

Was getekend

Op weg naar een vernieuwd sociaal contract
in de zorg

Prof. dr. Kim Putters

Was getekend

Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg

Prof. dr. Kim Putters

Rede

In verkorte vorm uitgesproken ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar vanwege Erasmus Trustfonds met als leeropdracht 'Beleid en sturing van de zorg in de veranderende verzorgingsstaat' bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam op vrijdag 15 september 2017.

Inaugural lecture

Presented in abbreviated form on the occasion of accepting the post of Endowed Professor on behalf of Erasmus Trustfonds with special remit in 'Policy and governance of care in the changing welfare state' at Erasmus School of Health Policy & Management of Erasmus University Rotterdam on September 15th 2017. An English summary is presented on page 51 of this publication.

Colofon

Was getekend

Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg
Prof. dr. Kim Putters, 15 september 2017

Oplage/Circulation

1.000

Uitgever/Publisher

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving/Design

PanArt communicatie en mediadesign

Druk/Print

De Bondt grafimedia

Ik dank Roland Bal, Laurens de Graaf, Pauline Meurs, Tom van der Grinten, Rob Bijl, Mirjam de Klerk, Mérove Gijsberts, Alice de Boer, Lieke Oldenhof, Jeroen Postma, Maarten Janssen, Thomas Hendriks, Jules Blaisse, Sophie Bijloos en Tim Kind voor hun waardevolle adviezen bij de voorbereiding van deze oratie.

Was getekend

1 De veranderende verzorgingsstaat	7
2 De dynamiek van het sociaal contract: arrangementen en ervaringen	9
2.1 Historische en beleidsmatige ontwikkelingen in het sociaal contract	9
2.2 Ontwikkelingen in de maatschappelijke context van het sociaal contract	14
2.3 Ontwikkelingen in de ervaringen en verwachtingen van burgers bij het sociaal contract	17
2.4 Pad-afhankelijkheid en dynamiek: garanties uit het verleden bieden geen zekerheid voor de toekomst	22
3 Vindplaatsen van het sociaal contract in de zorgpraktijk	24
3.1 Vindplaats 1: Het sociaal contract in structuren	24
3.2 Vindplaats 2: Het sociaal contract in processen	26
3.3 Vindplaats 3: Het sociaal contract in mensen	28
4 Op weg naar een vernieuwd sociaal contract	30
4.1 Visie op de local welfare state: rollen en randvoorwaarden	30
4.2 Definiëren van (nieuwe) sociale risico's en organiseren van risicodeling	31
4.3 Breed gezondheidsbegrip en afbakening van de unieke kern	32
4.4 Meer inspraak, maar ook herwaardering van zaakwaarnemers	32
4.5 Experimentalistische governance met duurzame checks en balances	33
4.6 Lerende wetenschapsbeoefening door continue kennisdeling en dialoog ...	34
5 De sturingsfilosofie: het vernieuwde samenspel	35
5.1 Het perspectief: van rationaliseren naar rechtvaardigen	35
5.2 Het doel: een inclusieve samenleving	37
5.3 De verdeling van verantwoordelijkheden: de kwesties meer centraal stellen	38
5.4 De benodigde infrastructuur: meer kennisdeling en deliberatie	41

6 Was getekend	43
7 De onderzoeks- en onderwijsagenda	45
8 Dankwoord	48
Summary	51
Literatuur	53

**Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaarde collegae,
Beste familie, vrienden en studenten,**

I De veranderende verzorgingsstaat

Hoe belangrijk de verworvenheden van de verzorgingsmaatschappij ook mogen zijn, zij houden het gevaar in zich de mensen onmondig en onzelfstandig te maken. De mensen hebben de directe betrokkenheid bij eigen en andermans welzijn voor een groot deel verloren. [...] Zij hebben 'geleerd' de zorg voor de eigen gezondheid uit te besteden aan een steeds volmaakter lijkend gezondheidszorgsysteem. Van de andere kant wordt de verantwoordelijkheid voor eigen welzijn langzamerhand geheel van de mensen afgenomen door de alom tegenwoordige verzorgingssystemen. [...] Mede daarom worden wij gedwongen naar andere wegen voor gezondheidsbevordering om te zien. Wegen die de mensen minder afhankelijk maken van de verzorgingssystemen. De nadruk zal hierbij moeten liggen op zelfhulp, vrijwilligerswerk, kleinschaligheid en decentralisatie van bestuur.

Dit had een passage uit een nieuw regeerakkoord kunnen zijn, of een toelichting op het werken met wijkteams (naar Van der Lans en De Boer 2014), maar het komt van staatssecretaris van Volksgezondheid Jo Hendriks in het kabinet-Den Uyl in 1976.

Dit citaat typeert de centrale kwestie in deze oratie, namelijk de werking van het samenspel tussen de overheid, maatschappelijke organisaties en burgers in de veranderende verzorgingsstaat. Ik typeer dat als de basis van een 'sociaal contract', ontleend aan filosofen als Locke, Rousseau en Rawls. Zij spreken over burgers die in ruil voor bescherming macht afstaan aan een absoluut vorst of aan de gemeenschap. In deze oratie onderscheid ik een zestal kenmerken van het hedendaagse sociaal contract in de zorg:

- een samenstel van afspraken over de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg en ondersteuning;
- dat met geschreven en ongeschreven regels wordt afgesloten tussen de centrale overheid, maatschappelijke en professionele organisaties en burgers;
- uitgaande van solidariteit tussen diegenen met veel en minder inkomen of gezondheid;
- met de bereidheid om sociale risico's, maar ook macht en verantwoordelijkheden, te delen;
- waarbij uitgegaan wordt van relatieve autonomie om hier in de uitvoering invulling aan te geven, zowel in professionele zorginstellingen als in bijvoorbeeld zorgcoöperaties;
- en met de bereidheid om de uitkomsten ervan te accepteren.

Hendriks wees al in 1976 op de toenemende variëteit aan stakeholders bij dit samenspel, vanwege de betrokkenheid van meer kleinschalige en marktgerichte organisaties en lokale overheden, en door het grotere beroep op burgers en hun sociale netwerken. Weliswaar is de rijksoverheid sinds 1983 grondwettelijk verantwoordelijk voor de zorg, maar nog steeds is zij afhankelijk van al deze stakeholders voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van voorzieningen. Het citaat maakt duidelijk dat er geen dichotomie bestaat tussen 'de' overheid en 'de' samenleving en wijst op het naast elkaar bestaan van meerdere bestuurlijke modellen, van onderhandeling op de markt tot regulering door overheden en zelfsturing door maatschappelijke organisaties en burgers (Van der Grinten 2007; Moore 1995; Mouwen 2006).

Het sociaal contract was lange tijd vooral gericht op de bescherming van burgers tegen sociale risico's. Dit verschuift thans meer naar activering, naar hun eigen verantwoordelijkheid en de ondersteuning door lokale overheden daarbij (Esping-Anderson et al. 2003). Het zou evenwel ook in zo'n 'investeringsstaat', zo parafraseer ik Kees Schuyt (2013), zowel 'grof en ruig' individualisme als een even 'grof en ruig' collectivisme of 'groepsdwang' moeten voorkomen. In een netwerksamenleving met meer markt, zelfsturing en gedecentraliseerde zorgtaken past in theorie steeds minder een hiërarchisch sturende overheid die daar met centrale stakeholders afspraken over maakt (ROB-RFV 2017; Van der Veen 2011). Het is daarnaast de vraag wat het grotere beroep op burgers betekent voor hun bereidheid om sociale risico's te delen. Toch zijn 2,1 miljoen mensen afhankelijk van een (zorg)voorziening in het sociale domein en is er nog veel centrale sturing (Bijl et al. 2015; Pommer en Boelhouwer 2016).

De vele stakeholders en de aanwezigheid van verschillende besturingsmodellen leiden niet altijd tot een effectief en snel samenspel, maar het zou wel tot breed gedragen uitkomsten moeten leiden. Als de verschillen in de toegang tot en kwaliteit van zorgvoorzieningen groter worden, bijvoorbeeld vanwege inkomen, leeftijd en afkomst, dan kan dat het vertrouwen in de inclusieve uitkomsten van het sociaal contract onder druk zetten (Vrooman et al. 2014). Met het citaat uit 1976 wordt duidelijk dat het hier niet om een nieuw, maar om een hardnekkig vraagstuk gaat. Hoe komt dat en is dit te veranderen? Hoe is het sociaal contract geëvolueerd en werkt het nog? Is er nog draagvlak onder burgers?

Deze vragen maken onderdeel uit van de leeropdracht bij de leerstoel Beleid en sturing van de zorg in de veranderende verzorgingsstaat. Ik maak verbinding met het onderzoek op de leerstoel Management van zorginstellingen, die ik hiervoor bekleedde, waarmee ik eerder de werking van het meervoudig bestuur in de zorg bestudeerde (Putters, 2009). Ik richt me op de veranderingen in de arrangementen en uitkomsten van het sociaal contract in de zorg, met hun betekenis zowel voor burgers als voor het beleid en bestuur. Vanuit de invalshoek van 'arrangementen en ervaringen' wil ik een bijdrage leveren aan de theorievorming over *changing welfare states*. Ik combineer daartoe historische, bestuurskundige, sociologische en gezondheidswetenschappelijke brillen.

Eerst ga ik in op het sociaal contract in de zorg en de veranderingen die zich voorgedaan hebben in arrangementen en ervaringen. Daarna verken ik hoe we het sociaal contract in de huidige zorgpraktijk terugzien, langs welke ankerpunten het evolueert en welke sturingsfilosofie daarbij past in de komende periode van de verzorgingsstaat. Ik sluit af met een onderzoeks- en onderwijsagenda.

2 De dynamiek van het sociaal contract: arrangementen en ervaringen

Het sociaal contract in de zorg leunt op een centraal aangestuurd systeem dat op de sociale bescherming van burgers gericht was, met een duidelijke rol voor het private veld, dat via een hiërarchie (namelijk veelal via koepelorganisaties) met de overheid in gesprek bleef. Enerzijds is dat een 'hard' contract over de inrichting van centrale instituties en spelregels, maar anderzijds zijn er continue onderhandelingen over bijvoorbeeld de zorginkoop en -uitvoering (Kalshoven en Zonderland 2016). Dit samenspel is stevig verankerd in wetten en regels, maar het verandert ook van karakter door een aantal historische, beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen, die ik hier achtereenvolgens bespreek.

2.1 Historische en beleidsmatige ontwikkelingen in het sociaal contract

Een korte historische terugblik is van belang om de gegroeide betrokkenheid van de overheid bij de volksgezondheid en zorg te duiden en om inzichtelijk te maken waar het delen van de macht met burgers en maatschappelijke organisaties vandaan komt. Hun onderlinge verhouding wijzigt, maar wel steeds binnen het kader dat zich door de tijd heen ontwikkeld heeft.

Volksgezondheid: tussen individu en collectief

Allereerst werden volksgezondheidskwesties stapsgewijs van een individuele verantwoordelijkheid steeds meer een collectieve verantwoordelijkheid. De ontwikkelingen vanaf ongeveer 1850 laten een slingerbeweging zien tussen individuele en collectieve gezondheid en verantwoordelijkheden voor de volksgezondheid (kader 1).

Kader 1. Hoe ervaren medewerkers het calamiteitenonderzoek (met een externe voorzitter)?

Vanaf ongeveer 1850: Opkomst volksgezondheid / *public health* als vakgebied en als maatschappelijk domein om hygiëne te verbeteren, epidemieën tegen te gaan en de levensverwachting van mensen te verhogen.

Tussen 1850-1900: Stijging levensverwachting met tien jaar (naar gemiddeld 48 jaar) als gevolg van concrete maatregelen rond zuiver drinkwater, riolering en volkshuisvesting.

Vanaf 1900: Opkomst van onder meer de patiëntgerichte geneeskunde, strijd tegen de infectieziekten en kindersterfte, preventieve zorg voor moeder en kind.

Vanaf 1950: Effectieve geneeskunde tegen welvaartsziekten; betere curatieve zorg voor volwassenen; strijd tegen chronische ziekten (vanaf ca. 1975), gericht op de *care* voor oude(re) mensen.

In de periode 1900-2000: Levensverwachting stijgt met dertig jaar (naar gemiddeld 78 jaar), door betere woon- en werkomstandigheden, meer zorgvoorzieningen en medische mogelijkheden.

Vanaf 2000: Opkomst positieve gezondheidszorg en strijd tegen 'voorspelbare' ziekten. Strijd tegen pech en tekort. De verwachting is dat komende eeuw de levensverwachting oploopt naar gemiddeld 100 jaar).

Bron: o.a. Bijl et al. (2015); RV&S (2017a); De Swaan (1988).

De overheidsbemoedening, gericht op de bescherming van mensen tegen ziekte en ongezondheid, nam in de loop der tijd dus toe. De Wet publieke gezondheid (2008) formuleert meest recent een belangrijke verantwoordelijkheid voor de (lokale) overheid voor preventie van ziekte en ongezondheid en voor 'een stabiele en goed samenwerkende openbare gezondheidszorg'. Mensen wordt niet alleen bescherming geboden; daarnaast worden zij nu meer op de eigen verantwoordelijkheid aangesproken en tot gezond gedrag aangespoord.

Verzorgingsstaat: tussen bescherming en activering

De Nederlandse verzorgingsstaat is in het wetenschappelijk debat over *welfare state regimes* te typeren als een combinatie van het sociaaldemocratische en corporatistische model (Esping-Andersen 1990; Van der Veen 1990, 2011; Vrooman 2009). Het eerste gaat uit van uitgebreide collectieve voorzieningen voor alle burgers, wat hoge lasten en dus een hoge belastingdruk met zich meebrengt en ervan uitgaat dat mensen niet langer dan nodig gebruik maken van voorzieningen. Het corporatistische model is selectiever en gericht op steun aan specifieke groepen, zoals kostwinners en ouderen (Veldheer et al. 2012).

De financiering van de voorzieningen, via belastingen, premies en eigen bijdragen, is daarop ingericht. Zo betalen Nederlandse burgers niet de volledige prijs voor een opleiding, maar een bijdrage door middel van les- of collegegeld. Op vergelijkbare wijze betaalt een huishouden niet de volledige kosten van het hebben van een eigen woning of de kosten van de zorg (Olsthoorn et al. 2017). Het draagkrachtbeginsel en de wederkerigheid van relaties zijn de basis van het sociaal contract dat daaraan ten grondslag ligt, namelijk dat mensen bijdragen naar inkomen en profijt hebben naar behoefte. Lagere inkomens en zieken worden gecompenseerd door bijdragen van hogere inkomens en gezonde mensen (Vrooman 2009, 2016). Burgers weten dat ze geholpen worden als ze zelf in de situatie terechtkomen dat ze het nodig hebben (Kalshoven en Zonderland 2016).

De verzorgingsstaat transformeert volgens Gilbert (2005) inmiddels in een investeringsstaat die investeert in hulpbronnen waardoor mensen mee kunnen doen (Hemerijck 2013). Het geeft de overgang aan van een beschermende naar een activerende verzorgingsstaat, waarin mensen aangesproken worden op hun eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden en op die van hun sociale omgeving. Pas als dat niet lukt is er (vooral tijdelijke) ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk (Van der Veen 2011). Zorggebruik wordt zoveel mogelijk afgeremd en preventie gestimuleerd. Het is echter niet gezegd dat alle burgers die omslag accepteren of aankunnen.

De wensen en mogelijkheden tot meer zelfbepaling verschillen sterk per generatie en per bevolkingsgroep. Kansrijke groepen vinden sneller hun weg naar werk op de arbeidsmarkt, naar zeggenschap in verenigingen en buurten en naar zorg of ondersteuning dan minder zelfredzame mensen. Recente inzichten over integrale gezondheidszorg (Minkman 2017), maar ook over positieve gezondheid (Huber 2016) dragen bij aan een breder palet aan mogelijkheden om met ongezondheid om te gaan, maar een oproep van de overheid tot zelfredzaamheid aan de keukentafel kan voor de meer kwetsbare burgers aanvoelen als een verborgen (bezuinigings)agenda (Dekker et al. 2016b).

De overheid probeert op tal van manieren – vooral via toezicht en controle – de burger ook te sturen. Het leidt tot termen als ‘werken naar vermogen’, ‘gebruikelijke zorg’ en ‘tegenprestaties’. Enerzijds krijgen burgers minder overheidssteun en moeten zij meer zelf doen om aan werk of zorg te komen, anderzijds is er een sterke disciplinerende van condities waaronder ze dat moeten doen, gericht op taal, gedrag, kleding en werknemersvaardigheden (De Boer en Kooiker 2012). Vrooman et al. (2012) spreken daarbij over de grotere nadruk op ‘responsabele burgers’.

Het debat over de ‘participatiesamenleving’ dat sinds de Troonrede van 2013 flink losbarstte, past in die trend (Putters 2014). Burgers moeten minder afhankelijk worden van uitkeringen en andere voorzieningen, bijdragen aan leefbaarheid in de buurt, meer mantelzorg verlenen, zich actief inzetten op en voor de school van hun kinderen en criminelen helpen oppakken (buurtwachten, Meld misdaad anoniem).

Er zit een specifieke burgervisie achter: niet per se minder overheidsinvloed, maar wel minder overheidsinzet. Impliciet gaat de overheid uit van 'goede' burgers die vaardigheden hebben om naar het idee van de overheid te handelen, waarbij de lokale overheid steeds meer de randvoorwaarden schept: meer centrale controle en decentrale verantwoordelijkheid.

De transformatie van de verzorgingsstaatarrangementen van klassieke bescherming in activering van burgers, maar ook richting meer particuliere en lokale verantwoordelijkheid, verloopt niet zonder problemen (Schnabel 2013). Middengroepen ervaren steeds minder profijt van hun solidariteit, omdat ze vaker buiten compensatieregelingen vallen of net niet de netwerken hebben die hen verder helpen (Oltshoorn et al. 2017; WRR 2017a). Kwetsbare groepen beschikken niet altijd over voldoende hulpbronnen, waardoor de omzetting van het recht op zorg naar een gemeentelijke plicht om mensen te activeren, naast de complexiteit van veel zorgregelingen, veel onzekerheid met zich mee kan brengen. Het ervaren profijt van het systeem komt daarmee onder druk te staan, terwijl het wel leunt op de voortgaande bereidheid van burgers en maatschappelijke organisaties om bij te dragen aan zorg voor mensen die dat vanwege ziekte of inkomen niet zelf kunnen.

Zorg en ondersteuning: tussen publiek en privé

De langdurige zorg werd in de tweede helft van de vorige eeuw volgens een zogenaamd universalistisch model gereorganiseerd en de overheid zorgde ervoor dat zorgdiensten in ruime mate beschikbaar kwamen voor hulpbehoevenden. De overheid nam de verantwoordelijkheid voor de zorg deels over van de familie (Österle en Rothgang 2010). De kostenstijgingen brachten de financiële houdbaarheid van het systeem van langdurige zorg echter in gevaar (Zijdeveld 1999). De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2007) vervangt de in de loop der tijd met wonen en dagbesteding uitgebreide Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De overheid richt zich meer op de zorg voor de meest kwetsbare mensen en bezuinigt op lichtere vormen van zorg, zoals de huishoudelijke hulp in de Wmo. Er zijn strengere criteria gekomen voor indicatiestelling en steeds meer eigen bijdragen (Van den Broek 2016). Daarnaast is langer thuis wonen een expliciete beleidsdoelstelling van de nu verantwoordelijke lokale overheden. Via marktinstrumenten, zoals aanbesteding, moeten ze een prijs-kwaliteitsverhouding realiseren waarmee mensen langer thuis kunnen blijven (Den Draak et al. 2016). De verantwoordelijkheden voor de zorg voor hulpbehoevenden verschuiven terug naar de familie en burgers zelf, waar ze ook in de jaren vijftig en zestig lagen (De Boer en Kooiker 2012). Gemeenten hebben een zorgplicht om dat proces te ondersteunen en zetten daarbij instrumenten in die gericht zijn op de markt (aanbesteding) en de gemeenschap (informele hulp).

Via de Zorgverzekeringswet (2006) doet de gereguleerde markt zijn intrede in de curatieve zorg. De burger kiest als verzekerde zijn of haar zorgpolis, en de zorg wordt ingekocht door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders op basis van prijs en kwaliteit. Dit systeem geeft burgers recht op een verzekerd pakket, waarbij de verzekeringsgelden worden beheerd door sociale verzekeringskassen en de aanwending van deze gelden geschiedt door zorgverzekeraars. Tot 1 januari 2007 waren dit de ziekenfondsen; sindsdien zijn het de particuliere zorgverzekeraars. Verzekerden hebben vrije keuze bij het vinden van hun verzekeraar. Het doel van de grotere rol voor kiezende burgers is meer kostenbewustzijn, het beteugelen van de stijgende zorgkosten en het verhogen

van kwaliteit. Ook hier zien we dus collectieve arrangementen om sociale risico's te delen, maar ingevuld met meer eigen verantwoordelijkheid en een marktgericht instrumentarium, gericht op competitie en meer keuzevrijheid.

Voor de uitvoering en besturing van de zorg geldt eenzelfde hybriditeit, omdat overheidsinstanties afhankelijk zijn van samenwerking met particuliere instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Met de intrede van gereguleerde marktwerking en de decentralisatie van zorgtaken is het aantal marktgerichte en lokale betrokken partijen gegroeid. Zorginstellingen en verzekeraars zijn particuliere instanties die nu met een meer ondernemende strategie de publieke doelen moeten realiseren, zogenaamde hybride organisaties (De Graaf 2017; Putters 2001). Er is een continue dialoog tussen de overheid en het veld nodig, omdat geen van hen doorzettingsmacht heeft. Of zoals Van der Grinten (2007) het stelt:

Weliswaar is er in de loop der jaren een massief stelsel van wet- en regelgeving (rond kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid, KP) opgetrokken, waarmee het veld in de tang gehouden kon worden. Maar tegelijkertijd is de overheid voor haar beleid in sterke mate afhankelijk van de inzet van ditzelfde veld.

Dit blijft aan de orde, ook bij meer focus op de markt, op eigen verantwoordelijkheid en op keuzevrijheid van burgers.

De beleidsmatige trends zijn te typeren met 'meer van alles tegelijk', maar nog steeds als hybride. Meer overheidsregels bij toezicht en rond kostenbeheersing, meer contracteren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt rond prijs en kwaliteit, meer *shared decision making* met artsen over het zorgproces (Hilders 2015) en meer zorgzaamheid en loyaliteit naar de sociale omgeving, zoals via informele hulp of zorg in coöperatieve verbanden (De Boer 2017; De Roo 2016). Het vergt volgens De Boer en Kooiker (2012) van burgers dat ze tegelijkertijd

slim onderhandelen met verzekeraars, vol plichtsbesef en opofferingsgezindheid reageren op behoeftes van de medemens, zelfstandig en zelfbewust voor een pgb kiezen, niet het rookverbod overtreden.

Voor de gezonde leefstijl verwacht de overheid [...] dat de burger goed op prikkels reageert. Prikkels die uitgaan van prijs, verbod of beperkte beschikbaarheid.

Het vergt enige lenigheid. Burgers kunnen en willen echter niet altijd aan al die verwachtingen tegelijkertijd voldoen, wat mede beïnvloed wordt door boosheid over kostenbesparingen in de ouderenzorg. Daar kom ik in de volgende paragrafen op terug.

2.2 Ontwikkelingen in de maatschappelijke context van het sociaal contract

In sociale relaties binnen families, in vriendenkringen, bedrijven en maatschappelijke verbanden is in de loop der tijd veel veranderd, wat invloed heeft op de werking van de arrangementen in de verzorgingsstaat en op de ervaringen van burgers daarbij. Zo kregen meer emancipatie en een hoger opleidingsniveau een politiek-ideologische vertaling naar een kleinere rol van de overheid en meer keus en regie bij individuen. Bovendien verdwenen door de ontkerkelijking vaste structuren, waarin mensen deel uitmaakten van een bredere gemeenschap.

Veel mensen zijn in staat gebleken om zelfstandiger het leven in te richten en dat als de norm te stellen, ook ten aanzien van gezondheid en zorg. Daarnaast zijn er door de vergrijzing en ontgroening van de bevolking minder mensen die via premie- en belastingafdrachten de kosten van de sociale zekerheid opbrengen. Het aantal inactieven op de arbeidsmarkt is fors toegenomen ten opzichte van het aantal actieven (Bijl et al. 2015; De Beer 2016).

Door dit alles staan de houdbaarheid van en het draagvlak voor de systemen van zorg en zekerheid al geruime tijd hoog op de politieke en maatschappelijke agenda (Hoff en Putters 2016). Ik benoem hier drie maatschappelijke discussies die relevant zijn voor de wijze waarop we met dit vraagstuk omgaan.

a. Weg met alle pech!

Het individuele recht lijkt steeds meer het normatieve kader voor veel burgers. Dat heeft gevolgen voor de collectieve norm, voor het omgaan met risico's, teleurstelling, pech of verlies. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving schetste in *Recept voor maatschappelijk probleem* dat medicalisering van het leven vooral veroorzaakt wordt door opvattingen over het leven en verwachtingen die we hebben over het omgaan met risico's (RV&S 2017a). Wensen en eisen van mensen worden explicieter gemaakt, onder meer door alle beschikbare informatie over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg, terwijl risico's of gebreken steeds minder geaccepteerd lijken te worden. De neiging om gezondheidskwesties vanuit een medisch model te benaderen brengt het risico met zich mee van de dominantie van het voorschrijven van medicijnen en medische behandelingen.

Het ideaal van maakbaarheid, van 'weg met alle pech' en het niet meer accepteren van verval of emotionele en lichamelijke beperkingen, stuwen die medicalisering op. Opgeteld bij de oneindig vele technologische en medische mogelijkheden en de grote hoeveelheid informatie die daarover via (sociale) media beschikbaar komt, mogen we verwachten dat dit niet snel minder wordt. Het geeft velen meer regie, maar het verhoogt ook de stress, omdat er teleurstellingen optreden. Die ene pil tegen dementie of het levenseinde is er (nog) niet, terwijl we steeds meer perfectie eisen. Sommigen zijn bovendien minder in staat om alle beschikbare informatie tot zich te nemen of denken onterecht dat wel te kunnen.

Er zijn beperkingen aan wat de medische zorg kan oplossen en aan wat we als collectief financieel kunnen dragen (FMS 2017; RV&S 2017a). Dat brengt onzekerheid met zich mee, zowel voor mensen die geen financiële of intellectuele toegang tot nieuwe technologie en medicijnen hebben, als voor zorgprofessionals over wie soms onrealistische verwachtingen bestaan.

b. Zelfbeschikking als ideaal

Er lijkt een groot geloof te bestaan in individuele regie over de kwaliteit van leven, gevoed door de onbegrensde mogelijkheden van nieuwe media, medicijnen en technologie. Tal van vormen van zelfmanagement, *shared decision making* en het online delen van ervaringskennis versterken dit verder. Alhoewel dit voor velen behulpzaam is leidt het niet per definitie tot meer therapietrouw, gepast zorggebruik of vertrouwen in artsen (Janssen 2016; Vennik 2016). Sommige burgers willen en gaan vaker zelf keuzes maken, terwijl de zorgarrangementen die mogelijkheid niet altijd bieden of de mensen er zelf niet altijd het juiste inzicht of de kennis voor hebben.

Voor zelfbeschikking zijn hulpbronnen nodig zoals inkomen, werk, sociale netwerken, taalvaardigheid en opleiding. Mensen die daar veel van hebben kunnen hun dagelijks leven gemakkelijker zonder de instituties invullen dan mensen die een stapeling van beperkingen ervaren. In de discussie over positieve gezondheid noemt Huber (2014) dat:

het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

Deze definitie is relationeel en dynamisch en benadrukt de eigen rol van mensen in gezondheidssituaties (Huber et al. 2011). Het vormt een alternatief voor de meer statische definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1948):

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.

In het *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* ontspoon zich hierover recentelijk een discussie (Huber 2016; Poiesz et al. 2016). Positieve gezondheid legt volgens sommigen onterecht een wel heel zware verantwoordelijkheid bij de mensen zelf. Als bovendien veel sociale kwesties onder gezondheid vallen, kan dit een uitdijend effect hebben, in termen van zowel zorgtaken als kosten. De vraag is wat nog gezondheid en zorg zijn en wat niet.

Om te ontsnappen aan een grillige discussie tussen gezondheidswetenschappers en bedrijfs- en organisatiekundigen over de definitie van gezondheid, grijp ik terug naar wat sociologen over die omgevingsfactoren zeggen.

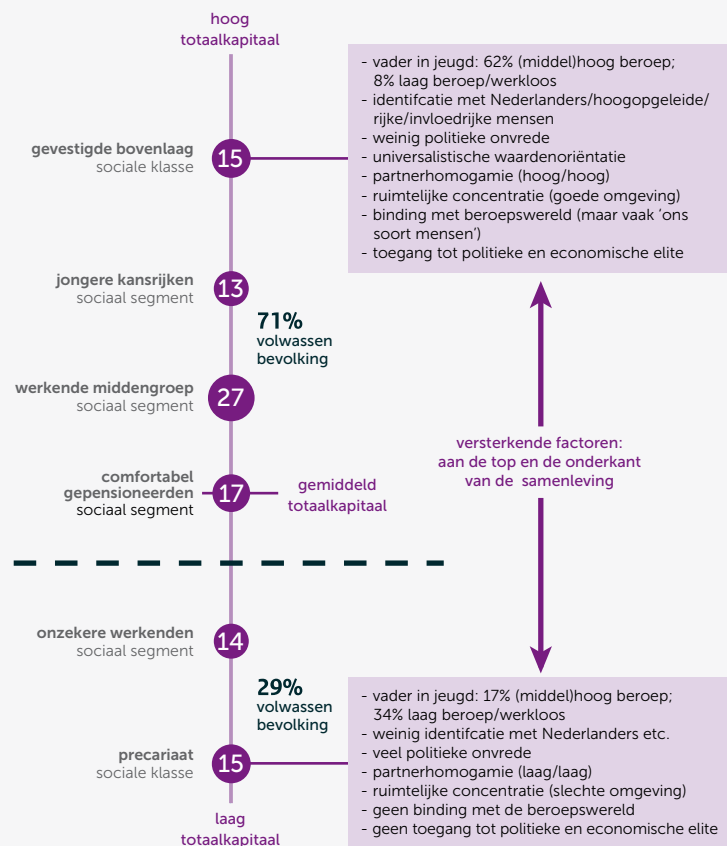
c. Scheve verdeling van hulpbronnen

Vanwege de toenemende verwevenheid van gezondheid en zorg met andere onderdelen van het dagelijks leven, komt een dynamische definitie van individuele en collectieve gezondheid steeds meer in zwang. Daarin worden andere hulpbronnen, zoals werk, inkomen en sociale netwerken, relevanter. De sociologie spreekt over kapitalen waarover mensen in meerdere of minder mate beschikken. Ze beïnvloeden hun maatschappelijke positie en de kwaliteit van leven (Bovens et al. 2014; Vrooman et al. 2014).

Ten eerste is er het *economisch kapitaal*, dat wil zeggen het inkomen en vermogen dat mensen bezitten, vaak gekoppeld aan de opleiding en het beroep. Ten tweede is er het *cultureel kapitaal*, dus of mensen de taal spreken, digitale vaardigheden hebben, in- of uitgesloten en gediscrimineerd worden. Hoor je erbij of niet? Ten derde is er

sociaal kapitaal, oftewel de netwerken die iemand heeft om op terug te vallen, zoals in de mantelzorg, of de kruiwagens die iemand verder helpen. Ten vierde het *persoonskapitaal*, de mentale en fysieke gezondheid, maar ook de voorkomendheid en het communicatief vermogen. In deze benadering is gezondheid dus iets smaller gedefinieerd, maar wordt zij in samenhang met andere hulpbronnen bekeken. Dit om te bepalen hoe mensen participeren en of zij daarbij zorg en ondersteuning nodig hebben. Weinig individuen hebben hier zelf totale regie over en hulpbronnen zijn altijd ongelijk verdeeld.

Figuur 1. Gescheiden werelden in Nederland (2014): de verdeling van hulpbronnen



Bron: SCP (ViN'14).

Uit figuur 1 wordt duidelijk dat er een gevestigde groep aan de bovenkant van de samenleving is, en een groep jonge kansrijken, die over relatief veel hulpbronnen beschikken, gelukkig zijn, veel gezondheid ervaren en positief naar de toekomst kijken. Er is echter ook een groep die minder van alle hulpbronnen heeft en optelt tot bijna 30%, waarbinnen ziekte en ongezondheid vaker voorkomen. Deze groep is minder gelukkig en heeft minder vertrouwen in de toekomst. Hieronder vallen veel bijstandsmoeders, eenoudergezinnen en eerste generatie migranten. In de midden-groepen heerst vooral onzekerheid, omdat op hen vaker een beroep wordt gedaan, zoals bij mantelzorg, terwijl zij daar ook zelf meer afhankelijk van (kunnen) worden. Er is twijfel over het profijt dat zij van voorzieningen hebben, ondanks hun solidariteit met zwakkeren. Zo zijn er naast rijke ouderen in de bovenlaag en arme ouderen in het precariaat, ook comfortabel gepensioneerden die gebrekiger en eenzamer worden, een goede financiële positie hebben, maar onzeker zijn over de waarde ervan, en vaker voor elkaar moeten gaan zorgen. Zullen de voorzieningen er in de toekomst nog voor hen zijn? Ze ervaren een verlies van opgebouwde rechten en hebben vaak kleine netwerken om op terug te vallen.

De sociale en culturele scheidslijnen hebben consequenties voor zowel de levensverwachting, als de zorgconsumptie, de opvattingen over gezondheid en het ervaren gezondheidsverlies. Het verschil in levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden is zo'n zeven jaar en het verschil in jaren van ongezondheid of stapeling van ziekte loopt op tot zo'n achttien jaren (Hu 2016; Huber 2014; Plogch et al. 2007). De maatschappelijke versnelling, onder meer door grotere technologische mogelijkheden, zal deze verschillen naar verwachting groter maken. Het moeten combineren van werken, leren, zorgen en gezond leven zal vooral mensen met veel hulpbronnen goed af gaan (Van den Broek et al. 2015; De Graaf 2017; Rosa 2016). Dat geldt echter niet voor iedereen. Ook zullen zorg(professionals) niet in alle opzichten aan preventie kunnen bijdragen, vooral als de zorg of ondersteuning de grenzen van hun werkgebied overstijgt.

Het sociaal contract beoogt te sturen op een verdeling van hulpbronnen in de samenleving die tot inclusie leidt en polarisatie tegengaat. Daarbij gaat het dus ook om hoe mensen dat ervaren.

2.3 Ontwikkelingen in de ervaringen en verwachtingen van burgers bij het sociaal contract

Dat raakt de verwachtingen die mensen van een sociaal contract hebben, namelijk sociale bescherming ontvangen in ruil voor het delen van risico's en zeggenschap. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR 2006) sprak hierbij al van 'verbroken verbindingen' tussen het institutionele landschap van voorzieningen en arrangementen en de behoeften van cliënten en patiënten. De decentralisaties van de afgelopen jaren gingen vaak over wat de overheid van burgers verwacht, maar minder over wat burgers van de overheid mogen verwachten. De overheid lijkt daarbij niet altijd oog te hebben (gehad) voor bijvoorbeeld de sociale dynamiek in (familie) relaties. Er bestaat een niet door wetenschappelijke kennis gestaafde optimistische kijk op de sociale, fysieke en psychologische mogelijkheden van burgers om zelf de regie te voeren en om elkaar bij te staan. Een meerderheid van de bevolking houdt de rijksoverheid bovendien verantwoordelijk voor de zorg, wat onder meer tot uiting komt in felle reacties op falende ouderenzorg.

Sommige burgers stellen zich daarbij echter ook vaker op als klanten die hun individuele keuzevrijheid en rechten opeisen, daartoe mede gestimuleerd door overheidsbeleid. Niet iedereen voelt een plicht naar de gemeenschap, zoals in 'als ik vind dat ik tekortgedaan word, dan eis ik mijn recht op', of nog een stap verder, 'anders regel ik het voor mezelf'. In de gezondheidszorg is dit herkenbaar tot in de spreekkamer. Tegelijkertijd weten veel mensen hun weg niet te vinden in de zorg, omdat zij door de bomen het bos niet meer zien (Rademakers 2016). Zowel het overvragen als het uitblijven van noodzakelijke zorg ondergraven het draagvlak voor het sociaal contract. Gemeenten dragen belangrijke gedecentraliseerde verantwoordelijkheden om dit te voorkomen, maar zij kunnen zelf ook niet automatisch op draagvlak rekenen. Ik licht dit toe.

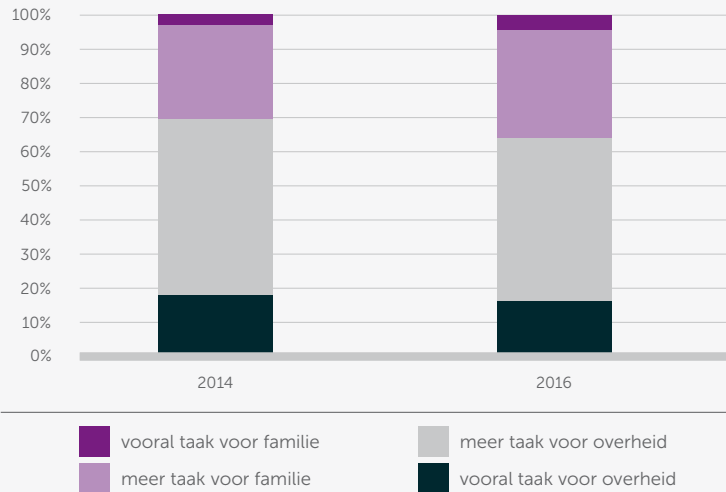
Opvattingen over gezondheid en verantwoordelijkheid

Als ik in deze oratie spreek over de opvattingen over en houdingen ten aanzien van de zorg, dan gaat dat steeds over twee zaken: (1) de eigen en de collectieve gezondheid, en (2) de verantwoordelijkheidsverdeling daarvoor.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) vraagt mensen regelmatig hoe belangrijk ze hun gezondheid vinden. Die scoort dan hoog. Datzelfde geldt voor de gezondheid van familie en vrienden. De ouderenzorg, maar ook de gezondheidszorg in algemene zin, worden ook als prioriteit voor de regering genoemd, in die zin dat er volgens veel mensen meer geld aan uitgegeven zou moeten worden. De zorg wordt in het algemeen gezien als een (groot) probleem, maar ook als een punt van trots (Dekker et al. 2016a, b). Voor de legitimiteit van beleid en sturing in de zorg is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat mensen hierbij vaak positief zijn over de eigen ervaringen in de zorg, maar een groeiend onbehagen hebben over het systeem, de rol van de overheid en 'de kant die het opgaat'.

Het longitudinaal onderzoek van het SCP, onder andere in de dataverzameling Culturele Veranderingen (CV), biedt inzicht in het aandeel mensen dat vindt dat kinderen de plicht hebben voor hun ouders te zorgen. Sinds 2010 ziet ruim 40% die plicht. Waar het hulpbehoevende ouders betreft zien velen echter een overheidstaak (zie figuur 2). Het aandeel mensen dat die zorg meer een taak voor de familie vindt stijgt licht. In de situatie dat mensen vanwege een chronische aandoening of beperking hulp nodig hebben daalde het aandeel mensen dat vindt dat familie en vrienden voor hen moeten zorgen echter van 40,6% in 2010 naar 22,6% in 2016.

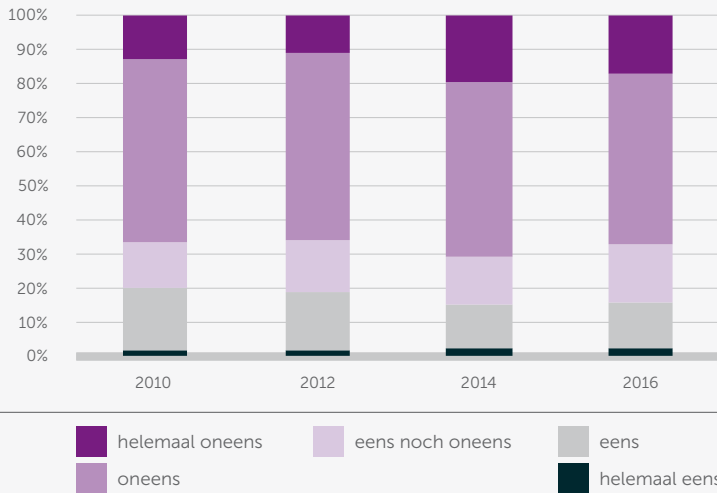
Figuur 2. Reacties op de vraag: 'Vindt u zorg voor hulpbehoevende ouders een taak voor de familie of een taak voor de overheid?', 2014-2016 (in percentages)



Bron: SCP (CV'14-'16).

Uit eerder onderzoek bleek dat in 2014 een meerderheid (63%) vindt dat mensen hun familieleden moeten helpen. Ongeveer de helft vindt dat ook ten aanzien van vrienden. Als het om het helpen van de burens gaat dan ligt dat een stuk lager (De Klerk et al. 2015a). Figuur 3 laat voor de gehele periode 2010-2016 eenzelfde beeld zien. Met de stelling 'Burens hebben de plicht om voor hun burens te zorgen als die hulp nodig hebben' is 15,8% het (zeer) eens. Voor familie voelt een groot deel van de bevolking zich dus verplicht iets te doen, maar verder weg wordt dat snel minder. Als grote offers gevraagd worden, zoals een inbreuk op het privéleven of een verlies aan inkomen, zijn de gevoelens van verplichting het zwakst, net als wanneer er goede alternatieven zijn (Van den Broek et al. 2015).

Figuur 3. Reacties op de stelling: 'Buren hebben de plicht om voor hun buren te zorgen als die hulp nodig hebben', 2010-2016 (in percentages)



Bron: SCP (CV'10-'16).

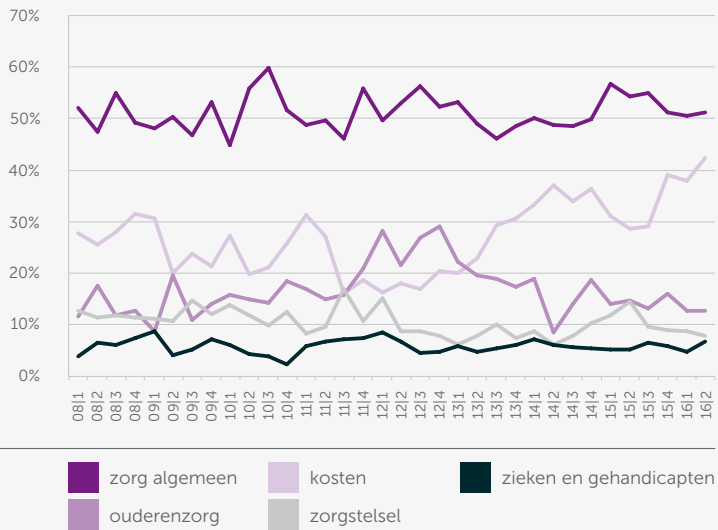
Vooraf taken gericht op het voorkómen van een ongezone leefstijl worden minder vaak als een verantwoordelijkheid van de overheid gezien. De individuele situatie van mensen maakt daarbij wel verschil. Mannen zijn bijvoorbeeld vaker voorstander van overheidsbemoeyenis op het gebied van leefstijl dan vrouwen; bij arbeidsgerelateerde taken is dat andersom. Laagopgeleiden zijn vaker positief over overheidsbemoeyenis met zorg, werk en schulden dan hoogopgeleiden, maar niet waar het om roken of eetgedrag gaat. Mensen met een slechte gezondheid vinden ook vaker dat de overheid verantwoordelijkheid draagt voor hun medische behandeling (Kloosterman 2013).

Het denken verandert stapsgewijs mee met de positie die mensen in de samenleving innemen (Van der Lelij en Lampert 2011). Dat is ook van invloed op de opvattingen over en het vertrouwen in de verantwoordelijkheidsverdeling.

Decentralisaties worden maar beperkt vertrouwd

In de periode na de decentralisaties van rijksoverheidstaken naar de gemeenten, met name op het gebied van zorg en huishoudelijke ondersteuning, maken Nederlanders zich flinke zorgen: in 2016 ziet 48% meer nadelen dan voordelen; 14% ziet meer voordelen. Daarnaast is 55% van mening dat de decentralisaties vooral bedoeld zijn om te bezuinigen. Mensen die voordelen van decentraliseren (zoals maatwerk) inzien, vrezen ook verschraling. Velen hebben er overigens geen mening over of weinig ervaring mee, maar de opvattingen houden verband met opvattingen over (veranderingen in de) gezondheids- en ouderenzorg in het algemeen (Dekker et al. 2016a, b).

Figuur 4. Vijf meest genoemde problemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg', bevolking van 18+, 2008-2016 (in procenten)^a



a Van de mensen die spontaan een probleem noemen in de categorie 'gezondheids- en ouderenzorg' is hier weergegeven wat ze precies noemen.

Bron: COB 2008/1-2016/2.

Naarmate de overheid dichter bij burgers staat, hebben mensen doorgaans wel meer vertrouwen. Gemeenten krijgen een positiever rapportcijfer dan andere overheden. Toch zijn steeds meer mensen het oneens met de stelling dat gemeenten voldoende expertise in huis hebben voor taken in de zorg. Dat aandeel steeg van 24% eind 2014 naar 30% in 2016. Ook met de stelling dat gemeenten in staat zijn om maatwerk te leveren zijn steeds meer mensen het oneens: het aandeel steeg van 25% in 2014 naar 32% in 2016. Daar zijn een paar verklaringen voor te noemen (Dekker et al. 2016b). Ten eerste zijn er de stevig verankerde opvattingen over de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid voor de zorg. Ten tweede roepen de bezuinigingen waarmee de decentralisaties gepaard gingen, een gevoel van onbehagen op over het beroep op de eigen verantwoordelijkheid. Ten derde is de rijksoverheid via toezicht en monitoring wel een dominante rol blijven spelen. De regels die daaruit voortkomen, staan regelmatig het investeren in lokale en eigen verantwoordelijkheid in de weg. Dat wordt ten vierde ook als argument gebruikt om gemeenten niet altijd als verantwoordelijk te beschouwen. Ten vijfde is het particulier initiatief, zoals zorgcoöperaties en buurtinitiatieven, niet 'van of voor' de lokale overheid, maar voelt het zich soms wel in de rol gedrukt als verlengstuk daarvan. Vooral als er veel bureaucratie bij komt kijken roept dat weerstand op (Van der Klein et al. 2013).

De complexiteit van de gedeelde verantwoordelijkheid wordt wel erkend, zo blijkt uit de getoonde cijfers, maar steun voor nieuwe vormen van risicodeling is niet gegarandeerd. Mensen ervaren verborgen agenda's. Weliswaar is enige onvrede inherent aan sterke wederzijdse afhankelijkheden – het benadrukt het belang van de erkenning van elkaars positie in het sociaal contract –, maar de recente hervormingen lopen niet altijd parallel met de onderliggende opvattingen en (historisch opgebouwde) verwachtingen van burgers daarover.

2.4 Pad-afhankelijkheid en dynamiek: garanties uit het verleden bieden geen zekerheid voor de toekomst

Het sociaal contract is continu in beweging, maar kent ook continuïteit (Meurs 1997). De collectivisering van zorg en zekerheid heeft geleid tot emancipatie en een betere maatschappelijke positie van velen. En ook tot meer individualisering. Via privatisering en decentralisatie wordt de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun bestaanszekerheid nu benadrukt, mede ingegeven door de stijgende collectieve lastendruk. Dat vergt nieuwe afspraken met gemeenten, marktpartijen, maatschappelijke organisaties en burgers, onder meer over het verbinden van zorg met wonen en werken. Het hybride systeem voorkomt al te schoksgewijze veranderingen, maar kan ook een belemmering vormen voor het tijdig inspelen op de besproken maatschappelijke veranderingen en het onbehagen (Hemerijck 2013).

De hier besproken nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en de hoog gebleven verwachtingen aan het adres van de overheid, maar ook de beperktere acceptatie van risico's en gebreken en de ongelijke verdeling van hulpbronnen in de samenleving, beïnvloeden de praktijk van de institutionele arrangementen. Onduidelijkheden bij burgers over hun eigen rol, maar ook over de toegang tot zorg en ondersteuning, kunnen tot meer onbehagen leiden als ook de verschillen in gezondheid en sociale omstandigheden groter worden. Zeker als burgers minder profijt ervaren van hun

solidariteit in het centraal aangestuurde systeem (Olsthoorn et al. 2017). Als het beroep op de eigen verantwoordelijkheid gaat voelen als een bezuinigingsopdracht van de overheid, ontstaat er schuring met de zorgtaak die velen de overheid toedichten. De centrale overheidsbemoeienis is bovendien niet minder geworden, de overheidsinzet daarentegen wel. Dit is vooral merkbaar in toezicht en monitoring, maar ook aan de poort bij scherpe indicatiestelling, wat als bureaucratisch ervaren wordt. Als onduidelijk is wat de burger van de overheid kan verwachten, of als de overheid de verwachtingen niet waarmaakt, maar wel via regulering sterk stuurt, dan schaadt dat stapsgewijs het draagvlak voor beleid en bestuur en de uitkomsten van het sociaal contract (De Graaf 2007).

3 Vindplaatsen van het sociaal contract in de zorgpraktijk

Bestaat het sociaal contract nog in de zorgpraktijk en op welke manier wordt dat zichtbaar? Uit onderzoek met mijn promovendi blijkt dat er in de praktijk continue verbindingen gelegd worden tussen private en publieke belangen, en met opvattingen en oriëntaties van patiënten, cliënten en zorgprofessionals. Dat levert een denkkader voor verder onderzoek op, met een drietal vindplaatsen van het sociaal contract in de zorgpraktijk (o.a. Janssen 2016; Oldenhof 2015; Van der Pennen 2016; Postma 2015; Vennik 2016).

1. De **structuren** die de eigendomsverhoudingen en financiering van zorg in organisaties en instituties in het sociaal domein regelen (meer of minder publiek en/of privaat). Dat gaat veelal over de schaalgrootte van organisaties, samenwerking in netwerken en het gebruik van een mix van instrumenten zoals, aanbesteding, contractering en regulering. Het ordent de relaties met de meervoudige omgeving.
2. De **processen** en de interacties die stakeholders in de zorg met elkaar aangaan in netwerken, dus de manier waarop ze experimenteren en leren, maar ook hoe ze een procesarchitectuur aanbrengen die de verschillende belangen bij elkaar en tot afstemming brengt. Dat gaat vaak over compromisvorming en onderhandeling rond 'goede' zorg.
3. De **mensen** met hun visies en oriëntaties. Professionals, bestuurders en burgers hebben visies op en verwachtingen van de zorg, maar ook bij risicodeling in het sociaal domein. Die hebben invloed op de rol van patiënten en cliënten in de vormgeving van hun zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld via de uitoefening van allerlei vormen van inspraak en zeggenschap.

Ik ga ze een voor een na.

3.1 Vindplaats 1: Het sociaal contract in structuren

De eerste vindplaats is die van structuren. Op het landelijk niveau zien we de laatste jaren bestuurlijke akkoorden gesloten worden tussen overheid en veld, over budgetten en verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg. In het sociaal domein ontstaan daarnaast nieuwe organisaties die soms een netwerk karakter hebben, soms zorgconcerns worden of in franchiseverband werken. Sommigen spreken over *network & neighbourhood governance* (Lowndes en Sullivan 2008; Postma et al. 2015). Aanbestedingen en zorgcontractering zijn daarbij geen nieuwe instrumenten, maar ze worden wel belangrijker bij de afweging van de vele publieke, particuliere en professionele belangen in keukentafelgesprekken, wijkteams, bij buurtzorg en in coöperatieve verbanden.

Of mensen vertrouwen in deze structuren en instrumenten hebben, hangt onder meer af van de taakverdeling en de uitkomsten. Uit het proefschriftonderzoek van Jeroen Postma (2015) in de ziekenhuiszorg, wijkzorg en langdurige zorg blijkt dat de schaal van organisaties er dan toe doet. Grootschaligheid wordt sneller geassocieerd met bureaucratie, megalomane bestuurders en afstand, en kleinschaligheid met menselijkheid, flexibiliteit en nabijheid. Grootschalige en kleinschalige zorgorganisaties, of kleinschalige zorg binnen grootschalige organisaties, hanteren echter veelal dezelfde argumenten van kwaliteit en efficiency voor de keuze van hun organisatievorm. Er is bovendien veel samenwerking over de grenzen van organisaties heen en ook binnen grootschalige organisaties wordt zorg op maat georganiseerd. Naast de structuur gaat het mede om het delen van een visie op de zorg en op het beoogde resultaat.

Daar is een grote variatie van organisaties en netwerken in het sociaal domein bij betrokken (De Boer 2017; De Klerk et al. 2015a). Voor mensen met beperkingen is bijvoorbeeld het familie- of vriendenkring vaak klein (Woittiez et al. 2014). Het gaat om mensen die al dan niet vanaf de geboorte beperkingen hebben, maar ook om ouderen die vereenzamen. Kinderen wonen meestal niet in de buurt van ouders, waardoor ouderen ook voor elkaar gaan zorgen. We spreken van een gezinsnetwerk als de gezinsleden de zorg op zich nemen. Mensen die geen beroep op familie of vrienden kunnen doen, zijn vaak aangewezen op vriendennetwerken. Dat gaat niet vanzelf en ook niet altijd goed, waardoor een verbinding met professionele hulp belangrijk blijft.

Er zijn ook buurtnetwerken. In onderzoek naar wijk- en buurtgericht werken lieten Oldenhof et al. (2014) zien dat mantelzorgers en vrijwilligers in die netwerken wel steeds gezamenlijk met hulpvragers proberen overeen te komen wat als goede zorg wordt beschouwd en welke uitruil tussen efficiëntie en kwaliteit of privacy acceptabel is. Technologie helpt daar soms ook bij, bijvoorbeeld via een buurt-app waarmee mensen op hulp kunnen terugvallen, maar regelmatig moet alsnog bij professionele organisaties worden aangeklopt.

Daarnaast zijn er netwerken van arbeid en zorg. Veel mantelzorgers en vrijwilligers vervullen zorgtaken naast hun werk. Dat is qua tijd, geld en afstand niet altijd makkelijk. Werkgevers bieden ook niet altijd voldoende ruimte hiervoor. Daar ligt een belangrijke opgave om met het (vaak regionale) bedrijfsleven afspraken te maken over bijvoorbeeld verlof en deeltijdwerk. De mogelijkheden van arbeid- en zorgregelingen zijn van belang voor goede zorg en voor een blijvend draagvlak voor deze vorm van activering en risicodeling.

Ten slotte zijn er de netwerken van kerken en (sport)verenigingen. Sociale binding gaat niet alleen over zorg, maar ook over geestelijke en huishoudelijke hulp of sport (De Hart 2011; Zonderop 2017). Het investeren in ontmoetingen in wijken en buurten is daarbij van belang, net als gesprekken met wijkteams of wijkverpleegkundigen. Dat kan mensen uit hun isolement halen, motiveren tot vrijwillige actie en helpen bij het signaleren van problemen. Mensen met de minste mogelijkheden denken het vaakst dat ze niet om hulp kunnen vragen. Dat hoeft niet te betekenen dat mensen hen niet willen helpen, het kan ook een vraagverlegenheid aangeven (Linders 2010; Vermeij en Kullberg 2015). De aanwezigheid van dit type netwerken biedt hun een kans op meedoen.

Formele en informele netwerken en organisaties blijken zo een belangrijke vindplaats van het sociaal contract in de praktijk. Dat wordt zichtbaar in wijkteams,

keukentafelgesprekken, zorgplannen, beschikkingen en indicaties. Daarin worden afspraken geformaliseerd tussen professionals, burgers en hun omgeving. De Boer en Van der Lans (2013) geven aan dat de sociale wijkteams gemakkelijk in bestaande institutionele praktijken worden geïncorporeerd, wat enerzijds kan betekenen dat het beeld van de zelfredzame burger domineert of anderzijds dat de overheid traditioneel sterk sturend optreedt. Het kan ook zo zijn dat burgers hun oude recht op zorg via de wijkteams proberen te halen.

Een voorbeeld van hoe dit werkt en kan uitpakken vond ik bij Humanitas. Een medewerker was bij een oudere man die thuishulp nodig had, waarbij de keukentafel-ambtenaar aanstuurde op het inschakelen van het familiale netwerk. Dit leidde ertoe dat de mans zoon, die hij al jaren niet gezien had, weer in beeld kwam en bereid werd gevonden ondersteuning te bieden. Het leek een gewenste uitkomst, maar binnen twee weken bleek een oude familieruzie te zijn opgelaaid en was iedereen slechter af (Vriens 2015). Alhoewel dit als een ongelukkige beslissing van een keukentafel-ambtenaar gezien kan worden, die bijvoorbeeld met thuishulp hersteld zou kunnen worden, is het ook een uiting van een ondoordachte afweging tussen eigen verantwoordelijkheid, professionele ondersteuning en familiezorg, met als resultaat een slechte uitkomst.

De vraag is dus: ben je geholpen met meer hulp van familie? Kun je de weg vinden in het zorgsysteem of heb je kruiwagens die je verder helpen? Via structuren zoals zorgnetwerken en het inzetten van een keukentafelgesprek wordt verbinding gemaakt tussen publiek en privaat, individu en collectief, waarbij een rationeel beroep op de eigen verantwoordelijkheid gemakkelijk botst met opvattingen over gelijke rechten op zorg of maatwerk. Als daar geen aandacht aan geschonken wordt, is de kans aanwezig dat de uitkomst ervan niet overeenkomt met wat burgers verwachten (Steenkamer et al. 2017). Het voorbeeld bij Humanitas maakt dat duidelijk. Dat brengt me ook bij vindplaats 2.

3.2 Vindplaats 2: Het sociaal contract in processen

De interacties tussen betrokken stakeholders en de wijze waarop ze de processen van hulp- en zorgverlening in het sociaal domein inrichten, zijn namelijk ook een vindplaats van het sociaal contract in de zorg (Oldenhof et al. 2014). Ik loop een aantal voorbeelden langs.

Zoals in de zorg voor mensen met dementie. Er gaat veel aandacht uit naar het vinden van die ene pil tegen dementie, maar intussen zijn het vooral de sociale vragen over omgang en gedrag in zorgprocessen die onbeantwoord blijven. Het ideaalbeeld van zelfbeschikking domineert vaak. Anne-Mei The (2015) richt zich daarentegen op een model dat de sociale en psychologische kanten van dementie, ook voor de omgeving, combineert. Een voorbeeld van een zorginstelling die daar wel op inspeelt is Viattence in Epe, waar ik op bezoek was.

De mensen slapen er boven de leefruimte en niet gelijkvloers, omdat ze dat hun hele leven gedaan hebben. Ze krijgen zo veel meer rust en ritme. De professionals waren in eerste instantie bang te veel met mensen te moeten 'sjouwen', maar iedereen is er blij mee. Er zijn een huiskamer, eetkamer en rustkamer beneden. Mensen gaan overdag bij moeheid niet naar bed op de slaapkamer, maar liggen even op bed in de rustkamer.

Bij het wakker worden zijn ze gewoon weer onderdeel van het dagelijks leven. Het toilet heeft een stortbak met een touwtje en de mensen trekken dus gewoon weer, als vanouds, het toilet door. Alleen werkt de stortbak niet: het touwtje werkt op sensoren. Ze zijn omringd door oude radio's, de kleuren van vroeger, foto's van koningin Wilhelmina (koning Willem-Alexander kennen ze niet), bakelieten lichtknoppen en stopcontacten, zoals het ooit was. Alle geur- en voelzintuigen worden aangesproken. Ik kwam er een mevrouw tegen die niets meer kon lezen, behalve bladmuziek. Nu ze dat weer onder ogen krijgt, speelt ze elke dag piano. Als ze buiten in de zon wil zitten, wordt ze ingesmeerd met anti-zonnebrand. Dat ligt vanuit hygiëneregels lastig, maar iedereen ziet er zongebruind uit en is blij. Met de inspectie worden daarover aparte afspraken gemaakt, want het botst met de regels. Er ontstaat ook een meer vanzelfsprekende mantelzorg, want de kinderen en partners van de bewoners gaan voor hun gevoel niet naar een zorginstelling, maar naar het huis van hun ouders of partner. Ze ruimen de kamers mee op en nemen klussen over. Nog steeds zijn deze demente mensen de weg kwijt. Ik kwam een balletdanseres tegen die op weg was naar een circusact en een hoogbejaarde meneer die met zijn ouders naar de slager moest. Hun kwaliteit van leven is echter zichtbaar hoger dan elders. Het past binnen het reguliere budget, het geld wordt alleen anders besteed; het zorgproces wordt anders ingericht en er moeten passende afspraken gemaakt worden over de weging van particuliere, publieke en professionele belangen. De zorginstelling positioneert zich vanuit een eigen visie op het zorgproces ten opzichte van het centrale sturingskader van de overheid en toezichhouders, maar ook naar familie en cliënten.

Een ander voorbeeld vinden we bij verzorgingshuis De Lange Wei in Hardinxveld-Giessendam, waar mijn grootouders woonden. De instelling initieerde op een zaterdag contacten tussen het personeel en de directe omgeving, met als doel elkaar te leren kennen en met potentiële vrijwilligers in contact te komen. Mijn dorp kent een sterke sociale binding en deze actie leverde ruim 400 vrijwilligers op, die in meerdere of mindere mate vrijetijdsbesteding, kappersbezoek, voorleesacties of vervoer naar het ziekenhuis regelen. Zelfs na een paar jaar is de meerderheid van de vrijwilligers nog actief (Zorg en Welzijn 2015). De instelling vocht tegen overnamepogingen van grotere zorgaanbieders, de logica van de markt. Het wilde kleinschalig blijven en de verbindingen met de wijk centraal stellen. Dankzij de sterke relaties en contacten met de omgeving en met de families van bewoners is dat gelukt. Deze zorginstelling positioneert zich hiermee ten opzichte van zowel de *civil society* (de wijk) als ten opzichte van de markt (de andere zorgaanbieders).

Nog een voorbeeld is het langer thuis wonen. Bij ouderen gaat het dan vaak om het behoud van vaardigheden en verbinding met een sociaal netwerk, in tegenstelling tot jonggehandicapten, die nog vaardigheden kunnen aanleren, soms via domotica of andere technologie, waardoor ze langer zelfstandig kunnen wonen. Bij mensen met psychische aandoeningen gaat het vaak om het leren omgaan met hun ziekte en om het kunnen terugvallen op professionele hulp of dagbesteding (De Klerk et al. 2015b). Ontslagen worden uit een ziekenhuis en thuis herstellen is bovendien iets anders dan het ouderlijk huis verlaten als jonggehandicapte. Het vraagt specifieke samenwerking tussen familie, vrijwilligers en professionals en om continue verbinding met tal van stakeholders en hun belangen. Zonder verbinding van het zorgproces met geschikte huisvesting, woonomgeving, werk, school, schuldsanering en het aanleren van vaardigheden is langer thuis wonen een ongedefinieerd begrip en blijft het onduidelijk wat ervoor nodig is (Den Draak et al. 2016).

Maarten Janssen (2016) noemt al deze zoektochten naar betere zorg en ondersteuning 'experimenteren en innoveren'. Dat betekent niet blindstaren op de precieze eigendomsverhoudingen of financieringsstructuren, maar continu samen met betrokkenen reflecteren op wat goede zorg is. Het sociaal contract blijkt op procesniveau een kwestie van doelzoeken, richting de 'goede' uitkomst voor patiënten of cliënten en hun families. Er worden daarvoor verbindingen gelegd tussen publieke, particuliere en professionele partijen. Goede zorg vraagt in dat proces om gedragen keuzes en compromissen, wat betekent dat alle belangen goed gewogen of vertegenwoordigd moeten zijn, dat zeggenschap goed geregeld wordt en dat netwerken ontwikkeld en onderhouden worden tussen professionals, mantelzorgers en vrijwilligers.

Dit behoort tot wat ik als de kern van het sociaal contract omschreef. Er moeten grenzen tussen domeinen worden overschreden en professioneel of bureaucratisch aangeleerd gedrag moet soms worden losgelaten om tot een gedragen uitkomst te komen. Daar is een visie bij nodig op bijvoorbeeld mensen met dementie of jonge mantelzorgers. In het zorgproces komt het dus ook aan op de overtuigingen van bijvoorbeeld professionals, mantelzorgers en bestuurders. Dat is de laatste vindplaats van het sociaal contract.

3.3 Vindplaats 3: Het sociaal contract in mensen

De derde vindplaats is die van de oriëntaties en perspectieven van mensen zelf, van bestuurders als verbindingsofficieren tussen belangen en opvattingen, van patiënten en cliënten als *coproducers* en *codesigners*, van buurten die als gemeenschap taken delen, en van professionals die met burgers mee oplopen als partner. Het zijn *boundary spanners*, die het particuliere en publieke belang verbinden en proberen bij te dragen aan goede zorg (Bekker et al. 2010; Van den Brink et al. 2012). Ook hier bekijken we een aantal voorbeelden.

In het wijk- en buurtgericht werken zijn locatiemanagers en wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld bezig om de spanning tussen de toegankelijkheid van kleinschalige woonvoorzieningen en 24-uurszorg hanteerbaar te maken (Oldenhof 2015). De financiën laten niet altijd toe, in termen van inzet en toezicht op de kleinschalige locaties, dat 24-uurszorg geboden wordt. Tegelijkertijd is dat veelal wel de wens van cliënten. Er is ook vaak een conflict tussen efficiënte planning van personeel en keuzevrijheid voor cliënten. Als middelen doelmatig moeten worden besteed en kosten moeten worden beheerst, kan er niet altijd optimaal aan de wensen van cliënten en familie tegemoetgekomen worden. Ook is er de wens om cliënten in de langdurende zorg te integreren in de samenleving en daarvoor draagvlak te creëren in de wijk of de buurt van de woonvoorziening. Dat vraagt om praktische compromissen bij de vormgeving van woonlocaties en dagbesteding. Hulpverleners en locatiemanagers moeten visies hebben op goede zorg, maar ook de dialoog daarover kunnen voeren met cliënten, familie en de buurt. Daar zijn visie en vaardigheden bij nodig.

Dat zien we ook bij jeugdzorgprofessionals. In de jeugdzorg strijden verschillende normen van goede zorg om voorrang. De problematiek van de jeugdige is veelal complex en heeft te maken met gezondheid, sociale netwerken, vaardigheden, familieomstandigheden, prestaties op school en veelal ook criminaliteit. We zien de

neiging tot centrale regie via het ene plan voor dat ene gezin door die ene regisseur. Als het centrale plan echter gaat voorschrijven dat het bestrijden van eventuele fraude die de ouders met ontvangen uitkeringen plegen voorrang moet krijgen op zorggerelateerde argumenten voor personele inzet, dan ontstaat er een dilemma voor de hulpverlener. Moet hij de ouders aangeven? Dat kan de vertrouwensrelatie met de jeugdige schaden. Sommigen zullen roepen: aangeven, het gaat om publiek geld! Iemand in een hulpverleningsrelatie, met het kind als slachtoffer, kiest echter voor de effectieve hulp aan het kind. Cliënten, families en professionals delen niet altijd alle informatie uit angst voor 'verborgen agenda's', bijvoorbeeld dat kostenbesparingen of justitiële argumenten tijdens de hulpverlening zwaarder gaan wegen dan zorg en ondersteuning (Rutz 2017). Professioneel handelen hoort naast een plan ook een afweging te zijn van wat in de unieke situatie de beste oplossing is. Dialoog en reflectie in een veilige omgeving zijn nodig.

Bij hulp aan zogenaamde zorgmijders zien we net als in de jeugdzorg dat er vaak verschillende instanties op het terrein van zorg, schuldsanering, sociale zekerheid en geestelijke gezondheidszorg betrokken zijn. Ze nemen vaak allemaal een stukje van de hulpverlening op zich. In het belang van de cliënt moet soms over elkaars grenzen heen gekeken worden. De angst om door toezichthouders op de vingers getikt te worden is echter groot, waardoor het neerkomt op coördinatoren, vrijwilligers of buddy's om mensen langs de wirwar van regelingen en professionals te helpen. Zij tonen vaak doorzettingsmacht, met het belang van de hulpbehoevende als uitgangspunt.

De definitie van wat goede zorg is wordt mede bepaald door het gedrag en de opvattingen van de betrokkenen. Oldenhof (2015) noemt het proces daarbij grenzenwerk. Jeugdzorgwerkers, ambtenaren, patiënten en vrijwilligers maken onderling afspraken over kwaliteit, doelmatigheid, veiligheid en privacy. Of ze dwingen die af. Deze *boundary spanners* zoeken in specifieke situaties naar wat goede zorg is. Eigen opvattingen sturen daarbij ook de compromissen die via een dialoog met stakeholders en via afspraken met toezichthouders tot stand komen. Het is zoeken naar 'morele ruimte', naar wat volgens de betrokkenen 'goed' is (Van der Pennen 2016). De logica van de markt (competitie; onderhandeling rond prijs en kwaliteit), het publiek domein (gelijke behandeling; robuustheid) en de civil society (loyaliteit; zorgzaamheid) strijden daarbij om voorrang en om het goede (Brandsen en Karre 2010; Putters 2009). Het zijn de personen die bestaande codes, regels en overtuigingen moeten doorbreken om tot een compromis te komen. Dat raakt het sociaal contract in het hoofd van mensen: de ervaren discretionaire ruimte en de lef om die te gebruiken.

Kortom, de vindplaatsen zoals ik ze hier beschreven heb zijn niet enkel 'plaatsen' en 'situaties' waar(in) goede zorg wordt nagestreefd, maar maken ook de fundering zichtbaar. Steeds opnieuw wordt invulling gegeven aan de afweging van publieke, private en professionele belangen door te onderhandelen, te reguleren en door elkaar vertrouwen te geven. Zeggenschap en risico's worden op die manier gedeeld en er wordt draagvlak gezocht. Het sociaal contract leunt op de stevigheid van die fundering. De voorbeelden maakten duidelijk dat het niet altijd en niet vanzelf tot een legitieme uitkomst leidt. Het is relevant nu lessen te trekken voor het sociaal contract in de zorg van de toekomst.

4 Op weg naar een vernieuwd sociaal contract

Het sociaal contract is veel meer dan een zelfstandig naamwoord, het is in feite een werkwoord. Minder dan in het verleden is er sprake van een samenspel van vaste organisaties in klassieke centraal gestuurde processen van compromisvorming. Er worden continu grenzen verkend tussen de zorg en andere delen van het sociaal domein, evenals tussen verantwoordelijkheden van stakeholders. Schuyt (2013) stelt dat het historische pad van de verzorgingsstaat steeds de volgende periode inspireert om

begrippen als vrijheid en gelijkheid, solidariteit en sociale rechtvaardigheid weer opnieuw te munten.

We zoeken naar de manieren om sociale risico's, macht en verantwoordelijkheid in een *local welfare state* te delen. Het gaat daarmee ook om het 'munten' van de machts- en rolverdeling.

Werken aan een sociaal contract

Het risico bestaat dat de zoektocht naar een nieuwe invulling van het sociaal contract statisch uitpakt, terwijl de maatschappelijke dynamiek groot is. Dat zou een valkuil zijn. De praktijkvoorbeelden laten zien dat er steeds moet worden ingespeeld op veranderende opvattingen in de samenleving en op veranderingen in de netwerken in het sociaal domein. Dat is continu 'contracteren', om bij de metafoor te blijven. Dit gebeurt met durf, zorg en betrokkenheid van mensen in zorginstellingen, buurten en netwerken. Het sociaal contract ontwikkelt zich richting wisselende vormen en met wisselende coalities. Een contract in meervoud (Putters 2016a, 2016b, 2017). De vraag is voor wie het er is en wie de zeggenschap heeft. Rousseau zag het sociaal contract als inclusief, dus gericht op alle burgers in gelijke omstandigheden. Er is veel continuïteit in publiek-private verbindingen, maar op dat punt bestaat er onzekerheid. Houvast lijkt te moeten komen van leren, reflecteren en experimenteren in een nieuw samenspel tussen overheid, burgers en maatschappelijke organisaties, en minder van gedetailleerde regulering. Er zijn ankerpunten nodig om op steeds wisselende momenten en locaties tot vormen van risicodeling te komen waar draagvlak voor bestaat. Ik geef hieronder per ankerpunt aan wat dit aan inzet en vaardigheden betekent ten opzichte van het bestaande sociaal contract.

4.1 Visie op de local welfare state: rollen en randvoorwaarden

Een belangrijk verschil met het bestaande sociaal contract is in de eerste plaats de sterkere focus op de individuele gezondheid en op het verleggen van verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid naar burgers, lokale overheden en marktpartijen.

Dit versterkt de personalisering van de dienstverlening, maar ook het 'halen' van je recht. Het kenmerkt de veranderende relaties tussen de overheid, burgers en organisaties, maar het wordt ook sterk ingegeven door argumenten van beheersing van de groei in zorguitgaven. Dat maakt dat het voor veel burgers aanvoelt als het uitvoeren van overheidsbeleid. Zij worden daarbij soms aangesproken op hun zorgzaamheid naar anderen, soms als contractpartner met een recht op zorg en daarmee gepaard gaande plichten (zoals therapietrouw) en soms als patiënt die samen met zorgprofessionals een zorgproces moet inrichten.

Een herijking van de maatschappijvisie betekent niet dat er een eenduidige definitie van de rol van 'de' burger en 'de' verwachtingen aan zijn of haar adres kan zijn, noch richting 'de' overheid of 'het' veld. Gezien de dynamiek met steeds wisselende stakeholders is er houvast nodig om tegelijkertijd verschillende rollen te vervullen. Dat wil zeggen: randvoorwaarden op het gebied van informatievoorziening, inspraak en invloed, en antennes van lokale overheden, instellingen en professionals voor de situatie waarin patiënten en hun families zich bevinden. Daar hoort ook bij dat er praktische en morele grenzen worden gesteld, aan wat je van mensen kunt verwachten en aan wat een overheid ze kan opleggen, zoals in mantelzorgtaken. De lokale politiek zal dit debat over wat overheid en burgers van elkaar mogen verwachten nadrukkelijker en regelmatig moeten voeren.

Er is een maatschappijvisie nodig die houvast biedt bij wat overheid en burgers van elkaar kunnen verwachten. Die visie zal meer lokaal georiënteerd zijn en breder moeten kijken dan alleen naar ziekte en ongezondheid. Daarbij is de acceptatie van lokale variëteit noodzakelijk, al blijft er inzicht op landelijk niveau nodig in het draagvlak voor maatregelen in de verzorgingsstaat en in de legitimiteit van hun gevolgen in het licht van de sociale grondrechten. Er is om die reden veel behoefte aan informatie over zorgpraktijken en hun uitkomsten, bijvoorbeeld in termen van de toegang tot goede zorg. Dat inzicht moet de basis vormen voor het verbeteren van praktijken, dus voor lerend toezicht door lokale en landelijke toezichthouders. Het opleggen van uniforme eisen kan hierbij namelijk lokaal ook tot meer ongelijke uitkomsten leiden.

4.2 Definiëren van (nieuwe) sociale risico's en organiseren van risicodeling

In de tweede plaats is er een herijking van de definities van sociale risico's en solidariteit nodig. Een gebrekkige identificatie en binding tussen mensen verzwakt de onderlinge solidariteit als belangrijk fundament van de verzorgingsstaat. Het leidt tot gescheiden werelden. Lange tijd ging het vooral om de *haves* en *have nots* en de compensaties via zorg, arbeid en inkomen om in de samenleving mee te kunnen doen. De sociale risico's liepen langs die klassieke scheidslijnen en er was bereidheid om die met elkaar te delen (Bovens et al. 2014; Vrooman et al. 2014). De scheidslijnen langs leeftijd, opleidingsniveau en etniciteit lijken zich verder te verscherpen. We spreken inmiddels over de *cans en cannots*, dus over de vraag of je echt geholpen bent met de zorgvoorziening of zorgtoeslag, of je de weg kunt vinden in de complexiteit van regels en of voorzieningen bij de juiste groepen terechtkomen (De Beer 2016; Van den Broek et al. 2016).

Jongeren, die meebetalen aan het pensioen of de zorg van ouderen, moeten er vertrouwen in kunnen hebben dat deze zaken er straks ook voor hen zijn. Net als zzp'ers, die weinig zekerheden opbouwen rond sociale risico's. De bereidheid om deel te nemen aan collectieve regelingen van risicodeling, dus een gemeenschappelijk belang te onderschrijven en iets in te leveren ten gunste van een ander, staan onder druk als mensen geen profijt ervaren (WRR 2017a). De arrangementen van de verzorgingsstaat lijken hierop nog onvoldoende antwoord te hebben, al genieten ze in de geïndividualiseerde samenleving nog steeds draagvlak (Van der Veen et al. 2012).

De vraag voor verder onderzoek is hoe we sociale risico's op nieuwe manieren landelijk en lokaal kunnen definiëren en delen. Daar is veel lokale samenwerking bij nodig, met deels andere en wisselende partners, ook buiten de zorg, zoals in onderwijs, huisvesting en werk. Zorgcoöperaties helpen bijvoorbeeld bij het ondersteunen van mensen, maar diegenen die het netwerk of de weg erheen niet vinden, kunnen buitengesloten worden. Ben je onderdeel van het sociaal contract, ook als je je mond niet open doet of de weg niet weet? Er zijn nieuwe institutionele en morele kaders nodig die verbinden (Kremer 2016), die mensen meer in staat stellen om via die ondersteuning mee te doen en hun maatschappelijke positie te verbeteren.

4.3 Breed gezondheidsbegrip en afbakening van de unieke kern

Daar is, ten derde, vanuit maatschappelijk en burgerperspectief, een verbreding van het gezondheidsbegrip bij nodig. Gezondheid wordt door veel omgevingsfactoren beïnvloed. Meer dan vroeger gaat het, zoals we eerder bespraken, om de gecombineerde toegang tot sociaal, cultureel en economisch kapitaal. De tegenstelling wordt groter tussen diegenen met een stapeling van hulpbronnen en mensen met een stapeling aan gebreken. Het gaat daarbij om zowel denk- als doenvermogen, zoals de WRR (2017b) stelt, omdat het naast kennis en intelligentie van belang is om doelen te kunnen stellen, hulpbronnen te verwerven en om te kunnen gaan met tegenslag. Deze brede benadering van gezondheid roept de vraag op wat nog tot de unieke kern van de (medische) zorg behoort. Het verschil met het bestaande sociaal contract is dat het nog minder enkel om medische zaken kan gaan. De verbinding met andere domeinen van de verzorgingsstaat is cruciaal (de 'integrale blik'). De medische sector kan echter niet overal verantwoordelijk voor zijn. Afbakening van de unieke kern van het medisch beroep is belangrijk om partner van anderen te kunnen zijn. Daar zijn reflectie op de eigen rol en op samenwerking in het sociaal domein en met burgers voor nodig. Dat vraagt onder meer ook om investeringen in de zorgopleidingen (zie ook paragraaf 5.3).

4.4 Meer inspraak, maar ook herwaardering van zaakwaarnemers

In de vierde plaats ervaren velen dat besluiten buiten hen om genomen worden, terwijl ze vaker hoogopgeleid zijn, meer informatie en technologie ter beschikking hebben en het leven vaker zelf kunnen regelen. Er kan meer beslissingsmacht dicht bij mensen zelf liggen (Schuyt 2013). Het veronderstelt niet meer bestuur, maar meer zeggenschap. Het veronderstelt niet doelen opleggen, maar samen doelen stellen.

Tegelijkertijd wordt er van instituties ook sturing verwacht. Er zijn medische besluiten die door patiënten nooit helemaal overzien kunnen worden. Er blijven groepen die niet zelf kunnen of willen meebeslissen. Niet iedereen heeft de capaciteiten en mogelijkheden om in die wisselende afspraken en coalities mee te doen. Als inclusiviteit een toetssteen voor het sociaal contract is, dan blijven er zogenaamde zaakwaarnemers nodig, van casemanagers tot buddy's en zorgverzekeraars. Dit vraagt om bestuurlijk en sociaal vertrouwen bij het inrichten van zowel inspraak door belanghebbenden, als bij sturing op basis van een visie op de zorg en de rol van burgers.

4.5 Experimentalistische governance met duurzame checks en balances

Er bestaan aanzienlijke machtsverschillen tussen enerzijds individuele burgers en anderzijds zorginstellingen en professionals. Daarnaast kennen veel hulpverlenings-trajecten een geschiedenis van beslissingen die doorwerken tot de dag van vandaag. Denk aan het vertrouwen dat tussen mensen kan bestaan (of niet) in het nakomen van afspraken (Van de Bovenkamp et al. 2016; Wengle 2015). Bij macht hoort daarom tegenmacht (Tjeenk Willink 2002), bijvoorbeeld via zeggenschap van burgers en professionals in lokale praktijken, maar ook van zaakwaarnemers. Het bestaande sociaal contract kent een zekere mate van hiërarchie, oftewel kaders van besluitvorming en allocatie van middelen en voorzieningen die centraal gestuurd worden. Een netwerksamenleving kent meer variatie en horizontale verantwoording.

De rijksoverheid kan haar grondwettelijke verantwoordelijkheden voor de zorg daarbij niet waarmaken door alleen maar informatie- en controleverplichtingen op te leggen rond centraal vastgestelde doelen. Dat leidt tot technocratisering en bureaucratie. Er zijn uitgangspunten voor goede zorg nodig, verwoord in beleidsdoelen op hoofdlijnen, besproken en gedeeld met het parlement en bijvoorbeeld met instituties zoals de Sociaal-Economische Raad en het Zorginstituut Nederland, evenals met lokale partners in de uitvoering. Er bestaat nog steeds een centraal aangestuurd kader, maar dat zal door de decentralisaties en privatisering anders gaan werken. De verantwoordelijkheid voor de zorg en het afleggen van verantwoording daarover zal steeds meer lokaal georganiseerd (moeten) worden. Een debat over 'plascontracten' in de Tweede Kamer lost niet alle problemen op.

In de zorgpraktijk worden tal van methoden ontwikkeld die daar ook patiënten en burgers bij betrekken, zoals het *experience based codesign* (Vennik 2016), *shared decision making* (Hilders 2015) en vormen van patiëntenparticipatie (Van de Bovenkamp 2010; Dwarswaard 2011). Ze gaan uit van zogenaamd recursief leren, dat wil zeggen het veilig delen van leerervaringen en doorvoeren van verbeteringen waar geen goede zorg verleend wordt (RV&S 2016). Dat betekent niet alles loslaten, maar praktijkervaringen serieus nemen en samen lering willen trekken over goede zorg. Het kan ook leiden tot nieuwe invullingen van de *civil society*. Daar zijn randvoorwaarden bij nodig. Zo moeten alle partijen de capaciteit en vaardigheden hebben om de dialoog over de doelen te kunnen voeren en de eigen inzet daarbij toetsbaar te maken. Men moet bereid zijn om van elkaar te leren en om bij de toetsing op verbetering gericht te zijn. Periodiek zal zo'n systeem tegen het licht gehouden moeten worden, om te kijken of het leidt tot een sociaal contract

dat inclusief is. Niet vrijblijvend en ongestuurd, maar lokaal en landelijk toetsbaar. Decentraliseren leidt niet per se tot minder, maar tot ander samenspel met het rijk (Van de Bovenkamp et al. 2016; Van den Broek et al. 2016).

4.6 Lerende wetenschapsbeoefening door continue kennisdeling en dialoog

Het sociaal contract wordt mede onderbouwd door de gedachte van centraal gestuurde wetenschappelijke onderbouwing van beleid. Er is dan ook een Centraal Planbureau, naast het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving. Dat zegt iets over de rol die wetenschap wordt toegedicht in het sociaal contract. Ik heb te veel bekendheid met het werk van de planbureaus om te kunnen of willen ontkennen dat zij plannen onderbouwen, maar ook om te weten dat monitors en effectevaluaties performatief kunnen zijn (Van Egmond 2010). Beleid gaat zich er vaak naar gedragen. Onderzoek is dus, ten zesde, niet onschuldig en moet zich veel aantrekken van de wijze waarop wetenschappelijke kennis landt en wordt gebruikt. Dit vergt een continue dialoog met beleid en praktijk (Bijker 2017).

Als burgers, maatschappelijke organisaties en overheden andere rollen krijgen en er nieuwe kennisvragen opkomen, dan geldt de noodzaak van enig adaptief vermogen ook de wetenschap. Waar ontwikkelen goede en slechte praktijken zich en wat is de norm? Wat vinden burgers daarvan? Kan wetenschappelijke kennis beter en eerder gedeeld worden? Als het sociaal contract in zijn governance veel meer een kwestie is geworden van doelzoeken, experimenteren en leren, dan moet de wetenschap in haar aanpak en methodologie andersoortige kennis genereren en interacties aangaan met die snel veranderende praktijken. Tegelijkertijd is het goed ons te realiseren dat de vertragende werking van wetenschappelijk onderzoek eerder een zegen is dan een probleem. Leren vergt namelijk tijd en aandacht.

5 De sturingsfilosofie: het vernieuwde samenspel

Er is continuïteit van uitgangspunten bij de werking van het sociaal contract, maar de uitkomst is meer onzeker dan voorheen. De pad-afhankelijkheid van de bestaande institutionele arrangementen zorgt voor stabiliteit in de wijze waarop de zorg wordt uitgevoerd, gefinancierd en bestuurd, maar het is ook van belang om de wederzijdse verwachtingen tussen overheden, burgers en organisaties te herijken, sociale risico's vanuit een breder gezondheidsbegrip te definiëren, nieuwe vormen van risicodeling en solidariteit te verkennen en zeggenschap en kennis in zorgarrangementen anders te delen. Sturing van zorg in het sociaal domein is onvermijdelijk een pad vol traagheden.

De *local welfare state* kenmerkt zich door nieuwe verhoudingen tussen de lokale en landelijke overheid en het gefragmenteerde veld van maatschappelijke organisaties en netwerken. Zij bepalen steeds meer met elkaar wat in de praktijk goede en toegankelijke zorg is en voor wie. Dat leidt tot een samenstel van sociale contracten, lokaal georiënteerd, met verschillen in voorzieningen en inspraak. De toetssteen is dat het een inclusieve uitkomst heeft en niet polariseert, en dat er een uitkomst is waarin burgers zich herkennen, waarin zij zeggenschap ervaren en bereid zijn deel te nemen. Het sociaal contract is vooral een proces dat daarmee veel werk oplevert voor alle betrokkenen. Er is een sturingsfilosofie nodig die rekening houdt met deze veranderde omstandigheden. Ik werk deze sturingsfilosofie hierna uit.

5.1 Het perspectief: van rationaliseren naar rechtvaardigen

Een sociaal contract gaat uit van de erkenning van gelijkwaardige posities van lokale en landelijke overheden, burgers en maatschappelijke organisaties die beslissingsmacht met elkaar delen. De lokalisering en de grotere rol van burgers en patiënten hebben tot gevolg dat het delen van de macht nieuwe tegenmachten behoeft. Te spreken over 'de' overheid en 'de' samenleving leidt tot vergaande rationalisering van bestuur en tot verbroken verbindingen met gevarieerde zorgpraktijken. Vandaag decentraliseren en morgen weer centraliseren, leidt eerder tot verwarring of ongewenste machtsconcentraties dan tot meer *checks* en *balances*. De bestuurlijke modellen bestaan immers ook in de huidige praktijk naast elkaar. Het is belangrijker om te doorgronden onder welke condities het proces en de uitkomsten door de betrokken partijen als rechtvaardig worden beschouwd.

Vaak strijden meerdere waarden en argumenten om voorrang, zoals we bijvoorbeeld bij de zorginstelling voor demente ouderen in Epe zagen. Daar worden compromissen gesloten die in de praktijk gerechtvaardigd zijn (Oldenhof et al. 2014). Reflexen vanuit centrale toezichthouders of de politiek kunnen dat gerechtvaardigd vertrouwen weer schaden door vanuit een specifieke invalshoek naar de zorg te kijken, zoals hygiëneregels of doelmatigheid. Er is een sturingsfilosofie nodig die zich richt op de *variety of goodness*: dat wat goede zorg en goed bestuur is, hangt af van de waarden

waarnaar bestuurders, professionals en burgers verwijzen, dus de manier waarop zij deze combineren en tot compromissen komen tussen kwaliteit en veiligheid of efficiëntie (Stone 1997, Van Hout et al. 2007). Enerzijds vraagt dat van de rijksoverheid en toezichthouders loslaten, maar anderzijds betekent het zeker geen afwezige rol. Op de rolverdeling kom ik zo terug.

Soms sturen stakeholders op *pragmatische legitimiteit*, als groepen op korte termijn vanuit een eigen belang geholpen zijn met zorg of ondersteuning. Ook aan een keukentafel of in een wijkteam kan de uitkomst ten gunste uitvallen van diegene die de vaardigheid heeft voor zichzelf op te komen. Waar pragmatische legitimiteit verworven kan worden met feitelijke informatie over de geleverde zorg, tevredenheidsonderzoek en benchmarks, gaat het bij *morele legitimiteit* om acceptabel en niet-acceptabel gedrag (Rawls, 1971). De vraag of iemand echt is geholpen met een voorziening, wat bij de *cans en cannots* aan de orde is, staat dan centraal. We spreken over *cognitieve legitimiteit* als het verstandig of logisch lijkt om iets te doen, bijvoorbeeld het eigen vakgebied in professionele codes af te bakenen, zonder er zeker van te zijn dat daarmee burgers ook geholpen zijn (naar Cashore 2002). In de praktijk worden deze argumenten vaak in combinatie gebruikt. Boltansky en Thevenot (2006) spreken over *justifications* die de stakeholders hanteren om hun gedrag te rechtvaardigen en te verantwoorden vanuit de positie op de markt, in de gemeenschap, vanuit een professie, een bedrijf of de familie.

Kader 2 kan ons helpen om bij het onderzoek van deze leerstoel te ontrafelen wat in zorgpraktijken als rechtvaardig en inclusief wordt beschouwd, volgens wie en welke compromissen er gesloten worden. Het helpt te ontrafelen of de uitkomsten van het sociaal contract gedragen en verantwoord worden via voldoende *checks* en *balances*.

Kader 2. De rechtvaardiging van (bestuurlijk) gedrag in uitvoeringspraktijken

generalities	values	state of worthiness	mode of evaluation
market	competition, choice	desirable, valuable, winner	price
industrial	efficiency, planning	effective, functional, dependable	functionality
civic	equality, welfare	representative, free official, statutory	votes, civic rights
domestic	tradition, hierarchy	benevolent, well-bred, wise, sensible	responsibilities
inspired	inspiration, creativity	bizarre, different, original, spontaneous	singularity, uniqueness
fame	public opinion	celebrity, prestige	pr, public recognition

Bron: Boltansky en Thevenot (2006).

5.2 Het doel: een inclusieve samenleving

Zonder herijking van de definities van inclusie en solidariteit door de landelijke en lokale politiek, mede op basis van ervaringen van burgers, is het lastig om het draagvlak onder het sociaal contract te behouden. Bij ervaren onrecht, onbegrijpelijke regelingen en ongelijke behandeling neemt onbehagen toe (Putters 2014, 2016b). Er kan niet enkel worden verwezen naar toezichtregels, keuzevrijheid of kostenbesparingen, die vaak uitgaan van een visie op de burger die vele rollen tegelijk vervult en doet wat de overheid wenst. In de discussie over slechte zorg helpt ook het spreken over gemiddeld goede scores in internationale rankings niet, want die zeggen mensen die zonder zorg blijven weinig. Belangrijker is het te leren van goede en tegenvallende prestaties. Minder beleidstaal en systeemdenken, met termen als 'transitie' en 'transformatie', maar meer ingaan op de zorgen en problemen in de uitvoeringspraktijk (Dekker et al. 2016a).

Termen als 'eigen regie', 'zelfredzaamheid', 'eigen verantwoordelijkheid' en 'positieve gezondheid' worden door elkaar gebruikt, maar betekenen in een gemeenschap iets anders dan op de markt (Vermeij en Gieling 2015; Vrooman et al. 2012). Het is risicovol om in het beleid te snel nieuwe concepten te omarmen zonder te doorgronden wat ze in de praktijk betekenen. Niet iedereen kan of wil verantwoordelijkheid dragen voor alle onderdelen van zijn of haar gezondheid. Het gaat soms over leefstijl en gezondheid van mensen, soms om de rol als mantelzorger of vrijwilliger, soms om zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden (ook met behulp van eHealth) of om burger- of patiëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling. Burgers en patiënten beschikken in verschillende mate over de vaardigheden en andere hulpbronnen zoals netwerken, om verschillende rollen tegelijkertijd te kunnen vervullen. De aannames van zelfbeschikking en empowerment zijn niet altijd realistisch of wenselijk (Bal 2008; De Klerk et al. 2015a).

In de groep kwetsbare personen valt het hardnekkige verschil in gezondheid op tussen mensen met een hoge en lagere opleiding. De verschillen tussen hoog- en laagopgeleide ouderen zullen de komende jaren steeds meer zichtbaar worden in de kwaliteit van leven, maar ook in zorggebruik. Het grotere beroep op de 4,5 miljoen mensen die bij elkaar opgeteld (en rekening houdend met overlap) mantelzorg of vrijwillige inzet in de zorg plegen, kan de scheidslijnen versterken. Zeker als een partner is overleden of wanneer er geen kinderen in de buurt wonen die hulp kunnen bieden (De Klerk et al. 2015a; Woittiez et al. 2014). Onder migrantenouderen en -kinderen komt bovendien meer ziekte en minder kwaliteit van leven voor, wat vaak gepaard gaat met lagere opleiding en minder netwerken (Dagevos et al. 2013). Het beroep op een sociaal contract lijkt daar hard nodig, maar is niet vanzelfsprekend.

Uit het volgende citaat spreekt een pleidooi voor eigen verantwoordelijkheid en solidariteit op basis van 'noden' (Schuyt 2013, naar Noonan 2006).

Er is genoeg om in noden van de werkelijke needy te voorzien, maar het is niet nodig dat vanuit de overheid in alle wensen van burgers wordt voorzien.

Rawls (1974) benadrukte al wel dat 'noden' aanleiding voor politieke consensus en ingrijpen kunnen zijn, vooral als de polarisatie toeneemt, bijvoorbeeld bij grotere verschillen in (ervaren) gezondheid. Als daar onvoldoende aandacht voor is, dan heeft dat ook effect op het draagvlak voor overheidsbeleid. Als de stapeling van een tekort aan hulpbronnen toeneemt, als mensen de weg niet meer vinden of als groepen geen profijt meer ervaren van hun solidariteit, dan groeit de ongelijkheid en krijgen polarisatie en onbehagen meer ruimte. Een sociaal contract beoogt dat te voorkomen (Miller 1999).

5.3 De verdeling van verantwoordelijkheden: de kwesties meer centraal stellen

Het denken vanuit burgers en hun zorgbehoefte of participatiemogelijkheden is wezenlijk voor gedragen uitkomsten van het sociaal contract. Het delen en verdelen van verantwoordelijkheden kan daar niet los van staan (Gilbert 2005; Van der Grinten 2007; Tjeenk Willink 2002). Het sociaal contract verbindt burgers onderling en met

de overheid en maatschappelijke organisaties op sociale risico's rond ziekte en bestaanszekerheid, maar geeft de contractpartners ook positie in het bijdragen aan oplossingen. Wie is dan waarbij aan zet? Ik loop de kwesties langs, laat zien welk 'werk' ze van hen vragen en welke kennis daarbij nodig is.

Burgers: kwesties van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven

Niet elk tekort is vanuit de zorg en door anderen op te lossen. Er kan worden aangehaakt bij andere levensdomeinen, waarop soms wel inzet gepleegd kan worden. Hoewel niet iedereen de vaardigheden heeft om met die complexiteit om te gaan, kan naast het zogenaamd persoonlijk kapitaal (de fysieke en mentale gezondheid van mensen) het sociaal, cultureel en economisch kapitaal aangesproken worden om de maatschappelijke positie te versterken. Bij eenzaamheid en sociale isolatie is medicalisering meestal niet de beste weg naar meer kwaliteit van leven. Welbevinden, geluk, je kinderen zien, naar de kapper gaan, een wandeling maken en aandacht krijgen zijn dan vaak belangrijker. Daar kunnen mensen ook zelf (tijdig) rekening mee houden. Zorgprofessionals moeten hier evenwel ook antennes voor hebben en de dialoog met mensen kunnen voeren over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Anders doemt vrij snel de vraag op welke burgers wel en welke niet op professionele hulp kunnen terugvallen en dus partner in het sociaal contract zijn. Als er een bovenlaag van mensen is die met de hun beschikbare middelen gemakkelijker aan betere kwaliteit komt, dan ebt het draagvlak weg. Volgens Van Lieshout (2017) gaat dat sneller bij verschillen in ervaren kwaliteit van voorzieningen dan wanneer de kosten en eigen bijdragen stijgen. Het ondermijnt het inclusieve karakter van het sociaal contract.

De randvoorwaarden om bij bepaalde sociale risico's, zoals ziekte of eenzaamheid, partner in het contract te zijn, moeten wel helder zijn. Te denken valt aan duidelijkheid over het recht op informatie en zeggenschap (Marramao 2012). Voor het doordenken over wat een stapeling of tekort aan hulpbronnen betekent voor de rol die burgers zelf spelen, hebben we sociologische en gezondheidswetenschappelijke kennis nodig. Ervaringskennis van burgers, in hun verschillende rollen, is belangrijk om te achterhalen hoe de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg zich in het sociaal contract tot elkaar verhouden en wat dat voor de invulling van eigen verantwoordelijkheid en zeggenschap kan betekenen.

Zorgprofessionals: kwesties van professionaliseren en deprofessionaliseren

Het leervermogen van professionals en van de zorgsector wordt op de proef gesteld door de variëteit aan zorgarrangementen, het ontstaan van nieuwe typen professionals en de opkomst van allerlei intermediairs. Dat onderstreept de noodzaak om niet alleen de unieke kern van zorgprofessionals en van de medische wetenschap te bewaken, maar ook taken anders in te vullen dan men soms tijdens een medische opleiding heeft geleerd. Het overlaten van handelingen aan andere professionals of patiënten zelf, die soms moeten bijleren en professionaliseren, is niet eenvoudig. Dat kan voelen als deprofessionalisering. Tegelijkertijd kan het ook leiden tot nieuwe specialisaties in bijvoorbeeld complexe ouderenzorg. De gevolgen zijn groot voor alle opleidingen, zowel op mbo- als hbo- en universitair niveau, maar ook voor het begeleiden van mantelzorgers en vrijwilligers en voor patiënten zelf, bijvoorbeeld bij het leren om verantwoord af te wijken van protocollen, het maken van goede afspraken met mantelzorgers, het delen van informatie en ondersteunen van cliënten en patiënten. Landelijk is daarvoor een sterke

opleidings- en kennisinfrastructuur nodig en lokaal de ruimte voor actieve reflectie en kennisdeling. Dat past bij de rol van professionals in een *enabling state* (Esping-Andersen et al. 2003; Hemerijck 2013). Hierbij is kennis nodig over de ontwikkeling van beroepsgroepen, maar ook over ervaringen met de mantelzorg en met nieuwe manifestaties van de *civil society* (zoals zorgcoöperaties).

Lokale en landelijke overheid, en politiek: kwesties van solidariteit en inclusie

De arrangementen van de verzorgingsstaat leunen sterk op het omgaan met oude scheidslijnen tussen arbeid en kapitaal via een verzekeringensysteem. Binding loopt in de netwerksamenleving echter niet alleen via de klassieke sociaaleconomische scheidslijnen. Culturele identiteit, leeftijd, netwerken en de beschikbare vaardigheden zijn steeds belangrijker voor het garanderen van het sociale grondrecht op zorg. Met alleen een zorgtoeslag of uren thuishulp is niet iedereen geholpen. De focus op het mobiliseren van sociale netwerken als oplossing voor ondersteuning kan helpen, maar het kan ook een blinde vlek opleveren voor precies die mensen die deze netwerken niet hebben maar wel het meest kwetsbaar zijn (Kromhout et al. 2014; Pommer en Boelhouwer 2016).

Er zijn vormen van risicodeling nodig die de tegenstelling tussen *cans en cannots* helpen overbruggen. Dat kan niet enkel lokaal. Er lijkt een nieuw samenspel nodig tussen de landelijke en lokale overheid. Deze samenwerking heeft zich na de decentralisatie van zorgtaken nog niet gezet. Begrippen als 'eigen kracht', 'zelfredzaamheid' en 'eigen verantwoordelijkheid' buitelen over elkaar heen, maar steeds vanuit andere aannames over de rollen van burgers en zonder duidelijkheid over die overheidsrollen. Meer keuzevrijheid en zelfbeschikking leiden niet automatisch tot meer solidariteit (Van den Broek et al. 2016). Velen weten hun weg te vinden in onze hoogopgeleide samenleving, maar hoe inclusief is het sociaal contract voor mensen die dit niet kunnen of willen? Daar ligt een grote vraag, zowel landelijk als lokaal, ook voor de rol van de overheid en van de politiek.

De mogelijke overwegingen voor overheidsingrijpen zijn klassiek. Enerzijds zijn die gebaseerd op technische kenmerken, zoals dat het een zuiver collectief goed of collectieve dienst betreft of dat er sprake is van monopolistische productie, anderzijds is de reden het falen van de markt en de voortdurende informatie-asymmetrie (Olsthoorn et al. 2017). In de zorg is dit vaak in meerdere of mindere mate het geval. Bij meer centrale regulering zullen gemeenten echter steeds meer een uitvoeringsloket van het rijk worden, terwijl de lokale netwerksamenleving vraagt om horizontale tegenmacht van burgers, maatschappelijke organisaties en bedrijven.

Een scenario kan zijn om de gemeentelijke overheid ook zelf inkomsten te laten genereren (belastinginning) en deze door de gemeenteraad te laten controleren, door in samenspraak met organisaties en inwoners bindende keuzes te maken, lokale beleidsdoelen te stellen en hun effecten te monitoren en er democratisch verantwoording over af te leggen. Decentralisatie zonder overdracht van dergelijke bevoegdheden maakt van gemeenten vooral uitvoerders van rijksbeleid. Zonder nationaal kader rond toezicht, opleidingen en kennisontwikkeling gaat het echter ook niet. Zeker kleinere gemeenten lijken onvoldoende in staat of bereid daar voldoende middelen voor te reserveren.

De Tweede Kamer en gemeenteraden stellen kaders, maar ook de *civil society* en het bedrijfsleven zijn er partij in. Daarbij komen voortdurend 'ongemakkelijke' verschillen tussen gemeenten voorbij, bijvoorbeeld als ergens een keukentafelgesprek verkeerd loopt of hulp uitblijft. Daarnaast zijn er discussies over mensen die behandelingen niet afmaken of de zorg overvragen. Ook particuliere initiatieven, zoals zorgcoöperaties, zijn niet voor iedereen even toegankelijk. Voor de borging van sociale grondrechten is het landelijk en lokaal relevant om kennis te hebben over de bereidheid van burgers om in collectieve regelingen deel te nemen. Er is sociologische kennis nodig om lokaal concrete praktijken te volgen en verbeteren, maar ook om de mate van inclusiviteit van het sociaal contract landelijk te volgen en eventueel te herijken. Immers, als het profijt van de solidariteit terechtkomt bij groepen waarvan mensen vinden dat ze er geen of minder recht op hebben, dan kan dat de morele kaders van de zorg in de verzorgingsstaat ondermijnen (Van Lieshout 2017).

Maatschappelijke organisaties en bestuur: kwesties van zeggenschap en sturing

Er blijft een voorhoede ('elite') nodig van zorgprofessionals, zaakwaarnemers en bestuurders, bijvoorbeeld om het delen van risico's te organiseren en daarmee stem te geven aan die partners in het sociaal contract die dat niet zelf doen of kunnen. Zij zullen zich voortdurend moeten bewijzen, omdat er 'altijd een spanning bestaat tussen diegenen die macht uitoefenen en de deelnemers in een samenleving' (Grapperhaus 2017). Er worden veel inspanningen verricht om te komen tot *shared decision making*, patiënten- en burgerparticipatie en inspraak, maar mensen verwachten van de instituties ook sturing. Als de uitkomst niet bevalt of als men niet betrokken is bij belangrijke besluiten, dan zet men zich er bovendien tegen af.

Een herschikking van verantwoordelijkheden voor de zorg vergt veel meer dan het afkondigen van zelfmanagement of nieuwe werkwijzen, zoals in wijkteams. Technologie kan helpen de veranderingen vorm te geven, maar ook dat gaat niet vanzelf. Daar zijn veel voorbeelden van te geven. Bij de online zorgcommunity *MijnZorgNet* bleek bijvoorbeeld dat vooral de online vraagbaak en uitwisseling van ervaringskennis met lotgenoten een steun voor patiënten zijn om zelf verantwoordelijkheid te nemen. Voor andere adviezen en functies bleef de dokter alsnog aan zet en werd de online community niet gebruikt (Vennik 2016).

De roep om inspraak en coproductie of cocreatie (Voorberg 2017) betekent dus niet automatisch dat instituties aan gezag inboeten, maar wel dat samenspraak belangrijker wordt (Putters 2015). Er is bestuurskundige kennis voor nodig om dit adequaat vorm te geven.

5.4 De benodigde infrastructuur: meer kennisdeling en deliberatie

Er ontbreekt nog veel kennis, landelijk en lokaal, over hoe het sociaal contract in een *local welfare state* werkt. De kennisinfrastructuur is nog maar beperkt ingericht. Om te volgen wat het werken met wijkteams echt betekent voor de zelfredzaamheid van mensen, zijn er goede nulmetingen, meerjarig onderzoek vanuit meerdere perspectieven en unieke verhalen achter de cijfers nodig. Die zijn te verkrijgen door de ervaringen van burgers goed in kaart te brengen, bijvoorbeeld ook over wat het activeren van sociale netwerken in de praktijk betekent.

De meest kwetsbare mensen hebben de kleinste netwerken. Van hen weten we niet zoveel, maar ze zijn wel partner in een sociaal contract. Dat geldt ook voor mensen van wie verwacht wordt dat ze werk en zorg steeds meer kunnen en willen combineren. Of voor lokale beleidsambtenaren, van wie we verwachten dat ze voldoende deskundigheid in huis hebben om doelgroepen van zorgbeleid goed te bereiken (Pommer en Boelhouwer 2016).

Deze aannames en de verhalen over wenselijke en onwenselijke verschillen in de uitvoeringspraktijk zullen met elkaar moeten worden geconfronteerd om tot verbeteringen te kunnen komen. De WRR (2017b) pleit daarbij voor meer inzicht in zowel het doen- als denkvermogen van burgers:

[Een] realistischere benadering van burger en beleid [...] kan bijdragen aan een nieuwe invulling van het sociaal contract tussen overheid en burger dat dan nodig is. Een overheid die geen rekening houdt met de begrenzingen van het denk- en doenvermogen van burgers wordt namelijk als een onbetrouwbare overheid gezien.

Dat laatste belemmert de werking van een sociaal contract. Het gebruik van ervaringskennis, experimenteel leren en *citizen science* kunnen behulpzaam zijn om dat te voorkomen (Den Broeder 2017). Instrumenten zoals *community reporting* en *people voice media* kunnen worden ingezet om mensen te bereiken die zich niet vanzelf melden bij een loket of onderzoekspanel. Wetenschappelijke kennis ontwikkelt zich dan in interactie met het beleid en de praktijk, door de verhalen van burgers en inzichten uit verschillende disciplines te combineren en confronteren. Deze dialoog en reflecties leiden tot kennisvermeerdering, als er naar elkaar geluisterd wordt, aldus Wiebe Bijker (2017) in zijn afscheidsrede.

Nieuwe interfaces tussen onderzoek, beleid en praktijk kunnen de hooggespannen verwachtingen over *evidence based* beleid wellicht ook wat temperen, door inzichtelijk te maken dat de samenleving door meer wordt gestuurd dan beleid (Putters 2017; RV&S 2017b). Aan een interventie van de overheid is soms maar een beperkt causaal effect te verbinden, bijvoorbeeld doordat gezondheid van veel omgevingsfactoren afhankelijk is. Dit maakt echter noch overheidsbeleid, noch wetenschappelijke kennisontwikkeling overbodig. Wel is er behoefte aan meer tegenspraak en platforms voor deliberatie (RV&S 2016, 2017b). Centraal opgelegde benchmarks en monitors houden meestal weinig rekening met lokale verschillen, maar zijn veelal wel een basis voor sancties als de prestaties niet voldoende uniform zijn. Naar elkaar luisteren in een dialoog is iets anders.

Kennisontwikkeling vergt tijd en ondersteuning, zeker bij doelgroepen die kwetsbaar en lokaal in aantal beperkt zijn. Die investering in de instituties van ons sociaal contract is wel nodig om vertrouwen en draagvlak te behouden (Bijker 2017; Van de Bovenkamp et al. 2016). In een *local welfare state* vraagt dat van de landelijke overheid en van landelijke veldpartijen om kennisontwikkeling te willen borgen, en van lokale overheden en veldpartijen om kenniscirculatie en reflectie te garanderen door het scheppen van voldoende ruimte voor tegenverhalen en dialoog. Dan kan tegenmacht ontstaan waar macht uitgeoefend wordt. Dit kan een houvast zijn voor de inrichting van de toekomstige monitoring en evaluaties in het sociaal domein.

6 Was getekend

De verzorgingsstaat loopt gevaar, maar voor een deel is dat gevaar zelf opgeroepen: wat als garantie voor het collectieve sociale welzijn en als sociale grondrechten van de individuele burger is gepresenteerd, is in feite niet meer geweest dan een al te optimistische kijk op een tijdelijke herverdeling van een slechts in korte tijd gerealiseerde maatschappelijke rijkdom. Ook zonder economische crisis zou de verzorgingsstaat in gevaar zijn gekomen, alleen wat later. De beheersing van het verzorgingssysteem en de herverdeling van de maatschappelijke rijkdom zullen ook in de toekomst de taak van de verzorgingsstaat blijven, maar de garantie van het collectieve sociale welzijn tendeert naar een beperktere strekking en de verwezenlijking van de sociale grondrechten naar een lager niveau.

Dit citaat is afkomstig van Paul Schnabel in 1983. Het bevestigt, net als dat van Jo Hendriks aan het begin van deze oratie, dat het sociaal contract vooral een werkwoord is, dat van elk van zijn contractpartners continu werk verlangt: van een statischer en meer centralistisch vormgegeven sociaal contract naar een dynamischer en in netwerken vormgegeven zoekproces. Van meer gestolde naar fluïde verhoudingen. Van wederkerigheid op basis van rechten en posities naar wederkerigheid op basis van verbindingen tussen steeds wisselende partners en verbreding van zorg naar andere voorzieningen in het sociaal domein. Van het denken in logica's (en rationaliteiten) van overheid, markt en samenleving naar het denken vanuit gerechtvaardigd vertrouwen. Van een beschermende verzorgingsstaat, met rechten op compensatie voor sociale risico's, naar een investeringsstaat, gericht op versterking van hulpbronnen. Van kennisonwikkeling voor het beleid en de praktijk, naar dialoog met het beleid en in zorgpraktijken. Van een leerstoel over zorgbestuur naar een leerstoel over zorg in de veranderende verzorgingsstaat. Van der Veen en Yerkes (2012) benadrukken de onvermijdelijkheid daarvan:

Therefore, a new welfare settlement appears to be gradually developing; one based on continued support for sharing social risks, which also extends to new social risks; one based on a notion of social solidarity that emphasises (obligatory) reciprocity and which is stimulated by bargaining and exchange practices and the accompanying culture of the reconciliation of conflicting interests associated with a corporatist welfare state. This new welfare settlement is characterised by a focus on social security issues focused on participation rather than income protection, through the increase of individual responsibility and the development of new policies of reciprocity.

De vraag is of we in een meer gefragmenteerde netwerksamenleving, met zoveel onderhandeling, nog kunnen spreken van 'het sociaal contract' in 'de zorg' of 'de verzorgingsstaat'. Het lijkt eerder op een stelsel van sociale contracten. In het beleid zijn verbindingen nodig tussen de landelijke en lokale overheid enerzijds en maatschappelijke partijen en burgers anderzijds, om daar op een legitieme wijze invulling aan te geven, dat wil zeggen om ervoor te zorgen dat deze dynamiek niet leidt tot uitsluiting van en polarisatie tussen groepen in de samenleving. Ik voeg daaraan toe

dat daarvoor meer verbinding met ervaringen van burgers nodig is, bijvoorbeeld via meer inspraak en dialoog en een goed verankerde kennisinfrastructuur. De werking en uitkomsten van het stelsel van sociale contracten zullen via wetenschappelijk onderzoek gevolgd moeten worden.

Was getekend, de titel van deze oratie, betekent in retrospectief dat in onze verzorgingsstaat zowel solidariteit als keuzevrijheid centraal aangestuurd en gereguleerd wordt, met relatieve autonomie voor burgers en veldpartijen. Als grote (midden) groepen echter geen profijt meer ervaren van hun solidariteit of het systeem niet meer begrijpen, dan ebt het draagvlak daarvoor weg. Het afkondigen van steeds meer keuzevrijheid of eigen verantwoordelijkheid biedt daarop niet elk antwoord. Het kan zelfs onrecht doen aan opvattingen in de bevolking over gedeelde verantwoordelijkheden voor de zorg tussen de overheid en burgers zelf, maar ook aan de feitelijke scheidslijn tussen mensen die keuzes kunnen maken en hen die afhankelijk van anderen zijn.

Activeren in plaats van beschermen vraagt om een bredere benadering van gezondheid en zorg in het sociaal domein, maar ook om het continu verbinden van zorg met lokale tradities en beschikbare netwerken waarin mensen zeggenschap hebben. Dat is een kwestie van investeren in individuele hulpbronnen en in solidaire gemeenschappen, maar ook van nationaal en lokaal overheidsbeleid. Lokale beleidsvorming zal meer gericht moeten zijn op leren en verbeteren van de uitkomsten, dus op wat het oplevert aan goede zorg en ondersteuning. Daar is landelijke ondersteuning bij nodig, met opleidingen, kennisdeling en de borging van sociale grondrechten.

Was getekend is daarmee ook actief en prospectief bedoeld, in de zin van het tonen van commitment om nieuwe vormen van risicodeling, inspraak en dialoog te vinden in een tijdsgewricht waarin het verschil tussen *haves en have nots* (en de toekomstige *cans en cannots*) toeneemt. Het samengaan van sociaaleconomische verschillen met gebrekkiger sociale cohesie en sociaal-culturele polarisatie kan het gevoel versterken geen deel uit te maken van de samenleving en geen profijt te ervaren van het sociaal contract. Dat werkt ondermijnend voor de verzorgingsstaat als geheel, maar zeker ook voor het vertrouwen in het zorgbeleid en -bestuur.

7 De onderzoeks- en onderwijsagenda

Het sociaal contract in de zorg leidt tot een onderzoeks- en onderwijsagenda, in de wetenschap dat die ook een bredere maatschappelijke agenda raakt.

Wetenschappelijke uitdagingen

De achtergronden en ontwikkelingen van het beleid in de zorg en dienstverlening moeten worden bestudeerd om ze beter te begrijpen (*science of policy*), maar er moet ook worden gezocht naar handvatten voor verandering en verbetering (*science for policy*). De beleidssociologie helpt ons bij het verkrijgen van inzicht in het gedrag van burgers en organisaties. De bestuurskunde helpt bij de sturingsvraag (Buse et al. 2006; Van de Donk 1997; Putters en Van der Grinten 2001) en bij het verklaren van gedragingen en opvattingen in en rond beleid en in instituties. Het onderzoek naar de vindplaatsen van het sociaal contract in de zorg leg ik uiteen in:

- onderzoek naar de **arrangementen** van het sociaal contract; hoe in structuren en processen publieke, particuliere en professionele belangen samenkomen en hoe risico's worden gedeeld;
- onderzoek naar de **ervaringen** van burgers, zowel in relatie tot hun opvattingen over gezondheid en solidariteit, als bij de rol- en machtsverdeling (zeggenschap en dialoog) en bij de uitkomsten in zorg en ondersteuning.

De leerstoel beoogt bij te dragen aan het vullen van enkele kennisleemtes over beleid en sturing van de zorg in de veranderende verzorgingsstaat.

1. We gaan op zoek naar de meerwaarde van publieke en private verbindingen in de arrangementen van de *local welfare state*. Met het operationaliseren van de onderdelen van het sociaal contract (zoals breed gezondheidsbegrip, inspraak, experimentalistische governance en kennisdeling) brengen we in kaart hoe publieke, particuliere en professionele belangen worden gedeeld, evenals de opvattingen en houdingen van stakeholders daarbij. Het onderzoek van Tim Kind naar de veranderende relaties tussen professionals en burgers in de *local welfare state* biedt hiertoe volop kansen. Wat betekent de beweging van een verzorgingsstaat naar een investeringsstaat concreet in uitkomsten van toegankelijke, doelmatige en goede zorg en ondersteuning? Ontstaan er daarbij ook nieuwe invullingen van wat vroeger 'maatschappelijk midden' of *civil society* werd genoemd? Het is inspirerend om de komende jaren binnen dit door de EUR gehonoreerde REI-project (*Research Excellence Initiatives*) met de collega's van de FSW samen te werken.
2. We bestuderen het sociaal contract als 'handelwijze', een activiteit die stakeholders en hun belangen verbindt en waarbij steeds naar legitimiteit gezocht wordt. Normen voor goed bestuur liggen dan besloten in de wisselwerking tussen beleid, bestuur en de omgeving (Lawrence en Lorsch 1967; Meurs 1997). Meervoudig besturen verdraagt zich niet goed met het van bovenaf opleggen van doelen en normen, maar meer met een doelzoekende en normstellende houding. Het onderzoek van onder meer Sophie Bijloos en van de collega's van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur naar de rol die zorgbestuurders hierbij innemen, als

schakel tussen beleid, samenleving en zorg, vergroot ons inzicht in deze zoektocht. Dat geldt ook voor het onderzoek van Betty Steenkamer naar de legitimatie van populatiemanagement in de zorg, waarbij gekeken wordt naar wat goede zorg is en welke netwerken daarbij passend zijn. De samenwerking met het RIVM en de Universiteit van Tilburg vergroot ons zicht op de uitkomsten van het sociaal contract.

3. Gegeven het meer lokale karakter van het sociaal contract is het onderzoek naar de lokale verzorgingsstaat in steden een interessante vindplaats voor vergelijkend empirisch onderzoek. Te denken valt ook aan steden in andere landen waar de vergrijzing verder gevorderd is en waar de ondersteuning van burgers anders is geregeld, zoals in Duitsland of Vlaanderen. Op dit terrein zou ik de komende jaren graag nieuw onderzoek aanjagen.
4. De experimentalistische en zoekende kenmerken van het sociaal contract vergen een wetenschap die bijdraagt aan het inzicht, effect en de vormgeving van de governance die daarbij hoort (Sabel en Zeitlin 2012). Dat kan bijvoorbeeld via academische werkplaatsen waarin wetenschap, beleid en praktijk samenkomen. Een voorbeeld zijn de academische werkplaatsen van het Tilburgse instituut Tranzo of de Academische Werkplaats Toezicht bij de sectie Health Care Governance van de Erasmus Universiteit. Het onderzoek naar bijvoorbeeld wijkteams of keukentafelgesprekken kan daar *in depth* bestudeerd worden, waarbij de wetenschap bij kan dragen aan verbeteringen in de praktijk (zogenaamde *crafting communities*). De vormgeving van zeggenschap van patiënten en cliënten en de daarbij behorende hulpbronnen, zoals informatie en ondersteuning, kan daar verder worden verkend.

Methodologische uitdagingen

Voor een kwalitatief onderzoeker die ook de leiding mag geven aan het SCP is er een morele plicht om een methodologische reflectie te plegen in deze oratie. Kunnen we onderzoekstradities bij elkaar brengen? Ik kan u zeggen, ik bevind mij soms tussen uitersten. De sectie Health Care Governance is sterk ethnografisch georiënteerd. Het SCP doet veel kwantitatief onderzoek, maar verricht ook steeds vaker kwalitatief onderzoek om de verhalen achter de cijfers te duiden. Het versterkt elkaar. Deze onderzoeksagenda daagt ons daartoe uit.

Ik bepleit een variatie aan kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden om de ruimte voor en werking van een sociaal contract in de veranderende verzorgingsstaat te onderzoeken. Het gedrag van burgers en organisaties binnen instituties kan worden bestudeerd *in depth*-casestudies, maar ook met behulp van observatieonderzoek waarbij de onderzoeker meeloopt, waarneemt en optekent hoe het sociaal contract in de praktijk werkt en verantwoord wordt. In vergelijkende casestudies kunnen vergelijkingen gemaakt worden tussen projecten rond wijk- en buurtgericht werken, keukentafelgesprekken of verschillende rechtsvormen. Via trendanalyses en surveyonderzoek kunnen longitudinaal bewegingen worden gevolgd en geanalyseerd, bijvoorbeeld rond de belasting en het welzijn van mantelzorgers, de opvattingen van burgers over de eigen verantwoordelijkheid en de ontwikkelingen in participatie in maatschappelijke verbanden of vrijwilligerswerk. Dat zijn te onderbouwen trends die relevant zijn voor de inrichting van nieuwe arrangementen in de verzorgingsstaat. Het biedt de mogelijkheid om grootschaliger en kwantitatief uitspraken te doen over de manieren waarop het sociaal contract werkt en de invloed die beleidsveranderingen daarop hebben.

De dataverzameling Culturele Veranderingen van het SCP, maar ook nieuwe data-verzamelingen, kunnen helpen om de geschetste onderdelen van het sociaal contract in beeld te brengen. Het vraagt ook om reflectie op bestaande monitors en evaluaties. Immers, als kennisverzameling op oude indelingen blijft rusten, terwijl de praktijk verandert, kan dat nog steeds doorwerken in het beleid (Van Egmond 2010). Die zelf-reflectie moet elke onderzoeker zichzelf opleggen.

Uitdagingen in het onderwijs

Zoals bij veel maatschappelijke sectoren is ook in het gezondheidszorgonderzoek de verkokering in het denken en handelen aanwezig. Een instituut, zoals ons Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, sinds kort *Erasmus School of Health Policy & Management*, moet zich expliciet buigen over meer dan de fysieke en mentale gesteldheid van mensen en de organisatie, financiering en besturing van zorg. Voor je het weet ben je onderdeel van dezelfde koker die we in ons onderzoek benoemen, terwijl de opvattingen over en ervaringen met de gezondheid en zorg razendsnel veranderen. Er ligt een dure plicht bij ons instituut om dat bij te houden en de onderstromen te blijven doorgronden. Het accent zal meer moeten liggen op zorg in combinatie met andere voorzieningen en op het doorgronden van wat gezondheid voor mensen betekent. We moeten dat samen met onze studenten doen, maar ook met de stad en regio Rotterdam. Ook wij moeten het sociaal model van zorg en ondersteuning in ons werk aan de universiteit omarmen. Naast het pedagogisch model, waarmee we innovaties rond kennisdeling en didactische vaardigheden beter kunnen benutten.

Hoogleraren moeten naast leermeester ook een beetje schoolmeester zijn en blijven. Al was het maar omdat ik dat het mooiste vak vind dat er bestaat. Uiteindelijk vormen wij op de universiteit de mensen in wier handen het sociaal contract van de toekomst ligt.

8 Dankwoord

Mijnheer de Rector, dames en heren,

Deze professor heeft veel te danken aan de Nederlandse verzorgingsstaat. Geboren in een liefdevol gezin van schippers en buitenlui, waar studeren niet in het woordenboek stond. De liefde en steun van mijn ouders en broer zijn altijd mijn kompas gebleven. Het Nederlandse onderwijssysteem met zijn geweldige docenten, zoals hoofdmeester Verluis van OBS de Peulenviek in Hardinxveld-Giessendam en meneer Braat van het vak maatschappijleer op de Willem de Zwijger Scholengemeenschap in Papendrecht, stimuleerde mij om mezelf te ontwikkelen op een maatschappijkritische en betrokken manier. Mijn promotoren Tom van der Grinten en Walter Kickert gaven me het duwtje om dat wetenschappelijk te doen. Mede mogelijk gemaakt door baantjes in de horeca en als student-assistent, maar vooral door de overheidssteun die toen nog studie-financiering heette. Sociale vaardigheden leerde ik bij mijn scoutingvrienden. Zo heb ik veel kansen gekregen en genomen. Tot aan mijn tweede oratie vandaag. Domweg gelukkig in de verzorgingsstaat. Mijn toetssteen voor de toekomst is dat iedereen (soort)gelijke kansen krijgt en kan benutten.

Graag bedank ik het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Raad van Bestuur van het ErasmusMC, het bestuur van Erasmus School of Health Policy & Management en van Erasmus Trustfonds voor het instellen van deze bijzondere leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Ik was al begonnen, maar wat heb ik er zin in!

Collega's van de EUR, in het bijzonder van bestuurskunde (FSW) en de sectie Health Care Governance (ESHPM), jullie zijn al bijna twintig jaar mijn wetenschappelijke thuisbasis. Op vijf mooie Tilburgse jaren na. Dank voor jullie collegialiteit en inspiratie. Walter Kickert en Tom van der Grinten bedank ik voor de kansen die ze me boden en voor wat ze in mij zagen. Pauline Meurs bedank ik dat ze me zo nabij is bij elke stap in wetenschap, politiek en bestuur. Van mijn promotiecommissie tot de NVZD-leerstoel, van de Raad van Toezicht van het Rijnstate Ziekenhuis tot ZonMw, van de Eerste Kamer tot de onafhankelijke VWS-kennisorganen die het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heten. We hebben veel plezier en ik vind steun aan je, net als bij onze derde *Musketier* Ronnie van Diemen. Met zijn niet aflatende enthousiasme en scherpte, zowel inhoudelijk als bij het verbinden van onderzoek en praktijk, is Laurens de Graaf voor mij een inspiratiebron en steun. Steun ervaar ik ook bij mijn (oud)promovendi. De aio-dagen waren altijd bedoeld om jullie onderzoek verder te brengen. Dat ik nu deze oratie met jullie kon bespreken geeft aan dat we volwassen geworden zijn. Laten we hiermee doorgaan.

Politicus ben ik sinds 2013 niet meer, maar ik koester de vriendschappen, net als de spiegels die we vanuit de gemeenteraad en de Eerste Kamer aan het college en de regering voorhielden. Er zal tegenkracht zijn! Kritisch, maar betrokken en met een ideaal. Ik ben de PvdA dankbaar dat ik die rollen mocht vervullen. Dat de verzorgingsstaat en de PvdA met mijn leven verweven zijn zegt wellicht ook iets over het

Nederland waarin ik opgroeide. Dat ik nu leiding mag geven aan het Sociaal en Cultureel Planbureau, dat sinds mijn geboortjaar 1973 een belangrijke rol speelde bij het volgen van het welzijn van Nederlanders, maakt voor mij een cirkel rond. Mijn generatie groeide op in welvaart en met veel kansen op een goed leven. Dat maakt ons schatplichtig aan vorige en toekomstige generaties.

Bij het SCP stellen wij ons het hogere doel om met onze wetenschappelijke kennis bij te dragen aan beter onderbouwd overheidsbeleid en een betere samenleving. Met kwaliteit en maatschappelijke betrokkenheid. Ik ben geen visitatiecommissie, maar dat hogere doel bereiken jullie in mijn ogen elke dag. Ik bouw daar de komende jaren graag samen verder aan.

Naast onderzoeker ben ik nu zelf bestuurder, wat toch echt ingewikkelder is dan het besturen te onderzoeken! Daarom dank ik Rob Bijl, die naast me staat. Samen met onze collega's zorgen we ervoor dat Nederlanders, politici en beleidsmakers in de spiegel blijven kijken. Die eervolle opdracht tot tegenmacht voeren wij vol overgave en overtuiging uit.

Zonder ondersteuning gaat dat echter niet. Trix, Julia, Somaie, Jenny, Victor, Janneke, Lot, Anne, Ljuba en Henry zijn voor mij onmisbaar. Jullie weten meer van mij dan Marhijn denkt. Laten we dat zo houden. Bedankt dat jullie er altijd zijn, ook op mooie en bij verdrietige momenten. Dat geldt ook voor Eva en Antoinette, die mijn geweten vormen en me scherp houden. Mirjam, Mérove, Alice, Rob, Roland, Lieke, Jeroen, Maarten, Thomas, Jules, Sophie, Tim, Tom, Laurens en Pauline dank ik voor commentaren op eerdere versies van deze oratie. Wouter, Marjolijn, Anouk, Stasja, Irma, Hester en Vimala dank ik voor de geweldige ondersteuning bij deze oratie. Velen zou ik nog willen noemen, dat gaat niet. Daarom: bedankt!

Waarde Brouwer, beste Werner. Jou bedank ik voor je scherpte, je niet aflatende enthousiasme en kordate optreden. Nooit kijk je weg, altijd sta je er. Voor iedereen. Die fles port had ik je al honderd keer moeten geven. Vandaag krijg je hem van mij.

Waarde Bal, beste Roland. Dank voor jouw vertrouwen. Op vrijdag in jouw gezelschap te vertoeven maakt dat ik altijd met nieuwe inzichten het weekend in stap. Ik bedank je voor je persoonlijke, inhoudelijke en betrokken leiderschap. Dat maakt van onze sectie een echte thuishaven.

Mijn ouders bedank ik voor alle kansen die ze me boden en voor wie ze zijn. Ik hou van jullie. Zonder Barrie, Cora, Jeroen en Timon en mijn (schoon)familie had ik er vandaag helemaal geen zin in gehad. Dat mijn buddy en mijn vrienden hier ook opnieuw zijn is fantastisch, maar eigenlijk tegelijkertijd een wonder.

Tot slot, mijn lieve Marhijn. Jij was er de vorige oratie niet bij en dat is eigenlijk mijn enige rechtvaardiging om hier nog een keer te gaan staan. Vandaag verbind ik de liefste van mijn leven met wat mij lief is in het leven.

Ik heb gezegd.

Summary

Signed, sealed and delivering: paving the way to a new social contract in healthcare

The social contract in Dutch healthcare consists of a system of agreements between government, societal organisations and citizens, governing the accessibility, efficiency and quality of care. In order to protect citizens against social and health risks they share power and responsibilities in welfare state arrangements. These arrangements, as well as the experiences of patients and clients within them, are central to *Signed, Sealed and Delivering*.

Welfare state governance in the Netherlands can be characterised by a mixed model of central government regulation, regulated market forces and professional autonomy. The recent decentralisation of care responsibilities to local government, as well as the wider call for citizens to take responsibility for their own care, lead to a shift in focus from risk protection to investments in the resources that facilitate societal participation. The international welfare state debate calls this the change from a more protective welfare state to a more active welfare state (or investment state).

In the Netherlands these changes also address a reform from a highly centralised package of agreements to more individual and local variation in care and support provision. Although central management still plays an important role, now stakeholders in local and regional networks themselves have to focus much more on agreeing what good quality care is, and who receives it. This requires balancing public, private and professional interests and demands in the organisation and management of local healthcare arrangements and processes. The involvement of patients, clients and their social environment is crucial for achieving good care and for living up to their expectations.

So the social contract and the relationships between its partners show several shifts at the same time: away from a static and centrally organised social contract towards a more dynamic and networked search process. Away from rigid relationships towards more fluid relationships. Away from reciprocity based on statutory rights towards reciprocity based on connections between ever-changing partners and a widening-out of care to include other social services. Away from thinking in terms of the logics of government, market and society towards thinking in terms of legitimate trust. Away from a welfare state that protects through social security entitlements, towards an investment state that aims to strengthen resources. Away from knowledge development for policy and practice, towards a more intensive dialogue between policy, science and care practices.

The question is whether, in a fragmented and network society characterised by so much negotiation, we can still speak of 'a social contract' in 'the healthcare sector' or 'the welfare state'. Rather, what we are seeing appears to be a 'system of social

contracts'. And the key point is whether, to cite Rousseau, this continues to be an *inclusive* social contract. In order to prevent exclusion and polarisation between groups in society much more insight is needed into the experiences of citizens, for example through more feedback and dialogue and a well-established knowledge infrastructure.

Signed, Sealed and Delivering, means in retrospect that the Dutch welfare state is still centrally managed and regulated on the basis of both solidarity and freedom of choice, but with relative and increasing autonomy for citizens and the other actors involved, such as local governments. When significant groups are no longer convinced of the benefit of their solidarity or no longer understand the changing system, then public support for it will drain away. Proclaiming greater freedom of choice or personal responsibility does not provide a full answer to that. In fact, we see it may even undermine the public's inclination to collectively share social risks and responsibilities. It may also strengthen the inequalities between people who are in a position to make choices by themselves and those who are dependent on others.

So *Signed, Sealed and Delivering* is also active and forward-looking, demonstrating commitment to finding new forms of (local) risk-sharing, participation and dialogue in an era when the differences between the *haves* and the *have nots* are widening. The combination of socio-economic differences with less social cohesion and increasing socio-cultural polarisation may enhance feelings of not being part of society and not benefiting from the social contract. The division between the *cans* and the *cannots*, between those who are really able to participate in a more complex society (sometimes with some support) and those who are not, becomes more visible. That could undermine the welfare state as a whole, and certainly the confidence in the way that care is arranged and managed.

Activating citizens rather than protecting them requires a broader approach to health and social care, but also connections between care and local traditions and existing networks in which people already have a say. For example in neighbourhood care or volunteer networks. This is a matter of investing in individual resources and in solidarity within communities, as well as of national and local government policy and support. Local policy-making will need to redirect its focus more towards learning and improving outcomes – in other words, what works when it comes to providing good care and support? National-level support will also be needed when it comes to training and education, knowledge sharing and safeguarding fundamental social rights. The research agenda presented here addresses both the functioning of this local welfare state, as well as the experiences of citizens.

This Inaugural Address focuses firstly on the origins of the social contract in healthcare, the changes that have occurred in the way it works, and the way it is perceived by citizens. We will then explore how the social contract is reflected in today's care practices, along which fixed points it could evolve and which management philosophy may be appropriate for the welfare state as we move forward. It concludes by outlining an agenda for research and education.

Literatuur

- Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid: sturing in tijden van marktwerking* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Beer, P. de (2016). De grote golf van het sociale stelsel. In: P. van Lieshout (red.), *Sociale (on)zekerheid: de voorziene toekomst* (p. 63-88). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bekker, M.P.M., C. van Egmond, R. Wehrens, K. Putters en R. Bal (2010). Linking research to policy in Dutch healthcare: infrastructure, innovations and impacts. In: *Evidence and Policy*, jg. 6, nr. 2, p. 237-253.
- Bijker, W.E. (2017). Constructing worlds: reflections on science, technology and democracy (and a plea for bold modesty). In: *Engaging Science, Technology and Society*, jg. 3, p. 315-331.
- Bijl, R., J. Boelhouwer, E. Pommer en I. Andriessen (2015). *De sociale staat van Nederland 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de (2017). *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp* (oratie). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Boer, A. de en S. Kooiker (2012). Zorg. In: V. Veldheer, J.-J. Jonker, L. van Noije en C. Vrooman (red.), *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, N. de en J. van der Lans (2013). *Burgerkracht in de wijk: sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Den Haag: Platform 31.
- Boltansky, L. en L. Thevenot (2006). *On justification: economies of worth*. Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- Bovenkamp, H. van de (2010). *De beperkte macht van patiënten* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bovenkamp, H. van de, A. Stoopendaal, L.E. Oldenhof en R. Bal (2016). *Literatuurstudie Eigen regie, regeldruk en regelruimte: onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en trots*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bovens, M., P. Dekker en W. Tiemeijer (2014). *Gescheiden werelden: een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Brandsen, T. en P.M. Karre (2010). Hybride organisaties: een overzicht van het onderzoek in de Nederlandse bestuurskunde. In: *Bestuurswetenschappen*, nr. 2, p. 71-85.
- Brink, G. van den, M. van Hulst, L.J. de Graaf en T. van der Pennen (2012). *Best persons en hun betekenis voor de Nederlandse achterstandswijk*. Den Haag: Boom Lemma Uitgeverij.

- Broeder, L. den (2017). *Citizen science for health in all policies: engaging communities in knowledge development* (dissertatie). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Broek, Th. van den (2016). *Supporting ageing parents: comparative analyses of upward intergenerational support* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Broek, Th. van den, P. Dykstra en R.J. van der Veen (2015). Zorgidealen in Nederland: verschuivingen tussen 2002 en 2011. In: *Mens en Maatschappij*, jg. 90, nr. 1, p. 25.
- Broek, A. van den, C. van Campen, J. de Haan, A. Roeters, M. Turkenburg en L. Vermeij (2016). *De toekomst tegemoet. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Broek, A. van den, A. Steenbekkers, P. van Houwelingen en K. Putters (2016). *Niet buiten de burger rekenen! Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Buse, K., N. Mays en G. Walt (2006). *Making health policy*. Maidenhead: Open University Press.
- Cashore, B. (2002). Legitimacy and the privatisation of environmental governance: how non-state market-driven (NSMD) governance systems gain rule-making authority. In: *Governance*, jg. 15, nr. 4, p. 503-529.
- Dagevos, J., en M. Grundel (2013). *Biedt het concept integratie nog perspectief?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekker, P., L. de Blok en J. de Hart (2016a). *Burgerperspectieven 2016: 3*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekker, P., J. den Ridder, P. van Houwelingen en S. Kooiker (2016b). *Zorg en onbehagen in de bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Donk, W.B.H.J. van de (1997). *De arena in schema. Een verkenning van de betekenis van informatisering voor beleid en politiek inzake de verdeling van middelen onder verzorgingshuizen*. Lelystad: Koninklijke Vermande.
- Draak, M. den, A.M. Marangos, I. Plaisier en M. de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dwarswaard, J. (2011). *De dokter en de tijdgeest, over veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Egmond, S. van (2010). *Science and policy in interaction: on practices of science policy interactions for policy-making in health care* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G., D. Gallie, A. Hemerijck en J. Miles (2003). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Open University Press.

- FMS (2017). *Visiedocument medisch specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- Gilbert, N. (2005). *The enabling state? From public to private responsibility for social protection: pathways and pitfalls*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Social Employment and Migration Working Paper nr. 26).
- Graaf, L.J. de (2007). *Gedragen beleid. Een bestuurskundig onderzoek naar interactief beleid en draagvlak in de stad Utrecht*. Delft: Eburon.
- Graaf, L.J. de (2017). *Van top tot teen in verbinding: beweging van onderop, beweging aan de top* (openbare les). Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Grapperhaus, F. (2017). *Rafels aan de rechtsstaat*. Amsterdam: Prometheus.
- Grinten, T.E.D. van der (2007). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg* (afscheidsrede). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hart, J. de (2011). *Maak het nieuw! Over religieuze ontwikkelingen en de positie van kerken: een persoonlijke geschiedenis* (oratie). Kampen: Protestantse Theologische Universiteit.
- Hemerijck, A.C. (2013). *Changing welfare states*. Oxford: Open University Press.
- Hilders, C. (2015). *Tijd voor medisch leiderschap: van verleden naar toekomst* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hoff, S. en K. Putters (2016). De sociale onzekerheid. In: P. van Lieshout (red.), *Sociale (on)zekerheid: de voorziene toekomst* (p. 43-62). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hout, E.J.Th. van, K. Putters en W.K. van der Scheer (2007). Managers en professionals in de zorg: over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. In: *Bestuurskunde*, jg. 16, nr. 4, p. 16-24.
- Hu, Y. (2016). *Social and political determinants of population health in Europe* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health* (dissertatie). Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Huber, M. (2016). Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' van Poesz, Caris en Lapré. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 94, nr. 8, p. 292-296.
- Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst et al. (2011). How should we define health? In: *BMJ*, jg. 343, nr. 4163, p. 235-237.
- Janssen, M. (2016). *Situated novelty: a study on healthcare innovation and its governance* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kalshoven, F. en S. Zonderland (2016). *Zo werken lange systemen*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Klein, M. van der, M. Stavenuiter en E. Smits van Waesberghe (2013). *Het begint bij de burger: dilemma's van gemeenten bij initiatieven van burgers in zorg en welzijn*. Utrecht: Verweij Jonker Instituut.

- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015a). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer en I. Plaisier (2015b). *Wie zorgt er voor mensen met psychiatrische of verstandelijke problemen?* Geraadpleegd 29 april 2015 via www.socialevraagstukken.nl/wie-zorgt-er-voor-mensen-met-psychiatrische-of-verstandelijke-problemen.
- Kloosterman, R. (2013). Mening over het takenpakket van de overheid. In: *Sociaaleconomische trends*, april 2013, nr. 1, p. 1-13.
- Kremer, M. (2016). *Een verbindende verzorgingsstaat: over burgerschap, zorg en superdiversiteit*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Kromhout, M., P. Feijten, F. Vonk, M. de Klerk et al. (2014). *De Wmo in beweging: evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lans, J. van der en N. de Boer (2014). *Decentraal: de stad als sociaal laboratorium*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Lawrence, P. en J. Lorsch (1967). Differentiation and integration in complex organizations. In: *Administrative Science Quarterly*, jg. 12, p. 1-30.
- Lelij, B. van der en M. Lampert (2011). *Steun voor terugtreden overheid groeit, tegenstand eigen verantwoordelijkheid slinkt*. Amsterdam: Motivaction / de Volkskrant.
- Lieshout, P. van (2017). *Grenzen aan de zorg – een ongelukkige benadering* (lezing). Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Lowndes, V. en H. Sullivan (2008). How low can you go? Rationales and challenges for neighbourhood governance. In: *Public Administration*, jg. 86, nr. 1, p. 53-74.
- Marramao, G. (2012). *The passage west. Philosophy after the age of the nation state*. London: Verso.
- Meurs, P.L. (1997). *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeuren van instellingen in de gezondheidszorg* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Miller, D. (1999). *Principles of social justice*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Minkman, M. (2017). *Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg* (oratie). Tilburg: Tilburg University.
- Moore, M. (1995). *Creating public value: strategic management in government*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Mouwen, C.A.M. (2006). *Strategie, implementatie, sturing en governance voor de moderne non-profit organisatie*. Assen: Van Gorcum.
- Noonan, J. (2006). *Democratic society and human needs*. Montreal: McGill University Press.

- Oldenhof, L.E. (2015). *The multiple middle: managing in healthcare* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Oldenhof, L.E., J.P. Postma en K. Putters (2014). On justification work: how compromising enables public managers to deal with conflicting values. In: *Public Administration Review*, jg. 74, nr. 1, p. 52-63.
- Olsthoorn, M., E. Pommer, M. Ras, A. van der Torre en J.M. Wildeboer Schut (2017). Voorzieningen verdeeld. *Profijt van de overheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Österle, A. en H. Rothgang (2010). Long-term care. In: F.G. Castles (red.), *The Oxford handbook of the welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Pennen, R.M.A. van der (2016). *Besluitvorming in het ziekenhuis* (dissertatie). Tilburg: Tilburg University.
- Plogch, Th., R.E. Juttman, N.S. Klazinga en J.P. Mackenbach (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Poiesz, T., J. Caris en F. Lapré (2016). Gezondheid: een definitie? In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 94, nr. 7, p. 252-255.
- Pommer, E. en J. Boelhouwer (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Postma, J.P. (2015). *Scaling care: an analysis of the structural, social and symbolic dimensions of scale in healthcare* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Postma, J.P., L.E. Oldenhof en K. Putters (2015). Organized professionalism in healthcare: articulation work by neighbourhood nurses. In: *Journal of Professions and Organization*, jg. 2, nr. 1, p. 61-77.
- Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg* (dissertatie). Assen: Van Gorcum.
- Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd: op weg naar de participatiesamenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putters, K. (2015). *Moedig onderwijsbestuur*. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Putters, K. (2016a). Tijd voor een nieuw sociaal contract. In: *NRC Handelsblad*, 9 juli 2016.
- Putters, K. (2016b). *Land tussen hoop en vrees: over het politiek en maatschappelijk vertrouwen van Nederlanders* (Dreeslezing gehouden op 17 november 2016 te Den Haag). Te raadplegen via www.willemdrees.nl/wp-content/uploads/2016/11/Willem-Dreeslezing-2016-door-Kim-Putters.pdf.
- Putters, K. (2017). Sluit sociaal contract met de achterblijvers (verkorte versie van de Machiavellilezing 2017). In: *de Volkskrant*, 9 februari 2017.

- Putters, K. en T.E.D. van der Grinten (2001). Schuivende institutionele verhoudingen in de gezondheidszorg. In: R.J. in 't Veld en T. Abma (red.), *Handboek beleidswetenschap: perspectieven, thema's en praktijkvoorbeelden* (p. 111-126). Meppel: Boom.
- Rademakers, J. (2016). *De actieve patiënt als utopie* (oratie). Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Rawls, J. (1974). Reply to Alexander and Musgrave. In: M. Clayton en A. Williams (red.), *The ideal of equality* (p. 21-40). New York: Palgrave MacMillan.
- ROB-RFV (2017). *Gemeenten in 3D*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor de Financiële Verhoudingen.
- Roo, A.A. de (2016). *Hoe nu verder? Zorgvragers en zorgaanbieders tussen overheid, markt en zelfsturing* (afscheidsrede). Tilburg: Tilburg University.
- Rosa, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling. Een pleidooi voor resonantie*. Amsterdam: Boom.
- Rutz, S.I. (2017). *Practicing reflexive regulation* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- RV&S (2016). *Verlangen naar samenhang: over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RV&S (2017a). *Recept voor maatschappelijk probleem: medicalisering van levensfasen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RV&S (2017b). *Zonder context geen bewijs: over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- Sabel, C.F. en J. Zeitlin (2012). Transnational transformations: the emergence of experimentalist governance in the EU. In: D. Levi-Faur (red.), *The Oxford handbook of governance* (p. 169-183). Oxford: Oxford University Press.
- Schuyt, K. (2013). *Noden en wensen. De verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen* (oratie bij het aanvaarden van de J.A.A. van Doorn leerstoel). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schnabel, P. (1983). Nieuwe verhoudingen tussen burger en staat. In: Ph.A. Idenburg (red.), *De nadagen van de verzorgingsstaat. Kansen en perspectieven voor morgen*. Amsterdam: Meulenhof Informatief.
- Schnabel, P. (2013). *Van Paars 2 naar Rutte II* (afscheidsrede bij het vertrek als directeur van het SCP). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Steenkamer, B., H. Drewes, C. Baan, K. Putters en H.A.M. van Oers (2017). Towards a theory-based framework for collaborative adaptive health networks: applying realist principles as part of a scoping literature review. In: *The Journal of Health Services Research & Policy* (ingediend ter beoordeling).
- Stone, D. (1997). *Policy paradox: the art of political decision making*. New York: Norton.

- Swaan, A. de (1988). *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the United States in the modern era*. Cambridge: Polity Press.
- The, A.-M. (2015). *De Sociale benadering dementie* (presentatie). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Tjeenk Willink, H.D. (2002). De herwaardering van het particulier initiatief. In: P. Dekker (red.), *Particulier initiatief en publiek belang: beschouwingen over de aard en toekomst van de Nederlandse non-profitsector*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Veen, R.J. van der (1990). *De sociale grenzen van beleid: een onderzoek naar de uitvoering en de effecten van het stelsel van sociale zekerheid*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Veen, R.J. van der (2011). *De toekomst van de langdurige zorg: achtergrondstudie ten behoeve van het College van Zorgverzekeringen*. Diemen: College van Zorgverzekeringen.
- Veen, R. van der en M. Yerkes (2012). Towards a new welfare settlement: the transformation of welfare state solidarity. In: R. van der Veen, M. Yerkes en P. Achterberg (red.), *The transformation of solidarity: changing risks and the future of the welfare state* (p. 191-206). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Veen, R. van der, M. Yerkes en P. Achterberg (2012). *The transformation of solidarity: changing risks and the future of the welfare state*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Veldheer, V., J.-J. Jonker, L. van Noije en C. Vrooman (2012). *Een beroep op de burger: minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vennik, F.D. (2016). *Interacting patients: the construction of active patientship in quality improvement initiatives* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vermeij, L. en J. Gieling (2015). *De dorpse doe-democratie: lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermeij, L. en J. Kullberg (2015). *Niet van de straat: de lokale samenleving in globaliserende, groeiende steden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Voorberg, W. (2017). *Co-creation and co-production for public service innovation: a research to its appropriateness in a public sector context* (dissertatie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vriens, S. (2015). *De participatiesamenleving maakt tweedeling scherper* (coreferaat bij de Heermalezing 2015 'Voorbij de tweedeling' door K. Putters). Hilversum: De Alliantie.
- Vrooman, J.C. (2009). *Rules of relief: institutions of social security, and their impact* (dissertatie). Tilburg / Den Haag: Tilburg University / Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Vrooman, J.C., L. van Noije, J.-J. Jonker en V. Veldheer (2012). Responsabele burgers, regisserende overheid. In: V. Veldheer J.-J. Jonker, L. van Noije en C. Vrooman (red.), *Een beroep op de burger: minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, J.C. (2016). *Taking part in uncertainty: the significance of labour market and income protection reforms for social segmentation and citizens' content* (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Vrooman, C., M. Gijsberts en J. Boelhouwer (2014). *Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, C. (2017). *De ruimtelijke dimensie van 'Vershil in Nederland'*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wengle, S. (2015). When experimentalist governance meets science-based regulations: the case of food safety regulations. In: *Regulation and Governance*, jg. 10, nr. 3, p. 262-283.
- WHO (1948). *Preamble to the constitution of the WHO*. Geneva: World Health Organization.
- Woittiez, I., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014). *Zorg beter begrepen: verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WRR (2006). *De verzorgingsstaat heroverwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- WRR (2017a). *De val van de middenklasse? Het stabiele en kwetsbare midden*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- WRR (2017b). *Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Zijderveld, A.C. (1999). *The waning of the welfare state: the end of comprehensive state succor*. London: Transaction.
- Zonderop, Y. (2017). De politiek is overvraagd. Deel 8 in de reeks 'De goddeloze samenleving'. In: *De Groene Amsterdammer*, jg. 141, nr. 10-11, p. 76-78.
- Zorg en Welzijn (2015). *Themanummer. Wat bestuurders in zorg en welzijn kunnen leren van....*, nr. 7, december 2015. Zeist: Pensioenfonds Zorg en Welzijn.



Prof. dr. Kim Putters (1973) is sinds 2013 directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en bijzonder hoogleraar 'Beleid en Sturing van de Zorg in de Veranderende Verzorgingsstaat' bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van 2008 tot 2013 was hij al bijzonder hoogleraar Management van zorginstellingen bij dezelfde organisatie. Hij promoveerde in 2001 op Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg. Hij doceert in en verricht onderzoek naar vraagstukken van beleid en bestuur in de zorg binnen de sectie Health Care Governance.

Kim Putters is verder onder meer kroonlid van de Sociaal-Economische Raad (SER), voorzitter van het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector, bestuurslid van het Oranjefonds, lid van de Raad van Toezicht van het Museum Catharijneconvent en lid van de Scientific Advisory Committee van de European Health Management Association (EHMA).

Het sociaal contract in de zorg bestaat van oudsher uit een samenstel van afspraken tussen de overheid, maatschappelijke organisaties en burgers over de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. De zorgarrangementen en ervaringen die uit dit samenspel voortkomen, staan centraal in *Was getekend*.

De Nederlandse verzorgingsstaat kenmerkt zich door een gemengd besturingsmodel van centrale overheidssturing, gereguleerde marktwerking en professionele zelfsturing, dat is gericht op de bescherming van burgers tegen sociale risico's. De decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten en het grotere beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers legt de nadruk nu meer op het investeren in de hulpbronnen die het mogelijk maken om mee te doen in de samenleving.

Hoe werkt dit samenspel in de huidige zorgpraktijk en wat zijn daarvan de uitkomsten, bijvoorbeeld voor het verschil tussen de *cans en cannots*? Wat betekent het voor de verwachtingen die burgers hebben van de overheid en maatschappelijke organisaties, maar ook voor hun bereidheid om sociale risico's collectief te delen en het sociaal contract te steunen?

In *Was getekend* gaat Kim Putters in op de weg naar nieuwe vormen van risicodeling, inspraak en dialoog tussen de lokale en landelijke overheden, maatschappelijke organisaties, burgers en de wetenschap.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle (J) Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands
T +31 10 408 8555
E info@bmg.eur.nl
W www.bmg.eur.nl