

# Werkprogramma 2013



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

### Voorzitter

drs. M.H. (Rien) Meijerink

### Leden

mw. mr. A.M. (Anke) van Blerck-Woerdman  
mr. H. (Henk) Bosma  
mw. prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat (vice-voorzitter)  
mw. E.R. (Elisa) Carter, MBA  
prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot  
prof. dr. J.P. (Johan) Mackenbach  
mw. drs. M. (Marjanne) Sint  
prof. dr. D.L. (Dick) Willems

### Algemeen secretaris

mr. drs. T.F.M. (Theo) Hooghiemstra



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Werkprogramma 2013

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, december 2012

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

Email [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)  
[www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

**Colofon**

Ontwerp OBT, Opmeer bv

Fotografie Eveline Renaud

Robert Goddyn (pagina 35)

Nationale Beeldbank (pagina 18)

Frank Muller/Zorginbeeld (pagina 24)

Druk OBT, Opmeer bv

Uitgave 2012

ISBN 978-90-5732-243-3

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of per mail bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)) onder vermelding van publicatienummer 12/08.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>De Raad stelt zich voor</b>	<b>7</b>
<b>Werkprogramma RVZ 2013</b>	<b>13</b>
<b>Adviezen RVZ in 2013</b>	<b>17</b>
- Gemeente, gezondheid en zorg	17
- Corporate governance	21
- Scenario-onderzoek en -advies	25
- Gebruik van data in de zorg	29
- Alcoholbeleid	33
<b>Signalementen CEG in 2013</b>	<b>35</b>
- Wensen en grenzen bij de geneeskunde	35
- Omgaan met risico's	36
- Globalisering van zorg	37
<b>Planning adviezen RVZ en signalementen CEG voor 2013</b>	<b>39</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>43</b>
- Vaststelling werkprogramma RVZ 2013	43
- Samenstelling secretariaat	44
- Kennisgebieden medewerkers RVZ	45
- Publicaties RVZ in 2012	47
- Publicaties CEG in 2012	47





# Voorwoord

Voor u ligt het Werkprogramma 2013 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG).

De RVZ ziet zijn Werkprogramma 2013 als een geheel. Wij willen de adviesthema's benaderen vanuit een integrale kijk op gezondheid en zorg. Het statement 'Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag' is het kompas, geeft de richting aan. Samen met de zorgsector zal de Raad het komend jaar aan deze samenhang en aan deze richting gestalte geven.

De adviezen die de Raad uitbracht in 2011 en 2012 krijgen een vervolg in de adviezen die op de agenda staan voor 2013. Centrale thema's voor de RVZ waren in de afgelopen jaren, naast 'Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag':

- naar nieuwe en houdbare vormen van solidariteit op basis van wederkerigheid, in het bijzonder die in de spreekkamer;
- *shared decision making* en zelfmanagement als randvoorwaarden voor 'goede zorg';
- een andere vormgeving van de 'regie aan de poort', waarbinnen de lokale samenleving en de zorgsector zijn geïntegreerd, in combinatie met een ingrijpende verandering van het zorglandschap.

Ons programma is tot stand gekomen door reflectie op problemen, maar vooral ook op kansen die zich voordoen. Reflectie van de Raad zelf, natuurlijk, maar ook van een groot aantal mensen in onze omgeving. Collega-adviseurs in de gezondheidszorg, zelfstandige bestuursorganen van de minister, branche- en patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen. Vervolgens hebben we dit conceptprogramma voorgelegd aan de politieke en ambtelijke leiding van het ministerie van VWS. De minister heeft daarna het programma vastgesteld (zie bijlage).

## RVZ en CEG publicaties 2013

### RVZ

Gemeente, gezondheid en zorg  
Corporate governance  
Scenario-onderzoek en -advies  
Gebruik van data in de zorg  
(Alcoholbeleid)

### CEG

Wensen en grenzen bij de geneeskunde  
Omgaan met risico's  
(Globalisering van zorg)

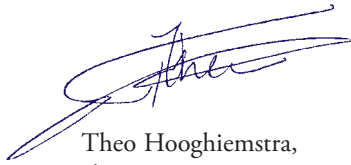
De Raad kan zijn werkprogramma gelukkig toetsen aan het regeerakkoord VVD-PvdA van 29 oktober 2012. Hij is ervan overtuigd met zijn adviezen voor 2013 een stevige bijdrage te kunnen leveren aan dit regeerakkoord.

De missie van de RVZ is om met durf en met realiteitszin te adviseren over strategische beleidsvragen. Ons programma voor 2013 omvat de volle breedte van de zorgsector en alle soorten strategische vragen. Hiermee doen wij recht aan de complexiteit waarmee de zorgsector worstelt. De RVZ legt de lat hierbij hoog. Dat kan, want de Raad is goed ingewerkt en heeft een zeer brede samenstelling. En er is een secretariaat, waar we altijd van op aan kunnen.

We willen u ook in 2013 weer bruikbare en bevlogen adviezen voorleggen.



Rien Meijerink,  
voorzitter



Theo Hooghiemstra,  
algemeen secretaris



# De Raad stelt zich voor



*drs. M.H. (Rien) Meijerink*

**De heer Meijerink** (1943) studeerde economie. Van 1990 tot 1995 was hij werkzaam als secretaris-generaal van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Van 1995 tot 2000 was hij voorzitter van de Vereniging van Universiteiten (VSNU) en van 2000 tot 2005 voorzitter Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum in Rotterdam (Erasmus MC). In 2006 was hij voorzitter van de Visitatiecommissie voor de Gerechten.

Momenteel werkt hij als adviseur bij PBLQ (voorheen Het Expertise Centrum).



*mevrouw mr. A.M. (Anke) van Blerck-Woerdman*

## **Mevrouw Van Blerck-Woerdman**

(1944) studeerde Nederlands recht aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Zij bekleedde diverse bestuurlijke functies. Zo was zij wethouder Sociale zaken en Volksgezondheid in Tilburg; lid van de Tweede Kamer, woordvoerder Volksgezondheid Welzijn en Sport; lid van de Vaste Commissie Sociale Zaken, voorzitter van de Commissie Justitie van de Tweede Kamer en wethouder voor Milieu, verkeer, ruimtelijke ordening van het buitengebied en sport in Breda. Op dit moment bekleedt zij verschillende nevenfuncties als voorzitter Raad van Toezicht van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en voorzitter Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant.



*mr. H. (Henk) Bosma*

**De heer Bosma** (1943) studeerde rechten in Groningen. Hij was werkzaam in diverse functies bij het ministerie van Economische Zaken en bij de gemeente

Amsterdam, onder andere als directeur Gemeentelijk Grondbedrijf en directeur dienst Openbare Werken.

Vanaf 1990 was hij werkzaam bij PinkRocade N.V. (en rechtsvoorgangers). Onder zijn leiding werd het Rijks Computercentrum verzelfstandigd tot N.V. RCC. In de loop der jaren is RCC uitgegroeid tot PinkRocade N.V, daarvan was de heer Bosma voorzitter van de Raad van Bestuur. In het voorjaar van 2005 ontstond de combinatie Getronics PinkRocade. Per 1 augustus 2005 trad hij terug uit zijn bestuursfunctie en trad toe tot de Raad van Commissarissen van Getronics PinkRocade.



*mevrouw professor dr. D.D.M. (Didi) Braat*

**Mevrouw Braat** (1954) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam en specialiseerde

zich in de gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde. In 1992 promoveerde zij op het proefschrift Multiple pregnancies in pulsatile GnRH treatment. Mevrouw Braat werkt als hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie (O&G), tevens Voortplantingsgeneeskunde, is afdelingshoofd O&G en opleider van de specialistenopleiding O&G bij het Universitair Medisch Centrum St. Radboud. Ze is lid van de Gezondheidsraad, plaatsvervangend lid van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek en voorzitter van het Bestuur Stafconvent; UMC St. Radboud. Daarnaast bekleedt zij verschillende andere nevenfuncties.



*mevrouw E.R. (Elisa) Carter, MBA*

**Mevrouw Carter** (1955) studeerde aan de Bradford University in Groot-Brittannië en the NIMBAS Utrecht en behaalde de titel Master of Business Administration (MBA). Mevrouw Carter is lid van de Raad van Bestuur het Erasmus MC voor kort was zij lid van de Raad van Bestuur GGzE Eindhoven en de Kempen en droeg de eindverantwoordelijkheid voor de totale bedrijfsvoering binnen deze organisatie. Eerder was zij werkzaam – van 1996 tot 2004 – als (eenhoofdige) Raad van Bestuur RIAGG Maastricht en – van 1994 tot 1996 – als manager/hoofd algemene gezondheidszorg GGD Brabant Noordoost.



*prof. dr. W.N.J. (Wim) Groot*

**De heer Groot** (1960) studeerde economie en filosofie aan de Universiteit van Amsterdam. In 1992 promoveerde hij op het proefschrift over werkloosheid en opleiding. Sinds 1998 is hij werkzaam als hoogleraar Gezondheidseconomie en sinds 2008 ook als hoogleraar Evidence Based Education aan de Universiteit van Maastricht. Daarnaast is hij voorzitter van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in Limburg en columnist voor Het Financieele Dagblad, Economisch Statistische Berichten, HO Magazine, de Observant en Zorgvisie.



*professor dr. J.P. (Johan) Mackenbach*

**De heer Mackenbach** (1953) studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In 1988 promoveerde hij op het proefschrift *Mortality and medical care*. Sinds 2001 is hij hoogleraar Maatschappelijke gezondheidszorg, tevens hoofd van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC in Rotterdam. Ook is hij Honorary professor aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine en lid van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.



*mevrouw drs. M. (Marjanne) Sint*

**Mevrouw Sint** (1949) studeerde economie aan de Universiteit van Amsterdam. In 1974 slaagde zij voor haar doctoraal-examen in de studierichtingen macro-economie, openbare financiën en internationaal-economische betrekkingen.

Vanaf 2007 is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Bestuur van de Isala Klinieken Zwolle. Van 2000-2007 was zij secretaris-generaal van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Daarvoor was zij werkzaam als Gemeentesecretaris Amsterdam.

Verder is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Commissarissen van de ROVA in Zwolle en lid van de Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest.



*professor dr. D.L. (Dick) Willems*

**De heer Willems** (1954) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. In 1995 promoveerde hij op het proefschrift *Tools of care*

– Explorations into the semiotics of medical technology. Vanaf 2003 is hij werkzaam als arts en hoogleraar Medische ethiek aan het Amsterdams Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij als consulent verbonden aan de huisartsenpeergroep Palliatieve zorg Amsterdam. Hij is o.a. vanuit de RVZ verantwoordelijk raadslid voor het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), voorzitter van het Forum van het CEG, tevens lid van de beraadsgroep Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht van de Gezondheidsraad en lid van de beleidsadviesraad van de KNMG. Daarnaast bekleedt hij verschillende andere nevenfuncties.



*mr. drs. T.F.M. (Theo) Hooghiemstra*

**De heer Hooghiemstra** (1969) studeerde bestuurskunde en rechten. Van 1996 tot 2002 was hij werkzaam als (senior) juridisch beleidsadviseur bij het

College Bescherming Persoonsgegevens. Van 2002 tot 2005 was hij manager juridische zaken en senior projectleider vertrouwensketen bij het Nationaal ICT Instituut in de Zorg. Tot november 2012 was hij bij het onafhankelijke adviesbureau PBLQ (voorheen Het Expertise Centrum) consultant en MT-lid en leidde hij daar de sector Onderwijs, Cultuur, Welzijn en Zorg. Hij publiceert en presenteert regelmatig over gezondheidsrechtelijke thema's en de bescherming van persoonsgegevens, onder andere als auteur van het in meerdere drukken verschenen handboek "Sdu commentaar Wet bescherming persoonsgegevens".





# Werkprogramma RVZ 2013

De RVZ heeft de wettelijke taak de regering en Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal te adviseren over volksgezondheid, welzijn en sport.

Concreet over:

- de publieke gezondheid (preventie);
- de maatschappelijke ondersteuning (bij participatie);
- de langdurige zorg (voor ouderen en mensen met een beperking);
- de curatieve zorg (medische behandelingen).

Op dit brede terrein is de RVZ het adviesorgaan van de minister van VWS voor strategische vragen. De adviesopdrachten van de minister voert de Raad uit in goede samenwerking met de andere kennisorganen van VWS. Tegelijkertijd werkt de RVZ samen met adviesraden van andere ministeries, bijvoorbeeld dat van OCW. Zo werkt de Raad aan intersectorale advisering.

Dit werkprogramma is het resultaat van een zorgvuldige toetsing aan de grote opgaven op het beleidsterrein VWS. De website van de RVZ, [www.rvz.net](http://www.rvz.net), biedt u meer informatie.

## Hoe gaat de RVZ te werk?

Een adviesproject van de RVZ start met het samenstellen van het team. Dat bestaat uit twee raadsleden, uit een projectleider (een van de senioradviseurs) en enkele projectmedewerkers. Het

schema met de planning van de adviezen achter in dit werkprogramma bevat de namen van de adviesvoorbereiders.

De volgende stap is de vaststelling door de Raad van een plan van aanpak. Dit plan bevat een analyse van aanleiding en achtergronden van het politieke en maatschappelijke krachtenveld. En verder een informatieanalyse, een communicatieparagraaf en een budgettair kader. Daarmee is ook duidelijk welke externe deskundigheid de Raad wil inschakelen. Voor een achtergrondstudie of voor een klankbordgroep. Steeds meer organiseert de RVZ zijn overleg met de zorgsector via de sociale media. Zo vergroot de Raad zijn bereik en kan hij de stem van werkvloer en patiënt steeds meer in zijn adviezen laten doorklinken.

De Raad bespreekt een conceptadvies en achtergrondstudies een aantal malen en stelt uiteindelijk het advies vast. Nadat zij zijn advies heeft gepubliceerd, volgt meestal nog een aantal vervolgactiviteiten in de zorgsector, zoals debatten en presentaties.

## Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) is op initiatief van minister Borst in 2003 ingesteld met als voornaamste taak tijdig nieuwe ontwikkelingen in de medische

wetenschap en de gezondheidszorg vanuit ethisch perspectief te signaleren en te agenderen voor regering en parlement. In het CEG werken de Gezondheidsraad en de RVZ samen. Dat biedt de unieke mogelijkheid om over de volle breedte een perspectief op ethiek en gezondheid in te nemen. Met signalementen en argumentenwijzers brengt het CEG ethische discussies in kaart en verkent het oplossingen. Zo draagt het CEG bij aan een afgewogen, ethisch verantwoord zorgbeleid en aan gezondheid en goede zorg voor iedereen.

Het CEG is ook een informatiebron voor een breed publiek. Het organiseert debatten en andere bijeenkomsten en is een vraagbaak voor wie de weg zoekt op het brede gebied van ethiek en gezondheid. De website, [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl), van het CEG speelt hierin een belangrijke rol. Hij biedt een schat aan informatie over ethische onderwerpen, links en debatmogelijkheden.







# Adviezen RVZ in 2013

## Gemeente, gezondheid en zorg

De trend is duidelijk: de AWBZ loopt stap voor stap leeg in de Wmo. Tegelijkertijd neemt de budgettaire krapte toe en lopen ook de middelen van de gemeenten terug. Twee conclusies dringen zich dan op.

- a. De gemeente krijgt niet alleen meer, maar ook zwaardere taken. En dat blijken steeds vaker zorgtaken te zijn. Het nog maar enkele jaren geleden ook door de RVZ gemaakte onderscheid tussen “maatschappelijke ondersteuning” en “zorg” lijkt te verdwijnen. Op het moment dat de gemeente ook zorgtaken moet uitvoeren, komt de vraag op of gemeenten dit schaarsteprobleem aan kunnen en hoeveel lokale verschillen wij nog acceptabel vinden. Moeten wij het sturingsinstrumentarium niet aanpassen?
- b. De gemeente moet deze nieuwe taken uitvoeren met minder geld dan beschikbaar was in de AWBZ. Bovendien “ontregelt” de rijksoverheid de over te hevelen AWBZ-taken. Dit maakt een andere organisatie van de gemeentelijke taken noodzakelijk. Hierbij speelt onder meer de vraag wie op lokaal niveau verantwoordelijk is voor de

uitvoering (openbaar bestuur of private instelling). En het houdt een uitnodiging aan Rijk en gemeente in de onderlinge verhouding te herijken.

Dit plaatst de zorgsector voor strategische keuzes:

- Zijn er voldoende (robuuste en handhaafbare) kwaliteitsnormen voor gemeenten in de aanbesteding (zie bijvoorbeeld de ervaringen in het vervoer voor mensen met een beperking), wie handhaaft de normen en hoe verloopt de verantwoording? De kinder- en jeugdpsychiatrie is hier een goed ijkpunt.
- Biedt het compensatiebeginsel in de Wmo voldoende soelaas voor de burger in de gegeven situatie of zijn aanvullende maatregelen nodig?
- Hoe sturen wij het in omvang en in complexiteit groeiend interface van gemeente en zorgverzekering? Hoe creëren wij effectieve ketens over de grenzen van de financieringssysteem heen? En wat betekent dit alles voor de schaal van gemeentelijke taakvervulling en voor het functioneren van de GGD?



Van groot belang is hier het fundamenteel onderscheid in besturing tussen de zorgverzekering en het openbaar bestuur. Zie hiervoor het briefadvies 'Prikkel voor een toekomstbestendige Wmo' van de RVZ (mei 2011). Relevant is dan ook de manier waarop in de Wmo de indicatiestelling, de zorginkoop en de bekostiging plaatsvinden. Moeten die op een met de zorgverzekering vergelijkbare manier verlopen of juist niet?

Verder leert de ervaring van de afgelopen jaren met de Wmo, dat maatschappelijke ondersteuning niet los kan worden

gezien van andere gemeentelijke taken, zoals die op het vlak van wonen, werken en inkomen. Voor dit nieuwe intersectorale beleid op het lokaal vlak zullen de voorwaarden moeten worden gecreëerd. Die voorwaarden hebben te maken met mate en wijze van centrale aansturing c.q. met decentrale beleidsvrijheid. Voorwaarde is ook de beschikbaarheid van een instrumentarium dat beleidsdossiers verbindt, opdat intersectoraal beleid kan ontstaan: Zvw, AWBZ, Wmo, Wpg, straks de Wet werken naar vermogen, schuldsanering, huursubsidie en speciaal onderwijs.

Bij de start van dit adviesproject zal de Raad zich bezinnen op eerder door hem uitgebrachte adviezen over de AWBZ, gemeente en zorg, maatschappelijke ondersteuning en publieke gezondheid, forensische zorg, intersectoraal gezondheidsbeleid en over preventie van welvaartsziekten. De aanvliegroute voor de RVZ is er een vanuit de volksgezondheid en de zorg. De centrale kwestie voor de Raad is dan: wat is de beste manier om de publieke belangen op dit beleidsterrein op het niveau van de gemeente te borgen?

De RVZ zal bij het voorbereiden van dit advies samenwerken met de Raad voor het openbaar bestuur (Rob), de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Het advies verschijnt in december 2013.



## Corporate governance

In de afgelopen tien jaar verschenen verschillende publicaties over governance in de zorg, onder meer de adviezen Governance en kwaliteit van zorg (2009) en De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg (2010) van de RVZ en het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de IGZ (2011). Ook de zorgsector zelf heeft niet stil gezeten. De Zorgbrede Governancecode 2010 verscheen (Brancheorganisaties zorg) en de NVTZ publiceerde een Toolkit Toezicht Zorginstellingen. Verder is er door accountants- en advocatenbureaus, maar ook de andere deskundigen veel gepubliceerd over toezicht, verantwoording, governance en maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) in de zorg (zie onder meer rapporten van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en van de Commissie-Meurs over de organisatorische positie en de honorering van medisch specialisten).

Governance heeft de aandacht. Wat heeft dit opgeleverd? Zijn de adviezen, kaders en codes opgevolgd en heeft dit concrete resultaten opgeleverd, in termen van governance én in termen van uitkomsten? En waaraan zou je dit moeten afmeten?

De RVZ wil deze vragen beantwoorden in een advies met het karakter van een governanceescan zorgsector 2013. De Raad wil in dit advies onder meer nagaan welke aanbevelingen uit de governancepublicaties in de praktijk zijn gebracht. De focus ligt op het intern toezicht, maar dit kan niet los worden gezien van het extern toezicht. De basis van het advies zal zijn de concrete governancepraktijk in de zorginstellingen. De Raad kijkt ook naar de ontwikkelingen op brancheniveau (bijvoorbeeld bij Actiz, NVZ en OMS) en naar de ontwikkelingen op de beleidsterreinen wonen en onderwijs.

Aandachtspunten voor de RVZ zijn onder meer: diversiteit, de relatie tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur (bijvoorbeeld het informatieprotocol), de relatie tussen governancestelsel en professionele staf, intern toezicht op en borging van kwaliteit en veiligheid, de schaal van de instelling en het patiëntenbeleid. Relevante beleidsontwikkelingen op dit vlak: het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg (Wcz) en het Kwaliteitsinstituut. Andere relevante ontwikkelingen hebben te maken met het sturen op gezondheidsdoelen, de opkomst van ZZP'ers in de zorg en met rol en positie van de zorgverzekeraar.





Om de bevindingen uit de governance-scan te kunnen beoordelen, zal de Raad een blik moeten werpen op de bredere context van de besturing van de zorgsector. Hij kijkt dus niet alleen naar corporate governance, zijnde het geheel van besturings-, verantwoordings-, toezicht- en zeggenschapsaspecten op instellingsniveau, maar ook naar de rollen van de actoren op stelselniveau. Hij zal in dat verband aandacht besteden aan zaken als de overlegfunctie, het eigendomsaspect (van wie is de stichting?), op winstoogmerk en op de balans van overheids- en zelfregulering. De Raad zal zich de vraag stellen: welk besturingsprincipe past het beste bij gereguleerde marktwerking?

De RVZ zal gebruik maken van het advies over 'vermaatschappelijking' van de Rob aan de minister van BZK (2012). Ook andere raden (RLI, Onderwijsraad) adviseren in 2013 over governance. Het advies van de RVZ verschijnt november 2013.





## Scenario-onderzoek en -advies

In scenariorapporten uitgesproken verwachtingen over de zorgsector blijken soms wel, soms niet correct. Een prognose werd soms realiteit, soms niet. In een advies over scenario-onderzoek in de zorgsector wil de RVZ twee onderwerpen behandelen.

In de eerste plaats de methode. Betrouwbare verwachtingen formuleren over de toekomst van de zorgsector is altijd al lastig geweest. De dynamiek die in deze sector is ontstaan heeft de onzekerheidsmarge zo vergroot, dat het vandaag de dag nog veel lastiger is dan vroeger. De complexiteit in de zorgsector is sterk toegenomen. Het gedrag van sleutelfiguren is veel moeilijker te voorspellen. Het is verstandig om van tijd tot tijd na te gaan welke ontwikkelingen in de zorgsector niet zijn signaleerd. Dat wil de Raad doen en ook op zoek gaan naar verklaringen. Hij zal scenariostudies kritisch evalueren.

In de tweede plaats zal de RVZ zelf scenario's op enkele terreinen schrijven:

- De gevolgen van de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen op het terrein van de geneeskunde en de biologie (onder meer personalized, preventive, participatory en predictive medicine) voor solidariteit en zorgverzekering.
- De ontwikkelingen in het zorglandschap (de geografie van de zorg): concentratie en deconcentratie,

een andere verhouding tussen de eerste en de tweede lijn, scheiden van wonen en zorg, de vorming van zorgnetwerken, een nieuwe balans zorg en welzijn.

- De balans van markt en overheid c.q. publiek en privaat: samenwerking en/of mededinging, relatie gemeente-zorgverzekeraar, centrale prijsvorming versus vrije prijzen, planning of marktordening, bekostigingsmodaliteiten, winsttoegmerk, collectieve versus individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid.
- Pensioenen, wonen, arbeid en zorg: de interacties tussen de verschillende financiële markten, het effect van nieuwe fiscale wetgeving, een integrale levensloopbenadering, cumulatie- en substitutie-effecten.
- Arbeidsmarkt zorgsector: verhouding formele – informele zorgarbeid, arbeidsbesparende innovaties, ZZP'ers in de zorg, nieuwe beroepen en opleidingen, gezondheidszorg 2.0.

De RVZ zal de definitieve keuze van thema's en de timing van de publicatie mede laten afhangen van de prioriteiten van het nieuwe kabinet. Hoofdthema van dit project is de functionaliteit van scenario-analyses en daaruit voortvloeiende verwachtingen voor de politiek en bestuur enerzijds, de zorgsector anderzijds.



De Raad zoekt bij deze advisering de samenwerking met deskundigen op het vlak van het scenario-onderzoek: RIVM, CPB, SCP, GR, STG/HMF en private actoren, zoals de Rabobank en Shell. Bij de start van dit project zal hij veel aandacht geven aan de keuze

van de assen en aan het onderscheid tussen determinanten (input) en uitkomsten (output). De uitkomsten zullen beleidsrelevant moeten zijn: bijvoorbeeld de ontwikkeling van gezondheidsverschillen (SEGV). Het advies verschijnt november 2013.







## Gebruik van data in de zorg

In de zorgsector genereert en verzamelt men permanent grote hoeveelheden data: over verrichtingen, kosten, patiënten, het functioneren van zorginstellingen, de arbeidsmarkt et cetera. De data ontstaan voor verschillende publieke of private doelen: keuzemogelijkheden voor verzekerde of patiënt, het toezicht, de zorginkoop, de mededinging, benchmarking, de zorgverzekering, verantwoording, kwaliteitsborging en -verbetering. De dataverzameling op deze doelen vindt meestal plaats zonder dat sprake is van inhoudelijke samenhang.

Deze enorme hoeveelheid data legt een zware last op de zorgsector (administratieve lastendruk). Maar tegelijkertijd moeten wij constateren dat de data onvoldoende gebruikt kunnen worden in de sturing en de besturing van de zorgsector. Dit heeft een aantal oorzaken:

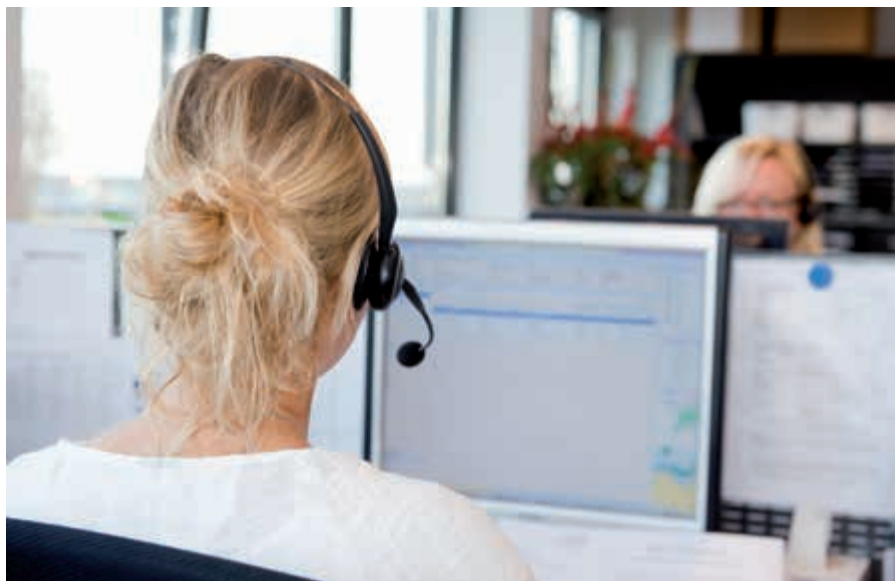
- privacybepalingen;
- verbrokkelde data-infrastructuur;
- aanbodgerichtheid;
- monopolieposities;
- concurrentiële verhoudingen;
- gebrek aan transparantie.

Bovendien bestaat de indruk dat “datadwang” en registratiedruk kunnen leiden tot oneigenlijke zorgproductie. Tenslotte, door tekortschietende standaardisatie staat de kwaliteit van

de data aan inzicht in processen in de weg. Zo worden veel kosten gemaakt die, zeker ook op stelselniveau, weinig opleveren. Het zorgstelsel is nog steeds een blackbox.

Een ander manco in het gebruik van data in de zorg is het gevolg van de knip tussen “volksgezondheid” en “zorg”. Sturen op gezondheidsdoelen vereist beschikbaarheid van actuele informatie over de locale of regionale gezondheidssituatie, bij voorkeur op wijkniveau. Deze informatie, afkomstig van GGD'en, zou de zorgverlening moeten sturen. Dit gebeurt niet. Vooral de koppeling van data aan gezondheid op wijkniveau schiet ernstig tekort.

Dit is de aanleiding voor een advies van de RVZ over het gebruik van data in de zorg. De centrale vraag in dit advies zal zijn: hoe kunnen wij het gebruik van data in de zorg ten behoeve van sturing en besturing optimaliseren? Deze vraag impliceert de transformatie van data in beleidsrelevante kennis (op micro-, meso- en macroniveau). Beantwoording van deze vraag vereist dat de RVZ de doelen van sturing en besturing formuleert. Van deze doelen moet de Raad beoogde resultaten in termen van gezondheid afleiden. Van transformatie van data in kennis voor beleid is op dit moment onvoldoende sprake.



De Raad zal gebruik maken van casuïstiek, bijvoorbeeld het gebruik van data in de diabeteszorg. Interprofessionele communicatie staat daarbij centraal, maar het gebruik van data door zorgverzekeraars en andere zorginkopers zal ook aandacht krijgen. In de andere adviezen in dit werkprogramma (Gemeente en zorg, Corporate governance en Scenario's) zullen voorstellen worden gedaan over het gebruik van data in de zorg. De Raad neemt zich voor deze voorstellen een plaats te geven in het advies over data.

Het advies verschijnt maart 2014. De RVZ zal samenwerken met onder meer DBC Onderhoud, IGZ, RIVM, NZa, het Kwaliteitsinstituut/CVZ, Gezondheidsraad, ZonMw en Nictiz. Ook dataleveranciers en -verwerkers zal hij bij de voorbereiding van het advies betrekken.







## Alcoholbeleid

Het drinken van alcohol is een volstrekt aanvaard, om niet te zeggen populair, onderdeel van de samenleving. Toch zijn er, redenerend vanuit het perspectief van gezondheid, belangrijke schaduwkanten. Sommige zijn oud, sommige nieuw:

- de alcoholverslaving;
- alcohol en verkeer;
- de relatie tussen alcohol en agressie (in het gezin, in de sport en op straat);
- de schade die alcohol aanricht op het jeugdige brein.

Alcohol is dus een bijzonder en veelvormig fenomeen: positief en negatief. En dus is alcoholbeleid een ingewikkelde opgave: balanceren tussen plussen en minnen. Dat maakt

alcoholbeleid anders dan bijvoorbeeld tabaks- of drugsbeleid.

In het advies zal de Raad deze thema's adresseren:

- de maatschappelijke functie van alcohol in nationaal en internationaal perspectief;
- een internationale vergelijking van overheidsbeleid en de effecten daarvan;
- alcohol en jongeren.

In zijn advies zal de RVZ een bijzondere plaats inruimen voor opvoeding en onderwijs voor de betekenis van MVO op het vlak van alcohol en jeugd en voor de verslavingsaspecten (preventie en zorg).







# Signalementen CEG in 2013

## Wensen en grenzen bij de geneeskunde

Dit betreft de ethische en beleidsmatige vragen die opgeroepen worden door verschuivingen in de geneeskunde in de richting van patiënt- of wensgestuurde geneeskunde. Er lijkt een toename te zijn van verzoeken van patiënten voor niet-noodzakelijke zorg bij ziekte (of zwangerschap) of de inzet van geneeskunde voor 'niet-ziekten'. Geneeskundige technieken en producten worden dus ingezet voor doelen die buiten het traditionele domein van de geneeskunde liggen, zoals het beter presteren, mooier worden of bewerkstelligen van (excessieve) geruststelling. Denk bijvoorbeeld aan gebruik van psychofarmaca, cosmetische ingrepen, keizersnede op verzoek,

eicel vitrificatie om sociale redenen en diagnostische testen op verzoek. Dit signalement zal deels een update zijn van een van de eerste signalementen die het CEG in 2003 uitbracht, namelijk over *enhancement*: De maakbare mens.

*Ethische vragen hierbij:*

- Als de patiënt er zelf voor betaalt, mag dan alles aan haar of hem verkocht worden: 'wie betaalt, bepaalt?'
- Hoe ver reikt de professionele verantwoordelijkheid van de arts bij deze verschuivingen?
- Waar ligt de grens bij wat nog als geneeskunde beschouwd kan worden?



- In hoeverre zijn we als samenleving bereid hieraan mee te betalen vanuit het oogpunt van solidariteit en rechtvaardige verdeling van collectieve middelen?

Het signalement verschijnt oktober 2013.

## Omgaan met risico's



Dankzij de vooruitgang van de medische wetenschap zijn burgers, zorgprofessionals en overheid steeds beter in staat om gezondheidsrisico's in te schatten, te voorkomen of erop te anticiperen.

Groeiend inzicht in risico's is in eerste instantie natuurlijk een gunstige ontwikkeling die mensen meer controle geeft over hun leven en gezondheid. Maar soms slaat de zorg door in het

streven naar 'better safe than sorry'. Het is niet altijd mogelijk en wenselijk om alle risico's in te dammen. Verstandig omgaan met risico's houdt ook het aanvaarden van onzekerheid in. Bijvoorbeeld wanneer de middelen om het risico uit te sluiten niet in verhouding staan tot de kans op en de omvang van eventuele schade.

*Ethische vragen hierbij:*

- Hoe ver moeten we gaan met het in kaart brengen en uitsluiten van risico's? Onder welke voorwaarden is het te prefereren om risico's en onzekerheid te aanvaarden?
- Bij wie ligt de verantwoordelijkheid voor bepaalde risico's? In hoeverre mag de burger een beroep op de zorg doen voor het uitsluiten van risico's? In hoeverre mogen derden (overheid en professional) het risicogedrag van de burger beïnvloeden? In hoeverre kunnen we burgers, zorgverleners en de inspectie (IGZ) aansprakelijk houden voor keuzes die achteraf gezien tot een risico hebben geleid?

Het signalement verschijnt maart 2014.



## Globalisering van zorg



In toenemende mate en om heel verschillende redenen maken mensen gebruik van medische zorg over de landsgrenzen omdat deze in Nederland niet (op korte termijn) beschikbaar of toelaatbaar zijn. Zorgverzekeraars gaan in die ontwikkeling mee en vergoeden steeds vaker in het buitenland geleverde zorg. Globalisering en toenemend gebruik van mogelijkheden via het internet maken het mogelijk gebruik te maken van diensten in het buitenland die hier niet verkrijgbaar zijn, die elders goedkoper zijn of die hier verboden zijn maar over de grens wel beschikbaar zijn. Voorbeelden zijn online

geneeskunde, vruchtbaarheidstechnieken, stamceltherapie en orgaandonatie. Hier geldende ethische en juridische normen worden zo gepasseerd om elders te 'halen' wat hier niet mogelijk, toelaatbaar of beschikbaar is.

### *Ethische vragen hierbij:*

- Is het aanbod van behandelingen over de landsgrenzen, zoals stamceltherapieën orgaandonatie en vruchtbaarheidsbehandelingen, betrouwbaar? En zo nee: moeten Nederlandse behandelende artsen vanuit hun professionele verantwoordelijkheid patiënten hiertegen beschermen? Of moet de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt hierin leidend zijn?
- Wat te doen als de patiënt weer terug is in Nederland en er complicaties optreden of nazorg wordt verlangd. Moeten zorgverleners meewerken aan behandelingen die in het buitenland zijn 'gehaald' en hier niet geoorloofd zijn? En in hoeverre moeten de kosten van dergelijke nazorg collectief vergoed worden?
- Is het voor onze ethische overwegingen relevant dat behandelingen die we hier niet willen toelaten over de grens wel te halen zijn? Met andere woorden: moeten we bijvoorbeeld ethische bezwaren tegen de *Total body scan* opgeven?



# Planning adviezen RVZ en signalementen CEG voor 2013

Adviesproject	raadsleden	projectmanager	publicatie
<b>Werkprogramma 2012</b>			
Solidariteit	prof. dr. W.N.J. Groot mr. H. Bosma prof. dr. J.P. Mackenbach	drs. F.J. van Sloten fj.v.sloten@rvz.net	maart 2013
Wat is goede zorg?	mw. prof. dr. D.D.M. Braat mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	mw. mr. M.W. de Lint m.delint@rvz.net	april 2013
<b>Werkprogramma 2013</b>			
Corporate Governance	mw. drs. M. Sint mw. prof. dr. D.D.M. Braat drs. R. Meijerink	mw. mr. M.W. de Lint m.delint@rvz.net	november 2013
Scenario-onderzoek	mr. H. Bosma prof. dr. W.N.J. Groot drs. R. Meijerink	dr. W.J. Meerding wj.meerding@rvz.net	november 2013
Gemeente Samenwerking met SCP en ROB	prof. dr. J.P. Mackenbach E.R. Carter, MBA prof. dr. D.L. Willems	drs. F.J. van Sloten fj.v.sloten@rvz.net	december 2013
Gebruik van data in zorg start in april 2013	prof. dr. W.N.J. Groot mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman	P.M.	maart 2014
(Alcoholbeleid)	P.M.	P.M.	P.M.

Adviesproject	raadsleden	projectmanager	publicatie
<b>Werkprogramma CEG 2012</b>			
CEG-signalement Zelfmanagement (2012)	prof. dr. D.L. Willems mw. prof. dr. D.D.M. Braat	mw. dr. A.J. Struijs mw. drs. M.A. de Vos a.struijs@rvz.net ma.devos@rvz.net	januari 2013
CEG-signalement Betutteling (2012)	prof. dr. D.L. Willems prof. dr. J.P. Mackenbach	mw. dr. M. ten Have m.t.have@rvz.net	juni 2013
<b>Werkprogramma CEG 2013</b>			
CEG-signalement Wensen en grenzen	prof. dr. D.L. Willems mw. prof. dr. D.D.M. Braat	mw. dr. A.J. Struijs mw. dr. E.C.A. Asscher (GR) a.struijs@rvz.net	oktober 2013
CEG-signalement Omgaan met risico's	prof. dr. D.L. Willems E.R. Carter, MBA	Mw. dr. M. ten Have m.t.have@rvz.net	maart 2014
(Globaliseren)	P.M.	P.M.	P.M.







# Bijlagen

## Vaststelling werkprogramma RVZ 2013



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg  
de voorzitter prof.dr. M.H. Meijerink  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag

Raad v/d Volksgezondheid	
021	Nr. 165
Ingekomen	29 OKT 2012
1 <sup>o</sup> behand.naar:	R. Meijerink
2 <sup>o</sup> behand.naar:	P. Van't Hof-Hoogheerdt
3 <sup>o</sup> behand.naar:	

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Dir. Macro-Eco. Vraagst. en  
Arbeidsmarkt  
Algemeen-economisch beleid

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
www.rjksoverheid.nl

Inlichtingen bij  
dr. ir. C.M. Vos  
Senior Adviseur Kennisbeleid  
T 070-3405057  
cm.vos@minvws.nl

Kenmerk  
NEVA-AEB 3137300

Bijlage(n)

*Correspondentie uitwisselend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 26 OKT. 2012  
Betreft vaststelling werkprogramma RVZ 2013

Geachte heer Meijerink

Tot mijn genoegen stel ik vast dat de door mij in ons gesprek van jl. 4 oktober aangedragen onderwerpen een plek hebben gekregen in het werkprogramma 2013 van de RVZ. Ik realiseer mij dat de onderwerpen 'Gemeente, gezondheid en zorg' en 'Scenario-onderzoek en -advies' relatief veel van de RVZ-capaciteit zullen vragen. Het onderwerp 'Corporate governance' lijkt een minder omvangrijk onderwerp, hoewel het trekken van lessen uit zich voordoende governance-vragen in andere sectoren dan de zorg de nodige aandacht kan vragen.

Met deze drie onderwerpen is invulling gegeven aan de wens van het kabinet naar een strategisch en in omvang beperkt adviesprogramma, dat ik hierbij vaststel.

Als er dan nog ruimte is voor additionele vragen – het is ook denkbaar dat het nieuwe kabinet wensen voor advisering heeft – geef ik prioriteit aan het onderwerp 'Gebruik van data in de zorg'. Ik teken daarbij wel aan dat op dit moment veel partijen met deelaspecten van dit onderwerp bezig zijn. Wanneer u het adviestraject start is het bij uitstek voor dit onderwerp zaak goed te verkennen wat op dat moment de meest relevante vraagstelling is.

Het onderwerp 'Alcoholbeleid' heeft reeds veel politieke en beleidsaandacht. Voor zover ik het nu overzie, voorziet een RVZ-advies over alcoholbeleid niet in een thans beleefde kennis- of beleidslacune.

Ik wens u veel succes bij de uitvoering van dit werkprogramma en zie uit naar uw adviezen. Een afschrift van deze brief samen met het door u geformuleerde werkprogramma stuur ik naar de Kamers der Staten-Generaal.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Mw. Drs. E.I. Schippers

Pagina 1 van 1

## Samenstelling secretariaat

### Directie

Mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra

### Functie

algemeen secretaris

### Communicatie

Mw. M.L. Noteboom

adviseur communicatie

### Adviesgroep

Mw. dr. I. Doorten

senioradviseur

Drs. B.J.C. van de Gevel

senioradviseur

Mw. dr. M. ten Have

senioradviseur RVZ/senioradviseur CEG

Mw. mr. M.W. de Lint

senioradviseur

Dr. W.J. Meerding

senioradviseur

L. Ottes, arts

senioradviseur

Drs. F.J. van Sloten

senioradviseur

Mw. dr. A.J. Struijs

senioradviseur RVZ/projectcoördinator CEG

Mw. drs. N.P.C.A. Vermunt, arts

senioradviseur

Mw. drs. S.S. Baldewsing

adviseur

Mw. drs. M.E.M. Huijben

adviseur

Mw. drs. M.H. Haverkamp

adviseur (detachering LUMC)

Mw. K.R. Jongsma, MSc

adviseur RVZ/CEG (detachering Erasmus MC)

Mw. drs. L.E. Oldenhof

adviseur (detachering EUR)

Mw. drs. M.A. de Vos

adviseur CEG (detachering AMC)

Mw. A. Zarrinkhameh, MSc

junioradviseur

### Stafbureau

Mw. P.J. de Zwart-van der Meer

adviseur bedrijfsvoering

Mw. C.A. Dijkhuizen

coördinator raadssecretariaat

Mw. V. Pahladsingh-Jewlal

directiesecretaresse

Mw. N.L. Buijs

projectondersteuner/drukwerkcoördinator

Mw. A.J.J. Dees

projectondersteuner

Mw. I.A. de Prieëlle

projectondersteuner

Mw. L. Romein-Hoek

projectondersteuner CEG

Mw. S. Sookhan

assistent visueel gehandicapte medewerker

## Kennisgebieden medewerkers RVZ

Het secretariaat van de RVZ beschikt over kennis over verschillende gebieden van de gezondheidszorg. Deze 'kennisgebieden' zijn verdeeld onder de adviseurs van het secretariaat van de RVZ. Hieronder staan de kennisgebieden per persoon.

### **Sasvita Baldewsingh**

*sociaal wetenschapper*

- Internationale vergelijkingen zorgstelsel

### **Ingrid Doorten**

*socioloog*

- Jeugd en gezin; jeugdgezondheidszorg
- Innovatie langdurige zorg
- Ouderenbeleid

### **Bart van de Gevel**

*econoom*

- Zorgverzekeringwet
- Bekostiging en financiering curatieve en langdurige zorg
- Arbeid en zorg; arbeidsmarkt zorgsector

### **Marieke ten Have**

*filosoof/ethicus (CEG)*

- Ethiek van publieke gezondheid en preventie
- Solidariteit en rechtvaardige verdeling in de zorg

### **Margje Haverkamp**

*arts-assistent interne*

*geneeskundelinfectieziekten*

- Tweede lijns gezondheidszorg
- Shared decision making
- Einde levens beslissingen
- Infectie ziekten

### **Theo Hooghiemstra**

*bestuurskundige en gezondheidsjurist*

- Gezondheids- en privacyrecht
- Strategie en governance
- E-Health en innovatie
- Informatie zelfbeschikking

### **Marianne Huijben**

*psycholoog*

- Maatschappelijke ondersteuning en gezondheidsbevordering
- Zorg voor chronisch zieken

### **Karin Jongma**

*gezondheidswetenschapper*

- Preventie in de GGZ
- Autonomie, wilsverklaringen en wilsonbekwaamheid
- Ethiek van mensen, dieren en de leefomgeving

### **Marina de Lint**

*jurist*

- Juridische vraagstukken zorgsector
- Governance in de zorg
- Mededinging en samenwerking
- Europa
- Kwaliteitsbeleid zorg

**Willem Jan Meerding**

*econoom*

- Publieke gezondheid en preventie
- Zorgstelsel en zorgfinanciering
- Health Technology Assessment en geneesmiddelenbeleid
- Frontoffice functie van zorg en maatschappelijke ondersteuning

**Lieke Oldenhof**

*bestuurskundige*

- Bestuur en management  
zorginstellingen

**Leo Ottes**

*arts n.p. en bedrijfskundige*

- Medische technologie en innovatie
- Biowetenschappen en -technologie
- Farmacologie en farmacotherapie

**Flip van Sloten**

*econoom*

- Risicoverevening
- Basispakket
- Publieke gezondheid en preventie en SEGV
- Wmo

**Alies Struijs**

*theoloog/ethicus (CEG)*

- Ethiek: beroepsethiek, eigen verantwoordelijkheid- en privacykwesties
- Mantelzorg en vrijwilligers
- Levensbeschouwelijke en culturele diversiteit

**Neeltje Vermunt**

*arts en econoom*

- Medische professionaliteit
- Huisartsgeneeskunde
- Gepaste zorg/gepast gebruik

**Mirjam de Vos**

*orthopedagoog en sociaal wetenschapper*

- Medische communicatie
- Beslissingen rond het levenseinde
- Zeggenschap van patiënten en hun familie
- Wilsonbekwaamheid
- Conflictbemiddeling

## Publicaties RVZ in 2012

Titel publicatie	Publicatienummer
Regie aan de poort, december 2012	12/07
Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012	12/06
Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012	12/05
Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012	12/04
In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012	12/03
Stoornis en delict, mei 2012	12/02
Werkprogramma 2012, januari 2012	12/01

## Publicaties CEG in 2012

Titel publicatie	Publicatienummer
Rechtvaardige selectie bij een pandemie	Sig 12/03
Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid	Sig 12/02
De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur	Sig 12/01







Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

