

# Marktwerving in de gezondheidszorg

## Oscar van Heffen en Toon Kerkhoff

Dr. O. van Heffen is universitair hoofddocent, verbonden aan het Center for Higher Education Policy Studies van de Universiteit Twente en is coördinator van de Nederlandse Onderzoeksschool voor de Bestuurskunde. Prof.dr. T. Kerkhoff is als hoogleraar bouw en werking van de gezondheidszorg verbonden aan de Faculteit Bestuurskunde van de Universiteit Twente.

Adres: Universiteit Twente  
Centrum Onderzoek Gezondheidszorg (COG)  
Postbus 217  
7500 AE Enschede  
T (053) 489 40 26  
E-mail: a.h.m.kerkhoff@bsk.utwente.nl

### Samenvatting

Dit artikel analyseert de verandering van aanbod naar vraagfinanciering in het zogenaamde AWBZ-compartiment van de Nederlandse gezondheidszorg. De conclusie van deze analyse luidt als volgt: De ontwikkelingen in Nederland laten zien dat grote institutionele veranderingen onder bepaalde voorwaarden mogelijk zijn. Middels een strategie van graduele en sequentiële implementatie kunnen institutionele beperkingen en ook problemen met informatieverwerking worden overwonnen. Daarmee is niet gezegd dat het overwinnen van dergelijke obstakels betekent, dat een institutionele hervorming tot de gewenste effecten leidt. De herschikking van de Nederlandse gezondheidszorg heeft op het nationale niveau de positie van de overheid versterkt. Daarnaast lijkt de ombouw van het AWBZ-arrangement te leiden tot een markt voor medische diensten en producten, waarop de aanbieders dominant zijn, en een markt voor niet-medische zorgdiensten en -producten met voordelen voor de vragers. Vooral op de medische markt zorgt het institutionele principe van macrodoelmatigheid voor een beperking van het aanbod en daarmee voor een zwakkere positie van de vragers.

### 1 Inleiding

Meer dan een kwart eeuw is de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg reeds het onderwerp van politieke en publieke debatten. In de jaren zeventig opteerde het centrumlinkse kabinet-Den Uyl voor een door de staat beheerste, centraal aangestuurde gezondheidszorg, in de jaren tachtig wilden de centrumrechtse kabinetten-Lubbers I en II de gezondheidszorg op basis van marktwerving opnieuw inrichten en in het begin van de jaren negentig kwam het centrumlinkse kabinet-Lubbers III met een op het eerste gezicht paradoxale mengvorm van staatsinterventie en markt oriëntatie. Geen van deze 'grand designs' heeft de eindstreep gehaald.

Nadat in 1994 Els Borst het ministerschap van volksgezondheid op zich had genomen, werd het rustig aan het front van de stelselherzieningen. De nieuwe minister leek – wellicht gedwongen door de politieke situatie van dat moment – wars van blauwdrukkerij. Behoedzaam sleutelend aan onderdelen van het stelsel, trachtte zij de gezondheidszorg meer marktgericht te maken.

In haar tweede periode als minister heeft Borst, ondersteund door haar staatssecretaris Vliegert-

hart, evenwel veel van haar schroom laten varen. Er volgde een stroom van beleidsvoorstellen die structuur en financiering op een volledig nieuwe leest moeten schoeien. Zo is het onder meer de bedoeling dat het eerste compartiment van de gezondheidszorg dat wordt gedekt door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), binnen een aantal jaren wordt omgebouwd. Wat volgens de minister nu een star en klantvriendelijk stelsel met aanbodfinanciering is, moet in de toekomst tot een flexibel systeem met vraagfinanciering worden, waarin marktwerking ervoor zorgt dat het aanbod op de vraag wordt toegesneden.

In deze bijdrage stellen wij de vraag welke belemmeringen de omvangrijke institutionele herstelling in de weg staan, welke gevolgen die kunnen hebben voor de praktische implementatie van de ministeriële plannen, en wat bijgevolg het eindresultaat zal zijn. Voor een goed begrip geven wij in paragraaf 2 eerst in vogelvlucht een aantal algemene achtergronden van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid van de laatste veertig jaar. Paragraaf 3 schetst de oude en toekomstige AWBZ-regeling. In paragraaf 4 wordt ingegaan op mogelijke belemmeringen voor de voorgenomen en ten dele al geïmplementeerde veranderingen. Paragraaf 5 bevat een tentatieve evaluatie van de mogelijke effecten. In paragraaf 6 worden ten slotte enkele conclusies getrokken.

## 2 De Nederlandse gezondheidszorg en de komst van het marktdenken

### *De opbouw van het zorgstelsel*

Na de Tweede Wereldoorlog begon het stelsel van voorzieningen in de Nederlandse gezondheidszorg zowel in kwantitatieve zin (omvang van de zorg) als kwalitatieve zin (medisch-technische verbeteringen) flink te groeien. Deze ontwikkeling werd niet in de laatste plaats mogelijk gemaakt doordat er meer financiële ruimte werd gemaakt voor gezondheidszorg. Nog tijdens de bezetting (1942) verscheen het Ziekenfondsenbesluit dat, op zijn kortst samengevat, behelsde dat alle werknemers onder een bepaalde loongrens verplicht verzekerd werden tegen ziektekosten. In 1966 werd het besluit van de bezetter goeddeels ongewijzigd omgezet in de Ziekenfondswet. Een jaar later kwam de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tot

stand. Deze wet voorzorg in de bekostiging van medische behandelingen die onverzekerbaar werden geacht, zoals bijvoorbeeld langdurige opname in (psychiatrisch) ziekenhuis en verpleeghuis. Het is vooral de AWBZ geweest die sterk heeft bijgedragen aan de groei van het voorzieningenstelsel en daarmee voortvloeiende kosten.

Van belang is dat in deze periode vrijwel iedereen was ingenomen met ontwikkelingen die ervoor zorgden, dat zo veel mogelijk mensen zo snel mogelijk konden gaan profiteren van de nieuwe mogelijkheden (chirurgie, geneesmiddelen enz.) Ook het feit dat niet alleen de uitvoering, maar ook de planning van de zorg grotendeel in handen van het particulier initiatief lag, kon alerwegen goedkeuring wegdragen. Leest men de Volksgezondheidsnota 1966, die minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels in 1966 uitbrachten, dan ontstaat de indruk dat ook de overheid zich met deze gang van zaken kon verenigen.

### *De rationalisering van het zorgstelsel en de noodzaak van bezuinigingen*

Pas aan het eind van de jaren zestig begonnen hier en daar kritische geluiden op te klinken. De enorme groei van de gezondheidszorgvoorzieningen deed vooral in overheidskringen de vrees opkomen, dat het stelsel op den duur niet meer betaalbaar zou zijn. In 1953 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg 3,3% van het BNP, in 1963 was dat 4,5% geworden (Centraalbureau voor de Statistiek 1974, 342).

Veel weerklank vonden deze zorgelijke geluiden evenwel niet: de gezondheidszorg groeide gestaag door. Pas aan het begin van de jaren zeventig groeide de aandacht voor de negatieve aspecten van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De kosten waren inmiddels gestegen tot 5,4% van het BNP in 1968 en 6,5% in 1970. Bovendien ontstond het beeld dat het stelsel een zekere gelijkenis met een lappendeken vertoonde, maar dan wel met veel overlap en nog meer gaten. Mede ten gevolge van de verzuiling waren op sommige plaatsen erg veel gezondheidsinstellingen gevestigd, terwijl deze op andere plaatsen geheel ontbraken. Daarnaast werden vooral in progressieve kringen vraagtekens geplaatst bij het als ondemocratisch beschouwde beheer en bestuur van de voorzieningen.

Dat de overheid niet tot concrete maatregelen kwam, zal zeker te maken hebben gehad met de

rees voor manifeste verschillen van mening. Waarschijnlijk heeft ook het ontbreken van een urgente financiële noodzaak een rol gespeeld. Zeker is wel, dat de overheid pas tot daden overging nadat Nederland vanaf 1973, evenals de andere westerse landen, te maken kreeg met een aantal ernstige verstoringen van de economie, die samenhangen met twee (wereldwijde) oliecrisisen. De negatieve spiraal waarin de economie belandde, maakte een beheersing van de kosten in de gezondheidszorg dringend noodzakelijk. In deze nieuwe situatie groeide ook het draagvlak voor een 'democratisering van de gezondheidszorg'. Deze werd vooral van sociaal-democratische zijde bepleit en hield in concreto onder meer in, dat de overheid meer mogelijkheden tot inmenging en sturing in de zorg zou moeten krijgen. Het streven naar meer overheidsinvloed strookte met de maakbaarheidgedachte, die inhield dat rationele overheidsplanning tot een optimale afstemming van het aanbod zou leiden.

Geheel in deze lijn trachtte het links-confessionele kabinet-Den Uyl in de persoon van de christen-democratische staatssecretaris van Volksgezondheid Hendriks, tot een centrale planning van de gezondheidszorg te komen. De structuur van de zorg zou zodanig moeten worden hervormd dat 'witte vlekken' verdwenen en 'dubbele voorzieningen' niet meer zouden voorkomen. Daartoe diende het stelsel van de hulpverlening te worden geregionaliseerd en bovendien te worden geëcheloniseerd: het stelsel zou veel eenvoudige voorzieningen voor simpele aandoeningen moeten bevatten en weinig dure, specialistische voorzieningen voor de moeilijke gevallen die minder vaak voorkomen (Van Heffen en Kerkhoff 1997, 47). Voor de bekostiging van zijn stelsel wilde Hendriks een verplichte volksverzekering in het leven roepen die in de plaats diende te komen van de bestaande wirwar van financieringsvormen.

De plannen van Hendriks stuitten op sterke weerstand in het veld van de gezondheidszorg, waar de meeste actoren de mening waren toegedaan dat de overheidsrol niet verder diende te gaan dan bewaking van kwaliteit en toegankelijkheid (Werner 1997, 69). De overheid liet zich evenwel niet afschrikken door het verzet. Beheersing van het aanbod zou totstandkomen via de wet ziekenhuisvoorzieningen (wzv). De prijsbeheersing zou plaatsvin-

den via de Wet ziekenhuistarieven (wzt) en de Wet tarieven gezondheidszorg (wtg). De toegankelijkheid van het zorgcircuit zou ten slotte worden geregeld via de Ziekenfondswet (zfw) en de reeds eerder genoemde awbz (Van Heffen en Kerkhoff 1999, 191). Kroon op het werk zou de Wet Voorzieningen gezondheidszorg (wvg) moeten worden, welke laatste gecombineerd zou worden met de Kaderwet specifiek welzijn tot de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (wgm).

De plannen van Hendriks bleven niet zonder gevolgen voor de structuur en het functioneren van het zorgsysteem. De wildgroei van grotere en kleinere, zuilsgewijze gescheiden instellingen van geestelijke volksgezondheid werd gerationaliseerd middels een systeem van regionale instellingen. Ook de indeling van de zorg in eerste- en tweedelijnsvoorzieningen werd in het stelsel van voorzieningen geïntegreerd. Niet in de laatste plaats kan ook gewezen worden op de inrichting van Centrale Posten Ambulancevervoer en meer in het algemeen op de organisatie van het ambulancezaken.

Op andere punten had Hendriks minder succes: het plan tot een volksverzekering sneuvelde al snel en van het streven naar een centrale aansturing van de zorg kwam uiteindelijk ook niet alles terecht (Veder-Smit 1997). De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (wvg), die in een integrale planning voorzag, werd in 1982 nog wel door het parlement aangenomen, maar kort daarna als 'te bureaucratistisch en te centralistisch' weer ingetrokken. Het nieuw aangetreden confessioneel-liberale kabinet Lubbers I zag niets in allesomvattende regelingen vanwege de overheid en opteerde voor de overdracht van bepaalde overheidstaken naar de markt (privatisering), verzelfstandiging van delen van de overheidsorganisatie (verzelfstandiging), vermindering van de omvang van het overheidsperoneel en vereenvoudiging van de wettelijke regels (deregulering). Daarnaast werden door het kabinet Lubbers I harde bezuinigingen in de gezondheidszorg doorgevoerd. Van de voorziene tien miljard aan bezuinigingen tussen 1983 en 1986 werd ongeveer 96% gerealiseerd (Van der Reijden 1997, 35).

#### *Opkomst van het marktdenken en een nieuwe poging tot stelselwijziging*

Het ontwerpen van een nieuw beleid met betrekking tot de structuur van de gezondheidszorg werd

opdragen aan een commissie onder voorzitter van de 'captain of industry' Wisse Dekker, topman bij Philips. Deze commissie stelde een plan voor dat stelde op een aantal markteconomische uitgangspunten. Allereerst zouden de zorgverzekeraars moeten gaan strijden om de gunst van de klant (concurrentie). In dat kader paste het opheffen van knellende regelingen en bepalingen die de zorgverzekeraars ervan zouden kunnen weerhouden de zorgleveranciers (de hulpverleners) tot concurrerende prestaties aan te zetten. Zo zouden de zorgverzekeraars worden ontheven van hun plicht om artsen als medewerker te accepteren. In dit denken past ook het afschaffen van een groot aantal op corporatistische leest geschoeide adviescolleges. Ook de oude sociaal-democratische gedachte om het beleid inzake de gezondheidszorg op regionaal niveau meer vorm te geven, paste niet in het plan-Dekker.

Ten aanzien van de financiering van de zorg koos de commissie voor de invoering van een basisverzekering voor iedere Nederlander. Om de tegenstellingen tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekeringen te verkleinen, werd een deel van de premies inkomensafhankelijk gemaakt en een deel nominaal. De meer luxueuze voorzieningen, die buiten het basispakket vielen, wilde de commissie onderbrengen in een 'aanvullingspakket'. De premies daarvan zouden niet tot de collectieve lasten behoren.

Als 'grand design' voor de gezondheidszorg is ook het plan-Dekker mislukt. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Dees (1997, 41-42) noemt een aantal factoren waaraan deze mislukking valt toe te schrijven:

- De perceptie van burgers en parlementariërs die zeggen 'We hebben een fantastische gezondheidszorg in Nederland, waarom moet je nu alles over hoop halen.'
- Tijdens de hoorzittingen in de Trèveszaal over het plan-Dekker bleek, dat elke groepering en organisatie uit de gezondheidszorg 'ja' zei, maar dat achter elk 'ja' een mits kwam. Met al die mitsen bij elkaar opgeteld was het eigenlijk 'nee'. Het krachtenveld in de gezondheidszorg is divers en er zijn veel tegengestelde belangen.
- De opvattingen binnen het kabinet. De doelstellingen van het plan voor de gezondheidszorg werden door het kabinet onderschreven, maar de financiële inpasbaarheid was een probleem.

Daarbij ging het om veronderstelde inkomenseffecten en de angst voor een stijging van de collectieve lastendruk.

#### *Het mislukken van de derde stelselwijziging*

Vanaf 1990 ondernam het confessioneel-socialistisch kabinet-Lubbers III opnieuw pogingen om de structuur van de gezondheidszorg op een ander leest te schroeven. De sociaal-democratische staatssecretaris van Volksgezondheid Simons hield vast aan de introductie van de marktwerking, maar omarmde daarnaast ook de door 'Dekker' afgewezen decentralisering langs territoriale lijn. Met de regionalisering beoogde hij de ontwikkeling van 'regiovisies' door de provincies en de vier grote steden, die zich daarbij zouden moeten laten leiden door een vanuit het publieke belang gewenste inrichting van het regionale zorgaanbod.

Kern van de nieuwe voorstellen was een verplichte basisverzekering die zou rusten op een sociale (solidariteit en toegankelijkheid) en een bedrijfsmatige pijler (marktwerking). De verzekering zou voor 15% worden gefinancierd uit eigen betalingen en nominale premies en voor 85% door inspanningen van de belastingdienst. De gelden zouden in een centrale kas worden gestort, waaraan de ziekenfondsen een gebudgetteerd bedrag per jaar zouden ontvangen, dat op basis van overige nog goeddeels uit te werken richtlijnen zou worden toegekend. In feite behelsden de plannen van Simons een verdere uitbreiding van de invloed van de centrale overheid, doordat wijzigingen in het verstrekkingspakket van de basisverzekering alleen door middel van 'zware voorhangprocedures' op het Binnenhof konden worden doorgevoerd. Ook de plannen van Simons zijn nooit uitgevoerd. De staatssecretaris riep in het veld van de gezondheidszorg het spookbeeld op van een bedilzuchtige en antimedische overheid. Ook de politieke partijen waren om uiteenlopende redenen weinig ingenomen met de voorgestelde structuurwijziging.

Met het aantreden van het kabinet Kok I in 1994 verstomden de discussies over de structuur van de gezondheidszorg voorlopig. Het was namelijk in de kabinetsformatie niet mogelijk gebleken om overeenstemming over een nieuwe ordening te bereiken. In het regeerakkoord werd zelfs vastgelegd dat de coalitiepartners het recht hadden de eigen voorkeur te realiseren. Mede daarom moet het zijn ge-

weest, dat minister Borst van gezondheidszorg koos voor een incrementele aanpak.

De recent verschenen *Zorgnota 2000* (vws 1999) maakt duidelijk dat Borst deze voorzichtige strategie heeft laten varen. Uit de nota komen de contouren van een nieuw zorgstelsel naar voren dat met betrekking tot de hervorming van het verzekeringsstelsel, de hoogte en de aard van de premies en de samenstelling van de verzekeringspakketten veel discussie oproept. De kern van het plan is 'regionale samenwerking onder de regie van de zorgverzekeraars'. Verder valt op dat het Rijk middels concurrentie een efficiënt en kwalitatief hoogstaand zorgaanbod wil scheppen.

'Last but not least' houdt het plan in dat de verhouding tussen overheid en partijen in het veld moet veranderen: de overheid moet terugtreden. Tegelijkertijd dient het gezondheidszorgaanbod wel in lijn te zijn met artikel 22 van de Grondwet dat zegt, dat iedere burger recht heeft op een kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg. Uit deze formulering zou men kunnen afleiden dat de overheid een slag om de arm houdt. Hetzelfde valt af te leiden uit uitspraken van de directeur-generaal volksgezondheid in een vraaggesprek in *Medisch Contact*. 'De overheid moet globale lijnen uitzetten en formele kaders aangeven terwijl ze, waar nodig, uiteraard ook keuzes moet maken' (Ankoné 1999).

### 3 De institutionele herschikking van het eerste compartiment

Een zeer belangrijk element in de nieuwe voornemens betreft de ombouw van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ-verzekering betreft het zogenaamde eerste compartiment van het Nederlandse zorgstelsel, waarin de langdurige zorg wordt geregeld. Het tweede compartiment heeft betrekking op kortdurende zorg die wordt gedekt door de verplichte ziekenfondsregeling of door particuliere zorgverzekeringen. Het derde compartiment omvat zorg die buiten het eerste en tweede compartiment valt. De 'consument' kan zich hiervoor bijverzekeren. Ter bepaling van de gedachten: tussen 1994 en 1998 bedroegen de kosten van de AWBZ tussen de 40% en 50% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg oftewel tussen de 20,3 en 28,4 miljard gulden.

Zoals al is gezegd, was de AWBZ oorspronkelijk

bedoeld als verzekering voor niet of nauwelijks verzekerbare risico's. Dit uitgangspunt, dat tot uitdrukking komt in het adjectief Bijzondere, is in de jaren tachtig verlaten: ook hulpverlening door het Kruiswerk en de RIAGG's werd toen onder de AWBZ gebracht.

Inmiddels is het verstrekkingspakket aanzienlijk verder uitgebreid buiten het oorspronkelijke doelgebied. Het omvat:

- Verblijf in een ziekenhuis langer dan 365 dagen. Verblijf in een ziekenhuis nadat de indicatie voor opname in een verpleeghuis is gesteld, is ook voor rekening van de AWBZ.
- Verblijf in het verpleeghuis in verband met een lichamelijke of psychogeriatrische aandoening. Ook dagbehandeling in het verpleeghuis valt onder de AWBZ.
- Revalidatie in een of meer instellingen voor revalidatie.
- Verblijf in een verzorgingshuis.
- Hulp te verlenen door een thuiszorginstelling. De hulp bestaat uit verzorging, verpleging begeleiding of voorlichting in verband met ziekte, herstel, invaliditeit of ouderdom gedurende maximaal drie uren per dag.
- Intensieve thuiszorg. Deze is bedoeld voor ernstig zieke en terminale patiënten en komt 'op' de maximale drie uur thuiszorg per dag.
- Hulp van huishoudelijke of begeleidende aard in verband met ziekte, herstel, invaliditeit, ouderdom, overlijden of een psychosociaal probleem dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde danwel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort.
- Bruikleen van verpleegartikelen en advisering over dieet, voeding en eetgewoonten.
- Hulp van een vrijgevestigde psychiater, poliklinische psychiatrische behandeling, hulp door een RIAGG en bekostiging van opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind.
- Inenting van kinderen volgens het Rijksvaccinatieprogramma, het РКУ/СНТ onderzoek ('hieprik') en de screening op Hepatitis-B bij zwangere vrouwen.

- Maatschappelijke dienstverlening aan personen met een verstandelijke handicap en/of aan het gezin waartoe deze behoren.

De AWBZ zou in de huidige vorm te veel weg hebben van een arrangement met aanbodfinanciering, waarin de patiënt/verzekerde zich dient aan te passen aan de beschikbare dienstverlening. In plaats daarvan moet een regeling komen die veel meer rekening houdt met de wensen van de cliënt en die stoelt op vraagfinanciering. Dit herschikkingsproces is momenteel in volle gang en een belangrijk deel van de oude AWBZ-arrangementen zijn nog in tact. Ter wille van een systematische vergelijking beschrijven wij in deze paragraaf de oude situatie voor de herschikking en de nieuwe situatie die naar alle waarschijnlijkheid het resultaat van dit proces zal zijn.

#### *De AWBZ voor het proces van herschikking*

De oude AWBZ is op de volgende principes gebaseerd:

- toegankelijk voor iedere ingezetene (geografisch en financieel);
- solidariteit tussen arm en rijk;
- gelijke behandeling;
- macrodoelmatigheid.

Tot nu toe werd op nationaal niveau bepaald wat het budget was voor de verschillende gezondheidsregio's, welke instellingen of personen AWBZ-zorg mochten verlenen (toelating), welke zorg verzekerd was en welke prijzen deze zorg had. Dit alles om de doelmatigheid op nationaal of macroniveau te garanderen. De minister van Volksgezondheid liet zich hierbij door een aantal adviescommissies en uitvoeringsorganen bijstaan. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid gaf advies over de hoofdlijnen van het beleid. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, waarin vertegenwoordigers van aanbieders, financiers, lokale en provinciale overheden, artsen en de Stichting van de Arbeid zitting hadden, adviseerde over de bouw van nieuwe zorginstellingen, de efficiency van het zorgsysteem en regionale gezondheidszorgplannen. Daarnaast had het College uitvoerende taken met betrekking tot het verlenen van bouwvergunningen. De Ziekenfondsraad adviseerde over de samenstelling van de AWBZ-verzekering, had een aantal uitvoerende taken met betrekking tot financiële en technische

aspecten van de verzekering en hield toezicht op de uitvoering op regionaal niveau. De raad was samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgeversorganisaties, vakbonden, ziekenfondsen en zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid. Ten slotte werd de minister bij gestaan door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (CORG), dat naast zes kroonleden bestond uit personen die op voordracht van werkgeversorganisaties, vakbonden, zorgaanbieders, ziekenfondsen en zorgverzekeraars waren benoemd, maar daarmee geen zakelijke banden mochten onderhouden. De voornaamste taak van dit orgaan betrof het formuleren van richtlijnen voor de prijzen van medische en niet-medische diensten en producten. Bovendien hield het CORG toezicht op de prijsafspraken die op regionaal niveau werden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Binnen dit top-down vastgestelde raamwerk, waarin dus werd (wordt) bepaald wie tegen welke prijzen welke zorg mocht verlenen, dienden de partijen op het regionale niveau te onderhandelen over het beschikbare zorgaanbod in hun regio. Zorgaanbieders en het zogenaamde zorgkantoor (gelieerd aan de dominante regionale zorgverzekeraar) sloten jaarlijks contracten over de productie en distributie van de zorg. Het CORG hield daarbij toezicht op de prijsaspecten van de overeenkomsten en de Ziekenfondsraad op de verzekeringstechnische aspecten. Van belang is verder nog, dat het zorgkantoor een contracteerverplichting had. Dat betekent dat het zorgkantoor met elke op nationaal niveau erkende zorgaanbieder in zijn regio een contract moest sluiten, indien de aanbieder daarom vroeg.

Binnen het bovengeschetste systeem kwam de patiënt of zo men wil de zorgvrager pas laat in beeld, in ieder geval nadat het regionale aanbod al was vastgelegd. De gang van zaken rond de (potentiële) patiënt was de volgende. Nadat een indicatiecommissie de zorgbehoefte en het zorgkantoor de legitimiteit van de claim hadden vastgesteld, kon een patiënt aanspraak maken op bepaalde zorg. Als deze zorg niet aanwezig was, werd gezocht naar 'second best'-oplossingen of werd de patiënt op een wachtlijst geplaatst.

De AWBZ-regeling trachtte op deze wijze een toegankelijke en kwalitatief hoogstaande zorg te scheppen, die bovendien betaalbaar was. De praktijk was evenwel soms anders dan deze beleids-

theorie veronderstelde. De macrobudgettering leidde voortdurend tot een aanbod dat relatief krap was, of in ieder geval kleiner dan de vraag. Verwezen kan hier worden naar de alsmear groeiende wachtlijsten, voor een belangrijk deel van de medische en niet-medische dienstverlening. Met andere woorden: de toegankelijkheid van het AWBZ-arrangement stond onder druk. Ook bij de kwaliteit van de zorg kan men vraagtekens plaatsen. De oude AWBZ bevorderde een 'seller's market' waarin betrekkelijk weinig rekening werd gehouden met de wensen van de patiënten. Overigens hadden de aanbieders ook weinig ruimte om aan afwijkende wensen tegemoet te komen; aard en omvang van medische diensten was strak gereguleerd.

### *De AWBZ na het herschikkingsproces*

De aanpassing van de AWBZ is erop gericht de bovengenoemde deficiënties te overwinnen en de bureaucratische rompslomp te verminderen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1999). Daartoe is de overheid van plan het inflexibele aanbodarrangement om te bouwen tot een vraaggefinancierde regeling waarin de wensen van de cliënt voorop staan.

Kort samengevat gaat het nieuwe AWBZ-arrangement er als volgt uit zien.<sup>1</sup> Op nationaal niveau wordt (nog steeds) bepaald wat de budgetten zijn, welke instellingen en personen zorg mogen verlenen en welke zorg tegen welke prijzen verzekerd is. Op het regionale niveau zal toch meer ruimte ontstaan voor zelfstandige beslissingen, doordat de erkenning van instellingen en personen wordt beperkt tot de medische dienstverlening. Verder wordt niet meer zoals onder de oude regeling tot op het niveau van producten en diensten bepaald welke zorg mag worden verleend. Onder het nieuwe bewind zullen bredere functies worden aangegeven, die in principe middels verschillende soorten diensten en producten mogen worden ingevuld. Ook is men van plan meer ruimte toe te staan voor regionale onderhandelingen over de prijzen.

Al deze flexibilisering is erop gericht de marktwerking in het AWBZ-compartiment te stimuleren. Een beleidslijn die in dezelfde richting zou moeten werken, betreft de herziening van de adviesstructuur. In de deels al gerealiseerde nieuwe situatie laat de minister van Volksgezondheid zich nog steeds bijstaan door adviescommissies en uit-

voeringsorganen. Naar samenstelling, taken en bevoegdheden zijn sinds 1997 flink gewijzigd, dit in het kader van de invoering van de Herzieningswet adviesstelsels. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), de opvolger van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, geeft advies over de hoofdlijnen van beleid, maar wordt niet gedomineerd door belangengroepen. De Raad wordt gevormd door negen onafhankelijke leden die door de overheid worden benoemd. De opvolger van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, het College voor de Bouw van Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) heeft zowel een andere samenstelling als andere taken. Het nieuwe College, geleid door negen kroonleden, is een zuiver uitvoeringsorgaan zonder adviserende bevoegdheid. De taken van de vroegere ziekenfondsraad zijn verdeeld over het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het College Toezicht Uitvoeringsorganisatie zorgverzekeringen (CTU). De bestuurlijke en adviserende verantwoordelijkheden van de Ziekenfondsraad zijn in handen van het CVZ en de toezichthoudende (uitvoerende) taken in handen van het CTU. Beide organen worden bemenst door kroonleden (respectievelijk negen en vijf) en niet meer door vertegenwoordigers van organisaties uit het veld. Ten slotte is het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) in de plaats gekomen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Het CTG is een zuiver uitvoeringsorgaan, bestuurd door negen kroonleden op wier benoeming de belangengroepen uit de zorg in ieder geval formeel geen invloed kunnen uitoefenen.

De precieze consequenties van deze veranderingen zijn niet gemakkelijk te duiden. Enerzijds stelt de overheid dat ze haar greep op de partijen in de regio's wil verminderen, maar anderzijds geeft ze vertegenwoordigers van deze partijen minder mogelijkheden om het beleid te beïnvloeden.<sup>2</sup> Met dat laatste relateert ze het beeld van een terugtrekkende overheid en tast ze zelfs de corporatistische wortels van de Nederlandse gezondheidszorg aan.

In de praktijk zou het voortaan zo moeten gaan, dat zorgaanbieders en zorgkantoren niet meer vooraf een contract met betrekking tot de te leveren zorg afsluiten. Evenmin is het zorgkantoor meer verplicht een contract te sluiten met erkende zorgaanbieders. In de nabije toekomst wordt de AWBZ-regeling, zoals dat sinds een aantal jaren in verschillende experimenten al het geval is, als volgt

uitgevoerd. De indicatiecommissie stelt de zorgbehoefte vast en het zorgkantoor bepaalt of de patiënt in kwestie een legitieme aanspraak heeft. Als de aanspraak in orde is bevonden, kan de patiënt vragen om een zogenaamd persoonsgebonden budget (PGB) of een persoonsvolgend budget (PVB). Een PGB houdt in dat een patiënt een budget krijgt dat hij kan gebruiken voor het inkopen van de noodzakelijke zorg. Daartoe dient hij te onderhandelen met een zorgaanbieder. In het geval van een PVB beheert het zorgkantoor het budget en voert de onderhandelingen met de aanbieders. Wel is het zo dat het budget de patiënt volgt als deze gebruik gaat maken van de diensten van een andere aanbieder. Het idee is dat op deze manier de aanbieder meer rekening moet gaan houden met de wensen van de vrager en dat hij meer zorg op maat zal gaan leveren. Voorts zal gelden dat het zorgkantoor verantwoordelijk is voor het regionale budget. Om het zorgkantoor te prikkelen doelmatig met dit budget om te gaan, denkt men erover het zorgkantoor binnen bepaalde grenzen financiële risico's te laten lopen. Indien het kantoor binnen het budget blijft, mag het (een deel van) het overschot behouden. Ten slotte houdt het CTG toezicht op de financiële consequenties van de afspraken op regionaal niveau en het cvz bekijkt de gang van zaken in de regio's tegen de achtergrond van de AWBZ-regeling.

Wat precieze uitspraken over de uitkomsten van de beleidswijzigingen extra moeilijk maakt, is dat een belangrijk deel van de plannen nog moet worden uitgevoerd. Tussen 1999 en 2004 is men voornemens – onder meer – de volgende veranderingen te implementeren:

- Een functionalisering van de AWBZ-zorg in plaats van een precieze omschrijving van producten en diensten.
- Regelingen die maatwerk in de medische en niet-medische dienstverlening bevorderen.
- Aanpassing van de toelatingsprocedure van zorgaanbieders (erkenning).
- Aanpassing van de wettelijke positie en de taken van het zorgkantoor.
- Graduele introductie van een regionaal planningssysteem.
- Graduele introductie van het nieuwe budgetteringssysteem.
- Afschaffing van de wettelijke verplichting om erkende zorgaanbieders een contract te geven en

volledige implementatie van het nieuwe budgetteringssysteem (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1999, 102-104).

#### 4 Obstakels voor institutionele veranderingen

In zijn studie *Dismantling the welfare state* (1994) onderzoekt Pierson het beleid van Thatcher en Reagan, dat respectievelijk was gericht op de af- of zo men wil ombouw van het Britse en Amerikaanse systeem van sociale zekerheid. De auteur concludeert dat dit beleid vooral niet is geslaagd vanwege drie belemmerende factoren:

- lock-in effects;
- the blocking ability of interest groups; en
- the capacity to process information.

In het navolgende gaan wij na in hoeverre deze factoren ook in de ombouw van de Nederlandse gezondheidszorg een rol kunnen spelen.

'Lock-in'-effecten doen zich voor als voorafgaand beleid of bestaande institutionele arrangementen toekomstige mogelijkheden voor beleidsvoering of institutionele verandering beperken of onmogelijk maken. In het geval van de AWBZ kan hierbij worden gedacht aan het feit, dat de oude aanbodfinanciering een grote invloed heeft op de manier van werken door de instellingen. Ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg zijn gewend te werken met vaststaande jaarlijkse budgetten, die doorgaans slechts incrementeel worden aangepast. Bovendien liggen de medische en niet-medische diensten die zij verlenen, grotendeels vast. Onder de oude AWBZ-regeling zijn de financiële risico's voor zorgaanbieders klein. Alleen ernstige overschrijdingen van de instellingsbudgetten kunnen voor grote problemen zorgen. De aanbieders kunnen immers op een budget rekenen waarvan de omvang min of meer bekend is, aangezien het zorgkantoor verplicht is om een contract te sluiten met elke erkende aanbieder.

De nieuwe regeling maakt een einde aan deze gedwongen winkelnering doordat de contractverplichting vervalt. Deze wijziging zou tot grote problemen kunnen leiden, indien deze van het ene op het andere moment zou worden doorgevoerd. Wisselende inkomsten ten gevolge van een veranderende vraag kunnen financiële moeilijkheden veroorzaken en wellicht zelfs het faillissement van zorgaanbieders tot gevolg hebben. Bovendien kunnen ern-



stige marktimperfecties, veroorzaakt door onervaren cliënten, (tijdelijk) inflexibele producenten en mogelijke prijsbrekers, een negatief effect hebben op de kwantiteit en de kwaliteit van de zorg. Voor de nationale overheid zijn dergelijke calamiteiten alleen al niet acceptabel vanwege de grondwettelijke plicht om een toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te bevorderen. Mede daarom is besloten de regeling stapje voor stapje in te voeren. Deze graduele ombouw geeft alle partijen in de zorg, vooral de aanbieders, de tijd om zich voor te bereiden op een meer marktgeoriënteerde uitvoering van de AWBZ en zal naar verwachting ernstige onevenwichtigheden voorkomen. Indien deze verwachting bewaarheid wordt, worden 'lock-in'-effecten dus voorkomen middels een strategie van graduele en sequentiële implementatie.

De tweede factor die volgens Pierson een barrière kan vormen tegen institutionele en beleidsveranderingen, is de obstructiemacht van belangengroepen die profiteren van het voortbestaan van de bestaande situatie. Daar staat tegenover dat er ook belangengroepen zullen zijn die van een verandering zullen profiteren en die de overheid derhalve steunen. In het geval van de ombouw van de AWBZ kan worden gewezen op de zorgkantoren (en de daaraan gelieerde zorgverzekeraars), wier positie op het regionale niveau sterker wordt, en de patiënten of verzekerden, die, soms verenigd in een patiëntenorganisatie, meer invloed kunnen krijgen op de geleverde zorg. Hoe deze herschikking van belangengroeperingen precies zal uitpakken, valt moeilijk te voorspellen.

Meer duidelijkheid lijkt er te zijn op het nationale niveau, al zijn ook daar de ontwikkelingen nog niet volledig uitgekristalliseerd. De (formele) invloed van de 'klassieke' belangengroepen op de vorming van het gezondheidszorgbeleid en het toezicht op de uitvoering is aanzienlijk ingeperkt door de nieuwe adviesstructuur. Het lijkt gerechtvaardigd om te stellen, dat de hervorming van de adviesraden en de uitvoeringsorganen een duidelijke afbraak van het corporatistische systeem betekent – of zo men wil van het Nederlandse poldermodel. De staat heeft de regie vast in handen genomen en schept een raamwerk waarbinnen de partijen in de zorg weliswaar meer vrijheid hebben, maar ook minder invloed kunnen uitoefenen op de vorm en de ontwikkeling van dat raamwerk.

Deze herschikking wijst erop dat de veelgehoorde opvatting over een terugtrekkende overheid die meer ruimte geeft aan maatschappelijke actoren, genuanceerd dient te worden. Met betrekking tot sommige zaken kan binnen het veld van de zorg zelfs een tegengestelde tendens worden ontwaard. Een voorbeeld: tussen 1960 en 1982 stelde een door het veld ingesteld, privaatrechtelijk orgaan de prijzen in de gezondheidszorg vast. De overheid had alleen een adviserende rol. Tussen 1982 en 1997 werd deze taak uitgeoefend door het COG, een uitvoerend en adviesorgaan dat opereerde op basis van publiek recht en wiens leden in samenspraak met de belangengroepen werden benoemd. Tegenwoordig worden de prijzen vastgesteld door een door kroonleden bestuurd uitvoeringsorgaan dat werkt aan de hand van ministeriële richtlijnen. De belangengroepen hebben hierbij nog slechts een adviserende functie.

Piersons derde obstakel heeft betrekking op het vermogen om informatie te verwerken. De complexiteit van beleidsproblemen en beleidsbeslissingen kan leiden tot een kwalitatieve en/of kwantitatieve 'information overload'. Ten gevolge hiervan zijn beleidsmakers vaak met handen en voeten gebonden aan het bestaande beleid en de daarmee samenhangende institutionele raamwerken. De keuze voor een strategie van graduele en sequentiële aanpassing van het AWBZ-arrangement kan worden beschouwd als een vorm van decompositie van het beleidsprobleem, waarmee de complexiteit wordt verminderd. Deze decompositie maakt het in principe mogelijk om op een verantwoorde wijze met de informatie om te gaan en de complexe veranderingen op een rationele manier door te voeren. Of dat in werkelijkheid gaat lukken, valt nog te bezien. Wie zijn oor te luisteren legt bij (huis)artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners, houdt zijn hart vast. Zelfs menig zorgverzekeraar blijkt niet te weten wat er nu precies te gebeuren staat en wat de rol van fonds en zorgkantoor precies zal zijn. Vooralsnog lijkt het erop dat de overheid meer zal moeten doen om Piersons derde obstakel te omzeilen.

##### 5 Leidt de institutionele herschikking van de AWBZ tot de bedoelde effecten?

Het vermijden van barrières voor verandering betekent nog niet, dat het nieuwe institutionele arrangement of beleid het gewenste effect zal hebben.

De output van de beleidsinspanningen kan anders zijn dan de initiatiefnemers oorspronkelijk bedoelden. En zelfs als dat niet het geval is, kan de bedoelde output een andere 'beleidsoutcome' hebben dan ex ante werd verwacht. In het onderhavige geval beperken we ons tot de vraag of een gemoderniseerde AWBZ tot beter toegeruste verzekerden/patiënten en meer op maat geleverde zorg zal leiden.

Volgens ons zal de werking van de nieuwe regeling sterk worden beïnvloed door een institutioneel principe dat zowel aan het oude als het nieuwe AWBZ-arrangement ten grondslag ligt, namelijk macrodoelmatigheid en dan met name de macrobudgettering. Alhoewel de huidige vormgeving van het principe van macrodoelmatigheid ter discussie staat, is het onwaarschijnlijk dat de regionale partijen in de zorg niet op een of andere wijze aan een bepaald uitgavenniveau zullen worden gebonden.<sup>3</sup> De consequentie daarvan is dat de relatieve schaarste op de zorgmarkt zal blijven bestaan. Dat heeft op zijn beurt tot gevolg dat de onderhandelingspositie van zorgkantoor en zorgvragers wordt verzwakt. Deze partijen zullen immers nauwelijks of geen alternatieven tot hun beschikking hebben. De budgettaire dwangbuis houdt dus een 'aanbiedersmarkt' in stand, waarop de producenten kunnen blijven beschikken over een machtig wapen waarmee zij hun positie maximaal kunnen uitbuiten, namelijk de wachtlijsten.

Waarschijnlijk zal de dominantie van de aanbieders zich vooral voordoen op de markt voor medische dienstverlening en minder of zelfs niet op de markt voor niet-medische dienstverlening. Dit verschil wordt mede veroorzaakt door verschillen in toelating van medische en niet-medische zorgproducenten. Aanbieders van geprofessionaliseerde medische dienstverlening zullen niet zo maar de markt kunnen betreden. Voor hen blijven toelatingsprocedures gelden, die waarschijnlijk wel enigszins worden versoepeld. Daarentegen wordt op termijn de markt voor minder geprofessionaliseerde, niet-medische dienstverlening vrijgegeven. Bovendien speelt nog mee dat het überhaupt niet gemakkelijk zal zijn de markt voor medische dienstverlening te betreden, vanwege de hoge initiële investeringen, hetgeen zeker geldt voor een aantal deelmarkten waar met zeer kostbare apparatuur wordt gewerkt. Deze financiële barrière lijkt op de niet-medische markt van minder belang.

Uit deze overwegingen kan de conclusie worden getrokken, dat er twee verschillende markten binnen het AWBZ-arrangement zullen ontstaan: een oligarchische aanbiedersmarkt voor professionele medische dienstverlening gedomineerd door de aanbieders en een vrijere markt voor semi-professionele niet-medische dienstverlening waar competitie tussen aanbieders de positie van de vragers versterkt.

Naast het vasthouden aan het principe van macrodoelmatigheid (macrobudgettering) of een andere methodiek die tot beperking van het aanbod leidt, kan ook het voornemen om het zorgkantoor binnen bepaalde grenzen financiële risico's te laten lopen en winst te laten maken tot onverwachte en ongewenste effecten leiden. Een van de leidende gedachten van de nieuwe AWBZ-regeling is, dat het zorgkantoor de belangen van een verzekerde vertegenwoordigt als deze heeft gekozen voor een persoonsvolgend budget. Met andere woorden: in de voorgestelde regeling wordt aangenomen dat het zorgkantoor als vertegenwoordiger of als ondersteuner van de vrager, baat heeft bij een optimale afstemming tussen vraag en aanbod. Tegelijkertijd wordt verwacht dat het zorgkantoor doelmatig met het budget omgaat. Als beloning voor doelmatig gedrag mag het kantoor een deel van het eventuele overschot behouden. Het is niet ondenkbaar dat deze prikkel ertoe leidt dat zorgkantoor en zorgaanbieders het volgende gezamenlijke belang ontwikkelen: het regionale budget wordt niet volledig besteed (lees: het zorgkantoor maakt winst) en het aanbod blijft bij het oude of wordt slechts in beperkte mate aangepast. De vrager, die doorgaans toch al niet goed over de kwaliteit van het aanbod kan oordelen, is dan het kind van de rekening.

De vaak geringe competentie van patiënten om als vrager te functioneren, is in haar algemeenheid een factor die belemmerend kan werken voor marktwerking op de 'medische markt'. Dat heeft te maken met het feit dat de gemiddelde vrager (patiënt of consument) te weinig informatie heeft om het aanbod te beoordelen. De patiënt kan niet beoordelen of een bepaalde behandeling noodzakelijk is en al helemaal niet of een duurdere de voorkeur boven een goedkopere verdient. Bovendien zal in een belangrijk aantal gevallen het spoedeisende karakter van de gevraagde dienstverlening het beoordelingsvermogen vertroebelen.

## 6 Conclusie

De huidige gang van zaken rond de hervorming van de AWBZ lijkt erop te wijzen, dat belangrijke institutionele herschikkingen onder bepaalde condities mogelijk zijn. Een graduele en sequentiële implementatie kan 'lock-in'-effecten, obstructie en problemen met informatieverwerking in beginsel binnen de perken houden. Een dergelijke strategie moet dan echter wel met zorg worden uitgevoerd. Bovendien vereist ze dat decompositie van problemen en arrangementen mogelijk is, hetgeen natuurlijk niet altijd het geval zal zijn. Voorts kan men zich afvragen of het zo verstandig is geweest om de (blokkade)macht van belangengroepen zo sterk terug te dringen via de aanpassing van de advies- en uitvoeringsorganen op het nationale niveau. Het buitenspel zetten van mogelijke opposanten leidt tot niets, als deze genoeg macht overhouden om veranderingen te negeren en gewoon op de oude voet verder te gaan. Het feit dat de nationale overheid na de herziening van de AWBZ de zeer belangrijke hulpbron 'geld' vast in handen houdt, doet daar niet alles aan af.

Het is dus maar de vraag of de overheid haar be-

leidsplannen volledig zal kunnen invoeren en uitvoeren. Nog kwestieuzer is de vraag of de oorspronkelijke doelstellingen van de herschikking van het AWBZ-arrangement zullen worden bereikt. Te vrezzen valt dat de regeling zal leiden tot het ontstaan van twee deelmarkten: één voor niet-medische dienstverlening en één voor medische dienstverlening. De eerste deelmarkt zal nog het meeste overeenkomen met de bedoelingen van de aanpassing, namelijk: een flexibel systeem met vraagfinanciering, waarin marktwerking ervoor zorgt dat het aanbod op de vraag wordt toegesneden. Op de tweede deelmarkt zal dat veel minder het geval zijn, omdat de toetreding tot die markt moeilijk is, waardoor de competitie wordt beperkt. Van belang daarbij is ook dat een groot aantal zorgaanbieders de afgelopen jaren is gefuseerd, waardoor op regionaal niveau eerder sprake is van een oligopolie dan van vrije mededinging. Bovendien wordt de positie van de aanbieders nog verder versterkt door (de restanten van) het institutionele principe van macrodoelmatigheid. Marktwerking in de AWBZ vraagt op zijn minst om opruiming van deze anomalie.

## Noten

<sup>1</sup> De onderstaande schets is gebaseerd op de volgende beleidsdocumenten: College Tarieven Gezondheidszorg 2000; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 1999, 2000; Sociale Verzekeringsbank 1998; Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000: 27 156, no. 2; 24 036 en 26 691, no. 166; 27 038, A; 27 038, B; 27 226; 25 657; 26 801; 27 180.

<sup>2</sup> Of de belangengroepen minder mogelijkheden hebben om het gezondheidszorgbeleid te beïnvloeden is niet onomstreden. Volgens Van der Grinten (2001) zijn de belangengroepen simpelweg op zoek gegaan naar andere plekken waar zij gelegitimeerd kunnen blijven meepraten over de inrichting van de gezondheidszorg. Hij trekt de conclusie dat zij daarin zijn geslaagd, maar merkt tegelijkertijd op dat de afspraken tussen overheid en veld met betrekking tot de centrale be-

leidsthema's in de zorg in vergelijking met 'vroeger' concreter zijn (meer op prestaties en uitkomsten gericht), tijdelijker van aard zijn en meer worden gedomineerd door de overheid.

<sup>3</sup> Het is de vraag of het principe van macro-doelmatigheid na introductie van PGB's en PVB's kan worden gehandhaafd. Wachtlijsten ten gevolge van budgetbeperkingen worden waarschijnlijk door de rechter ontoelaatbaar geacht. Toekenning van een budget voor zorg dat niet kan worden uitgegeven, is juridisch niet aanvaardbaar. Vandaar dat wordt onderzocht of de kosten van de AWBZ langs andere wegen kunnen worden beheerst. Ten tijde dat dit artikel is geschreven, waren de uitkomsten van deze onderzoeken nog niet beschikbaar.

## Literatuur

- Ankoné, A., 1999, 'Hard werken aan een nieuw stelsel.' *Medisch Contact*, 54 (39) 1320-1324.
- Centraalbureau voor de Statistiek, 1974, *Compendium gezondheidsstatistiek Nederland*. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- College Tarieven Gezondheidszorg, 2000, *Wat is het CTG*.
- Dees, D.J.D., 1997, 'Terugblik op de periode 1986-1989.' In: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten (red.), *Gezondheidszorgbeleid: Evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 39-43.
- Grinten, T.E.D. van der, 2001, 'Maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg: Partners in beleid en ondernemers voor de publieke zaak.' *Bestuurskunde* 1: 40-48.
- Heffen, O. van en A.H.M. Kerkhoff, 1997, *Beleidsvoering in de Algemene Gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Heffen, O. van en A.H.M. Kerkhoff, 1999, 'Gezondheidszorg: Van blauwdrukken naar incrementeel sleutelen.' In: W. Trommel en R. van der Veen, *De herverdeelde samenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 185-215.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1999, *Zicht op zorg: Plan van aanpak modernisering AWBZ*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000, *Brief van staatssecretaris Vliegenthart over persoonsgebonden budget*, Den Haag, 9 maart 2000.
- Pierson, P., 1994, *Dismantling the Welfare State: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge.
- Reijden, J.P. van der, 1997, 'Terugblik op de periode 1982-1986.' In: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten (red.), *Gezondheidszorgbeleid: Evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 33-37.
- Sociale Verzekeringbank, 1998, *Op zoek naar een hulpverlener*, no. 291955.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Speelruimte en verantwoordelijkheid: Notitie over de WTC*, 27 156, no.2.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Marktwerking 1999-2000, deregulering en wetgevingskwaliteit: Modernisering AWBZ* 24 036 and 26 631, no. 166.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van toezicht op de zorgverzekeringen*, 27 038, A.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van toezicht op de zorgverzekeringen, Advies van de Raad van State*, 27 038, B.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Interdepartementaal beleidsonderzoek: Marktconcentraties in de zorg*, 2 226.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Persoonsgebonden budgetten*, 25 657.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Zorgmarkt 2000*, 26 801.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1999-2000, *Planninga indicatie AWBZ-voorzieningen*, 27 180.
- Veder-Smit, E., 1997, 'Terugblik op de periode 1977-1981.' In: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten (red.), *Gezondheidszorgbeleid: Evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 27-29.
- Werner, F.J.M., 1997, 'Een voortreffelijke gezondheidszorg Dankzij of ondanks het beleid.' In: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten (red.), *Gezondheidszorgbeleid: Evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 67-73.