale zorgbehoeften.

Het samenhangend stelsel van regionale voorzieningen is er niet gekomen. De overheid kwam niet veel verder dan het aanmoedigen van afstemming tussen veldpartijen (WRR 2021: 59). Her en der ontstonden wel regionale samenwerkingsverbanden. Maar het kwam niet tot het gewenste samenhangende stelsel. Daarvoor waren regionale plannen nodig en het lukte provincies niet om die te maken. Eén van de redenen hiervoor was dat de gezondheidszorg ook toen al een uiterst complex systeem was dat bestond uit zeer veel verschillende instellingen. Bovendien beschikten de beleidsmakers niet over een overzicht van alle bestaande voorzieningen. Tenslotte kwamen de voorgestelde regio's niet overeen met de provinciegrenzen, wat bestuurlijke coördinatie flink in de weg zat. Wat wel lukte, onder leiding van staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Veder-Smit (1978-1981), was de vorming van de riaggs's (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg).

In de Structuurnota was ook voorzien in de vorming van Gezondheidskantoren: regionale uitvoeringsorganen die ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars zouden vervangen. Deze zouden niet alleen fungeren als verzekeraars, maar ook de "consumptie van zorg moeten bewaken" (Companje 2008: 569) Het moest mogelijk worden om patiënten integrale zorg te bieden "in de keten van poliklinische hulp, ziekenhuisverpleging en revalidatie" (Companje 2008: 569). Bij het indienen bij de Raad van State van het wetsvoorstel dat dit (en meer) moest regelen, lieten staatssecretarissen Hendriks en Mertens een financiële onderbouwing achterwege. Minister van Financiën Duisenberg (1973-1977) blokkeerde vervolgens het plan om ziektekosten op deze nieuwe manier (via een volksverzekering) te verzekeren.

De derde periode (1987-2017) die de WRR onderscheidt, wordt gekenmerkt door marktwerking en de regulering van concurrentie. En het loslaten van de wens tot regionale uitvoering, samenhang en samenwerking. De regionale werkgebieden van ziekenfondsen werden opgeheven zodat zij landelijk konden gaan opereren en concurreren (WRR 2021: 74 en 81).

In de aanloop naar de modernisering van de langdurige zorg (AWBZ) in 1999 kwam de regio toch weer in beeld. Tot die tijd bemoeiden ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars zich met de uitvoering van de AWBZ.

Vanaf 1 januari 1999 kwam de uitvoering in handen van 31 regionale zorgkantoren. Zij informeerden patiënten/cliënten over AWBZ-zorg, stelden vast of iemand recht had op verzekering, bepaalden en inden de eigen bijdrage. Ook moesten ze de "vierjarenplanning voor het regionaal zorgbeleid" vast stellen (Companje 2008: 582). Dit beleid betrof onder meer de afspraken met zorgaanbieders over aard, omvang en prijs van zorg, verdeling van wachtlijstmiddelen en afstemming met betrokken partijen over kwantiteit en kwaliteit van zorg.

De indicatie voor AWBZ-zorg werd in deze periode gecentraliseerd van het lokale naar het regionale niveau. Tot 1999 was de indicatiestelling voor bijvoorbeeld verzorgings- en verpleeghuizen niet geformaliseerd. "Honderden toewijzingscommissies, kruiswerkverenigingen, gezinsverzorgende instellingen en zorginstellingen zelf indiceerden voor de meest uiteenlopende zorgvormen." (Companje 2008: 582). Als gevolg van het Zorgindicatiebesluit (1997, staatssecretaris Vliegenthart) werden er 85 Regionale Indicatie Organen opgericht als toegangspoort tot de AWBZ.

De regionale indicatieorganen werkten niet zoals gehoopt. De kosten liepen op, evenals de achterstanden en dus de wachttijden. De afstand tussen lokale behoefte en regionale toewijzing was te groot. De reactie op deze gebroken belofte van de regio was verdere centralisatie in het Centrum Indicatiestelling Zorg (2005, minister Hoogervorst). Doel van deze centralisatie was om de indicatiestelling overal in het land op dezelfde wijze uit te voeren en overal dezelfde procedures en richtlijnen te hanteren. De indicatiestelling en uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten en het deel van de AWBZ dat in de Wmo 2007 terecht kwam, werden taken van gemeenten.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) werd in de jaren 90 ingezet op verregaande regionale samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorginstellingen in dezelfde regio.³ Dit zou moeten leiden tot

³ SCP (2001) *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.*

meer samenhang tussen intramurale, semi-murale en ambulante zorg. Op te richten Multifunctionele Eenheden (MFE's) zouden zowel eenmalige ambulante hulp moeten bieden als kortdurende opname (en alles wat daartussenin ligt). Het zouden kleinschalige voorzieningen moeten worden, evenwichtig over de regio verspreid. De vorming van MFE's zou minstens moeten leiden tot intensieve samenwerking, maar idealiter (volgens de Nota Onder anderen, TK 1992/1993b) tot fusie van betrokken partijen. Daarmee zou een multifunctioneel en integraal voorzieningenaanbod beter gewaarborgd zijn. Bijna 10 jaar later, in 2001, zijn er 17 MFE's (die inmiddels zijn omgedoopt tot Regionale GGZ-Centra (RGC's)). Er zijn dan plannen voor de vorming van nog 24. In 2004 is duidelijk dat gedwongen regionale samenwerking niet werkt.⁴ Het beleid ten aanzien van RGC's wordt losgelaten. Verzekeraars, zorgkantoren en aanbieders bepalen samen welke vorm van samenwerking het beste past bij de regionale zorgvraag en het aanbod.

Deze schets van de geschiedenis van beleid op het gebied van zorg en ondersteuning laat vooral zien dat voor de rijksoverheid het regionale niveau een geschikt niveau is (of wordt gevonden) om organisatie- en uitvoeringsvraagstukken op te lossen. Bundeling op regionaal niveau moest leiden tot minder versnippering, betere afstemming, minder kosten, meer kwaliteit. Of dit realistische verwachtingen waren, laten lessen zien die de Raad voor Openbaar Bestuur trok uit de pogingen tot bestuurlijke verandering sinds de Tweede Wereldoorlog.

1.3 De regio in bestuurlijke verandering

In het denken over de bestuurlijke (her)inrichting van Nederland is de regio nooit ver weg. De afstand tussen gemeente en provincie zou bijvoorbeeld te groot zijn en de regio zou ertussen geplaatst moeten worden als vierde bestuurslaag (commissie-Koelman, 1947). Of twee bestuurslagen (rijk en regio) zouden het medicijn moeten zijn tegen alle bestuurlijke drukte (kabinet-Balkenende IV, 2007—2010).

De ROB zette in 2010 alle pogingen tot bestuurlijke verandering vanaf de Tweede Wereldoorlog op een rij.⁵ De volgende vier knelpunten zijn volgens de Raad keer op keer aanleiding om bestuurlijke verandering na te streven.

1. De taak en schaal van bestuurlijke eenheden lopen niet synchroon, bijvoorbeeld omdat de uitvoering van taken waarvoor gemeenten gesteld worden de gemeentegrenzen overschrijdt.
2. Voor een effectieve en efficiënte uitvoering van bepaalde taken is een zekere schaal nodig.
3. De gekozen hulpstructuren zorgen voor bestuurlijke drukte. Afstemming lijkt een doel op zich te worden en het is niet altijd duidelijk wie waar over gaat.
4. De hulpstructuren ontberen een heldere democratische legitimatie. Met "hulpstructuren" worden de meer of minder formele bovenlokale samenwerkingsverbanden bedoeld die in de loop der tijd zijn ontstaan.

Deze knelpunten doen zich ook in de huidige tijd voor, zo laat het essay *De regio als redding?* zien. Uit het essay lijkt ook een vijfde knelpunt naar voren te komen, namelijk het onvermogen (of de onwelwillendheid) van de rijksoverheid (en het parlement) om de uitvoering van taken ook daadwerkelijk over te laten aan een andere bestuurslaag. De ROB schaaft deze reden onder de oorzaken voor het gebrek aan bestuurlijke veranderingsbereidheid (ROB 2010: 29-37) Maar het kan ook zijn dat actoren op rijksniveau de regio zien als een niveau dat ruimte biedt om ondanks decentralisatie van overheidstaken toch de uitvoering op afstand te kunnen sturen.

Oorzaken voor gebrek aan verandering

Ook al steken deze knelpunten regelmatig de kop op, toch komt het niet tot bestuurlijke verandering. De ROB ziet hiervoor 8 oorzaken. Enkele daarvan zijn direct relevant voor de regionaliseringstendens die centraal staat in het essay *De regio als redding?*.

Te weinig erkenning van regionale verschillen

In diverse herinrichtingsplannen werden uniforme blauwdrukken voorgesteld om "de afstemming tussen taak en schaal" beter vorm te geven (RBO 2010: 30). Dat daarin geen rekening wordt gehouden met regionale verschillen in bijvoorbeeld opgaven en vraagstukken, schaalproblemen en rol en positie van de provincie

⁴ [VWS Wijziging RGC beleid dec 2004 .doc \(nfzp.nl\)](#)

⁵ ROB (2010) Het einde van het blauwdruk-denken.

bemoelijk het draagvlak voor uniformering. Deze constatering is van belang omdat ook in de huidige tijd de roep om uniformering klinkt, zoals ook duidelijk wordt in *De regio als redding?*

Het betere was de vijand van het goede

Herinrichtingsplannen vertolken vaak de ambitie dat er een ultieme oplossing zou kunnen bestaan voor geconstateerde bestuurlijke knelpunten. Die ambitie is een illusie. Elke herordening brengt nieuwe (onvoorziene) problemen met zich mee. Zeker in een voortdurend veranderende maatschappij met steeds weer nieuwe eisen aan het bestuur. Flexibiliteit is dus wat nodig is, en niet een nieuwe blauwdruk. Het besef dat flexibiliteit nodig is, zien we ook in de manier waarop over regionaliseren wordt gedacht in de (gezondheids)zorg, de publieke gezondheidszorg en in het sociaal domein. Tegelijkertijd zien we ook behoefte aan minder variatie en meer eenduidigheid.

Blinde vlek voor draagvlak

Volgens de ROB kenmerken discussies over de (re)organisatie van het binnenlands bestuur zich door een sterk "bestuurscentrisme" (ROB 2010: 31). Niet maatschappelijke vraagstukken zijn leidend, maar de problemen en overwegingen van overheden. Maatschappelijke vraagstukken zijn misschien wel de aanleiding, maar wat de bestuurlijke oplossingen opleveren voor burgers, bedrijven en maatschappelijke organisatie verdwijnt al snel buiten beeld. Nadenken over en plannen maken voor veranderingen in de bestuursstructuur worden door partijen "buiten de bestuurlijke binnenring" vervolgens gezien als een "bestuurlijk gezelschapsspel" (ROB 2010: 31). Gebrek aan maatschappelijk draagvlak maakt de plannen meer vatbaar voor politieke koerswijzigingen en dus voor het afblazen van de plannen.

In regionalisering in beleid gericht op de (gezondheids)zorg, publieke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning zien we beide bewegingen. Voor sommige vraagstukken zijn de problemen en overwegingen van overheden leidend (bv. bij de specialistische jeugdzorg). Bij andere vraagstukken is het maatschappelijke vraagstuk leidend. Denk de regionale coalities die (zijn) ontstaan om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Overigens zien we bij beide bewegingen dat het niet eenvoudig is om voor draagvlak te zorgen, met name bij burgers (ook in de rol van cliënt of patiënt). De afstand tussen regionaal werken en de inwoners van een regio (vaak ook doel- of klantgroep) blijkt moeilijk te overbruggen.

Eigenaarschap probleem en beslissingsbevoegdheid niet in één hand

De auteurs halen hier het voorbeeld aan van de aanleg van een rijksweg. Lokale en provinciale besturen hebben er last van dat een weg er (niet) is, de rijksoverheid gaat er over en beslist en beschikt anders (of niet). Een actueel voorbeeld hiervan is de voorgenomen verbreding van de A27 door Amelisweerd: de minister heeft besloten dat het gebeurt, terwijl gemeenten en provincie ertegen zijn.

Dit lijkt ook te spelen bij de regionalisering die wij beschrijven in *De regio als redding?* We zien het bijvoorbeeld bij regionale partijen die samen werken aan de oplossing van een maatschappelijk vraagstuk (bv. het terugdringen gezondheidsachterstanden) maar die niet slagvaardig genoeg kunnen zijn omdat eisen van de rijksoverheid voor subsidies niet overeenkomen met de regionaal gekozen koers en focus in de uitvoering.

De ROB noemt nog 4 oorzaken die maken dat herinrichtingsplannen tot nu toe niet zijn uitgevoerd. Deze herkennen we niet in het actuele gesprek over regionaal werken aan gezondheid, zorg en ondersteuning. We willen ze echter niet onvermeld laten.

1. Gebrek aan veranderingsgezindheid: politici en politieke partijen niet staan te springen om te veranderen, omdat verandering van het bestuurlijke landschap (negatieve) gevolgen kan hebben voor hun positie(s).
2. EU buiten de analyse: de blik is naar binnen gericht. Dat belemmert het zicht op wat er nodig en mogelijk is.
3. Gebrek aan samenhang: iedere bestuurslaag een eigen oplossing. Het zijn volgens de ROB vooral gemeenten en provincies die hebben nagedacht over hun eigen positie, zonder elkaar te betrekken.
4. De grootstedelijke bias van probleemdefinities en oplossingen.

Een aantal van de oorzaken die de ROB geeft voor het uitblijven van bestuurlijke verandering zijn dus herkenbaar voor de regionalisering waar *De regio als redding?* over gaat. De ROB trekt ook lessen. Deze lessen hebben ons geïnspireerd bij het formuleren van de balanceeracts in *De regio als redding?*.

Lessen uit het verleden

De ROB analyseert de oorzaken van de weerbarstigheid van bestuurlijke vernieuwing en trekt drie lessen.

1. Bestuurlijke problemen en opgaven van stad en platteland en van gemeenten en provincies moeten in samenhang worden gezien.
2. Een aanpassing van bestuurlijke organisatie moet ruimte geven aan flexibiliteit.
3. En het moet niet alleen een bestuurlijke operatie zijn. De maatschappij (burgers, bedrijven, maatschappelijke organisaties) moeten betrokken zijn, meedenken, mee vormgeven.

Vanuit de analyse in *De regio als redding?* zouden we aan het eerste punt de rijksoverheid willen toevoegen. Met name in het beleid gericht op de curatieve zorg en op de langdurige zorg zien we een actieve rol van de rijksoverheid in het stimuleren en vormgeven van regionaal werken.

De drie lessen zijn leidend voor 10 ontwerpprincipes die volgens de ROB behulpzaam zijn bij het formuleren van een nieuwe taakverdeling en het ontwerpen van een nieuwe bestuurlijke structuur. We geven deze principes hier kort weer omdat ze bruikbaar kunnen zijn bij de reflectie over regionalisering in de zorg, de gezondheidsbevordering en in het sociaal domein, de terreinen waarop het essay *De regio als redding?* betrekking heeft. Voor de toelichting op de ontwerpprincipes verwijzen we naar de ROB-publicatie (2010).

De ROB noemt de volgende principes.

1. Eerst de taak, dan de schaal.
2. EU is gegeven en uitgangspunt.
3. Decentralisatie kan, maar doe het dan wel goed.
4. Differentiatie is goed en moet.
5. Zorg voor voldoende afstand tussen bestuurslagen.
6. Zorg voor een duidelijke taakafbakening tussen de bestuurslagen.
7. Publieke taken moeten liggen waar democratische controle mogelijk is.
8. Organiseren van nabijheid (bij de burger) vormt het fundament.
9. Respecteer de basisprincipes van de financiële verhoudingen.
10. Zorg voor ruimte voor flexibiliteit en dynamiek.

Het zijn vooral de principes 1, 4, 6, 8 en 10 die terug te vinden zijn in de balanceeracts waarmee het essay *De regio als redding?* mee afsluit.

1.4 Reflectie

In de geschiedenis van beleid voor regionaal werken valt op dat de regio vooral gezien wordt als een goed niveau om (gezondheids)zorg, publieke gezondheidszorg en onderdelen van de maatschappelijke ondersteuning te organiseren. Regionaal samenwerken aan maatschappelijke vraagstukken op die gebieden lijkt een vrij recente ontwikkeling. Ook de samenwerking tussen publieke en private partijen, die we nu veel tegenkomen in regionale coalities, lijkt van recente datum. Het belang van de regio als het niveau om meer integraal of domein overstijgend samen te werken, zien we sporadisch wel al eerder terug, bijvoorbeeld in de ggz.

De knelpunten die de ROB noemt als aanleiding voor plannen voor bestuurlijke vernieuwing spelen ook in de regionaliseringsgeschiedenis op het gebied van volksgezondheid & samenleving. Een extra knelpunt is dat de rijksoverheid en ook het parlement soms moeite lijken te hebben om de uitvoering van taken ook daadwerkelijk over te laten aan een andere bestuurslaag (i.c. de gemeenten). Dit zou het gevolg kunnen zijn van het gebrek aan bestuurlijke veranderingsbereidheid waar de ROB over spreekt. Een alternatieve verklaring is dat actoren op rijksniveau de regio zien als een niveau dat ruimte biedt om vanaf een afstandje toch (enige) invloed uit te kunnen oefenen op de manier waarop gedecentraliseerde overheidstaken worden uitgevoerd.

In het essay *De regio als redding?* gaan we uitvoering in op wat verwacht wordt van “de regio” als schaalniveau om maatschappelijke vraagstukken te adresseren. En op de keerzijden van die verwachtingen.

Literatuur

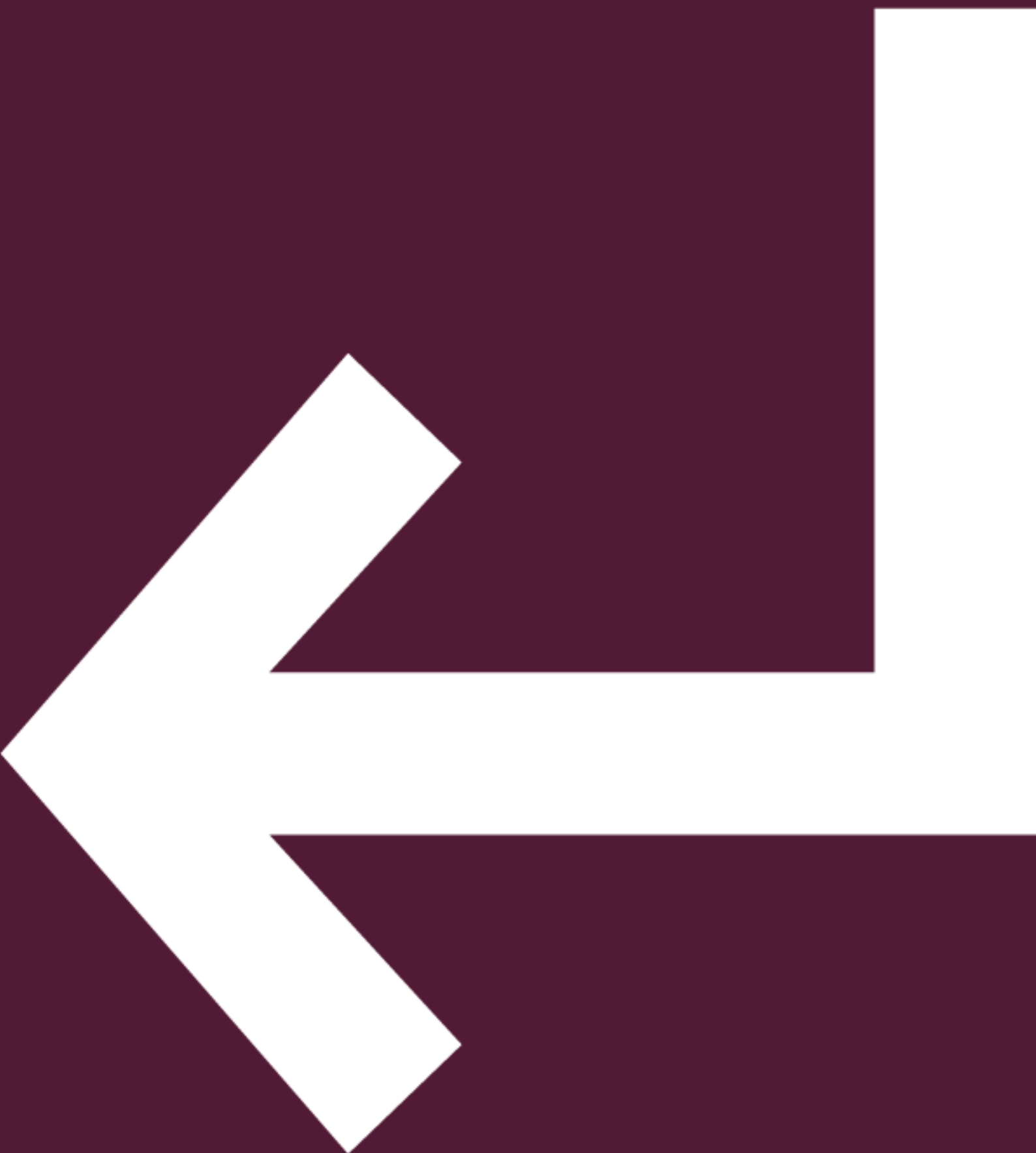
Companje, K.P. (red.) (2008) *Tussen volksverzekering en vrije markt; verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006*. Amsterdam, Aksant.

Raad voor openbaar bestuur (2010) *Het einde van het blauwdruk denken*.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2001) *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*.

Swaan, Abram de (1989) *Zorg en de Staat*. Amsterdam, Bert Bakker.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief 1941-2017*.



Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving

