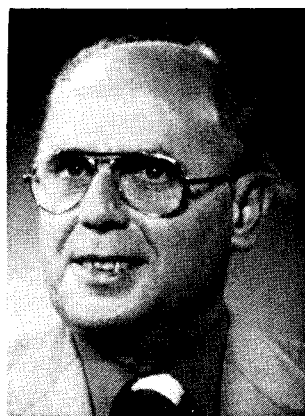


door G. Z. de Vos



De heer G. Z. de Vos was wethouder Volksgezondheid in de gemeente Rotterdam in de periode 1958-1974. Sinds 1975 tot op heden is hij voorzitter van het academisch ziekenhuis Rotterdam en van het Nationaal Ziekenhuisinstituut te Utrecht.

Gezondheidszorg: Met zorg behandelen¹⁾

Inleiding

Het macro-economische perspectief dwingt ook de gezondheidszorg ertoe zich te bezinnen op het te voeren beleid. Het is nu al duidelijk, dat er in de komende jaren zeker te weinig financiële middelen beschikbaar zullen zijn om de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg te kunnen bekostigen.

In de zestiger en zeventiger jaren heeft de gezondheidszorg een geweldige groei doorgemaakt. Een ontwikkeling, die politiek en maatschappelijk ook sterk werd gestimuleerd. Veel van wat technisch mogelijk was, was ook financieel mogelijk en mocht dus ook. Nu, in tijden van bezuiniging, komen de vraagtekens bij deze ontwikkeling. Wij zullen ons moeten gaan bezinnen op de vraag of de ontwikkelingen die we hebben opgeroepen, de te verwachten problemen kunnen oplossen, of we geen onbeheersbare processen hebben opgeroepen en of de gezondheidszorg nog wel zal kunnen voldoen aan haar

primaire taak: het beantwoorden aan de hulpvraag.

Er wordt wel eens gesteld, dat de gezondheidszorg zelf ziek is. Laten we haar dan ook als een zieke benaderen: we stellen een diagnose en geven een prognose van wat er gaat gebeuren als we niet ingrijpen. Vervolgens geven we een therapie aan die mogelijkerwijs de gezondheidszorg in staat stelt adequaat aan de toekomstige maatschappelijke vraag tegemoet te komen. Gezien de omvang van het artikel dit alles in zeer kort bestek, maar als zodanig een goede oefening om met beperkte middelen om te gaan.

¹ Dit artikel is tot stand gekomen in samenwerking met dr. D. van der Meer, directeur van het Nationaal Ziekenhuisinstituut, en drs. A. J. J. van der Kwartel, stafmedewerker beleidsontwikkeling van ditzelfde instituut.

Een diagnose van de gezondheidszorg

De samenleving heeft de laatste decennia in toenemende mate vertrouwen gesteld in het vermogen van de gezondheidszorg om problemen van individuele leden op te kunnen lossen. Voor de somatische gezondheidszorg heeft dit geresulteerd in een sterke groei van het aantal specialisten en specialismen, van – met name – intramurale voorzieningen en van dure apparatuur, dat alles uiteraard vergezeld van een groei in het ondersteunende (verpleegkundige en administratieve) personeel.

Voor de geestelijke gezondheidszorg heeft dit geresulteerd in een sterke groei van het aantal psycho-sociale hulpverleners en van het aantal en type dienstverlenende instellingen. Deze sterke groei kon mede tot stand komen, doordat zich in dit type zorgverlening het verschijnsel voordoet, dat het aanwezige aanbod zijn eigen vraag schept. Een verschijnsel overigens, dat zich ook in andere sectoren van de samenleving schijnt voor te doen.

Eén en ander heeft geleid tot een sterke institutionalisering van de zorg, mede gevoed door een toenemende nadruk op het medisch-technisch handelen. Aan dit laatste zijn twee aspecten te onderkennen: enerzijds een stijgend aantal diagnostische verrichtingen, anderzijds de steeds grotere prestaties, waartoe de medische technologie in staat is. Beide aspecten staan op dit moment sterk ter discussie. Aan de ene kant bijvoorbeeld een toenemend aantal kritische evaluaties over de noodzaak van bepaalde medische ingrepen, aan de andere kant steeds meer vragen bij ingrepen die uitsluitend tot resultaat hebben dat het leven wordt verlengd, maar niet wordt teruggebracht tot zijn oorspronkelijke vermogens of in ieder geval tot een minimum aan zelfredzaamheid.

Er zijn meerdere oorzaken aan te wijzen, die de toename van de zwaarte van het medisch-technisch handelen verklaren. Maatschappelijk gezien hebben de indrukwekkende prestaties van de natuurweten-

schappen een sfeer geschapen, waarin alles mogelijk leek. Problemen waren er om opgelost te worden en de wetenschap zou daar wel voor zorgen. Het besef, dat vele problemen niet door de wetenschap kunnen worden opgelost, ja zelfs door haar worden gegenereerd, drong slechts langzaam tot velen door.

Een tweede oorzaak moet worden gezocht in de onbeheersbaarheid van het medisch-technisch handelen. Het aantal en de soort patiënten, die om hulp vragen, is op dit moment niet of nauwelijks te beïnvloeden. De hoeveelheid en soort verrichtingen die patiënten moeten ondergaan is grotendeels een beslissing van de hulpverlener. En ten slotte wordt het aantal personen, die specialist kunnen worden, bepaald door de beroepsgroep zelf. Dus ook op dat element vindt geen externe beheersing plaats, afgezien van het totaal aantal op te leiden medici met behulp van de jaarlijks vast te stellen numerus fixus.

Financieel gezien weegt de onbeheersbaarheid van het aantal en de soort medische ingrepen des te zwaarder, daar, althans voor grote delen van de gezondheidszorg, de financiering plaats vindt op basis van het aantal verrichtingen. Dit heeft tot gevolg, dat een discussie over de noodzaak, wenselijkheid of effectiviteit van medische ingrepen wordt vertroebeld door financiële aspecten.

Tot slot van deze diagnose nog een enkele opmerking over de organisatie van de gezondheidszorg. Veel vormen van dienstverlening zijn voortgekomen uit particulier initiatief, veelal lokaal van opzet, gevoed vanuit verschillende – al dan niet religieuze – achtergronden en dikwijls gericht op specifieke doelgroepen.

Al deze vormen van dienstverlening namen weer hun eigen bestuurlijke organisatie mee, die weer noopte tot vele overlegstructuren. Het resultaat van deze ontwikkelingen is, dat de gezondheidszorg

organisatorisch gezien heterogeen van samenstelling is waarbinnen organisaties soms overlappende bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben of claimen en deze elkaar ook regelmatig betwisten.

Dit geldt ook voor de overheid, waar vele departementen zich met de gezondheidszorg bemoeien. De zwakzinnigenzorg bijvoorbeeld heeft te maken met Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, Onderwijs en Wetenschappen en Sociale Zaken. Het totale beeld lijkt daarmee een onbestuurbaar geheel op te leveren: een veld, dat erg pluriform is samengesteld en een overheid, waarvoor geldt, dat de beleidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en aangrenzende beleidsterreinen over een groot aantal departementen is gespreid.

Een gevolg van een en ander is, dat de besluitvorming in de gezondheidszorg traag en onsamenhangend verloopt, hetgeen er weer toe leidt, dat niet slagvaardig kan worden gereageerd op veranderingen in de samenleving of op onverwachte negatieve effecten van het beleid van een der betrokken organisaties.

Een prognose voor de gezondheidszorg

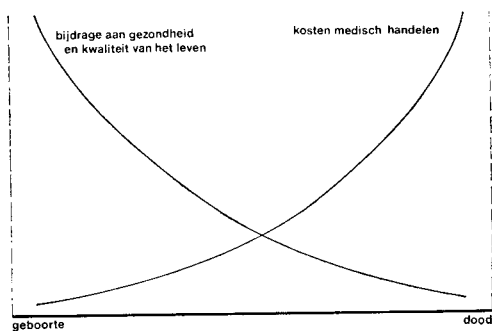
Waarom nu onze grote zorg voor de toekomst van de gezondheidszorg? Een aantal organisatorische ingrepen kunnen immers de besluitvorming aanzienlijk verbeteren en de nu nog onbeheersbare factoren in redelijke mate beheersbaar maken.

Dit is zeker waar en de organisatie van de gezondheidszorg dient ook verbeterd te worden, maar de oorzaken van de bestaande problemen gaan veel verder dan organisatievraagstukken. Zij hebben te maken met de bestaande visie op de rol van de gezondheidszorg en de samenleving, met het mensbeeld dat wordt gehanteerd, zelfs met het denken over de samenleving als geheel.

Om deze stelling te onderbouwen keren we terug naar een aantal elementen uit

onze diagnose, maar nu beschouwd vanuit de consequenties voor de toekomst van de gezondheidszorg.

Ons eerste kenmerk betrof het toenemende vertrouwen in de mogelijkheden van de gezondheidszorg. Dit vertrouwen heeft echter ook geresulteerd in een sterke afhankelijkheid van de medische dienstverlening. Ook medisch wordt de mens verzorgd van (vóór) de wieg tot het graf. Geplaatst op een tijdschaal van de levenscyclus, kunnen van de wieg tot het graf voor het medisch ingrijpen de volgende twee kenmerken worden aangegeven:

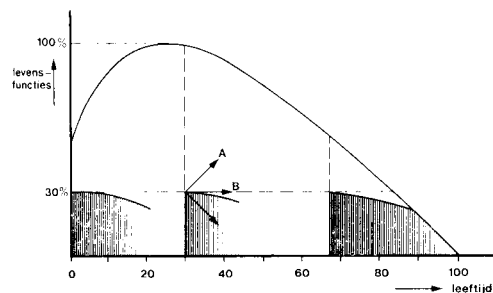


Met andere woorden: de gemiddelde kosten van het medisch ingrijpen nemen toe naarmate de patiënt ouder is, niet alleen omdat een oudere meer intensieve verzorging nodig heeft, maar omdat men een welhaast onbeperkt aantal onderzoeken kan uitvoeren, er in principe altijd wel afwijkingen zijn te vinden en een aantal ingrepen steeds hogere technologie vragen (denk bijvoorbeeld aan micro-vaatchirurgie).

Tegelijk zien we echter, dat het positieve effect van het medisch ingrijpen afneemt, tot het uiteindelijk niet méér is, dan het tegen hoge kosten in stand houden van een bepaald (laag) levensniveau, terwijl de einduitkomst bij voorbaat vaststaat. Het is nu ook duidelijk, waarom bij ongewijzigd beleid de gezondheidszorg met ernstige financiële problemen te kampen

zal krijgen. Immers, de bevolking in Nederland is bezig te vergrijzen. Dat impliceert, dat de populatie van mensen, die potentieel in aanmerking komen voor steeds meer onderzoek en steeds duurder behandelingen, toeneemt. Kortom, de vraag naar gelden voor de financiering van de medische behandelingsfunctie zal bij ongewijzigd beleid nog sterker gaan stijgen.

Maar er is meer. In onze diagnose hebben we al aangegeven, dat de wetenschap ook zelf problemen genereert. Dit geldt evenzeer voor de medische wetenschap. Door de steeds toenemende mogelijkheden van de medische technologie ontstaan nieuwe categorieën patiënten. Wij kunnen dit toelichten aan de hand van de volgende schets:



De grafiek geeft nogmaals de levenscyclus weer, nu uitgedrukt in de levensfuncties van de mens. We zien dan het normale patroon van een toegroeien naar een vermogen tot volledig gebruik van alle levensfuncties en vervolgens het verouderingsproces, waarbij steeds minder functies nog aanwezig zijn.

In deze schets zijn drie nieuwe categorieën patiënten aangegeven:

- zwaar gehandicapte pasgeborenen
- zwaar gehandicapte slachtoffers van (verkeers-)ongevallen
- hulpbehoevende ouderen.

Voor al deze groepen geldt, dat door het

inzetten van de huidige mogelijkheden van de medische technologie een steeds groter deel in leven kan worden gehouden. De vraag is echter welk effect dat medisch ingrijpen heeft. Wanneer het resulteert in een volledig herstel van alle levensfuncties of in ieder geval in een voldoende vermogen tot zelfredzaamheid (pijl A), dan legt een dergelijke ingreep geen claim op de toekomst.

Heel anders ligt de situatie, wanneer het resultaat van het medisch ingrijpen bestaat uit het in leven houden van individuen op een niveau van sterke hulpbehoevendheid (pijl B). Deze mensen zullen voor de rest van hun leven zorg behoeven en daarmee (mede door het cumulatieve effect) een zware claim leggen op de toekomstige financiële ruimte voor de gezondheidszorg.

Ten slotte is er ook nog sprake van medisch ingrijpen in gevallen, waarin dat ingrijpen niet meer zal baten. Hier geldt sterk wat al eerder is gesteld: het gaat dan om kostbare ingrepen waarvan de effectiviteit uiterst laag is, misschien zelfs wel negatief in die zin, dat er zich omstandigheden kunnen voordoen, waarin een dergelijke ingreep beter niet kan worden verricht.

Als we de consequenties van een en ander beschouwen dan komt het neer op een te verwachten sterke stijging van de vraag naar zorg, ten gevolge van een toenemend aantal bejaarden en een toenemend aantal chronisch hulpbehoevende patiënten.

Wij hadden echter al geconcludeerd, dat er bij ongewijzigd beleid ook een sterke stijging zal plaatsvinden naar de vraag om medische behandelingen.

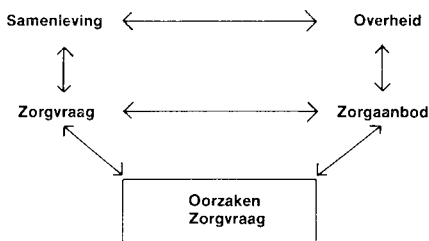
Het moge duidelijk zijn, dat beide ontwikkelingen tegelijk niet gefinancierd zullen kunnen worden. Er zullen beleidskeuzes gemaakt moeten worden. Het lijkt erop, alsof gekozen moet worden tussen twee extremen: de garantie, dat iedereen die medische behandeling wenst, deze ook

zal krijgen of de garantie, dat iedereen die hulpbehoevend is de nodige zorg zal krijgen. Met daarbij de aantekening, dat het kiezen voor de medische behandel-functie op dit moment ook is het kiezen voor een onbeheersbare factor, zoals zal blijken uit het huidige beddenreductiebeleid: er mogen ziekenhuizen gesloten worden, maar in de overige zal het aantal verrichtingen onbelemmerd verder stijgen, waarmee het beoogde bezuinigingseffect uiterst twijfelachtig wordt.

Tenslotte, aan het eind van deze prognose, nog een enkele opmerking over de vraag of de gezondheidszorg de komende problemen aan zal kunnen.

Wij hebben al gesteld dat het zorgaanbod wordt geleverd door een zeer pluriform veld. Veranderingen in de zorgvraag zijn tot nu toe altijd beantwoord door uitbreiding van het zorgaanbod. Nieuwe taken dus nieuwe middelen. De grote verandering zal hier betekenen wel nieuwe taken, maar geen nieuwe middelen; een steeds krappere wordende financiële ruimte tegenover een toenemende zorgvraag.

Welke processen dreigen plaats te gaan vinden? Om daar op in te gaan, zijn de volgende globale relaties van belang:



Wat gebeurt er als een dergelijk complex veld wordt geconfronteerd met bezuinigingen? Een ieder zal de bezuiniging proberen af te wentelen op een ander. Er ontstaat een felle strijd om de middelen, waarbij waarschijnlijk alle partijen zullen beweren, dat bij hen de patiënt centraal

staat. Deze strijd om de middelen vindt plaats tussen de diverse ministeries (bijvoorbeeld: Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Onderwijs en Wetenschappen), tussen de sectoren (extramuraal versus intramuraal; psychiatrische instituten en ambulante geestelijke gezondheidszorg; ziekenhuizen en verpleeghuizen; etc.), tussen de beroepsgroepen (specialisten versus verpleegkundigen, etc.) en tussen de instellingen onderling (survival of the 'fittest', survival van de beste relaties, etc.). Laait deze strijd maar fel genoeg op, dan verliest men alle aandacht voor de zorgvraag en voor de veranderingen in die zorgvraag. Dat wil zeggen, dat het gezondheidszorgsysteem zijn adaptievermogen verliest om in te spelen op de veranderingen in de zorgvraag. De aandacht voor oorzaken van de ontwikkeling in de zorgvraag en mogelijkheden om die te beïnvloeden is op dat moment geheel verdwenen. De overheid speelt in deze een bijzondere rol. Enerzijds kan zij door haar gedrag die onderlinge gevechten versterken, anderzijds loopt zij het risico partij te worden in dat gevecht. Geen van beide mogelijkheden lijkt bevorderlijk voor het oplossen van de grote beleidsproblemen waarmee de gezondheidszorg te maken krijgt.

Een therapie voor de gezondheidszorg

Voordat een therapie gegeven kan worden, moet duidelijk zijn, waar we naar streven. In dit geval betekent dit de vraag: Wat verwachten wij van de gezondheidszorg? en dit leidt weer tot de vraag: Wat is ons mens- en maatschappijbeeld? Hiermee dient begonnen te worden.

Naar onze mening moet als uitgangspunt worden gekozen, dat bejaarde, zieke en hulpbehoevende mensen deel uitmaken van de samenleving. Dat de samenleving dus ook principieel verantwoordelijk is voor deze mensen en hen niet uit de samenleving mag verstoten (zelfs niet naar

instellingen 'in een rustige, bosrijke omgeving').

Een tweede principeel uitgangspunt is onze overtuiging, dat ook mensen, die sterk afhankelijk zijn van anderen een eigen individualiteit hebben, die zoveel als mogelijk dient te worden gerespecteerd en in stand moet worden gehouden.

Een derde uitgangspunt is een dienende taak van de medische wetenschap om de eerste twee uitgangspunten zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen.

Dit zijn de normatieve uitgangspunten van waaruit wij een therapie voor de gezondheidszorg ontwikkelen.

De meest aangewezen invalshoek om een nieuw beleid te vormen voor de gezondheidszorg is uit te gaan van de te verwachten gezondheidsproblemen. Wij hebben hierboven betoogd, dat de principiële keus zal gaan tussen de behandelfunctie van de gezondheidszorg en haar zorgfunctie. Wij zijn van mening, dat de keus zodanig moet uitvallen, dat de samenleving garandeert, dat zij die in hulpbehoevende omstandigheden verkeren, altijd op de benodigde zorg kunnen rekenen.

Vanuit de gegeven beperkte financiële ruimte voor de gezondheidszorg betekent dit, dat deze garantie niet kan worden gegeven ten aanzien van de vraag naar medische behandelingen.

Een ander gevolg van deze keuze is, dat zij ook een leidraad vormt voor een gericht onderzoeksprogramma in de gezondheidszorg. Niet meer stimuleren van onderzoek, dat zich richt op kostbare, bijzondere ingrepen, maar stimuleren van onderzoek, dat zich richt op de problemen die te maken hebben met een sterke hulpbehoefendheid, zowel ter verlichting van de problemen van de patiënt, als van de hulpverleners.

Vanuit deze principiële stellingname zullen wij hieronder een aantal probleemvelden bespreken en suggesties voor beleidsopties aangeven.

1. *Preventie*

Een goede preventie is misschien wel het machtigste wapen in het bezuinigen op de kosten van de gezondheidszorg. Er zitten alleen twee beperkingen aan vast: het werkt pas op zeer lange termijn en het vereist een gedragsverandering van vele individuen. Daarmee lijkt het voor de eerstkomende decennia geen geschikt overheidsinstrument, hoe belangrijk het op zich is en daarom zeker niet mag worden verwaarloosd. Er kunnen twee deelgebieden worden aangegeven, die wel op afzienbare termijn resultaat kunnen hebben: preventie richten op risicogroepen en op het zo lang mogelijk in stand houden van levensfuncties van bejaarden, waardoor zij langer dan nu zelfstandig kunnen blijven. Bij dit laatste kan gedacht worden aan lichte fysiotherapie, al dan niet in de thuissituatie, maar ook aan gerichte voorlichtingsprogramma's, enz.

2. *Zelfzorg en mantelzorg*

De overheid zou bewust beleid moeten voeren ter vergroting van de weerbaarheid van individuen en groepen. Individuen en hun directe omgeving (familie, burens) moeten worden gestimuleerd voor zichzelf en elkaar te kunnen zorgen, niet alleen preventief, maar ook voor herstel en verzorging. Goede voorlichtingsprogramma's kunnen hierbij helpen.

3. *De medische behandelfunctie*

Gezien de principiële keuze, die wij hierboven gemaakt hebben, dient de zwaarte van de medische behandelfunctie te worden teruggedrongen, alleen al vanwege het feit, dat het niet blijvend te financieren zal zijn. Maar is het ook mogelijk?

Wij denken van wel, maar dan zal het automatisme van het medisch ingrijpen moeten worden doorbroken, dat wil zeggen dat de beslissing om tot ingrijpen over te gaan de uitkomst moet zijn van een bewust keuzeproces. Bij dit keuzeproces speelt de vraag of men gerechtigd

is om in te grijpen in de natuurlijke processen, of de patiënt c.q. familie dit ingrijpen daadwerkelijk wenst en of zij zich bewust zijn van de consequenties. Het is duidelijk dat een dergelijk keuzeprocess niet mag worden beïnvloed door het wél-ingrijpen financieel te belonen. Dat wil zeggen dat het huidige financieringsstelsel, dat gebaseerd is op betaling per verrichting moet worden losgelaten en moet worden vervangen door een stelsel, waarin degene, die de beslissing neemt, geen persoonlijke baat meer heeft bij de uitkomst van die beslissing.

Welke factoren mogen wel een rol spelen in de beslissing tot medisch ingrijpen?

In het voorgaande zijn er al een aantal genoemd, die met name zijn gebaseerd op de verwachte uitkomst van de ingreep:

Zal de patiënt na de ingreep weer volledig zelfredzaam zijn? Indien niet, in hoeverre is hij of zij dan hulpbehoevend en wat is dan de kwaliteit van het bestaan nog? Bij bejaarde patiënten bijvoorbeeld: werkt een ingreep toe naar herstel van levensfuncties of slechts naar verlenging van het leven?

Dit zijn allemaal vragen, die niet door de patiënt of zijn familie kunnen worden beantwoord. Daarom pleiten wij voor een sterker begeleidende rol van de huisarts, die ook in het ziekenhuis nog betrokken blijft bij beslissingen over zijn of haar patiënt.

4. De vraag om zorg

In de prognose is gesteld, dat de zorgvraag in de toekomst sterk zal toenemen. Met name zijn daarbij genoemd: de bejaarden en de nieuwe groepen chronisch hulpbehoevenden. Betekent dit dat al deze mensen zullen moeten worden opgenomen in (verpleeg-)inrichtingen? Zeker niet. Dit kan zelfs niet, omdat er dan veel capaciteit bijgebouwd zou moeten worden en het

geld daartoe nu eenmaal ontbreekt. Maar veel belangrijker hierbij is ons uitgangspunt aan het begin van deze paragraaf: mensen dienen zoveel als mogelijk is als individuen te worden behandeld, en dat wil dan zeggen: zo lang mogelijk in de eigen thuissituatie, wanneer ze dat wensen.

Daarbij kan worden gedacht aan zaken als: dagbehandeling; aanpassing van de woning; oproepsystemen voor noodgevallen; keukenfaciliteiten van een instelling voor gezondheidszorg ook ten goede laten komen aan hulpbehoevende wijkbewoners, enz.

Veel van wat hierboven beschreven staat betekent in feite versterking van de eerste lijn.² Hoewel dit al jaren de officiële beleidslijn is, lijkt dit beleid tot nu toe niet erg effectief te zijn en wordt in de recente bezuinigingen ook de eerste lijn niet ontzien.

Toch is ons inziens de versterking van de eerste lijn wel degelijk te bereiken, wanneer de intramurale zorg gaat beseffen, dat versterking van de eerste lijn ook de verantwoordelijkheid is van de tweede lijn en wanneer de overheid een daadwerkelijke samenwerking in deze mogelijk maakt.

Hiermee bedoelen wij het volgende: Te gemakkelijk wordt gedacht, dat versterking van de eerste lijn betekent meer huisartsen, meer wijkverpleegkundigen, meer verzorgsters, enz. Te weinig worden de mogelijkheden onderkend en gestimuleerd die de bestaande organisaties hierin kunnen spelen. Door instellingen wordt al op veel plaatsen geëxperimenteerd met het soort beleid, dat wij voorstellen: samenwerking eerste en tweede lijn, dagbehandeling, enz. Probleem is dat het bestaande financieringsstelsel deze innovatieve bezigheden frustreert.

² Het begrip 'eerste lijn' wordt in dit artikel breder opgevat dan uitsluitend gezondheidszorg. Ook zaken als 'maatschappelijk werk' worden hiertoe gerekend.

Wij zijn van mening, dat de overheid juist dit type innovatieve activiteiten dient te stimuleren. Dat kan, door over te gaan naar een systeem van budgettering in de gezondheidszorg.

Het is voor instellingen erg aantrekkelijk om met een budget te kunnen werken, omdat dat de mogelijkheid schept een stuk eigen beleid te voeren in behandelvisie, relatie met de omgeving, enz.

Aan zo'n budgetsysteem zou de overheid de eis kunnen verbinden dat een bepaald percentage van het budget wordt gebruikt voor innovatie-projecten. Bovendien heeft het budgetsysteem tot voordeel dat de koppeling tussen verrichting en financiering kan worden weggenomen.

Evenals in de voorgaande paragrafen tot slot nog een opmerking over de organisa-

tie van de gezondheidszorg. Wij hebben in onze prognose gewezen op de risico's, die de overheid loopt om partner te worden in de onderlinge strijd tussen de gezondheidszorgorganisaties. Wij willen deze stelling nog wat aanscherpen: de overheid dient door haar beleid mede te stimuleren, dat er een duidelijke besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg ontstaat met duidelijk gescheiden verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Niet omdat daarmee de problemen van de gezondheidszorg zijn opgelost, maar omdat ze daarvoor hanteerbaar zullen blijven.



Literatuur

Achterhuis, H.; *De markt van welzijn en geluk*. Ambo; Baarn.

Grünwald, C. A. en Kwartel, A. J. J. van der: *Een denkkader voor prioriteitenstelling*. Bestuurswetenschappen, maart 1982.

Kuitert, H. M.: *Een gewenste dood*. Ten Have; Baarn; 1981.

Lalonde, M.: *A new perspective on the health of Canadians*; Information Canada; Ottawa; 1975.

Meer, D. van der: *Zorg om gezondheidszorg*. De Tijdstroom; Lochem; 1982.

Rapport: *Elk kent de laan die derwaarts gaat*. Rapport nummer 3 van de Commissie Hoofdstructuur Rijksdienst; Ministerie van Binnenlandse Zaken; Den Haag; 1980.