

Sturing *door* en sturing *van* de vraag: kanttekeningen bij vraagsturing in de gezondheidszorg¹

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten is als hoogleraar Beleid en Organisatie Gezondheidszorg verbonden aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Recent publicaties (met J. Kasdorp): *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: Van verstatelijking naar ondernemerschap* (Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 1999) en *Choices in Dutch health care: Mixing strategies and responsibilities* (Health Policy, 1999).

Adres: Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
T (010) 4088555
E-mail vandergrinten@bmg.eur.nl

1 Van aanbodregulering naar vraagsturing

Een van de fundamenteelste veranderingen in de besturing van de gezondheidszorg is de geleidelijke omkering van het aangrijpingspunt van aanbodregulering naar vraagsturing. Dit is een internationaal verschijnsel. In veel landen is men op zoek naar wegen om de centraal geleide regulering van het volume, de prijs en de kwaliteit van de gezondheidszorg te vervangen door flexibele markten waarop gebruikers hun vraag kunnen articuleren en producenten hun aanbod af kunnen stemmen.

In de Nederlandse gezondheidszorg was eerder ook al eens sprake van marktwerking, maar die is in de opbouwperiode van het huidige stelsel, grofweg lopend van 1945 tot 1975, vrijwel geheel geëlimineerd. Daarvoor in de plaats kwamen de collectieve financiering (via de sociale ziektekostenverzekeringen, Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de inkadering van de particuliere verzekeringen, de regulering van de opleiding en de toelating van beroepsbeoefenaren, de rantsoenering van het volume en de regulering van de prijzen. Deze aanbodregulering heeft evidente voordelen opgeleverd, zowel voor de macrokosten-

beheersing als voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Maar de keerzijde is dat aanbieders uiteindelijk weinig stimulansen ondervinden om te streven naar een doelmatige zorgverlening (kosten-efficiency), naar een zo goed mogelijk op de behoeften van de patiënt toegesneden zorgverlening tegen een zo gunstig mogelijke kwaliteit-prijsverhouding (allocatieve efficiency) en naar zowel kwaliteitsbevorderende als kostenverlagende innovaties (dynamische efficiency). Door het accent te verleggen van aanbodregulering naar vraagsturing wordt geprobeerd deze stimulansen in het systeem te integreren.

Deze omslag in benadering van het sturingsvraagstuk van de gezondheidszorg is in Nederland verwoord door de commissie-Dekker, die in 1987 advies uitbracht over de gewenste financiering en structuur van de gezondheidszorg (Commissie Dekker 1987). Het gedachtegoed van dit advies is in de jaren daarna gedeeltelijk in de besturing van de gezondheidszorg doorgedrongen. Maar het is nog niet gelukt om, zoals wel de bedoeling was, tot een samenhangend stelsel te komen (Van der Grinten en Kasdorp 1999). We staan nu aan de vooravond van een nieuwe poging. De minister

van Volksgezondheid, E. Borst-Eilers, heeft een beleidvormingsproces op gang gebracht dat deze samenhang in ieder geval in het verzekeringsstelsel moet opleveren. Vraagsturing zal in dit stelsel ongetwijfeld een prominente plaats innemen. Maar wat dit concreet kan gaan inhouden is minder duidelijk. Vraagsturing vertoont zich in verschillende gedaanten en daarachter gaan nogal uiteenlopende betekenissen schuil.

In het navolgende proberen we het zicht op deze verschillende manifestaties en betekenissen te vergroten. Begonnen wordt met een schets van de positie van de consument/patiënt op de markt van gezondheid en zorg. Vervolgens besteden we aandacht aan het fenomeen van de *zaakwaarnemers* in de gezondheidszorg en aan de toetreding van nieuwe vragers op de markt. Dan volgt een bespreking van de activiteiten op het terrein van de vraagondersteuning en de sturing van de vraag. We sluiten af met enkele suggesties voor nadere studie.

2 De positie van de consument/patiënt

De conceptuele hoeksteen van vraagsturing is het beginsel van de *consumentensoevereiniteit*. Hierbij wordt er van uitgegaan dat het (a) mogelijk en zinvol is om (delen van) het aanbod van zorg daadwerkelijk te laten sturen door een autonome – dat wil zeggen niet van het aanbod afgeleide – vraag naar zorg en dat (b) consumenten van gezondheidszorg in beginsel niet alleen in staat zijn om zelf keuzen met betrekking tot het gebruik van zorg te maken, maar dat ze hiertoe ook zijn gemotiveerd; ze willen graag kiezen.

Deze consumentensoevereiniteit wordt in de gezondheidszorg ernstig gehinderd door marktonvolkomendheden en andere factoren die de afstemming van het aanbod op de vraag bemoeilijken (Lapré, Rutten en Schut 1999):

- onzekerheid bij de consument/patiënt over het tijdstip van zijn behoefte aan zorg;
- onzekerheid over de aard en de omvang van de zorg die dan nodig is;
- informatie- en kennisassymetrie tussen vrager en aanbieder;
- afhankelijkheid van de vrager van het aanbod;
- aanbodgeïnduceerde vraag;
- heterogeniteit van het product gezondheidszorg;
- grote ethische lading van gezondheid en gezondheidszorg;

- krachtige externe effecten van het al of niet gebruiken van gezondheidszorg;
- kunstmatige schaarste voor het grootste deel van het zorgaanbod.

De laatstgenoemde factor – kunstmatige schaarste – geeft een heel eigen accent aan de positie van de consument/patiënt als vrager van zorg. Schaarste is in de (Nederlandse) gezondheidszorg vooral een sociaal-politieke constructie, die samenhangt met de maatschappelijke opvattingen over solidariteit. Deze opvattingen zijn terug te vinden in de centrale doelstelling van het beleid dat de overheid op het terrein van de gezondheidszorg voert: het garanderen van de toegang tot noodzakelijke zorg van goede kwaliteit voor iedereen. Deze toegankelijkheid wordt financieel gegarandeerd uit de collectieve middelen en die zijn uiteindelijk beperkt. Dit dwingt de overheid tot kostenbeheersing, die vervolgens leidt tot een begrenzing van het aanbod dat niet via de gebruikelijke prijsmechanismen op de vraag betrokken kan worden. Voor het in evenwicht brengen van dit aanbod met de vraag zijn andere methoden nodig. Deze methoden versluieren de ‘werkelijke’ schaarste, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de tekorten op de arbeidsmarkt van gekwalificeerde hulpverleners, een krapte die mede het gevolg is van de regulering van de opleidingen en het toelatingsbeleid van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Ook het fenomeen van de wachtlijsten (of preciezer gezegd: de onvrede van consumenten/patiënten met de tijd die ze op behandeling of opname moeten wachten), is een indicatie van het bestaan van een omvangrijkere vraag dan met het gerantsoeneerde aanbod en alle daarbij behorende regelgeving wordt bediend.

Het is de combinatie van al deze factoren die marktwerking en vraagsturing in de gezondheidszorg tot zo’n controversiële en complexe aangelegenheid maakt (Schut 1995, 1999; Kuttner 1998; Brouwer 1999). Maar hier heeft de praktijk weinig boodschap aan. Daar stuiten we op de doorgaande emancipatie- en individualiseringbewegingen, op de groeiende individuele koopkracht die in de zorg naar besteding zoekt, op revolutionaire technologische doorbraken die ongekende kansen bieden, op de liberalisering van de interne (Europese) markt en de ‘economisering’ van de samenleving (Vos 1999). In dit krachtenveld krijgt vraagsturing in de

Nederlandse gezondheidszorg reliëf. Dit komt tot uiting in het fenomeen van de *zaakwaarnemers* als (voorlopig?) ventiel voor de oplopende spanning tussen de marktperfecties enerzijds en de dringende behoefte aan vraagsturing anderzijds, de opkomst van nieuwe vragers, de inspanningen op het gebied van de vraagondersteuning en het toepassen van vraagsturing in een heel andere betekenis dan wat men van de 'markt' zou verwachten, namelijk sturing van de vraag naar zorg.

3 Zaakwaarnemers

Kijkend naar wat zich feitelijk op de markt van gezondheid en zorg afspeelt, moet men vaststellen dat vraagsturing in de gezondheidszorg niet hetzelfde is als sturing van de zorg door de daadwerkelijke gebruikers, de consumenten/patiënten. Zij zijn natuurlijk de belanghebbenden bij uitstek van een goede gezondheid en gezondheidszorg, maar het zijn toch vaak anderen die de vraag naar zorg bepalen.

Van oudsher zijn dat de overheid, de beroepsbeoefenaars – met een heel uitgesproken rol van de huisarts als poortwachter en verwijzer voor de specialistische gezondheidszorg – en de instellingen voor gezondheidszorg. Deze oorspronkelijke stuurders van de zorg zijn nog allerminst uit beeld verdwenen, ondanks dat ze zich proberen terug te trekken op een meer voorwaardenschepende (overheid) en dienstverlenende (beroepsbeoefenaars, instellingen) rol. Naast deze traditionele stuurders dienen zich allerlei *zaakwaarnemers* aan op de vragersmarkt. Dat zijn niet alleen meer de zorgverzekeraars, als *agents* van de verzekerden (Schut en Van Doorselaer 1999), maar inmiddels ook *case-managers*, *personal health managers* (Heikoop en Tilanus 1999), *disease managers*, Arbo-artsen (Post 1999), indicatiecommissies (Degen en Huisman 1999) en zelfs gemeenten (Groot 1999). Al deze personen, organisaties en instanties nestelen zich als het ware tussen de consumenten/patiënten enerzijds en de aanbieders van zorg anderzijds. Daar houden zij zich bezig met het ondersteunen, verduidelijken en interpreteren van de zorgvraag, het inkopen en soms ook het toewijzen en organiseren van een daarop toegesneden zorgaanbod. In markttermen en vanuit het 'aanbod' gezien, kunnen zij worden beschouwd als 'vragers', zij het dat ze die rol vervullen namens hun verzekerden,

klanten, patiënten of cliënten.

Vraagsturing in de gezondheidszorg manifesteert zich met andere woorden in al deze situaties vooral als een zaak van de traditionele stuurders en een nieuwe generatie zaakwaarnemers van de consument/patiënt. Vanuit het perspectief van consumentensoevereiniteit is hier weinig mis mee, als de consument/patiënt maar vrij is om al of niet van deze zaakwaarnemers gebruik te maken ('stemmen met de voeten') en als hij in dit opzicht ook werkelijk wat te kiezen heeft. Maar hier lijkt nog een lange weg te gaan, zeker als we naast de formele ook de materiële keuzemogelijkheden in aanmerking nemen.

4 Nieuwe vragers

Het zijn niet alleen de consumenten/patiënten en hun zaakwaarnemers die zich als vragers op de markt manifesteren. Ook andere belanghebbenden treden toe. Een bijzondere positie in dit verband hebben de werkgevers. Ooit waren zij als medefinanciers alleen in de kostenbeheersing van de gezondheidszorg geïnteresseerd. Die tijd ligt achter ons. Met hun collectieve verzekeringscontracten drukken ze inmiddels een belangrijke stempel op de verzekeringsmarkt en sinds zij in het kader van de Ziektewet de financiële last van het ziekteverzuim van hun werknemers ondervinden, is ook hun belangstelling voor het aanbod van de zorg toenomen (Van der Plank 1997).

De casus van de wachtlijsten is in dit verband verhelderend. Werkgevers hebben een groot financieel belang bij effectieve en snelle behandeling van zieke werknemers. Dit belang wordt gefrustreerd door het bestaan van wachtlijsten in de zorg. Aanvankelijk probeerde men vooral deze wachtlijsten te omzeilen door bedrijvenpoli's en andere voorzieningen buiten de reguliere zorg. Deze route bleek financieel toch minder aantrekkelijk (werkgevers betalen in feite twee keer voor de zorg, eenmaal via hun algemene premiebijdrage voor de reguliere en nog een keer voor de specifieke zorg van hun werknemers) en politiek werden deze initiatieven ernstig gehinderd – ter voorkoming van tweedeling (Brouwer en Hermans 1999). Met name door de politieke acties zijn de werkgevers als het ware gedwongen om hun pijlen te richten op de verbetering van de reguliere zorg, omdat de ontsnappingsroutes naar een alternatief circuit, althans voorlo-

pig, minder aantrekkelijk zijn gemaakt. Het effect is dat de (potentiële) vragersmacht van de werkgevers is gemobiliseerd om mee te helpen de efficiencytekorten in de reguliere zorg, zoals die in de wachtlijsten naar voren komen, te lijf te gaan. Uit recente acties van de kant van VNO/NCW zou men kunnen afleiden dat deze handschoen ook inderdaad is opgepakt.

Werkgevers zijn kortom als vragers tot de zorgmarkt toegetreden, met hun eigen belangen en behoeften. Hiermee heeft de machtsverdeling in de gezondheidszorg (Van der Grinten 1994) en de oorspronkelijke concurrentie tussen vragers op de zorgmarkt – bijvoorbeeld tussen mensen met een chronische en met een acute aandoening, tussen psychiatrische en somatische patiënten – er nog een typische dimensie bij gekregen.

5 Vraagondersteuning

De afgelopen jaren zijn er onder de noemer van vraagondersteuning allerlei strategieën ontwikkeld om de positie van de consument/patiënt in de gezondheidszorg te versterken. Deze strategieën spitsten zich toe op het verkleinen van de informatie- en kennisachterstand ten opzichte van de gespecialiseerde behandelaars (artsen, instellingen) en op het creëren van mogelijkheden om het aanbod te sturen via eigen koopkracht. Voorbeelden zijn:

- de algemene publieksvoorlichting over gezondheid en gezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting in het onderwijs, waarmee burgers worden geprikkeld om zich te gedragen als zelfbewuste gebruikers van gezondheidszorg;
- de specifieke voorlichting aan (potentiële) patiënten over aandoeningen en behandelmogelijkheden, waarmee de vrager in een minder afhankelijke en meer gelijkwaardige positie ten opzichte van de aanbieder komt;
- het mobiliseren en zondig opleiden van deskundigen als onafhankelijke, betrouwbare vraagbaak (*perfect agent*) voor de consument/patiënt;
- het werken met vouchers, patiëntgebonden en patiëntvolgende budgetten en andere marktachtige methoden die individuele koopkracht een sturende rol geeft voor die gerantsoeneerde delen van de gezondheidszorg, waar consumentenpreferenties effectief kunnen zijn (in het bijzonder de verpleging en verzorging).

Het uiteindelijke doel van al deze strategieën is, dat de consument/patiënt goed geïnformeerd en voorzien van koopkracht zijn eigen keuzen kan maken met betrekking tot zijn medische consumptie (RvZ 1998; De Klerk 1999). Kortom, sturing van de zorg door de vraag.

Maar zijn deze vraagondersteunende acties ook werkelijk opgewassen tegen de eerder gesignaleerde marktimperfecties en tegen de macht van de nieuwe vragers en bieden ze een alternatief voor de *zaakwaarnemers*? De actuele ontwikkelingen rond internet geven een aardige illustratie bij deze vraag. Enerzijds sluiten de mogelijkheden van internet naadloos aan bij de wens tot *empowerment* van de consument/patiënt. Sterker nog, veel consumenten/patiënten hebben internet al op eigen kracht ontdekt. Daar was helemaal geen overheidsbeleid of vraagondersteuning voor nodig; een frappante manifestatie van consumentensoevereiniteit. Anderzijds lost internetgebruik de eerder geschetste marktonvolkomendheden nog niet op. Daar is meer voor nodig. Dit gegeven confronteert de strategieën ter vermindering van de informatie- en kennisachterstand van de consument/patiënt met een interessant dilemma: in hoeverre moeten deze strategieën puur ondersteunend dan wel (mede-)beïnvloedend zijn? Een subtiele balans daartussen treffen we aan in een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid over patiënt en internet (RvZ 2000).

In dit advies wordt ervan uitgegaan dat het gebruik van internet ook voor de gezondheidszorg exponentieel zal toenemen, maar daar wordt direct aan toegevoegd dat dit niet zonder risico's is. Gewezen wordt op het gevaar dat consumenten/patiënten gaan handelen op grond van onbetrouwbare informatie of dat ze op zich betrouwbare informatie verkeerd interpreteren. Dat brengt de Raad onder andere tot het advies aan overheid, veldpartijen en patiëntenorganisaties om, naast het zelf leveren van relevante informatie aan consumenten/patiënten, te komen tot het inrichten en promoten van een *gezondheidsportaal* op internet waar betrouwbare informatie beschikbaar wordt gesteld en waar wordt verwezen naar betrouwbare sites. Consumentensoevereiniteit is hier weliswaar het uitgangspunt, maar er klinkt in het advies toch ook iets door van vraagbeïnvloeding, bijvoorbeeld in de pogingen om internetgebruikers te verleiden

slechts van 'betrouwbare' informatie gebruik te maken en wel op een 'verstandige' manier.

6 Sturing van de vraag

Pogingen tot vraagbeïnvloeding komen we vooral tegen in situaties waar vraag en aanbod in het domein van de kunstmatige schaarste met elkaar in evenwicht gebracht moeten worden. Vraagsturing richt zich hier al snel op het beïnvloeden en sturen van het gebruik van gezondheidszorg in een gewenste richting. Cruciaal is dan: wat is gewenst en wie bepaalt dat? We kunnen stellen dat degene die de schaarste creëert (de overheid) uiteindelijk ook degene is die *vaststelt* wat gewenst is. Deze keuze zal vervolgens 'verkocht' moeten worden door degenen die de schaarste *verdelen* (beroepsbeoefenaars, instellingen, verzekeraars) aan degenen die de schaarste *voelen* (consumenten/patiënten).

Ook dit is vraagsturing, maar dan in de betekenis van 'sturing van de vraag naar zorg'. Deze vraagsturing is zonder omhaal gericht op beïnvloeding van de preferenties en de gedragingen van de vragers, met als uiteindelijke doel dat zij zich gedragen als verantwoordelijke gebruikers van de schaarse voorzieningen. Een sprekend voorbeeld hiervan is de publiekscampagne die in het kader van het advies van de commissie-Dunning over Keuzen in de Zorg is gelanceerd (Commissie Dunning 1991). In deze en andere campagnes zijn (potentiële) consumenten/patiënten van zorg voorzien van indringende informatie en kennis over de schaarste in de zorg ('oneindige vraag versus beperkt aanbod'), zinvol en zinloos medisch handelen (lage-kansgeneeskunde) en de dilemma's die dit oplevert in de keuzen van de zorg. Al deze informatie-, bijscholings- en verleidingsprogramma's proberen de gebruikers van de gezondheidszorg te betrekken bij, en liefst medeverantwoordelijk te maken voor de lastige en pijnlijke afwegingen waar de overheid, de beroepsbeoefenaars en instellingen in de gezondheidszorg mee worstelen (Lomas 1996).

Waar sturing *door* de vraag conceptueel uitgaat van consumentensovereiniteit en appelleert aan waarden als emancipatie, individualisering en liberalisering, probeert sturing *van* de vraag een eigentijdse verbinding aan te brengen tussen deze waarden en gemeenschapszin en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit laatste is momenteel niet zo populair, maar het blijft een belangrijke opdracht,

in ieder geval zolang een substantieel deel van het zorgaanbod is onderworpen aan een regime van kunstmatige schaarste. Het politieke momentum lijkt nu aanwezig om het collectieve deel van de gezondheidszorg in te perken door strakker te definiëren wat als noodzakelijke zorg wordt beschouwd (bijvoorbeeld in een basisverzekering), om vervolgens wat hier buiten valt in beginsel geheel over te kunnen laten aan de 'markt'. Maar zover is het nog niet en ook dan blijft er waarschijnlijk nog een aanzienlijk collectief gefinancierd pakket over waar sprake is van geconstrueerde schaarste. In deze situaties is het onontkoombaar dat er, naast alle spanningen gericht op 'sturing *door* de vraag', ook op 'sturing *van* de vraag' wordt ingezet om ervoor te zorgen dat vragers in hun preferenties en gedrag met deze schaarste rekening (blijven) houden.

7 Ten slotte

Het inzicht dat vraagsturing in de gezondheidszorg niet zonder meer identiek is met sturing van het aanbod door de consumenten/patiënten, is niet nieuw. In het bijzonder de gezondheidseconomie levert inmiddels een belangrijke bijdrage aan het zoeken naar gefundeerde reacties hierop. Het lijkt de moeite waard om ook het bestuurskundig perspectief nadrukkelijker in stelling te brengen, teneinde het inzicht te vergroten in enerzijds de betekenis van deze situatie voor de toepassing van vraagsturing in de gezondheidszorg en anderzijds in de condities waaronder vraagsturing kansrijk is.

Dit vraagt allereerst om een praktisch bruikbare typologie van de verschillende soorten vragers in de gezondheidszorg en de dynamiek van hun onderlinge relaties, hun belangen, machtsposities en gedragingen, zowel ten opzichte van elkaar als ten opzichte van het aanbod en de manieren waarop hier door de overheid op ingespeeld wordt, respectievelijk kan worden.

Om meer te kunnen zeggen over de betekenis van vraagondersteuning en sturing van de vraag, is het vervolgens nodig om meer te weten te komen over wie zich hiermee precies bezighouden en waarom. In hoeverre zijn hun activiteiten in dit verband onderdeel van andere werkzaamheden of verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld als overheid, aanbieder of verzekeraar? Bevinden degenen die zich hiermee bezighouden in een afhankelijke of in een onafhankelijke positie (denk bijvoorbeeld

aan de zorgtoewijzing en de positie van de indicatiecommissies)? En voorzover het gaat om informatie- en kennisoverdracht, wat is de huidige en de te verwachten toekomstige rol van het onderwijs, de media en de nieuwe informatiebronnen? Vervolgens: welke rol spelen de consumentenorganisaties in dit geheel, welke mogelijkheden hebben ze eigenlijk en als ze die niet of onvoldoende hebben, wat zou er moeten veranderen om ze een krachtige en effectieve *voice* te geven (Hirschman 1970; De Klerk 2000). Is er sprake, of zou er sprake moeten zijn van specifieke kwaliteitscriteria, normen of codes voor het vervullen van taken op deze gebieden?

Op zichzelf is inzicht in het 'wie' van vraagondersteuning en sturing van de vraag van weinig waarde, als dat niet wordt gecompleteerd met inzicht in het 'hoe', dat wil zeggen de verschillende methoden, technieken en instrumenten die worden gebruikt bij vraagondersteuning en sturing van de vraag. Het gaat uiteindelijk immers om wat zich in de praktijk heeft bewezen. Dit lijkt moeilijk op voorhand te benoemen of in te kaderen. Hier geldt bij

uitstek: van waarde is wat werkt. Dit betekent dus dat er kritisch gekeken moet worden naar wat er dan werkt (en natuurlijk ook: wat niet). Het lijkt interessant om hiervoor ook over de grenzen van de gezondheidszorg te kijken, naar andere maatschappelijke sectoren. Niet alleen naar de sociale zekerheid of de volkshuisvesting (Brandsen, Van den Brink en Putters 2000), maar ook naar sectoren als de energievoorziening of transport. Van de ruime ervaringen – zowel de succesvolle als de minder succesvolle – die hier zijn opgedaan met *demand-management* gericht op opheffen van verkeerscongesties (OECD 1994), respectievelijk het zuinig omspringen met energiegebruik (OECD 1992) kan de gezondheidszorg waarschijnlijk wel wat leren, al was het maar als spiegel voor de eigen aanpak.

Het bevorderen van consumentensovereiniteit en het ijveren voor verruiming van de keuzemogelijkheden van consumenten/patiënten is gediend met een zo realistisch mogelijke inschatting van de situatie waarin deze zaken gestalte moeten krijgen. In het voorgaande is gepoogd hiervoor een aanzet te geven.

Noten

1 Bewerking van een voordracht voor het symposium 'Vraagsturing en ketenzorg', Amsterdam, 4 april 2000.

Dank aan drs. K. Putters voor zijn commentaar op een eerdere versie.

Literatuur

Brandsen, T., J.C. van den Brink en K. Putters, 2000, 'De klant beklemd: Concurrentie in de uitvoering van sociaal beleid'. *Beleidswetenschap*, 1: 52-71.
 Brouwer, W.B.F., 1999, 'Market limitations in the health care sector'. *Journal of Health Services Research Policy*, 3: 185-186.
 Brouwer, W.B.F. en H.E.G.M. Hermans, 1999, 'Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: Economic and legal arguments'. *Health Policy*, 47: 471-517
 Commissie Keuzen van de Zorg (Commissie Dunning), 1991, *Kiezen en delen*, Den Haag: Sdu.
 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker), 1987, *Bereidheid tot verandering*, Den Haag: Sdu.
 Degen, J.J.E.C. en R. Huisman, 1999, *Regionale indicatieorganen in de ouderenzorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
 Grinten, T.E.D. van der, 1994, 'Delen van de macht: Bewegingen in het beleidsbestel van de gezondheidszorg'. *Beleid & Maatschappij*, 4: 182-188.
 Grinten, T.E.D. van der en J. Kasdorp, 1999, *Vijftientig*

jaar sturing in de gezondheidszorg: Van verstatelijking naar ondernemerschap, Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
 Groot, W., 1999, 'Meer invloed van de consument: Meer vraag'. *ESB*, 4211: 30-31.
 Heikooop, J.C. en C.C. Tilanus, 1999, 'Onafhankelijke hulp voor de patiënt: De personal manager als rendementsbewaker'. *Medisch Contact*, 46: 1603-1605.
 Hirschman, Albert O., 1970, *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organisations and states*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
 Klerk, P. de, 2000, *Meer keuze, betere zorg*, Den Haag: Consumentenbond.
 Kuttner, R., 1998, *Everything for sale: The virtues and limits of markets*, New York: Knopf.
 Lapré, R., F. Rutten en E. Schut, 1999, *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
 Lomas, J., 1996, 'Reticent rationers: Consumer input in health care priorities'. In: L.J. Gunning-Schepers e.a. (red.), *Fundamental questions about the future of health care*, The

Hague: Netherlands Scientific Council for Government Policy en Sdu Uitgevers, 71-89.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and International Energy Agency (IEA), 1992, *Demand-side management: A current and future resource*, Paris: OECD/IEA.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 1994, *Congestion control and demand management*, Paris: OECD.

Plank, R. van der, 1997, 'Arbeidsverzuim, ziektekosten en Arbozorg: De rol van de werkgevers'. *TBV*, 4: 147-151 en 5: 185-189.

Post, D., 1999, 'Persoonsgebonden budget leidt tot ongelijkheid'. *Zorgvisie*, 30: 9.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ), 1998, *Naar een meer vraaggerichte zorg*, Zoetermeer: RvZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ), 2000, *Patiënt en Internet*, Zoetermeer: RvZ.

Schut, F.T., 1995, *Competition in the Dutch health care sector*, Academisch proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Schut, F.T., 1999, 'Schipperen tussen plan en markt'. *ESB*, 4211: 16-17.

Schut, F.T. en E.K.A. van Doorslaer, 1999, 'Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands'. *Health Policy*, 47: 47 - 67.

Vos, P., 1999, *De trend, de traditie en de turbulentie*, Zoetermeer: RvZ.