Economisch denken in de zorg

ROBERT VONK, EDDY HOUWAART
TOM VAN DER GRINTEN

ECONOMISCH DENKEN IN DE ZORG

Een geschiedenis

Boom

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt dankzij een financiële bijdrage van de Stichting Medische Geschiedenis en Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) is een faculteit voor onderwijs en onderzoek op het gebied van beleid en management in de gezondheidszorg. ESHPM verenigt onderzoekers uit uiteenlopende disciplines, waaronder gezondheidseconomie, gezondheidsrecht, organisatiewetenschappen, bestuurskunde en medische sociologie.

Erasmus School of
Health Policy
& Management

Afbeelding omslag: Man_Half-tube / Rouwhorst + Van Roon
Ontwerp omslag: Rouwhorst + Van Roon
Verzorging binnenwerk: Bas Reijnen

© 2026 de auteurs | Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl.

No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without the written permission of the publisher.

ISBN 9789024422111
NUR 680

www.boom.nl

Inhoud

Voorwoord — 7

Inleiding – Economen en economisch denken in de zorg — 11

1. Het ziekenhuis als bedrijf — 17
2. Een spel van belangen: institutionele economie en gezondheidszorg — 63
3. Modellen voor de zorg: de welvaartstheorie en econometrie in zorgbeleid — 87
4. Een markt van prikkels: gereguleerde concurrentie — 141
5. Op zoek naar zuinige en zinnige zorg — 193
6. Kosteneffectiviteit in beleid en praktijk — 237

Slotbeschouwing – Economisch denken en doen in de zorg: een gelaagde geschiedenis — 287

Veelgenoemde organisaties — 301
Dankwoord — 307
Noten — 309
Bronnen — 343
Illustratieverantwoording — 372
Personenregister — 373

Voorwoord

Economen zijn niet meer weg te denken uit de zorg. Steeds als er discussies zijn over de organisatie van de zorg zijn economen betrokken. Hoe moeten we die invloed typeren? Zijn economen de 'strangers at the bedside' die met hun imperialistisch gedachtegoed doordringen tot in de haarvaten van de zorg? In dit rijk gedocumenteerde boek presenteren Robert Vonk, Eddy Houwaart en Tom van der Grinten – twee historici en een sociologisch-econoom – een grondige en boeiende analyse van de opkomst en ontwikkeling van de gezondheidseconomie als wetenschappelijke discipline in Nederland. Ze staan stil bij de invloed die de gezondheidseconomie heeft gehad op het nationale zorgbeleid én bij de wisselwerking tussen gezondheidseconomie en zorgbeleid.

In hun analyse stellen zij de gangbare, ruim tachtig jaar oude definitie van de Britse econoom Lionel Robbins centraal: 'economie als wetenschap die menselijk gedrag bestudeert als een relatie tussen behoeften en schaarse middelen die alternatieve toepassingen hebben'.[1] Het zo goed mogelijk verdelen van schaarse middelen, leidt onherroepelijk tot pijnlijke keuzes. Dat maakt economen niet altijd populair. Niet voor niets wordt de economische wetenschap soms wel getypeerd als 'dismal science' (naargeestige wetenschap). Juist in de zorg wordt de opvatting breed gedeeld dat geld op individueel niveau geen rol mag spelen, de zorgbehoefte moet leidend zijn.

Het is dan ook bijzonder dat juist economen het debat over de inrichting van de zorg zo zijn gaan domineren. Dat is, zo laten de auteurs zien, dan ook niet zonder slag of stoot gegaan. Omdat geld in de individuele arts-patiëntrelatie hooguit een ondergeschikte rol

mag spelen, speelt hun invloed op de verdeling van schaarse middelen zich grotendeels op macroniveau af, bijvoorbeeld in discussies over de betaalbaarheid van de zorg als geheel en bij het afwegen van zorguitgaven tegen andere collectieve bestedingen. Een vraag die centraal staat in de gezondheidseconomie is hoe deze afweging het beste kan worden gemaakt en wie daarvoor verantwoordelijk is.

In een heldere analyse van de ontwikkeling van de zorgsystemen van grote, welvarende landen in de twintigste eeuw laat de Amerikaanse gezondheidseconoom David Cutler zien dat deze zorgsystemen een vergelijkbare fasegewijze ontwikkeling doormaakten.[2] In de eerste fase, van het begin van de twintigste eeuw tot pakweg de jaren zeventig, richtten overheden zich primair op het zorgen voor universele, betaalbare toegang tot basiszorg. Dit leidde echter tot een sterke groei van de gezondheidszorg, wat vanaf de jaren zeventig de start vormde voor een tweede fase, waarin de overheid probeerde om de groei van de collectieve zorguitgaven te beteugelen via prijsregulering, budgettering en rantsoenering van het aanbod. Dat beleid was lange tijd succesvol, maar liep in een steeds complexere zorgsector op tegen de grenzen van de maakbaarheid. Dit leidde in de jaren negentig tot een derde fase, waarin overheden via een herwaardering van de rol van de markt probeerden om partijen in de zorg prikkels en verantwoordelijkheden te geven om zo doelmatig mogelijk met de schaarse middelen om te gaan. Het ging daarbij in de zorg echter om het vormgeven van 'quasi markets' of 'gereguleerde marktwerking', waarbij de prijs op individueel niveau nog steeds slechts een indirecte rol mocht spelen om universele toegankelijkheid en solidariteit te waarborgen. De zorg volgde daarbij overigens andere publieke sectoren waar New Public Management ook zijn intrede deed.

De gezondheidseconomie in Nederland ontwikkelde zich langs een vergelijkbare weg. Zo constateren de auteurs dat economen in de eerste fase – gekenmerkt door de opkomst van het moderne ziekenhuiswezen en de verzorgingsstaat – vooral gericht waren op allocatievraagstukken op instellingsniveau, maar zich nog niet

of nauwelijks bezighielden met de inrichting en financiering van het zorgstelsel. Zoals de auteurs beschrijven, veranderde dit sterk vanaf de jaren zeventig, parallel aan de groeiende behoefte van de overheid aan sturingsinstrumenten om de collectieve zorguitgaven te kunnen beheersen en deze zo doelmatig mogelijk te besteden. En ten slotte verschoof de aandacht van gezondheidseconomen naar een herwaardering van de markt en de vormgeving van gereguleerde marktwerking – opnieuw in wisselwerking met een nieuwe fase in het zorgbeleid.

De ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidseconomie lijkt dus sterk gerelateerd aan de fasegewijze ontwikkeling in het gezondheidszorgbeleid die volgens Cutler kenmerkend is voor veel welvarende landen. Deze ontwikkeling staat niet op zichzelf en de auteurs laten in de diverse hoofdstukken zien hoe deze beïnvloed is door – en samenhangt met – internationale (met name Angelsaksische) inzichten in wetenschap en beleid. Daarbij maken zij ook duidelijk hoe verweven deze ontwikkeling is met de institutionele en politieke context van Nederland en hoe belangrijk sleutelfiguren in wetenschap en beleid zijn geweest voor de prominente plaats die de Nederlandse gezondheidseconomie ook internationaal inneemt.

We kunnen ons afvragen of we inmiddels op de drempel staan van een nieuwe fase in de ontwikkeling van de gezondheidszorg. New Public *Management* lijkt steeds meer plaats te maken voor New Public *Governance*, waarbij niet concurrentie maar samenwerking voorop staat. Problemen rond fragmentatie van zorg en de gevolgen die dit heeft voor specifieke populaties, toenemende gezondheidsverschillen en de problematiek van de arbeidsmarkt lijken langzaam een andere oriëntatie op het zorgstelsel met zich mee te brengen. De nieuwe focus op 'de regio' noopt tot een heroverweging van het stelsel en gezondheidseconomen richten in toenemende mate hun onderzoek op deze problematiek.

Een gedegen kennis van de geschiedenis is daarbij onontbeerlijk. Kortom, dit boek is een must-read: niet alleen voor degenen die geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van de gezondheidseconomie

in Nederland, maar ook voor degenen die geïnteresseerd zijn in de achtergronden en geschiedenis van het Nederlandse zorgbeleid, de verzorgingsstaat en de invloed van het wetenschappelijk vakgebied van de (gezondheids)economie daarop.

Prof. dr. Roland Bal, hoogleraar beleid en bestuur van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Prof. dr. Erik Schut, hoogleraar gezondheidseconomie en gezondheidszorgbeleid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Inleiding – Economen en economisch denken in de zorg

In zijn boek *Strangers at the Bedside* beschrijft de Amerikaanse historicus David Rothman hoe artsen in de tweede helft van de twintigste eeuw hun monopolie op medische besluitvorming langzaam verloren. Rothman gebruikt het begrip *stranger* daarbij op twee manieren. In de eerste plaats raakte de arts, onder meer door toenemende technologisering en specialisering, steeds verder vervreemd van de patiënt. De arts werd een 'vreemdeling' die niet meer vanzelfsprekend vertrouwd werd. In de tweede plaats kreeg de van oudsher autonome medische beroepsgroep na de Tweede Wereldoorlog te maken met steeds meer 'vreemdelingen' die zich met de zorg bemoeiden. 'Aan het bed' stonden nu ook juristen, bestuurders, toezichthouders en ethici. Zij keken niet alleen mee over schouder van de arts, ze beslisten ook mee.[1]

Ook economen veroverden een vaste plek aan het bed. Ze zijn allang niet meer weg te denken in het politieke en maatschappelijke debat over de gezondheidszorg. Overal in de zorg zijn economen werkzaam: bij zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgkoepels, (para)medische beroepsorganisaties, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij kennisinstituten als het RIVM en het CPB en bij zelfstandige bestuursorganen als het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Deze positie is echter niet onomstreden. Economen worden soms met nauwverholen wantrouwen bekeken. Internist en opiniemaker Marcel Levi kwalificeerde hen als 'calculatortypes (…), niet geplaagd door enige kennis van de gezondheidszorg'.[2] De Rotterdamse hoog-

leraar public health economics Pieter van Baal zag zich in 2023 nog genoodzaakt om te benadrukken dat de econoom geen vijand is van de volksgezondheid.[3] Deze gespannen verhouding tussen economen en zorgprofessionals is niet nieuw. In de jaren zestig verzuchtte de jonge Limburgse econoom Lou Groot al dat 'velen die op het terrein van de volksgezondheid werkzaam zijn (…) in de economie een *corpus alienum* zien', een lichaamsvreemd voorwerp dat uit het lichaam verwijderd moet worden.[4]

Economie en gezondheidszorg leken in Groots tijd bijna onverenigbaar. Voor veel zorgverleners stond economisch denken gelijk aan zuinigheid, zakelijkheid, winstbejag en andere zaken die moeilijk te verenigen leken met het humaan verzorgen van zieken.[5] Dit sentiment leeft – zeker in de publieke opinie – nog steeds. Tegelijkertijd is het nu volstrekt normaal om kwesties in de gezondheidszorg te duiden in economische termen, zoals vraag en aanbod, kosten en baten, schaarste, doelmatigheid, optimalisering en kosteneffectiviteit. Economisch denken is tot in de haarvaten van de gezondheidszorg doorgedrongen.

In dit boek gaan we in op de vraag hoe dat zo gekomen is. Hoe hebben de econoom en zijn manier van denken en doen in betrekkelijk korte tijd een vooraanstaande positie gekregen in beleidsvorming over de gezondheidszorg?

In dit boek gaan we vooral in op de opmars van het economisch denken en van de econoom als expert. Uiteraard komt hierbij ook de ontwikkeling van de gezondheidseconomie als wetenschappelijke discipline aan bod. Het gaat ons vooral om de vraag hoe zaken als zorguitgaven, zorgvraag en zorgaanbod in de loop van de twintigste eeuw door economen werden geconstrueerd en bestudeerd en welke invloed dit had op beleidsvorming in de gezondheidszorg. De relatie tussen economisch denken en beleid is daarbij geen eenrichtingverkeer. Economen reageerden niet alleen op vraagstukken uit de gezondheidszorg, maar gaven die ook mede vorm *doordat* ze die kwesties met economische theorieën en instrumenten benaderden.

In de wetenschapsstudies wordt dit fenomeen 'performativiteit' genoemd.[6]

Om de opkomst van de economische benadering in zorgbeleid in beeld te brengen, is het goed om eerst het kenmerkende van die benadering te definiëren. De Britse econoom Lionel Robbins definieerde economie in een beroemd essay als 'de wetenschap die menselijk gedrag bestudeert als een relatie tussen behoeften en schaarse middelen die alternatieve toepassingen hebben'.[7] 'Schaarse middelen' wil hier zeggen dat geld, hulpbronnen en menskracht die eenmaal zijn ingezet, niet meer voor andere goederen en diensten kunnen worden aangewend. De econoom vraagt zich altijd af hoe beperkte middelen het beste kunnen worden ingezet. Economisch denken heeft dus niet alleen betrekking op productie en consumptie, maar ook op verdeling, waardering én prioritering, en dat is voor een belangrijk deel normatief.

We richten ons in dit boek op de periode tussen grofweg 1920 en 2000. Niet alleen omdat de gezondheidszorg zoals we die nu kennen tussen 1900 en 1930 is ontstaan, maar ook omdat er tijdens het interbellum in de gezondheidszorg voor het eerst een expliciet beroep werd gedaan op economen en hun kennis, met name door ziekenhuizen. Die ontwikkelden zich van eenvoudige instellingen tot complexe medische organisaties die steeds vaker tegen bedrijfsmatige grenzen aanliepen en daarom een beroep deden op accountants, financiële experts, economen en managers. Parallel hieraan ontstond gaandeweg een discipline die zich 'ziekenhuiseconomie' ging noemen. We eindigen in het jaar 2000, het moment waarop de positie van de econoom én van het economisch denken in de zorg grotendeels was geïnstitutionaliseerd.

Voor dit boek hebben we onderzoek gedaan in diverse archieven van ministeries, adviesorganen en kennisinstellingen en hebben we relevante literatuur geraadpleegd. Daarnaast hebben we gesproken met betrokkenen bij de beleidsvorming in de gezondheidszorg. Deze interviews geven kleur aan het historische verhaal en geven bovendien inzicht in het belang van informele netwerken. Ook

geven de gesprekken waardevolle informatie over de dynamiek tussen wetenschap en beleid, zowel voor als achter de schermen.

Met dit boek hopen we op verschillende manieren bij te dragen aan de kennis over de gezondheidszorg.

In de eerste plaats vult het een witte vlek in onze historische kennis. Hoewel de gezondheidszorg in de dagelijkse praktijk vaak gebruikt wordt als voorbeeld voor de toenemende invloed van economen op overheidsbeleid, lijkt de invloed van economie op zorgbeleid opmerkelijk genoeg aan de wetenschappelijke aandacht te zijn ontsnapt. De geschiedschrijving van de gezondheidseconomie is vooralsnog vooral een geschiedenis van belangrijke concepten, inzichten en modellen geweest.[8] Dit boek vult dat beeld op belangrijke onderdelen aan door te kijken welke invloed die concepten, inzichten en modellen hadden op beleidsvorming. Dat betekent overigens niet dat er geen waardevolle studies zijn geweest over de invloed van economen en aspecten van economisch denken op beleidsvorming in Nederland en daarbuiten. Met name de recente studies van Mellink en Oudenampsen en van Woltring over de opkomst van het neoliberalisme in Nederland in de twintigste eeuw zijn voor ons een waardevolle inspiratiebron geweest.[9]

Dit boek draagt ook bij aan het begrip van de gezondheidszorg zelf. We schetsen het ontstaan en de ontwikkeling van de gezondheidszorg als *samenhangend systeem* van uitvoering, organisatie, bestuur en financiering. Het gaat in de gezondheidszorg niet alleen om het 'primaire proces' van directe zorgverlening aan de individuele patiënt, met alle mensen, instellingen, technologie en activiteiten die daarbij horen, maar ook om de manieren waarop dit door de tijd heen gefinancierd, georganiseerd en bestuurd werd.

Uitvoering, organisatie, bestuur en financiering van zorg zijn in het verleden vaak min of meer zelfstandig benaderd, losstaand van overige maatschappelijke ontwikkelingen. We doorbreken deze scheidslijnen in de historische beschrijvingen en analyses van de gezondheidszorg door ook aandacht te besteden aan de wissel-

werking tussen deze onderdelen. Juist de gezondheidseconomie lijkt in de tweede helft van de twintigste eeuw deze domeinen met elkaar te verbinden.

Kortom, dit boek geeft niet alleen inzicht in de opmars van economen en economisch denken in zorgbeleid, maar opent tegelijkertijd een venster op de historische dynamiek tussen financiering, uitvoering en bestuur in de gezondheidszorg. We menen hiermee een essentieel inzicht te geven in de historische achtergronden van de huidige gezondheidszorg. Dit is naar onze overtuiging niet alleen *nice to know*, maar ook *need to know*, al was het maar om de kansen en (on)mogelijkheden van nieuw beleid beter in te kunnen schatten.