Meer markt in de gezondheidszorg

Mogelijkheden en beperkingen

Prof. dr. Eduard J. Bomhoff

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Winst en gezondheidszorg

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

1	**Marktwerking en marktfalen**	**6**
1.1	Voordelen van marktwerking	6
1.2	Marktfalen	7
2	**Marktwerking in de gezondheidszorg**	**9**
3	**Stijgende kosten in de gezondheidszorg**	**13**
4	**Marktwerking en kostenbesparing**	**15**
5	**Marktwerking in de verzekering**	**19**
5.1	De voorstellen van het kabinet	20
6	**Concurrentie tussen de aanbieders**	**25**
6.1	Het Zweedse alternatief	27
7	**Betere informatie over medische behandelingen**	**29**
8	**Scheiding tussen publiek en privaat**	**30**
9	**Conclusies**	**32**

Bijlagen

1.	Literatuur	37
2.	Overzicht publicaties RVZ	41

1 Marktwerking en marktfalen

Marktwerking betekent dat meerdere rivaliserende partijen als vragers en aanbieders op een markt actief zijn. Het prijsmechanisme zorgt ervoor dat al hun activiteiten op elkaar worden afgestemd totdat uiteindelijk een optimale verdeling van goederen en diensten resulteert. De totale welvaart, voorzover bepaald door de allocatie van verhandelbare goederen en diensten, is dan maximaal (Pareto-optimum).

Wil een vrije markt functioneren, dan moet aan een aantal basisvoorwaarden zijn voldaan. Ten eerste moet duidelijk zijn bij wie de eigendom van een verhandelbaar goed berust. Ten tweede moet duidelijk zijn welke rechten aan de eigendom van het goed verbonden zijn. Ten derde moeten er instituties zijn die waken over de naleving van deze eigendomsrechten, anders ontaardt de markteconomie in een jungle waarin slechts het recht van de sterkste telt.

1.1 Voordelen van marktwerking

Als aan deze basisvoorwaarden voor het functioneren van markten voldaan is, kan onder stringente aannames, zoals rationeel gedrag, volledige informatie, vrije toe- en uittreding, afwezigheid van transactiekosten, worden aangetoond dat het prijsmechanisme alle individuele vraag- en aanbodbeslissingen op elkaar afstemt totdat een collectief optimum is bereikt. De schaarse beschikbare hulpmiddelen (arbeid, kapitaal, menselijk talent) worden dan zo efficiënt mogelijk ingezet: allocatieve efficiëntie. Tegelijkertijd zijn in die situatie de prijzen waarvoor goederen en diensten worden aangeboden, zo laag mogelijk. Er zijn immers vele aanbieders die met elkaar wedijveren om het product tegen een zo laag mogelijke prijs aan te bieden. Een belangrijke uitkomst van volkomen concurrentie is daarom ook kostenefficiëntie.

Naast allocatieve en kostenefficiëntie is een derde aspect van marktwerking dat zij innovatie stimuleert. Onder druk van de concurrentie zijn ondernemers immers voortdurend op zoek naar nieuwe producten of technieken waarmee zij hun klanten nog beter kunnen bedienen en nog efficiënter kunnen werken dan hun concurrenten. Op een concurrerende markt heerst dus een tendens naar voortdurende verbetering en vernieuwing: dynamische efficiëntie. Dit leidt tot meer variatie

in producten en dienstverlening en daarmee tot een hogere welvaart.

Een laatste voordeel van marktwerking is dat iedereen volledig vrij is om de markt te betreden als dat hem kan helpen bij het bevredigen van zijn persoonlijke behoeften. Marktwerking is daardoor sterk geassocieerd met keuzevrijheid. De markt biedt in beginsel iedereen gelijke kansen. Dat betekent uiteraard niet dat de uitkomsten van het marktproces ook voor iedereen gelijk zijn.

1.2 Marktfalen

Helaas is in de praktijk zelden aan alle voorwaarden voor een perfect werkende markt voldaan. Tegenover de sterke kanten van de markt staan zwakke kanten: marktfalen. Er zijn verschillende bronnen van marktfalen.

Ten eerste kan de aard van een product verhinderen dat er een markt met vraag en aanbod voor dat product tot stand komt. Dit geldt bijvoorbeeld voor publieke goederen, zoals dijken of defensie. Bij dergelijke voorzieningen is het niet mogelijk of heel kostbaar individuen voor het gebruik van deze voorzieningen een prijs in rekening te brengen. Dit betekent dat er voor dit soort goederen geen markt ontstaat en het product dus zonder coördinatie van bovenaf ook niet wordt voortgebracht. De zorg voor de volksgezondheid, bijvoorbeeld door controle op de voedselveiligheid, is te beschouwen als een collectief goed.

Een tweede probleem is dat het marktproces bijvoorbeeld als gevolg van schaalvoordelen kan uitmonden in een opeenhoping van marktmacht bij één of enkele marktpartijen. Wanneer één partij te veel macht heeft, kan die de condities en het gedrag van andere partijen gaan bepalen. Dit kan ertoe leiden dat de prijzen hoger worden of de dienstverlening slechter is dan in een situatie van volledige mededinging. Een dergelijke situatie kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer concentratie in de verzekeringswereld ertoe leidt dat er nog maar één of enkele verzekeraars zijn die medische risico's verzekeren.

Een ander probleem zijn negatieve externe effecten. Dit doet zich voor als de voortbrenging van een product op een markt neveneffecten heeft op anderen die niet bij de transactie

betrokken zijn. Wanneer iemand bijvoorbeeld uit kostenoverwegingen weigert zich te laten inenten tegen een zeer besmettelijke ziekte heeft dat evident consequenties voor anderen in zijn omgeving.

Een vierde vorm van marktfalen komt voort uit een ongelijke verdeling van informatie (asymmetrische informatie) over de verschillende marktpartijen. Dit probleem doet zich voor wanneer de markt onvoldoende transparant is en partijen geen gelijke informatie hebben over bijvoorbeeld de kwaliteit van het verhandelde product. Er komen dan transacties tot stand die niet gebaseerd zijn op juiste kennis over het product en die om die reden minder efficiënt zijn. In de markt voor gezondheidszorg, waar de patiënt als vrager en de arts als aanbieder ongelijke informatie hebben over bijvoorbeeld de ernst van een aandoening en het nut van een behandeling, is dit aspect van groot belang.

De werking van de markt kan ook belemmerd worden door zeer hoge transactiekosten. Wanneer partijen een langdurige overeenkomst aangaan (bijvoorbeeld een verzekeringscontract), is het moeilijk alle wederzijdse verplichtingen in alle mogelijke toekomstige situaties heel precies in het contract op te nemen. De onderhandelingen zouden zelfs zo ingewikkeld en kostbaar kunnen worden dat de hele transactie niet doorgaat. Maar als anderzijds de verplichtingen niet precies zijn omschreven, is er een risico dat één van de partijen zich opportunistisch gaat gedragen. Het kan in dergelijke gevallen doelmatig zijn om een collectief contract verplicht te stellen.

Tenslotte zorgt marktwerking niet automatisch voor maatschappelijk gewenste uitkomsten. De uitkomst van de vrije marktwerking is weliswaar efficiënt, maar houdt geen rekening met maatschappelijke voorkeuren wat betreft de verdeling of de toegankelijkheid van voorzieningen. De markt reageert alleen op koopkracht. In de gezondheidszorg is dit een cruciaal punt. Dat blijkt al uit het feit dat het recht op medische behandeling in de Grondwet is verankerd. Het blijkt ook uit de heftige discussies die voortdurend in de samenleving ontstaan over 'tweedeling in de zorg'.

2 Marktwerking in de gezondheidszorg

Marktwerking in de gezondheidszorg kan op drie fronten plaatsvinden:

1. Bij de verzekering: kunnen mensen kiezen tussen verschillende verzekeraars? Is er keuze in de omvang van het pakket? Is het makkelijk om van verzekeraar te wisselen?
2. Bij de zorgverleners: is er concurrentie in de thuiszorg? Kunnen ondernemers of stichtingen een nieuw ziekenhuis, kliniek of artsenpraktijk oprichten? Is er vrije vestiging voor nieuwe artsen, tandartsen en apothekers? Kunnen grote instellingen makkelijk taken uitbesteden?
3. Bij de informatievoorziening aan de vraagkant: hebben patiënten een goed overzicht over de kwaliteit van de behandelingen? Zijn er objectieve gegevens over het resultaat van medische ingrepen? Als er wachttijden bestaan, kunnen patiënten zich daarover dan snel en betrouwbaar informeren?

Tegelijkertijd zijn op al deze fronten publieke belangen in het geding:

1. Marktwerking in de verzekering mag niet betekenen dat mensen door alle concurrerende verzekeraars worden geweigerd en dus geen dekking kunnen krijgen tegen grote gezondheidsrisico's. Uit de Grondwet (recht op medische behandeling) volgt al dat universele dekking als sociaal doel prevaleert boven nóg meer keuzevrijheid wanneer die twee met elkaar in strijd zouden komen.
2. Concurrentie tussen de aanbieders mag niet betekenen dat taken worden verwaarloosd die sociaal waardevol zijn, maar onvoldoende in de markt worden geprijsd. Willen we bijvoorbeeld dat ziekenhuizen ook eerste hulp geven aan mensen die niet zijn verzekerd, dan moet daarmee rekening worden gehouden bij het aanmoedigen van financiële concurrentie tussen instellingen. Willen we in de thuiszorg dat mensen die afgelegen wonen een gelijk recht op zorg hebben, dan is het niet prudent om marktwerking toe te laten, maar niet te betalen voor reistijd van het personeel (commerciële toetreders halen dan 'de krenten uit de pap' en de gevestigde instellingen krijgen steeds hogere kosten per cliënt voor de resterende patiënten).
3. Transparantie in de informatie mag niet tot gevolg hebben dat ziekenhuizen zich commercieel gedwongen voelen om

patiënten met een slechte prognose te weigeren omdat die een gevaar vormen voor hun plaats op de ranglijst.
4. Preventie is een groot goed met vaak een gunstige verhouding tussen kosten en baten, maar krijgt te weinig nadruk wanneer de baten van preventie niet kunnen worden verzilverd door voortdurende wisselingen van verzekeraar.

Het is dus oppervlakkig om zonder meer te pleiten voor meer marktwerking. De discussie over marktwerking is subtiel, speelt op verschillende fronten en moet rekening houden met belangrijke neveneffecten. In dit essay schetst NYFER het volgende kader voor die discussie. Allereerst geven wij aan waarom de kosten in de gezondheidszorg snel stijgen. Dat onderwerp lijkt misschien verwijderd van de discussie over marktwerking, maar is dat niet. Toen staatssecretaris Simons in 1991 het systeem van 'fee for service' verving door macrobudgetten, was dat ingegeven door de hoop dat zo'n planningssysteem de kosten zou drukken. Het huidige debat over meer marktwerking bij de verzekering en daarbij het afschaffen van het tarievenorgaan College tarieven gezondheidszorg (CTG) is voor een deel ingegeven door nog steeds diezelfde hoop: nu menen beleidsmakers dat concurrentie tussen verzekeraars 'doelmatigheid en een beheerste ontwikkeling van de kosten zal bevorderen'.[1]

Paragraaf 3 van dit essay gaat dieper in op de kostenopdrijvende factoren in de zorg. Paragraaf 4 bespreekt welke invloed marktwerking op de kosten kan hebben. NYFER betoogt dat de vorm van organisatie en de wijze van verzekering veel minder belangrijk zijn voor de trend in de kosten dan politici vaak denken. Dat blijkt ook al uit het feit dat de meerderheid van de Europese landen die kiezen voor een financiering van de zorg via de belastingen – met dus weinig of geen marktwerking voor wat betreft de verzekering – niet significant duurder of goedkoper af zijn dan de minderheid (waaronder Nederland) die kiest voor een sociale verzekering met enige concurrentie tussen verzekeraars.[2]

Als de wens tot lagere kosten voor de samenleving niet het hoofdmotief is voor introductie van meer marktwerking, wat is dat dan wel? Vanwege de snelle technische vooruitgang in de zorg, is één verstandig doel van marktwerking het vinden van een systeem waarbij nieuwe mogelijkheden snel beschikbaar komen voor patiënten. Het gaat dan vooral om concurrentie

tussen aanbieders. Een tweede doel van marktwerking is het versterken van de 'macht' van de patiënt. In een erg centralistisch systeem heeft de patiënt weinig keus als er sprake is van slechte kwaliteit, wachtlijsten of onrespectvolle behandeling, maar bij marktwerking en concurrentie dingen verschillende verzekeraars en ook verschillende aanbieders naar klandizie. De beschikbaarheid van betrouwbare informatie is daarbij essentieel. Een derde doel van marktwerking kan zijn de arbeidsvreugde van de zorgaanbieders. Dit punt ligt subtiel. In het openbaar vervoer lijken de werknemers niet te rekenen op meer arbeidsvreugde bij marktwerking, maar misschien hebben ze ongelijk. In de zorg willen zorgverleners voldoende tijd houden voor de omgang met patiënten, in combinatie met een minimum aan hinderlijke bureaucratie. Het is geen uitgemaakte zaak dat marktwerking daarbij helpt, maar het kan zijn dat 'stalinistische' of contraproductieve bureaucratische praktijken sneller verdwijnen bij meer marktwerking.

Het is denkbaar dat twee van de gewenste doelen – snelle invoering van nieuwe vormen van behandeling en meer 'macht' voor patiënten – allebei worden gediend met marktwerking aan de kant van de verzekering. Ons kabinet pleit daar krachtig voor, zij het dat snelle introductie van nieuwe vormen van zorg minder als motief wordt genoemd en kostenbeheersing – volgens NYFER tevergeefs – een zwaar accent krijgt. In paragraaf 5 van dit essay gaat NYFER daarom eerst uitvoerig in op de vraag of marktwerking in de verzekering mogelijk is zonder conflict met de maatschappelijke desiderata van universele dekking en voldoende aandacht voor preventie. NYFER's conclusie is dat de schets van het kabinet de universele dekking garandeert, maar preventie in de knel brengt en bovendien slecht is ontworpen om variëteit in de verzekering te introduceren. In de voorstellen van het kabinet blijft er geen wezenlijke keuze over bij de verzekering en dan levert marktwerking dus maar weinig op.

In paragraaf 6 gaat het over marktwerking bij de aanbieders van zorg. Concurrentie kan daar belangrijke voordelen hebben, vooral doordat er meer en sneller nieuwe mogelijkheden voor patiënten beschikbaar komen. Tegelijkertijd liggen er ook risico's. Een waarschuwend voorbeeld zijn de fouten die gemaakt zijn bij de gedeeltelijke privatisering in de thuiszorg. Méér valt te leren van belangrijke experimenten op het punt van de liberalisatie van het aanbod in Zweden. De conclusie is hier dat liberalisering leidt tot een eenmalige toename in de

capaciteit én – mits goed opgezet – kan bijdragen aan de arbeidsvreugde van de professionals in de zorg.

Paragraaf 7 van het essay handelt over de verbetering van informatie over medische behandelingen. Nederland loopt daar volgens internationale vergelijkingen ernstig achter. Méér informatie kan tot gevolg hebben dat iedereen kiest voor behandeling op de beste locatie. Als dat betekent dat ziekenhuizen zich meer kunnen specialiseren, is dat een belangrijke winst voor de effectiviteit van de zorg (ook voor de kosten) en voor de kansen op herstel van patiënten. Dokters die door een groot volume heel vaak dezelfde klacht kunnen behandelen, blijken én lagere kosten én betere resultaten te bereiken.

3 Stijgende kosten in de gezondheidszorg

De kosten van de gezondheidszorg stijgen overal ter wereld. Hier volgen zeven factoren die de kosten van de zorg opdrijven:

1. Vergrijzing: ouderen hebben meer zorg nodig dan kinderen of mensen in de actieve leeftijd en het aantal ouderen stijgt.
2. Stijgende inkomens: mensen zijn rijker en verlangen dus méér van een waardevol iets als gezondheidszorg.
3. Betere dekking van de verzekeringen: internationaal is de trend naar uitbreiding van het verzekerde pakket, en voor mensen met een laag inkomen vaak zonder noemenswaardig eigen risico.
4. Kostenstijging in de medische sector. De gezondheidszorg lijkt wat betreft de trend in de productiviteit op een symfonieorkest of een klas leerlingen in het basisonderwijs **– de professionals worden steeds duurder en de mogelijkheden om op inzet van mensen te besparen zijn veel beperkter dan in de industrie (wet van Baumol).**
5. Bureaucratie: naarmate behandelingen ingewikkelder worden en verzekeraars of regeringen meer hun best doen om een greep te krijgen op de kosten neemt onvermijdelijk de bijbehorende bureaucratie toe – het aantal managers in ziekenhuizen en bij verzekeraars groeit sneller dan het aantal verpleegkundigen.
6. Machtspositie van de medische professionals: bij tekorten aan personeel en wachtlijsten kunnen de aanbieders van zorg misschien extra hoge prijzen in rekening brengen. Maar andersom kunnen verzekeraars ook proberen om met intelligente contracten de kosten van de professionals te drukken – van deze factor is het netto effect dus onduidelijk.

Een gezaghebbende analyse van prof. David Cutler van Harvard laat zien dat de bovenstaande zes factoren tezamen hoogstens ongeveer de helft kunnen verklaren van de toename in de kosten van de gezondheidszorg over de afgelopen vijftig jaar: "Het resterende deel – tenminste 50 % van de kostenstijging – is bijna zeker veroorzaakt door de introductie van nieuwe technologieën in de medische sector. Nieuwe en betere behandelingen en ook de beschikbaarheid van behandelingen voor steeds meer patiënten."[3]

Dat werpt ook een principieel ander licht op de kostenstijging in de gezondheidszorg. Wanneer een nieuwe behandeling de overlevingskansen bij hartkwalen of kanker verhoogt, is het misleidend om te zeggen dat de kosten van de gezondheidszorg zijn gestegen. Dit is op zich wel correct, maar de opbrengsten zijn misschien nog meer toegenomen. Als het uiteindelijke product van de gezondheidszorg wordt gedefinieerd als extra jaren in goede gezondheid, kan de prijs per eenheid product heel goed zijn gedaald wanneer patiënten door een nieuwe behandeling inderdaad langer van een goede gezondheid kunnen genieten. De kostenstijging in de gezondheidszorg zou pas zorgelijk zijn wanneer behandelingen wel ieder jaar veel duurder werden maar geen bijdrage leverden aan het verhogen van de levensverwachting van de bevolking of het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheid in de jaren na behandeling (qualy's). Dat is echter totnogtoe niet gebeurd: integendeel, over de afgelopen dertig jaar is in de rijke landen – ook in Nederland – de levensverwachting met ongeveer vier jaar gestegen, voor een belangrijk deel door verbeteringen in de gezondheidszorg. Aan de marge valt een kosten/baten analyse van de gezondheidszorg dus vooralsnog heel positief uit.

Dat wil echter niet zeggen dat het systeem waaronder de gezondheidszorg wordt aangeboden niet wordt geplaagd door tal van inefficiënties en dat een betere architectuur van het systeem niet zou kunnen leiden tot meer zorg voor evenveel geld. In die context rijst ook de vraag of marktwerking in de gezondheidszorg daarbij behulpzaam kan zijn.

4 Marktwerking en kostenbesparing

Eén belangrijke hypothese over private initiatieven in de gezondheidszorg legt de nadruk op een efficiëntere inzet van personeel wanneer diensten worden uitgevoerd door de private sector. Besparingen worden mogelijk omdat private aanbieders gemiddeld minder mensen nodig hebben dan aanbieders in de collectieve sector voor dezelfde dienstverlening, gemiddeld lagere lonen betalen en goedkopere secundaire arbeidsvoorwaarden onderhandelen met hun medewerkers. Al deze facetten speelden een grote rol bij de mislukte introductie van marktwerking en commercie in de thuiszorg onder staatssecretaris Terpstra. Uiteraard zijn vooral de vakbonden zeer tégen privatisering om deze reden, want werknemers moeten productiever werken tegen vaak lagere vergoeding.

Een uitstekend overzicht van het recente statistische bewijsmateriaal voor deze zienswijze op commercie in de zorg is te vinden in: The Grabbing Hand. Government Pathologies and their Cures van prof. Andréi Shleifer van Harvard en zijn collega Robert Vishny van de Business School van de universiteit van Chicago.[4] In deze studie noemen de auteurs kostenbesparingen van tussen 10 en 36% bij het uitbesteden van overheidsdiensten door lokale overheden in de Verenigde Staten. Daaronder vielen specifiek verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Een andere studie is die van Zweifel en Breyer waarin een zorgvuldige analyse van ziekenhuiskosten in de Bondsrepubliek wordt gepresenteerd. Hun cijfers hebben betrekking op de kosten per patiënt in 614 verschillende ziekenhuizen.[5] De analyse hield op uiterst zorgvuldige wijze rekening met verschillen in de frequentie waarmee kwalen worden behandeld in de respectievelijke ziekenhuizen. De directe kosten – ongerekend kosten van gebouwen – waren significant hoger per behandeling in openbare ziekenhuizen dan in for-profit private ziekenhuizen. Zweifel en Breyer merken op dat deze belangrijke uitkomst in overeenstemming is met de gebruikelijke micro-economische theorie van de eigendomsrechten. Ziekenhuizen in eigendom van liefdadige instellingen blijken nog iets goedkoper te zijn dan for-profit ziekenhuizen maar dat verschil is niet significant. De cijfers zeggen daarom vooral iets over enerzijds de ziekenhuizen in de publieke sector en anderzijds de private ziekenhuizen.

Verschillen in kosten van behandeling variëren tussen DM 689 voor huidinfecties tot DM 9340 voor de categorie 'andere ziekten van de ademhalingsorganen', dit alles in de prijzen van 1983.

Een recenter onderzoek in de Verenigde Staten bevestigt de Duitse conclusie dat in de ziekenhuiswereld het cruciale verschil ligt tussen publiek en privaat en dat het bij privaat daarna weinig belangrijk is of winst voor eigenaars is toegestaan danwel dat het ziekenhuis eigendom is van een private not-for-profit organisatie.[6] Ook uit dit onderzoek van prof. Duggan van de universiteit van Chicago uit 2000 bleek dat ziekenhuizen in de publieke sector het minst efficiënt werken.[7]

Succesvolle voorbeelden van lagere kosten bij privatisering hebben vaak betrekking op leveringen die betrekkelijk makkelijk per contract kunnen worden gespecificeerd. Ook werken privatisering en marktwerking vaak goed in markten met veel aanbieders. De problematische voorbeelden van privatisering hebben daarentegen vaak betrekking op overheidsmonopolies die worden geprivatiseerd in de hoop op hoge efficiency. Dan blijkt vaak zoveel toezicht nodig te zijn dat de aanvankelijk gehoopte efficiencywinst verdwijnt. In haar overzichtsartikel The Political Economy of Privatization and Deregulation schrijft Janet Rothenberg Pack bijvoorbeeld over privatisering in de geestelijke gezondheidszorg:

"Thus, there are many forces working against sustained cost reduction from purchase of service contracts in mental health provision. The need for the government to specify closely and to oversee the delivery of such sensitive services, the increased pressures for wage parity, and the inhibitions on competition all imply that the change in the locus of production will not be accompanied by substantial change in the incentives for or the constraints on efficiency. Without these, the performance of the private nonprofit organizations may be expected to differ little from that of the public agencies."[8]

Janet Rothenberg Pack waarschuwt ook voor de kosten van regulering die onvermijdelijk volgen bij marktwerking en privatisering:

"Given the sensitive nature of the social services – childcare, care of the elderly and infirm – and the enormous sums of money being spent, regulation of the sector has had to expand enormously. Increased

regulation has several important consequences: it encumbers, it reduces flexibility in providing services in innovative ways, and it increases administrative costs. As a result, it inhibits precisely those outcomes that private providers seek."[9]

Kessler and McClellan laten zien dat sinds 1991 in de Verenigde Staten competitie ondubbelzinnig hielp zowel bij het verlagen van de kosten in de ziekenhuizen als bij het verbeteren van de resultaten van behandeling. De empirische gegevens hebben betrekking op bejaarde hartpatiënten, maar omdat hartklachten de grootste categorie ziekte in ziekenhuizen vormen, zijn de resultaten van Kessler en McClellan ook interessant voor de algemene vraag of concurrentie tussen ziekenhuizen bevorderlijk is voor enerzijds efficiency en anderzijds gunstige resultaten van de behandeling.

Hoewel er dus mogelijkheden tot kostenbesparing zijn door meer concurrentie in de gezondheidszorg toe te staan, zullen de eerder genoemde trends verdere kostenstijgingen blijven veroorzaken. Daarnaast kunnen bij beleidsmakers heel verkeerde ideeën leven over de drijvende krachten achter de kostenstijging. Zo is bijvoorbeeld al lang uit wetenschappelijk onderzoek gebleken dat de overschakeling op een systeem van kostenvoorschriften voor 'product/zorgcombinaties' slechts tijdelijk een effect heeft op de kostenstijging in de gezondheidszorg, tenzij zo'n systeem tevens wordt gebruikt om de introductie van nieuwe technologie grondig af te remmen.[10]

Evenmin helpt het om alle nadruk te leggen op andere financieringsvormen. Een klassieke studie van Manning en anderen bevestigt de standaardopvatting van Cutler, Fuchs en vele andere gezondheidseconomen dat het een misverstand is om te denken dat andere financieringsregels zeer langdurige effecten hebben op de stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Het onderzoek van Manning analyseerde zorgvuldig feitelijke experimenten in de Amerikaanse gezondheidszorg waarbij toegang tot de zorg voor een groep proefpersonen gratis werd, om zo na te gaan in welke mate de vraag naar zorg zou toenemen door veranderingen in de prijsstelling. Uit het onderzoek bleek dat maar een paar procent van de kostenstijging kon worden verklaard uit het feit dat veel van de zorg gesubsidieerd en onder de kostprijs werd aangeboden:

"het lijkt erop dat veranderingen in de vorm van de verzekering voor de Verenigde Staten maar een klein deel, misschien maar een tiende, kan verklaren van de stijging in de uitgaven aan gezondheidszorg in de na-oorlogse periode." [11]

Niet alleen hebben Nederlandse beleidsmakers waarschijnlijk een verkeerd beeld over de drijvende krachten achter de kostenstijging in de gezondheidszorg, bovendien wijkt hun bedrijfseconomische filosofie af van de ervaringen in het bedrijfsleven. In zijn dissertatie Competition in the Dutch Health Care Sector wijst Schut erop dat onrealistische ideeën over schaalvoordelen ook opgang hebben gedaan in de Nederlandse gezondheidszorg. In het onderwijs was de gedachte populair dat één computer in Groningen de beste manier was om de studiefinanciering voor alle Nederlandse studenten te regelen en in de sociale zekerheid speelt op dit moment het plan om één instelling alle uitkeringen aan bijna een miljoen WAO'ers (Wet op de arbeidsongeschiktheid) te laten verzorgen. Schut memoreert dat slechts een paar jaar geleden in de thuiszorg door een overheidscommissie werd voorgesteld om de hele landelijke thuiszorg te laten onderbrengen in één organisatie om op die manier een geschatte 12 % te besparen op de overheadkosten.[12] Terecht merkt Schut op: "no attention is paid to the potential negative effects of creating regional monopolies on innovation, prices and quality of home health care."[13]

5 Marktwerking in de verzekering

In veel markten is het voldoende wanneer de overheid bevordert dat aanbieders makkelijk kunnen toetreden uit binnen- en buitenland, consumenten beschikken over betrouwbare informatie, en arbeidsomstandigheden in de sector voldoen aan de eisen van de wet. Dan is er verder het Burgerlijk Wetboek om redres mogelijk te maken bij ernstige klachten, en de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMA) om collusie tussen de aanbieders te verbieden.

De markt voor gezondheidszorg is om drie redenen gecompliceerder:

1. Het is een verzekeringsmarkt, met als gevolg dat alle complicaties die bekend zijn van de markt voor het verzekeren van fietsen, juwelen en auto's hier ook aanwezig zijn: verzekerden kunnen na het afsluiten van de verzekering hun kostenbewustzijn uit het oog verliezen, met als mogelijk gevolg dat de markt 'opdroogt'. Een verzekeringsmarkt verdwijnt wanneer de verzekering zo mooi en duur is dat alleen nog de slechtste risico's zich wensen te verzekeren, waarna de premies nog verder omhoog moeten ter compensatie voor die ongunstige samenstelling van de populatie van verzekerden, zodat een nóg kleinere groep overblijft die zich wil verzekeren en zo verder totdat wellicht helemaal geen markt meer overblijft.
2. De gemeenschap heeft in de Grondwet vastgelegd dat iedereen recht heeft op medische behandeling. De dekking van het stelsel mag dus geen gaten vertonen.
3. Overal ter wereld worden de kosten voor oudere of armere patiënten of voor gezinnen deels gesubsidieerd door extra bijdragen van alleenstaanden, jongeren en huishoudens met een hoger inkomen.

In een vrije verzekeringsmarkt kan het gebeuren dat het onmogelijk wordt om in Amsterdam een fiets te verzekeren tegen diefstal. In de markt voor medische verzekeringen is het onacceptabel wanneer Amsterdammers ook al niet meer het ziekenhuis kunnen verzekeren. Vandaar dat in veel landen het onderwerp 'marktwerking' meer wordt toegespitst op de aanbieders van de zorg dan op de organisatie van de verzekering die de dure zorg financiert. Bijna alle landen hebben artsen, apothekers en ziekenhuizen in de private sector – hoewel de overheid vaak wel bemoeienis heeft met de prijszetting van hun diensten. Weinig landen hebben een

verzekeringssector waar de overheid niet een zwaar stempel op zet om de drie genoemde maatschappelijke wensen te garanderen.

Nationale dekking is het eenvoudigst te realiseren door de premies te laten innen door de belastingdienst. Dan is er geen marktwerking bij de verzekering, maar iedereen is verzekerd. Deze optie geldt in een meerderheid van de lidstaten van de Europese Unie (negen van de vijftien). Het Zweedse en Finse voorbeeld laat zien dat ook dan nog marktwerking mogelijk is op de twee andere terreinen: bij de aanbieders van zorg en voor wat betreft de informatievoorziening aan patiënten. Risico bij zo'n 'socialistisch' systeem van premie-inning is dat de aanbesteding van de zorg en het goedkeuren van de aanbieders centraal plaatsvindt, zodat ondernemers hun diensten moeten verkopen aan één politieke opdrachtgever. Dat zet een rem op het ondernemerschap, omdat bij één enkele inkoper de risico's groter zijn dan wanneer aanbieders van zorg een keuze hebben uit een aantal inkopers. In Engeland, Zweden en Canada bestaat echter wel regionale decentralisatie, zodat tenminste niet het hele land slechts één inkoper heeft. De nationale autoriteiten blijven dominant in het Engelse systeem, maar in Zweden (en nog meer in Finland) hebben de regionale autoriteiten grote bevoegdheden bij de selectie van zorgaanbieders.

Een minderheid van de EU-lidstaten bereikt universele dekking in een sociaal verzekeringsstelsel (zes landen). In Frankrijk is de reikwijdte van de universele polis niet groot en moet men zich nog extra verzekeren bij een onderlinge verzekeringsmaatschappij om het risico van hoge eigen betalingen af te dekken. In Duitsland en Nederland (en ook in Zwitserland) bestaat een combinatie van sociale verzekering voor de meerderheid en particuliere verzekering voor de huishoudens met een hoger inkomen.

5.1 De voorstellen van het kabinet

De regering wil in 2005 een verplichte verzekering invoeren voor medische kosten, waarbij de overheid één identiek pakket vaststelt voor alle burgers. Verzekeraars moeten alle verzekerden dezelfde prijs in rekening brengen, en ook wanneer er een keuze is voor wat betreft het eigen risico in de verzekering, geldt voor elke verzekeringsvorm dat die moet openstaan voor iedereen tegen één premie. Verzekeraars

mogen dus nooit cliënten weigeren, en iedereen kan elk jaar veranderen van verzekeringsmaatschappij.
In de voorstellen stelt het kabinet zes eisen:

1. Meer dan één verzekeraar moet overal in Nederland een verzekering aanbieden
2. Alle burgers krijgen hetzelfde verzekerde pakket
3. Jong en oud, ziek of gezond, alle klanten van een verzekeraar betalen dezelfde premie
4. Geen korting als mensen lang bij dezelfde verzekeraar blijven
5. Eigen risico's in de verzekering zijn toegestaan, maar de premie moet nog steeds voor alle cliënten met een bepaald eigen risico identiek blijven
6. Van tevoren door het Rijk vastgestelde compensatie aan verzekeraars voor iedereen die zij aannemen met extra risico's.

De overheid zal in staat moeten zijn om de compensatiebedragen vast te stellen op zo'n manier dat die niet in strijd raken met de definitie van het pakket. Stel, bijvoorbeeld, dat een verzekeraar tienduizend gulden krijgt per verzekerde van tachtig jaar vanwege het extra risico, maar dat het uniforme pakket recht biedt op behandelingen die gemiddeld voor die leeftijdsgroep veel kostbaarder uitkomen. Vanwege de acceptatieplicht zullen verzekeraars dan direct onder druk komen om een 'ontmoedigingsbeleid' te voeren. Dat kan allerlei vormen aannemen: wachtlijsten, druk op artsen om behandelingen niet te adviseren, goedkope behandelingen ook al is een duurdere ingreep beter. Hoe kunnen patiënten zich verzetten tegen die druk? De voor de hand liggende manieren zijn vrijheid van artsenkeuze, het recht op een 'second opinion', of verzekeringen met hoge eigen risico's zodat patiënten ook voor een deel hun eigen geld uitgeven aan zorg. Wanneer echter de compensatiebedragen van de overheid voor alle verzekeraars identiek zijn, is het denkbaar dat verzekeraars zich financieel niet kunnen permitteren om patiënten die bevoegdheden te geven. Een mogelijke uitkomst is dus dat alle verzekeraars voor de oudere en duurdere patiënten moeten kiezen voor inperkingen van de vrijheid van keuze van behandelaar.

Eén oplossing van dit dilemma heeft het kabinet afgesneden met eis nummer vier dat verzekeraars geen korting mogen geven als mensen lang bij één maatschappij verzekerd blijven. Als dat wel is toegestaan – zoals in Duitsland – kunnen verzekeraars vrije keuze van arts en ziekenhuis aanbieden aan

jonge verzekerden en garanderen dat die rechten blijven bestaan zolang ze loyaal blijven aan de maatschappij. Jonge verzekerden betalen dan een soort extra premie om zich te verzekeren van vrije keuze van arts en ziekenhuis, met name op oudere leeftijd. Zo'n systeem lijkt noodzakelijk wanneer we willen dat er naast elkaar verzekeraars bestaan die veel of weinig keuzevrijheid bieden aan patiënten. Dat lijkt wijs gelet op de lopende Amerikaanse discussie waar voor- en tegenstanders van de zogenaamde Health Maintenance Organizations van mening verschillen over de vraag of patiënten niet lijden onder geringere vrijheid bij de behandeling.

Een tweede probleem bij de dynamiek van het verzekeringsstelsel heeft te maken met regionale verschillen in zowel de gezondheid van de burgers als de kosten van de zorg. Amsterdammers, bijvoorbeeld, zijn statistisch ongezonder dan de andere Nederlanders en ook hebben de ziekenhuizen in Amsterdam meer onvervulde vacatures. Dat zijn twee kostenopdrijvende factoren voor een verzekeraar met een bovengemiddeld marktaandeel in Amsterdam. Vandaar dat het bijvoorbeeld in de Verenigde Staten (en ook in Duitsland) aan verzekeraars is toegestaan om hun tarieven te differentiëren per locatie, wanneer ze daarna maar binnen de locale gemeenschap aan iedereen dezelfde polis aanbieden (community rating). Wij kennen in Nederland trouwens hetzelfde principe van regionale differentiatie bij verzekeringen tegen diefstal. Het kabinet staat dat in de gezondheidszorg niet toe, maar probeert regionale verschillen te ondervangen met een regiocomponent in de normuitkering.

Er zijn twee mogelijke gevolgen. Misschien gaan alle verzekeraars nationaal opereren zodat elk ziekenfonds ongeveer evenveel dure cliënten heeft uit de grote steden. Dan dreigt het gevaar dat verzekeraars zich lokaal willen gaan verbinden om samen kartelmatige afspraken te maken met artsen, ziekenhuizen en apothekers. De kosten van onderhandeling worden immers wel erg hoog als iedere verzekeraar in alle regio's van het land moet onderhandelen met de zorgverlenende partijen. Nauwe en mogelijk exclusieve banden tussen verzekeraars en artsen of ziekenhuizen worden onwaarschijnlijk omdat geen enkele verzekeraar zich wil specialiseren in de patiënten van de grote steden. Die mogen immers niet een hogere premie betalen dan de patiënten op het gezonde platteland. Een soortgelijke problematiek doet zich voor bij de 'verre verzekerden' in afgelegen gebieden, die

onaantrekkelijk zijn vanwege hun moeilijke bereikbaarheid. De overheid is niet bereid om verzekeraars extra te vergoeden voor hun patiënten uit ongezonde of anderszins dure regio's. Het is ook mogelijk dat verzekeraars hun service op dure locaties gaan terugbrengen door een beleid van ontmoediging. Geen locaal kantoor in Amsterdam, geen verpleeghuis of ambulante zorg op locaties die makkelijk zijn te bereiken voor de Amsterdammers, geen folders in het Marokkaans of in het Turks enz. Om zulke risico's te verminderen is het juist wel gewenst dat een paar verzekeraars zich specialiseren in bijvoorbeeld de regio Amsterdam. Voor hen wordt het dan uit reputatieoogpunt gevaarlijk om sommige groepen Amsterdammers te ontmoedigen.

Opnieuw lijkt de veilige oplossing te bestaan uit het opgeven van één van de zes genoemde voorwaarden die de overheid stelt, namelijk de eis dat premies niet mogen afhangen van de woonplaats van de verzekerde.

Concluderend lijkt het gewenst om twee vormen van differentiatie in de premies toe te staan, namelijk op woonplaats en naar gelang van het aantal jaren van inschrijving bij één en dezelfde verzekeraar. Met die twee extra vrijheidsgraden voor de verzekeraars bereikt de samenleving twee belangrijke doelen van het stelsel. Ten eerste blijft het open of verzekeraars zich regionaal specialiseren – zoals de huidige ziekenfondsen – of dat er veel verzekeraars komen met een effectieve landelijke dekking. De uitkomst van die dimensie van de marktordening is belangrijk voor de mate van verticale integratie tussen verzekeraars en zorgaanbieders – ook al een controversieel onderwerp – maar tevens voor de keuzevrijheid van de consumenten, de vrijheid van onderhandeling tussen zorgverleners en verzekeraars en de dreiging van ontmoediging jegens statistisch dure burgers op voor de zorg dure locaties. Ten tweede blijft het dan makkelijker voor de verzekeraars om polissen aan te bieden met veel keuzevrijheid voor de patiënten. Als patiënten te makkelijk kunnen wisselen van verzekeraar omdat premies niet mogen verdisconteren hoe lang iemand al staat ingeschreven, kunnen verzekeraars niet proberen om jonge mensen te lokken met een iets te hoge premie en veel keuzevrijheid en daarbij het perspectief dat ze met zo'n polis zichzelf subsidiëren op hogere leeftijd.

Het is ook waarschijnlijk dat twee extra dimensies van vrijheid in de premiestelling de sociale schade verminderen wanneer de

overheid er niet goed in slaagt om voor het begin van ieder jaar de correcte bedragen vast te stellen voor de verevening van patiënten die eigenlijk een actuarieel te lage premie betalen. Het systeem wordt dan robuuster tegen de onvermijdelijke fouten die daarbij zullen worden gemaakt. Bovendien valt te betogen dat doelen van sociale rechtvaardigheid en spreiding van lasten niet worden aangetast met die twee vrijheidsgraden. In NYFER's alternatief betaalt iedereen die zich nieuw inschrijft bij het ziekenfonds in Amsterdam dezelfde premie, maar die kan hoger zijn dan voor nieuwe cliënten op het platteland. Maar huren zijn in grote steden ook hoger, en salarissen zullen ook steeds meer verschillen gaan reflecteren tussen het leven in de stad en in de provincie. Loyaliteit zou volgens NYFER ook mogen worden beloond (zoals in het Duitse systeem), vooral om meer varianten open te houden bij de verzekering met meer of minder vrije keuze van behandelaar. Dat is belangrijk, speciaal ook voor de gemiddeld veel duurdere oudere cliënten. Daarbij komt nog dat premiekorting bij loyaliteit essentieel is als de samenleving wil dat verzekeraars zich inspannen voor preventie van ziekte.

Een rekenvoorbeeld kan duidelijk maken waarom de Nederlandse regering een onwerkbaar voorstel heeft gedaan. Stel er concurreren twee soorten verzekeraars, namelijk met of zonder vrije keuze van behandelaar. Laat een gezonde, jonge patiënt gemiddeld 800 euro kosten zonder vrije keuze en 1000 euro met vrije keuze van arts en ziekenhuis. En neem even aan dat een hoogbejaarde patiënt 3500 euro kost zonder keuze van behandelaar en 4000 euro bij vrije artsenkeuze. Hoeveel moet dan de regering compenseren aan de verzekeraar die verhoudingsgewijs veel bejaarde patiënten heeft verzekerd? 200 euro per jaar of 500 euro per jaar. Bij keuze voor het lagere bedrag zullen verzekeraars die vrije keuze van behandelaar bieden, hun uiterste best moeten doen om bejaarde patiënten buiten de boeken te houden. Maar dat wil de regering niet. Het waarschijnlijke resultaat is dus dat de regering met de keuze voor de bedragen in de verevening in feite beslist of er keuzeruimte komt op de meest relevante dimensie waar er iets valt te kiezen, namelijk tussen een Health Maintenance Organization-type verzekering waarbij de verzekeraar goedkope contracten sluit met een beperkt aantal aanbieders van zorg, of een vrije verzekering die onbeperkte artsenkeuze biedt maar dus ook duurder is.

6 Concurrentie tussen de aanbieders

Is meer heil te verwachten van concurrentie tussen de zorgverleners? Er is niet veel research die zorgvuldig de effecten heeft kunnen nagaan op zowel de kosten als de uitkomsten voor het welzijn van de patiënten. Maar het is duidelijk dat allebei die dimensies belangrijk zijn om een ondubbelzinnige uitspraak te kunnen doen over de voordelen van concurrentie. Concurrentie die leidt tot lagere prijzen maar ook een lagere kwaliteit is heel wat minder waardevol – zeker in zo'n 'gevoelige' sector als de gezondheidszorg – dan concurrentie die wel helpt bij het beheersen van de kosten maar tegelijkertijd ook prikkelt tot meer succes in de overlevingskans van patiënten.

Een groot onderzoek van Kessler en McClennan in de VS probeerde te meten wat concurrentie in de gezondheidszorg betekende voor de kosten maar ook de kwaliteit van de zorg. Hun onderzoek richtte zich op de behandeling van bejaarde patiënten die voor het eerst een hartaanval kregen (in de jaren 1985, 1988, 1991 en 1994). Er waren cijfers over de behandeling en overlevingskansen van al zulke patiënten in de landelijke gebieden van de complete Verenigde Staten. Het onderzoek richtte zich speciaal op landelijke gebieden omdat in het onderzoek concurrentie wordt gemeten als de keuzevrijheid die patiënten hebben om zich tot verschillende ziekenhuizen te wenden. Reistijd naar de dichtstbijzijnde ziekenhuizen is dan de empirische maatstaf voor de feitelijke aanwezigheid van concurrentie. Omdat in de landelijke gebieden door fusies tussen ziekenhuizen consequenties optreden voor de mate van concurrentie in de gezondheidszorg, kon deze direct en precies worden gemeten middels de afstanden tot de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Ook werd onderzocht of veranderingen in het verzekeringssysteem en integratie tussen ziekenhuizen de mate van variëteit in het ziekenhuisaanbod in regio's in de Verenigde Staten veranderde.

De uitkomsten van dit grote onderzoek waren als volgt:

1. Een verschil van ongeveer acht procent in de kosten voor behandeling van een hartaanval tussen de regio's met de meeste keuzes in ziekenhuizen en de regio's met de minste keuze tussen de verschillende ziekenhuizen.
2. Een 1.5 procentpunt hogere sterftekans voor patiënten in de regio's met de minste keuze tussen verschillende,

concurrerende ziekenhuizen in vergelijking met patiënten in de regio's met de meeste keuzes tussen de verschillende ziekenhuizen. [14]

In haar boek over Market Driven Health Care merkt prof. Regina Herzlinger van de Harvard Business School vooral op dat verticale integratie in de gezondheidszorg met intensieve banden tussen verzekeringsmaatschappijen en ziekenhuizen niet goed blijkt te werken. Op grond van bedrijfskundige argumenten stelt zij dat de risico-averse en op vaste procedures gerichte werkwijze in de verzekeringswereld slecht past bij de innovatieve en meer ondernemende cultuur die men observeert in de beste ziekenhuizen. Hieruit verklaart prof. Herzlinger het mislukken van veel pogingen om ziekenhuizen te direct en strak te laten aansturen door de verzekeraars. Een stelling die ook in het Nederlandse debat heel belangrijk is bij het ontwerpen van een architectuur voor een toekomstig stelsel in de gezondheidszorg. Meer specifiek stelt prof. Herzlinger dat een sterke sturing door de overheid al gauw aanbieders dwingt om vooral hun best te doen om hun budget veilig te stellen voor de toekomst. Alle ondernemers met nieuwe ideeën over methode van behandeling in de gezondheidszorg moeten dan eerst de overheid ervan overtuigen dat er ruimte moet zijn op de markt ook voor hun ideeën, want de bestaande aanbieders hebben waarschijnlijk geen belang om daar ruimte voor te maken. De mate van innovatie in de gezondheidszorg en de aantrekkingskracht van die sector voor 'ondernemers' en 'commercie' hangt dus nauw samen met de wijze van vergoeding voor medische behandeling. Prof. Herzlinger concludeert uit haar analyse:

"The bottom line is that countries with government funded systems do not provide hospitable environments conducive to innovations. Indeed, an innovation like the surgical procedures initially developed in Hungary, and a noninvasive diagnostic technique invented in the United Kingdom, languished in their home countries until they were commercialized by U.S. firms in the innovation-friendly American system."

Pikant is dat prof. Herzlinger in haar bedrijfskundige analyse van de gezondheidszorg specifiek verwijst naar de Nederlander Kolff:

"Willem Kolff of the University of Utah is a brilliant Dutch physician who not only invented the first artificial organ – the kidney dialysis machine – but pioneered the first artificial heart. His story epitomizes the impact of stultifying environments on innovators. Kolff

was advised by his Dutch peers to emigrate to the United States. 'Only the U.S. medical system can accept someone as wild as you', they said."[15]

In een andere studie met prof. Douglas Staiger merkt prof. McClellan op dat uitkomsten voor het welzijn van patiënten ook erg afhangen van de omvang van het ziekenhuis en de frequentie waarmee gecompliceerde behandelingen daar worden uitgevoerd. Mortaliteit in kleine ziekenhuizen is moeilijk voorspelbaar en varieert sterk zowel tussen ziekenhuizen als over de tijd. Er is minder discipline en toezicht op de kwaliteit van de behandeling wanneer die kwaliteit moeilijk kan worden geobserveerd en dat geldt zowel wanneer een ziekenhuis maar weinig behandelingen kan uitvoeren als wanneer het aantal behandelingen ook nog varieert in de tijd. Ziekenhuizen die gecompliceerde behandelingen – in deze research gaat het opnieuw om hartaanvallen – heel frequent uitvoeren kunnen veel beter de terugkoppeling verzorgen tussen uitkomst en kwaliteit van behandeling. Dat blijkt tot significant gunstigere uitkomsten te leiden voor de patiënten. [16]

Prof. Herzlinger maakt in haar boek hetzelfde punt. Zij verwijst naar een groot ziekenhuis in Canada waar patiënten met bijvoorbeeld een hernia volgens zeer precieze protocollen worden behandeld. Uitkomsten voor patiënten zijn zeer significant veel gunstiger dan voor patiënten die met dezelfde kwaal worden behandeld in ziekenhuizen waar de frequentie van opname voor die klacht minder is. Bovendien blijkt in het grote Canadese ziekenhuis dat zich uitsluitend specialiseert in bepaalde behandelingen ook de kostenfactor veel gunstiger te zijn dan gemiddeld elders. [17]

6.1 Het Zweedse alternatief

Zweden heeft net als het Verenigd Koninkrijk en Canada het systeem waarbij de nationale verzekering tegen ziektekosten wordt uitgevoerd door de belastingdienst. Er is dus helemaal geen marktwerking in de officiële verzekering. En net als in Canada – maar in scherp contrast met het Verenigd Koninkrijk – is de inkoop van de zorg regionaal gedecentraliseerd, zodat per district één instantie beslist welke zorgverleners zijn toegelaten en recht hebben op vergoeding van hun service. In Zweden worden verkiezingen voor de 'Regionale Raad' in de

gezondheidszorg parallel met de verkiezingen voor de gemeenteraden gehouden. In het district Stockholm is een marktgezinde coalitie aan de macht gekomen en die heeft – bij handhaving van het uniforme verzekeringssysteem – aangemoedigd dat ook private partijen medische diensten aanbieden. In de twintig andere regio's wordt met interesse gekeken naar het experiment in de hoofdstad, vooral omdat ook daar sinds de gedeeltelijke liberalisering de wachtlijsten in de zorg erg zijn teruggelopen. Op dit moment hoeft in Stockholm geen enkele patiënt langer dan drie maanden te wachten op behandeling. De regionale raad voor de gezondheidszorg garandeert dat, mocht die wachttijd toch worden overschreden, patiënten direct gebruik kunnen maken van hulp in een andere regio of in het buitenland. In veel andere delen van Zweden moeten patiënten daarentegen één tot twee jaar wachten voor veel voorkomende behandelingen zoals een nieuwe heup, of behandeling tegen cataracten en staar bij de oogchirurg.

7 Betere informatie over medische behandelingen

De derde dimensie waarop marktwerking van belang is betreft de transparantie van de markt. Waarom zou er niet veel sterker worden aangestuurd op extensieve informatie over de kwaliteit van de behandelingen? Hier komt het dilemma naar voren of steeds betere informatie over de successen van behandeling in individuele ziekenhuizen niet leidt tot een beleid om patiënten met een slechte prognose en speciaal met gecompliceerde meervoudige kwalen door te verwijzen naar een ander ziekenhuis. In het onderwijs speelt een soortgelijk probleem, maar het lijkt erop alsof daar de vrijheid van keuze van ouders en kinderen voor wat betreft de school beter is verankerd in de maatschappij en bovendien dat het meten van de initiële condities veel goedkoper en nauwkeuriger kan plaatsvinden dan in de gezondheidszorg.

In de zorg zijn sommige academische auteurs optimistisch over het meten van de kwaliteit. Zo schrijft Phelps in zijn handboek Health Economics dat weinig investeringen zo rendabel zijn als het verspreiden van informatie over de effectiviteit van verschillende medische interventies.[18] Er zijn echter ook specialisten op het terrein van de gezondheidszorgeconomie die stellen dat al maar meer informatie over de successen van individuele ziekenhuizen niet in het belang is van patiënten vanwege het genoemde risico dat patiënten met meervoudige klachten niet voor behandeling worden geaccepteerd.

Waar informatie in ieder geval bijdraagt aan marktwerking en Nederland volgens een onderzoek van enige jaren geleden door Price Waterhouse Coopers ernstig achterligt op de rest van Europa is bij informatie over verzekeraars en de satisfactie van de verzekerden met hun verzekeraar. Verdergaande opties voor wat betreft marktwerking in de gezondheidszorg, zoals verandering in de eigendomsstructuur van ziekenhuizen, mogen volgens NYFER pas aan de orde komen wanneer de informatievoorziening over de kwaliteit van de verzekeraars veel uitvoeriger beschikbaar is voor patiënten dan op dit moment.

8 Scheiding tussen publiek en privaat

De meest principiële vraag met betrekking tot commercie in de gezondheidszorg heeft te maken met de keuze tussen 'segregatie' en 'combinatie'. Canada is een belangrijk voorbeeld van een systeem met segregatie. Via de belastingen hebben alle Canadese burgers recht op een basisvoorziening in de gezondheidszorg maar sommige Canadezen kopen daarbij gezondheidszorg in van de private sector. De Canadese overheid staat niet toe dat dokters of ziekenhuizen die patiënten behandelen onder het sociale verzekeringssysteem ook nog geld ontvangen van hetzij patiënten, hetzij private verzekeraars. Het private systeem is dus gescheiden van het publieke stelsel: een gesegregeerd model waarbij marktwerking en commercie zijn toegestaan maar separaat van de officiële voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg.

Een goed voorbeeld van een gecombineerd systeem is dat in Australië. Ook in Australië hebben alle burgers middels de belastingen toegang tot een basisvoorziening in de gezondheidszorg, maar hoewel in Canada wetgeving vanaf 1986 de separatie opdrong, mogen Australiërs aanbieders van zorg betalen voor extra dienstverlening, zelfs wanneer die aanbieders ook werken onder een publiek contract. In Australië is het percentage private inkomsten in publieke ziekenhuizen in de loop van de tijd toegenomen. Echter, de Australische overheid stelt scherpe regels aan de omvang van private verzekeringen. De overheid stelt een bovengrens vast voor het pakket waarvoor men zich ook privaat kan verzekeren en het is bijvoorbeeld niet toegestaan om kosten die daar onbeperkt boven zouden kunnen stijgen bij te verzekeren. Zo probeert de overheid prikkels te creëren om de totale uitgaven aan medische kosten beperkt te houden en ook om mogelijke exploitatie door aanbieders van zorg te voorkomen. In zijn analyse van de twee verschillende systemen merkt prof. Dov Chernichovsky op dat overheden die kiezen voor een geïntegreerd systeem zoals in Australië daarbij in het algemeen nog tal van extra maatregelen invoeren om meer greep te houden op de kosten en ook vanuit het oogpunt van sociale rechtvaardigheid. Hij noemt Duitsland en Frankrijk als Europese voorbeelden van een geïntegreerd, gemengd systeem waarbij de overheid strakke restricties oplegt aan de reikwijdte van de private actoren in de gezondheidsmarkt.[19]

Een tussenvorm is denkbaar die in Zweden wordt gehanteerd. Per regio maakt een gekozen orgaan uit welke aanbieders in aanmerking komen voor vergoeding, en zowel gelden van de sociale verzekering in de gezondheidszorg als gelden van private verzekeraars stromen binnen in dit regionale orgaan. Bij de verdeling van de gelden wordt erop toegezien dat aanbieders zich of geheel bevinden in het publieke systeem of privaat opereren. Het regionaal orgaan maakt uit in welke mate private partijen in aanmerking komen voor vergoeding.

Bijna evident nadeel van dit systeem is de onzekerheid voor private partijen omdat zij per regio te maken hebben met één 'inkoper' van gezondheidszorg. Als private partijen echter opereren in meer dan één regio dan wordt dat risico weer afgedekt. Voordeel van zo'n systeem is dat de separatie tussen publiek en privaat voorkomt dat binnen een zorgaanbieder publiek en privaat geld strijden om het inkopen van zorg. Het is relevant dat langdurige debatten in Canada bij herhaling hebben geleid tot de conclusie dat het niet goed is vanuit criteria van sociale rechtvaardigheid om zo'n gecombineerd systeem toe te staan. Een regionaal orgaan dat regisseur is over de selectie van goedgekeurde aanbieders kan institutioneel een oplossing bieden voor de Australische keuze bij de verzekering, namelijk het recht op een private verzekering, met tegelijkertijd de Canadese oplossing voor het zorgaanbod, namelijk scheiding van publieke en private contracten.

De aanvullende verzekeringen in het Australische systeem hebben dus een beperkte omvang die door de overheid wordt vastgesteld, dit om een tweedeling in de gezondheidszorg te voorkomen. Na dus een tamelijk 'socialistische' architectuur als het gaat om een definiëren van het pakket en het organiseren van de verzekering is er daarna grote vrijheid in de organisatie van het aanbod, maar onder de voorwaarde dat publiek en privaat niet binnen één organisatie door elkaar lopen. Bij aanbesteding van de zorg is er dus heel veel concurrentie inclusief concurrentie door private partijen; bij de verzekering tegen ziekte houdt de overheid een zware greep op het systeem om te voorkomen dat mensen met meer geld sneller worden geholpen dan mensen met meer pijn.

9 Conclusies

NYFER zou bij marktwerking in de gezondheidszorg niet in de eerste plaats willen denken aan kostenbesparingen of andere eigendomsverhoudingen. Bewijsmateriaal uit de Verenigde Staten suggereert sterk dat er wel verschil is tussen overheidsinstellingen en stichtingen of winstgevende instellingen, maar dat de verschillen binnen de private sector tussen op winst gericht en de stichtingsvorm betrekkelijk gering zijn. [20]

De belangrijkste baten van marktwerking in de zorg liggen eerder in het sneller en in grotere mate beschikbaar komen van nieuwe mogelijkheden voor patiënten. Concurrentie tussen aanbieders zorgt daarvoor. Daarnaast draagt meer concurrentie bij tot versterking van de macht van de patiënt, die tot uitdrukking komt in betere kwaliteit, minder wachtlijsten of respectvollere behandeling.

Tegelijkertijd zijn er risico's verbonden aan de introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg. Commercie in de gezondheidszorg is anders dan commercie in de huizenmarkt. Gaat het om de woonmarkt, dan coëxisteren publieke en private aanbieders van huizen naast elkaar (woningcoöperaties en projectontwikkelaars). De gemeenschap vervult haar taak om ook de mensen met een laag inkomen te voorzien van wooncomfort, maar het wordt niet gezien als sociaal onrechtvaardig dat mensen met meer koopkracht meestal wonen in mooiere huizen. In de gezondheidszorg echter, is het enige ethisch te verdedigen principe waaronder artsen en ander medisch personeel willen werken het uitgangspunt dat patiënten met de grootste behoefte aan zorg het eerst worden geholpen en niet patiënten met de meeste koopkracht. Wij zien het als sociaal onrechtvaardig wanneer de omvang van de portemonnee bepaalt hoe snel en goed de zorg wordt verleend en willen daarom concurrentie in de zorgsector voor wat betreft de toegankelijkheid tot zorg beperken tot minder belangrijke attributen, zoals het hotelcomfort in het ziekenhuis voor patiënten en familieleden, om te voorkomen dat de zorgsector niet beantwoordt aan eisen van sociale rechtvaardigheid. Precies daarom is het zo moeilijk om een zuivere plaats te vinden voor de commercie in de gezondheidszorg. Het is dan echter cruciaal om in te zien dat het dilemma voor het beleid niet zozeer te maken heeft met de vraag of de samenleving bij de aanbieders al dan niet privé-

eigendom accepteert, maar uitsluitend te maken heeft met de vraag wie de koopkrachtige vraag naar medische zorg kanaliseert en welke restricties daarop bestaan. Vandaar dat NYFER pleit voor een nogal maatschappelijk ingekaderd stelsel voor wat betreft de verzekering met daarnaast heel veel vrijheid bij het aanbod, zij het met om redenen van prudentie met de restrictie dat de aanbieders òf publiek òf privaat zijn maar niet gemengd.

Noten

1 Kabinetsnota Vraag aan bod, 2001, p. 8.

2 Coopers & Lybrand. European healthcare trends: towards managed care in Europe. 1995, p. 6.

3 Zie Cutler, David M. Public Policy for Healthcare, National Bureau of Economic Research. Working Paper, nr. 5591, mei 1996, p. 16.

4 Zie Schleifer, A. en R.W. Vishny. The Grabbing Hand. Government Pathologies and their Cures. Cambridge (Mass): Harvard University Press, 1998.

5 Zie Zweifel, P. en F. Breyer. Health Economics, 1997, p. 278.

6 Belangrijk voor de vertaalslag naar de Nederlandse situatie is uiteraard de omslag in 1991 toen de 'soft budget constraints' in de Nederlandse publieke sector werden vervangen door macro budgetplafonds. In de buitenlandse research naar kosten, winst en efficiency in de ziekenhuissector wordt aangenomen dat publieke ziekenhuizen opereren op een 'soft budget constraint', zoals in de economische literatuur voor het eerst principieel uitgezet door de Hongaarse econoom Janos Kornai in zijn beroemde boek Economics of shortage. Amsterdam, North-Holland, 1980.

7 Duggan, Mark G. Hospital Ownership and Public Medical Spending. NBER working paper 7789, juli 2000, p. 5.

8 Rothenberg Pack, J. The Opportunities and Constraints of Privatization, in William T. Gormley Jr. (ed.). Privatization and Its Alternatives. Madison Wisconsin: The University of Winconsin Press, 281- 306, 1991, p. 302.

9 Rothenberg Pack, J. The Opportunities and Constraints of Privatization, in William T. Gormley Jr. (ed.). Privatization and Its Alternatives. Madison Wisconsin: The University of Winconsin Press, 281- 306, 1991, p. 303.

10 Fuchs, Victor R. Medicare Reform: the Larger Picture. NBER Working Paper series, no. 7504, p. 5.

11 Manning, Willard G. et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care. The American Economic Review, June 1987, pp. 251 – 277, citaat p. 269.

12 Schut, F.T. Competition in the Dutch Health Care Sector. Voetnoot p. 206.

13 The relevance of competition policy is stressed by the observation of the consultancy firm that the competing private home care organizations are trying to curb competition 'by tying arrangements, exclusive dealing contracts with insurers, pricing agreements and take-overs' (WVC 1990b, appendix F, supplement p. 59).

14 Zie Kessler en McClennan. Is hospital competition socially wastefull? NBER Working Paper 7266, p. 28 voor de resultaten en p. 22-25 voor de beschrijving van de gegevens.

15 Zie Herzlinger, R. Markted driven health care. Reading Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1997, pp. 275-277.

16 Zie McClennan en Staiger. The quality of health care providers, NBER Working Paper 7327, 1999.

17 Zie p.158, haar beschrijving van het Shouldice ziekenhuis bij Toronto in Canada, als voorbeeld van de 'focused factory'.

18 Phelps, C. Health economics. Addisson-Wesley Educational Publishers Inc., 2e druk, 1997, p. 528.

19 Zie Chernichovsky, D. The public-private mix in the modern health care system – concepts, issues, and policy options revisited. NBER Working Paper 7881, september 2000.

20 Zie bijvoorbeeld Duggan, Mark G. NBER Working Paper 7789.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

Centraal Planbureau in samenwerking met Sociaal en Cultureel Planbureau. Ramingsmodel zorgsector. Den Haag: CPB/SCP, 1999.

Cutler D.M., McClellan and J. Newhouse. The costs and benefits of intensive treatmant for cardiovascular disease. Working Paper 6514. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1998.

Cutler D.M., et al. Pricing heart attack treatments. Working Paper 7089. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.

Cutler D.M. and E. Richardson. Your money and your life: the value of health and what affects it. Working Paper 6895. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.

Duan N., et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care. S.l.: The American Economic Review, juni 1987, p. 251 – 277.

Duggan M.G. Hospital ownership and public medical spending. Working Paper 7789. Cambridge: Natonal Bureau of Economic Research, 2000.

Garber A.M. Advances in cost-effectiveness analysis of health internventions. Working Paper 7198. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.

Green D.G. Stakeholder Health Insurance. London: Civitas, 2000.

Herzlinger R. Market-driven Health Care: who wins, who loses in the transformation of America's largets service industry. Addison- Wesley: Reading, 1997.

Kool T. Naar een gezondheidsmarkt? Amsterdam: Thesis Publishers, 1995.

McClellan M. and D. Staiger. The quality of health care providers. Working Paper 7327. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.

McKinsey & Company. Health Care Productivity. Los Angeles: McKinsey & Company, 1996.

Miller D. Principles of Social Justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1999.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg met toekomst, een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Varianten van gemeten: hoofdvormen van dekking tegen ziektekosten bezien op kernelementen vna de verzekering. Rapport van de departementale werkgroep verzekeringsvarianten. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Europeesrechtelijke aspecten van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Den Haag: VWS, ICER 2001-1/31a-b.

Organisation for Economic Co-operaton and Developmant. Economic surveys 1999 – 2000, Netherlands. Paris, OECD, 2000.

Phelps, C. Health Economics. Addisson-Wesley: Educational Publishers Inc., 1997, 2e druk.

Posner E.A. Law and Social Norms. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2000.

Praag B.M.S. van, et al. Een concurrerend recept voor de nederlandse gezondheidszorg. Den Haag: Prof. Mr. B.N. Telderstichting, 1986.

Redwood H. Why Ration Health Care: an international study of the United Kingdom, France, Germany and public sector health care in the USA. London: Civitas, 2000.

Rettenmaier A.J. and T.R. Saving. The Economic of Medical Reform. Kalamazoo, Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 2000.

Rosleff F. and G. Lister. European healthcare trends: towards managed care in Europe. United Kingdom: Coopers & Lybrand Europe Ltd., 1995.

Selbourne D. The Principle of Duty: an essay on the foudations of the civic order. S.l.: University of Notre Dam Press, 2001.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vraag aan bod: hoofdlijnen vna vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27855-1/2.

Zweiffel P. and F. Breyer. Health Economics. New York/Oxford: Oxford University Press, 1997.

White J. Competing Solutions, american health care proposals and international experience. Washington: The Brookings Institution, 1995.

Bijlage 2

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer.

Adviezen en achtergrondstudies

02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheids-risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08

99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende ectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34

98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08

96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	EUR	9,08

Bijzondere publicaties

01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)		EUR	17,92
Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)		EUR	17,92

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij:
SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
Postbus 200014, 2500 EA Den Haag
Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ	gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp:	2D3D, Den Haag
Fotografie:	Eric de Vries
Druk:	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer; De Longte Dordrecht, omslag
Uitgave:	2002
ISBN:	90-5732-093-2

U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van EUR 15,00 op bankrekeningnummer 19 23 24 322 ten name van VWS te Den Haag onder vermelding van RVZ en publicatienummer 02/03.

© NYFER