



## Met zorg besturen

**Auteur(s):**

Bekker, R.

Secretaris-generaal ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met dank aan F.J. Krapels. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

**Verschenen in:**

ESB, 84e jaargang, nr. 4211, pagina D10, 1 juli 1999

**Rubriek:**

Dossier De zorg ontregeld?

**Trefwoord(en):**

*Het stelsel voor de gezondheidszorg staat onder druk: er zijn teveel regels waardoor een flexibele vorm van zorgverlening wordt belemmerd. De patiënt wordt steeds mondiger en zoekt de beste vormen van zorgverlening, als het moet buiten het gereguleerde stelsel. Binnen de huidige systematiek zijn de mogelijkheden tot hervormingen vrijwel uitgeput. Er is behoefte aan aanpassingen om de gezondheidszorg gereed te maken voor de 21e eeuw.*

**De zorg voor een goede gezondheid is volgens vele opiniepeilingen verreweg het belangrijkste in het leven. Dit manifesteert zich ook in een brede belangstelling voor de vele beleidsvragen op dit terrein. Ter illustratie: alleen al sinds het begin van het kabinet Paars 2 (augustus 1998) werden op zorgterrein zo'n 250 schriftelijke kamervragen gesteld en zijn door het ministerie van VWS meer dan 4.100 pagina's aan nota's, notities en brieven verzonden aan het parlement. Zorg vindt men niet alleen heel belangrijk, het onderwerp heeft ook een zware emotionele lading. Het gaat over leven en dood.**

De zorgvraag is ook politiek gelegitimeerd en kent daarmee een vorm van solidariteit die (betekenende) prijsprikkels de facto uitsluit. Daarmee is de vraag niet beperkt door de prijs en in beginsel dus onbegrensd. De overheid heeft zodoende de taak reguleringsmechanismen te introduceren die recht doen aan de 'spagaat' van politiek gelegitimeerde vraag en kostenbeheersing. Verder heeft de overheid een belangrijke taak bij het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening. Al met al heeft dit geleid tot een dominante positie van de overheid, met volgens velen de minister als aanspreekpunt voor zelfs het meest gedetailleerde zorgprobleem.

In dit artikel bespreek ik de ontwikkelingen die plaatsvinden binnen drie aspecten van de zorg, te weten:

- a. de positie van de patiënt;
- b. de betaalbaarheid van de zorg;
- c. en de bestuurbaarheid.

Vervolgens trek ik enkele lessen uit eerdere pogingen in de gezondheidszorg om veranderingen in het beleid te bewerkstelligen. Ik sluit af met de formulering van enkele essentiële onderdelen van een zorgbeleid voor de 21e eeuw.

### De veranderende positie van de patiënt

'Patients must be patient'. Deze uitspraak ging vroeger op, maar nu niet meer. De emancipatie van de patiënt komt voort uit belangrijke sociaal-culturele trends. 'Moderne mensen zijn niet meer afhankelijk van familie maar van infrastructuur', aldus het Sociaal en Cultureel Planbureau <sup>1</sup>.

De patiënt emancipeert ook door geld en informatie. De veranderende positie van de patiënt wordt des te sterker gevoeld naarmate de goed verdienende naorlogse geboortegolf met rasse schreden de zorgleeftijd nadert. Maar ook anderen, denk aan tweeverdieners, wenden hun toegenomen welvaart aan voor meer en betere gezondheidszorg.

De hedendaagse consument van zorgdiensten is bovendien vaak goed geïnformeerd, bijv. via Internet. In toenemende mate verschijnen patiënten bij de dokter met een print van zowel diagnose als therapie die ze van het wereldwijdweb hebben geplukt. Al dan niet ondersteund door vaak zeer deskundige patiëntengroepen komt hij zelf tot zeer uitgesproken opvattingen over zijn eventuele ziekte en genezing.

Deze tendensen hebben hun weerslag op de zorg. De moderne patiënt voelt zich vooral klant en wil waar voor zijn geld. Hij eist op wat hij als 'zijn rechten' voelt. De patiënt en de zorgverlener worden ook steeds mobieler: "if you need a heart you go where a heart is" <sup>2</sup>. Lukt het niet in Nederland, dan gaat men naar het buitenland. Er ontstaan allerlei nieuwe vormen van zorgaanbod die op voor de patiënt aantrekkelijke manieren worden gepresenteerd. Naast consultatie van artsen kunnen via internet ook al medicijnen worden besteld. Commerciële verpleeghuizen hebben altijd al bestaan maar het aantal groeit verder.

De conclusie is dat in toenemende mate patiënten scherpere eisen zullen gaan stellen aan de zorg. Wordt men niet naar tevredenheid

bediend, dan zoekt men zijn heil elders, of stapt men desnoods naar de rechter om de verlangde zorg af te dwingen. Aanbieders willen adequaat op deze wensen inspelen maar worden gehinderd door regelgeving en rantsoenering. Een besturingsmodel in de zorg moet genoemde ontwikkelingen kunnen accommoderen.

## De betaalbaarheid van de zorg

Kostenbeheersing in de gezondheidszorg is sinds het midden van de jaren zeventig een dominant thema in het overheidsbeleid. Dat beleid is overwegend geslaagd. Sinds het midden van de jaren tachtig tot 1994 schommelt de zorgquote ruwweg rond de 9,5% van het bbp om vervolgens te gaan dalen tot rond de 9% bbp in 1998. Daarmee bevinden de zorguitgaven zich op een vergelijkbaar niveau als in de meeste andere OESO landen. Tegelijk is de zorg in Nederland van hoge kwaliteit en breed toegankelijk<sup>3</sup>.

Niettemin blijft de druk op de uitgaven toenemen. Ik noem drie belangrijke oorzaken. Allereerst is er een autonome groei van de vraag. Dit komt zowel door demografische ontwikkelingen als door sociale veranderingen: de patiënt wordt veeleisender. Daarnaast kampt de gezondheidszorg met de Wet van Baumol: de loonontwikkeling overtreft de productiviteitsontwikkeling. Het aandeel van de lonen in de productiekosten is hoog in de zorg, er werken 900.000 mensen en het beleidsuitgangspunt is meer handen aan het bed. Tot slot nemen de technologische mogelijkheden, zowel voor diagnostiek als behandelingen, in een ongekend tempo toe. Er kan steeds meer en de patiënt is ook bereid hiervoor te betalen (maar veel is dichtgeroged).

Er zijn weinig middelen om aan de vraagkant de kosten te beperken en de middelen die er zijn, kennen een grote politieke gevoeligheid. Zie bijvoorbeeld de discussies over eigen bijdragen en over pakketuitdunning. Achtergrond hiervan is de angst voor een tweedeling in de zorg. De discussie hierover wordt bemoeilijkt doordat emotionele argumenten soms meer rationele overwegingen lijken te verdringen.

De realisatie van de doelstelling van kostenbeheersing die gestalte krijgt via stringente aanbodbeheersing, prijsbeleid en regulering van de toegang, heeft zijn schaduwzijde in de vorm van soms gedetailleerde, met de nodige bureaucratie gepaard gaande maatregelen. Als voorbeelden noem ik de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de Wet Geneesmiddelenprijzen en de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Naast regulering van het aanbod vindt in het tweede compartiment ook sturing van de vraag plaats door de budgettering van verzekeraars.

Bijna tegen de verdrinking in ontstaan nieuwe vormen van zorgaanbod. Dit ook door de toegenomen aandacht voor de terugdringing van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid. Zie bijvoorbeeld de commerciële toetreders in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Omdat RIAGG's vragen krijgen van bedrijven en verzekeraars die niet altijd binnen de kaders van de reguliere zorg kunnen worden beantwoord, springen nieuwe aanbieders hierop in. Het gaat dan met name om de behandeling van minder complexe psychiatrische problemen. Zij geven daarmee een antwoord op de mede door de ziektewetgeving gestimuleerde grote vraag vanuit zowel werkgevers als werknemers.

De conclusie is dat kostenbeheersing vooral via de aanbodkant plaatsvindt. Deze regelgeving heeft o.a. door de omvang en gedetailleerdheid ongewenste neveneffecten. Wijzigingen in het beleid zijn bijvoorbeeld moeilijk aan te brengen, er kunnen gemakkelijk inconsistenties ontstaan of er worden situaties in de hand gewerkt waarin men zich laat leiden door budgetmaximalisatie en niet door de overweging wat inhoudelijk het beste is. Tegelijk wordt de druk op de uitgaven vanuit de vraagkant steeds groter en ontstaan er nieuwe initiatieven aan de aanbodzijde. Het besturingssysteem van de 21e eeuw moet hier een passend antwoord op hebben, omdat bij de huidige systematiek de grenzen van de bestuurbaarheid in zicht komen.

## De bestuurbaarheid van de zorg

Wat zijn in de zorg in het oog springende bestuurlijke kwesties? Hier volgen enkele waarnemingen.

Er zijn vormen van dubbele sturing in het systeem geslopen. Zo worden zorgverzekeraars gebudgetteerd om een bepaald voorzieningenpakket aan te schaffen. Tegelijkertijd worden door het ministerie met zorgverleners soms nogal gedetailleerde afspraken over budgetten en prestaties gemaakt.

Ook kent het eerste compartiment een heel ander sturingsmechanisme (grotere publieke sturing) dan het tweede compartiment (grotere rol voor private partijen). Waar deze twee compartimenten raakvlakken hebben, kunnen deze uiteenlopende sturingsmechanismen leiden tot inconsistenties en fricties.

Er zit ook een spanning tussen de tendens tot decentralisatie enerzijds en de verantwoordelijkheid in de zorg anderzijds, die snel op centraal politiek niveau wordt gelegd. Verder is de verantwoordelijkheidsverdeling op verschillende niveaus niet altijd in overeenstemming met de beschikbare instrumenten. Vergelijk in dit verband de gang van zaken rond de uitbarsting van de legionella-bacterie. Dankzij snel en effectief optreden van zorgverleners alsmede van lokale en centrale overheden werd tot een adequate reactie gekomen. Tevens trad echter bij latere gevallen aan de dag dat een betere regeling van taken en bevoegdheden tussen inspecties en tussen overheden gewenst is. Er zit weinig tussen patiënt en minister. Mede door een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling spreekt men bij zaken als olopende wachtlijsten of een (al dan niet grootschalig) lokaal incident vooral de minister van VWS aan en veel minder het management van de instellingen met de wachtlijsten, de zorgverzekeraar of de lokale overheid. Ook de rol van ZBO's als het COTG, het college van ziekenhuisvoorzieningen en de Ziekenfondsraad maar ook het Staatstoezicht is niet altijd duidelijk voor alle betrokkenen. Men spreekt echter wel de minister van VWS op hun functioneren aan<sup>4</sup>. De vraag is of deze bestuurlijke inrichting het meest doeltreffend en doelmatig is. Vanuit de organisatie-theorie bezien, zit er een gat in de hiërarchie van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden: er is niet sprake van een piramide maar van een koker.

Interessant vanuit de besturingsoptiek zijn ook de ontwikkelingen die vanuit Europa op ons afkomen. Blijft gezondheidszorg iets wat zich uitsluitend binnen de landsgrenzen afspeelt? Eerder genoemde ontwikkelingen aan de vraagzijde en in de jurisprudentie wijzen hier niet op, integendeel<sup>5</sup>. De vraag of de nationale regelgeving consistent is met de relevante Europese regels, bijvoorbeeld op het terrein van mededinging, wordt steeds belangrijker.

Tot slot wijs ik op de inefficiënties die zijn geslopen in het bestaande systeem. De aanbodbeheersing is gericht op het in de hand houden

van de kosten op macro-niveau. Mechanismen die doelmatigheid stimuleren op micro-niveau, zijn daardoor niet ver tot ontwikkeling gekomen. Denk hierbij aan het ontbreken van een zichtbaren en voelbare relatie tussen kosten, prijzen en vergoedingen.

Uit deze constatering trek ik twee conclusies. De eerste conclusie is dat de geleidelijke uitbouw van het stelsel heeft geleid tot een stapeling van beleid, waaronder het introduceren van nieuwe mechanismen naast bestaande. Dit heeft echter zijn grenzen bereikt. Meer stapeling leidt tot meer ondoorzichtigheid, tegenstrijdigheden en inefficiënties. Ten tweede, er is een nadere bezinning gewenst op de (bestuurlijke) inrichting van de gezondheidszorg, inclusief de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokkenen <sup>6</sup>.

### **Naar een beleid voor de 21ste eeuw**

Het is, om het stelsel gereed te maken voor de volgende eeuw, noodzakelijk na te denken over verdergaande aanpassingen in het zorgsysteem. Dat het realiseren van grotere veranderingen in het systeem niet eenvoudig is, blijkt uit het verleden <sup>7</sup>.

Dat is begrijpelijk. Het zorgbeleid is gepaard gaat met een aantal heel hardnekkige beleidsdilemma's. Zo zal een geslaagd kostenbeheersingsbeleid doorgaans laag scoren bij de zorgconsument die in een concreet geval met de gevolgen wordt geconfronteerd. Een tweede punt is dat de zorg zeer uiteenlopende belangen kent waardoor evenwichten moeten worden geconstrueerd. Compromissen zijn nodig bij de vraag of iets wel of niet in een pakket moet, of bepaalde groepen wel of niet onder de Ziekenfondswet mogen worden gebracht.

Bovendien leidt het ontbreken van een bestuurlijke buffer er toe dat ongenoegen rechtstreeks bij de minister terechtkomt. Dat lijkt aantrekkelijk uit het oogpunt van wisselwerking tussen beleid en uitvoering. Maar in de praktijk leidt het tot overbelasting en erosie van verantwoordelijkheid, omdat die nu eenmaal beter beleidsmatig dan per incident waargemaakt en gecontroleerd kan worden.

Eerdere plannen om ingrijpende wijzigingen door te voeren zijn niet geslaagd. Zo is invoering van het Plan Simons niet gelukt. De situatie van aversie tegen grotere veranderingen in het beleid is overigens niet uniek voor de zorg en ook niet uniek voor ons land. Vergelijk de moeilijkheden die Hillary Clinton ondervond bij de pogingen het gezondheidszorgbeleid in de VS te veranderen.

De commissie-Willems heeft onderzocht waarom hervormingen in de zorg zo moeizaam zijn verlopen. Als de belangrijkste factoren waarom het Plan Simons zijn gestrand kwamen naar voren <sup>8</sup>:

- » verzet vanuit de zorg en de maatschappelijke dienstverlening;
- » moeilijke politieke besluitvorming o.a. door inkomensgevolgen;
- » verschil van mening over de gewenste mate van marktwerking.

Dit laatste element is een steeds terugkerend punt in de discussie over de inrichting van de zorg. Het resultaat is de eerder beschreven situatie, die een bouwwerk heeft opgeleverd dat in een zeer wankel evenwicht is, waardoor het eveneens gevrijwaard blijft tegen ingrepen. Die zouden immers snel het evenwicht kunnen verstoren.

Interessant is het om eens te kijken naar andere onderdelen van het beleid waar de laatste jaren wél zeer ingrijpende, fundamentele veranderingen hebben plaatsgevonden, zoals de sociale zekerheid, de volkshuisvesting en het industriebeleid. Daar was sprake van een toenemende invloed van externe factoren en een moeilijk te keren proces van het geleidelijk dichtslippen van het beleid door toenemende detaillering en controlemechanismen die een grotere beleidswijziging nodig maakte. Interne verzwakking van het beleid werkte uitvoeringsincidenten in de hand die op een gegeven moment een politiek klimaat creëerden voor ingrijpende bemoeienis en verandering.

Wat valt er te leren van veranderingen in beleid bij andere sectoren of in andere landen? Bij een beoordeling van het MDW-beleid vorig jaar heb ik eens een checklist opgesteld voor succesvol overheidsbeleid (zie kader 1). Het valt buiten het bestek van dit artikel om aan de hand van deze checklist een systematische analyse te maken van het zorgbeleid. Wel is het aannemelijk dat waar eerder hervormingen in de zorg niet zijn geslaagd, dit terug te voeren is op het feit dat aan een of meer regels uit deze checklist niet was voldaan.

---

### **checklist voor succesvol overheidsbeleid**

---

1. maatschappelijk aantrekkelijk
2. consistent en coherent
3. politiek aanvaard
4. juridisch verankerd
5. organisatorisch en financieel uitvoerbaar
6. communiceerbaar en qua informatie goed geregeld
7. externe partijen gecommiteerd

## 8. goede verdeling voor- en tegenstanders

## 9. zichtbare successen

## 10. bestand tegen toekomstige ontwikkelingen

---

De zorg zal onderweg naar de toekomst en voorzien van het predikaat 'succesvol beleid' hier doorheen moeten. Gezorgd zal moeten worden dat op de bovengenoemde punten over de hele linie goed wordt gescoord. Daarbij is ook van belang dat de aandacht wordt geconcentreerd op een beperkt aantal hoofdaandachtspunten, die bij het vormgeven van het zorgsysteem voor de 21ste eeuw een rol zouden moeten spelen. Ik noem in dat verband de volgende vijf hoofdaandachtspunten:

1. *Het verder activeren van de rol van de patiënt.* Dat is nodig als countervailing power richting de zorgaanbieders en zorgverzekeraars maar vooral omdat de zorgvraag van de patiënt uiteindelijk leidend moet zijn. De patiënt is ook een cliënt die recht heeft op 'value for money'. Als je de premie trouw betaald hebt, is het moeilijk verteerbaar als zorg niet beschikbaar is als die op een gegeven moment nodig is.

2. *In bestuurlijk-organisatorisch opzicht moet er een voorziening worden getroffen voor het grote gat tussen feitelijke zorgverlening en zorgconsumptie enerzijds en de centrale overheid anderzijds.* Zonder een dergelijke voorziening komt elk probleem in de zorg direct - zoals nu - bij de minister terecht waardoor de kans op het niet voldoen aan de hiervoor geformuleerde eisen toeneemt. In theorie zijn voor deze voorziening drie mogelijkheden denkbaar:

a. verdere ontwikkeling van de zorgverzekeraars, die gebudgetteerd en risicodragend moeten proberen hun verzekerden waar voor hun geld te geven;

b. het creëren van grootschalige zorgverleningsorganisaties die vergelijkbaar met universiteiten of hogescholen rechtstreeks hun geld krijgen en daarbinnen tot optimale producten moeten komen;

c. het scheppen van nieuwe functionele publiekrechtelijke organisaties (Health authorities).

Voorshands lijkt optie a. de meest aantrekkelijke: grootschalige, regionaal werkzame zorgverzekeraars die een bepaald deel van het collectieve budget krijgen en daarbinnen moeten blijven. Zij mogen daarbij een zekere ondernemersrisico lopen en dus ook ondernemerswinst incasseren, mits die weer aan de zorg ten goede komt. In pittige contractbesprekingen met zorgverleners zullen zij moeten komen tot een optimaal product voor hun cliënten, al dan niet in collectieve contracten bij hen ondergebracht. Zij zullen hierbij verder de nodige armslag moeten hebben, maar gegeven hun publieke verantwoordelijkheid tevens onder streng toezicht moeten staan van een specifieke toezichthouder.

3. *Voorkomen en bestrijden van onnodige bureaucratie.* Bij de vormgeving van de regelgeving moet steeds het meest lichte instrument worden gekozen en dat instrument moet zo eenvoudig mogelijk worden vormgegeven<sup>9</sup>. Er is alle aanleiding en ook mogelijkheid voor een drastische uitdunning van alle instanties en procedures waarmee zorgverleners worden geconfronteerd. Als de zorgverzekeraars overeenkomstig de stelling sub 2 de gebudgetteerde 'tusseninstantie' zullen worden, zou in sterke mate aan hen kunnen worden overgelaten om in dialoog met de zorgverleners tot een optimale zorg te komen. Onnodige verstarring en bureaucratie worden zo voorkomen.

4. *Stimuleer redelijke efficiencyprikkels.* Het ware te prefereren niet in een ideologisch getinte en theoretische discussie te belanden over wel of geen marktwerking. Het gaat er om op de relevante terreinen redelijke marktconforme prikkels te introduceren die aanzetten tot een efficiënte zorgverlening, met in het achterhoofd dat de zorg altijd sterke publieke invloeden zal moeten hebben om de solidariteit te kunnen waarborgen<sup>10</sup>. De discussie over eigen bijdragen of een eigen risico zou veel zakelijker moeten worden gevoerd, met meer ruimte voor keuzevrijheid voor de zorgconsument.

5. *Goede processen voor veranderingen.* Het is een evidente les uit eerdere pogingen te komen tot veranderingen in de zorg om buitengewoon veel aandacht te geven aan de veranderingsprocessen, en niet zozeer de aandacht alleen maar te vestigen op de blauwdruk, hoe verleidelijk dat ook is. Het speciale karakter van de zorg rechtvaardigt dit ook. Een goed samenspel met alle betrokkenen is nuttig en nodig. Interactieve beleidsontwikkeling op basis van 'joint fact finding' moet kenmerk zijn van de wijze waarop naar de toekomst het beleid moet worden vormgegeven, met behoud van de eindverantwoordelijkheid van de overheid voor de inrichting - niet de werking - van het systeem. De nieuwe, bestuurlijke aanpak, zoals die in het regeerakkoord is voorzien, geeft hiervoor de nodige aanzetten en laat ook zien dat een dergelijke aanpak effectief kan zijn.

### Slot

De zorg in Nederland is kwalitatief goed, breed toegankelijk en kost naar verhouding weinig geld. Tegelijkertijd staat de zorg door veranderingen in de omgeving in toenemende mate onder druk. Dat vraagt om verbeteringen van het stelsel. Uitgangspunt daarbij blijft dat de zorg toegankelijk is voor ieder die het behoeft. Dit impliceert altijd een forse bemoeienis van de overheid. De veranderende omgeving vraagt om een renovatie van die bemoeienis, net zoals die ontwikkeling door zal werken bij zorgverzekeraars en zorgverleners.

Het resultaat is een bestuurlijke organisatie van de zorg waarin de centrale overheid zich concentreert op de hoofdlijnen van het beleid, zich bekommert om het macro-budget en de verdeling daarvan, en de kwaliteit van het zorgsysteem bewaakt. Detailbemoeienis en betrokkenheid bij elk incident zouden bij het ministerie niet - zoals nu - aan de orde van de dag moeten zijn. Zorgverzekeraars worden in de gelegenheid gesteld om in zakelijke dialoog met zorgverleners, binnen de grenzen van hun budget en onder toezicht van een toezichtorgaan in redelijke onderlinge concurrentie te proberen het de zorgconsument zo goed mogelijk naar de zin te maken, waarbij de laatste terecht waar voor zijn geld mag eisen. Een interessante gedachte is om (al dan niet voor bepaalde tijd) te komen tot een specifieke toezichthouder voor de zorgverzekeraars die "prikkels tot alerte mededinging verschaft"(zie In 't Veld). Dit alles voor het gehele terrein

van de zorg, zodanig ingericht dat een ieder die zorg nodig heeft, deze ook krijgt.

Vernieuwbouw is nodig want een verdere stapeling van beleid, nog meer sturingsmechanismen toevoegen, kan niet. Dit vernieuwde zorgbeleid moet in ieder geval voldoen aan de checklist voor succesvol nieuw beleid. Daarbij is het belangrijk consequent te kiezen voor één sturingsmechanisme waarin de verschillende actoren een duidelijke plaats hebben. Misschien is de keuze voor het ene of het andere mechanisme wel minder belangrijk dan een consistente en consequente invulling van het eenmaal gekozen mechanisme.

Goed overleg met het veld is bij de vormgeving van het beleid nuttig en noodzakelijk. Daarbij moet een evenwicht worden gezocht tussen het verkrijgen van draagvlak voor de voorgenomen veranderingen en het nemen van eigen verantwoordelijkheid als overheid.

Zie ook:

H. Simons, [Reactie: De Haagse cockpit is overbelast](#)

---

## **ESB-Dossier: De zorg ontregeld?**

---

### *Inleiding*

E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, [Het speelveld van de gezondheidszorg](#)

### *Scenario's*

L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, [Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden](#)

J. Hamel, [De tijd dringt](#)

### *Bestuur*

R. Bekker, Met zorg besturen

H. Simons, [De Haagse cockpit is overbelast](#)

### *Het zorgstelsel*

F.T. Schut, [Schipperen tussen plan en markt](#)

P.L. Meurs, [Beleid en compromissen](#)

### *Solidariteit*

J. Soeters, [Solidariteit onder Nederlanders...?](#)

J.A.C. van Ophem, [Begrensd solidariteit](#)

### *Blik vooruit*

A.J.P. Schrijvers, [De Gezondheidszorg in 2020](#)

W. Groot, [Meer invloed van de consument; meer vraag](#)

### *Epiloog*

H.A. Keuzenkamp, [Gezond blijven](#)

---

<sup>1</sup> SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*, Rijswijk, 1998.

<sup>2</sup> Aldus volgens de *Sunday Times* een rijke Amerikaan die begin 1999 in Engeland een harttransplantatie kocht.

<sup>3</sup> Ministerie SZW, *De Nederlandse verzorgingsstaat in internationaal perspectief*, Den Haag, 1996

<sup>4</sup> Een saillant voorbeeld betreft een vraag naar aanleiding van de Meerjarenaafspraken die door een TK-fractie aan de minister van VWS werd gesteld. De strekking van de vraag was of de minister wil uitvoeren wat het COTG had besloten, terwijl de relatie toch echt andersom ligt.

**5** Zie bijvoorbeeld het Kohll Decker arrest.

**6** Zie terzake ook de activiteiten van de zgn. commissie-Lemstra.

**7** Zie G.H. Okma, *Studies in Dutch health politics, policies and law*, Proefschrift Universiteit van Leiden, 1997 en J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten, *Gezondheidszorgbeleid: evaluatie en toekomstperspectief*, Van Gorcum, 1997.

**8** W.J. Willems, *Subcommissie Onderzoek besluitvorming gezondheidszorg*, TK 1993-1994, 23.666, nr. 1. Zie ook SCP 1998, op cit.

**9** Een werkgroep binnen het ministerie van VWS is doende concrete voorstellen te formuleren die moeten leiden tot een substantiële verlaging van de administratieve lasten in de zorgsector, met behoud van het beoogde beleidsdoel van de regels. Een uitgebreide consultering van de zorgsector maakt deel uit van dit traject.

**10** Zie ook *Marktwerking in de gezondheidszorg*, TK, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport