

Financiering van preventie

Mogelijkheden

INLEIDING

Sinds 1989 wordt stapsgewijs gewerkt aan een fundamentele herziening van de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Uiteindelijk moet deze stelselherziening uitmonden in een verplichte brede basisverzekering voor iedereen. De verstrekkingen waarop de verzekerde wettelijk aanspraak kan maken worden dan niet langer aan bepaalde voorzieningen gebonden, maar worden globaal omschreven in functionele termen (verpleging, verzorging, behandeling). Zorgverzekeraars worden verantwoordelijk voor de vertaling van de globaal omschreven wettelijke aanspraken in concrete polisvoorwaarden. Teneinde aan de in de polisvoorwaarden nader gedefinieerde aanspraken te kunnen voldoen, moeten verzekeraars overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. Door in de overeenkomsten afspraken te maken over kwaliteit, volume en prijs van de zorgverlening kunnen verzekeraars veel meer dan nu invloed uitoefenen op de wijze van zorgverlening.

Uit een met inkomensafhankelijke premies gevulde Centrale Kas ontvangen zorgverzekeraars een budget dat afhankelijk is van de zogeheten risico-samenstelling van hun verzekerdenbestand. Het uitgekeerde budget dekt ongeveer 85% van de totale kosten van de basisverzekering. Het resterende bedrag kunnen verzekeraars binnenhalen via een nominale premie of doorsluizen naar de verzekerden via een algemeen of specifiek eigen risico. De hoogte van de nominale premie (en het eigen risico) kan per verzekeraar verschillen en biedt dus de mogelijkheid voor prijsconcurrentie. Naarmate de verzekeraar meer van zijn budget overhoudt, zal hij een lagere nominale premie in rekening kunnen brengen.

Indien het budget voor een verzekeraar een adequate weerspiegeling vormt van het risico van de aangesloten verzekerden, kan die verzekeraar op drie manieren onder zijn budget blijven: 1. door een efficiënte bedrijfsvoering; 2. door het contracteren, in-

Drs. Y. W. van Kemenade en
Drs. F. T. Schut

Met betrekking tot preventie kan een onderscheid worden gemaakt in collectief gerichte en individu-gerichte preventie. Voor zover de individu-gerichte preventieprogramma's niet expliciet zijn omschreven in het Besluit Zorgaanpakken Bijzondere Ziektekosten, is de kans groot dat zorgverzekeraars bepaalde programma's niet in de polisvoorwaarden van de basisverzekering opnemen. In dit artikel wordt ingegaan op mogelijke oplossingen voor dit probleem.

kopen en organiseren van een doelmatig zorgaanbod; 3. door het bezuinigen op de kwaliteit en diversiteit van (bepaalde vormen van) zorg. De veronderstelling achter de stelselherziening is, dat verzekeraars onder druk van concurrentie zich vooral zullen richten op het bevorderen van de doelmatigheid van de zorgverlening en van de eigen bedrijfsvoering. Deze veronderstelling is echter niet aanneemelijk wanneer het gaat om verstrekkingen waarvan het gebruik zeer goed voorspelbaar is of waarvoor slechts een beperkt aantal potentiële verzekerden in aanmerking komt dan wel de zorgvragers per definitie niet in staat zijn tot een kritische beoordeling van de door middel van de verzekeringspolis aangeboden zorg. Zo zal voor AWBZ-voorzieningen als zwakzinnigenzorg, gehandicaptenzorg en bepaalde vormen van geestelijke gezondheidszorg, de druk vanuit de vraagzijde om een zo goed mogelijke kwaliteit zorg te leveren waarschijnlijk onvoldoende zijn.¹⁻³ In de regeringsnota 'Werken aan zorgvernieuwing', waarin de hoofdlijnen van de stelselherziening zijn uiteengezet, wordt dan ook gesteld dat voor de klassieke 'care'-voorzieningen in de AWBZ wellicht een aparte finan-

cieringsregeling zal moeten worden ontwikkeld.⁴

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor ten aanzien van individuele preventieve zorg, waarvoor weliswaar veel potentiële vragers zijn, maar waarvoor de consumptienoodzaak gering is. Wegens het investeringskarakter van preventieve zorg, waarbij zekere kosten vaak ver voor onzekere baten uitgaan, is de uitgesproken vraag doorgaans geringer dan maatschappelijk gewenst wordt geacht. Preventieve zorg wordt door de overheid dan ook anders benaderd dan curatieve zorg. Waar bij curatieve zorg een goede bereikbaarheid van voorzieningen voor de bevolking wordt nagestreefd, is het oogmerk van preventieve programma's een maximaal bereik van de bevolking (of de desbetreffende doelgroep). Het gebruik van preventieve zorg moet dus niet alleen worden gegarandeerd, maar ook gestimuleerd. In de nota 'Verandering verzekerd' (1988),⁵ stelt het toenmalige kabinet voor, individue-gerichte preventieve zorg als functie in het toekomstige basispakket op te nemen, terwijl zij de collectief gerichte preventie wegens het evident ontbreken van een markt een taak voor de (lokale) overheid acht. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV; 1989) legt de taak en de verantwoordelijkheid voor collectieve preventie bij de lokale overheid, waarbij de financiering geschiedt uit algemene middelen (Rijk en gemeenten). In de nota 'Werken aan zorgvernieuwing' (1990) van de huidige staatssecretaris van Volksgezondheid wordt over de financiering van individuele preventieve zorg geen nadere uitspraak gedaan, zodat de bekostiging van bepaalde preventieactiviteiten in het nieuwe stelsel vooralsnog in het ongewisse blijft. Voor zover individuele preventieve zorg wordt opgenomen in het basispakket, worden verzekeraars verantwoordelijk voor het actief bevorderen van preventieve zorg. De vraag is of bij een functionele omschrijving van preventieve zorg verzekeraars voldoende gemotiveerd zijn om de uit-

voering van de huidige in termen van voorzieningen omschreven zorg te garanderen.

Mede naar aanleiding van een onlangs uitgebracht advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over versterking van de preventieve zorg in de eerste lijn, wordt in dit artikel een voorstel gedaan voor de financiering van individu-gerichte preventieve in het herziene zorgstelsel.⁶

BEGRIPSAFBAKENING

Het totaal van de preventieactiviteiten met betrekking tot gezondheid en ziekte wordt gewoonlijk opgesplitst in gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en specifieke ziektepreventie. De preventieactiviteiten worden in literatuur en praktijk onderscheiden naar hun doelen in primaire (voorkomen van ziekte), secundaire (voorkomen van openbaring van ziekte) en tertiaire preventie (voorkomen van erger). Voor een analyse van de financieringsmogelijkheden van preventie is deze indeling niet erg bruikbaar. De vraag wie bereid is dan wel verplicht kan worden gesteld de kosten van preventieve zorg geheel of gedeeltelijk te betalen, is afhankelijk van de behoefte aan respectievelijk de noodzaak van preventieve zorg, de specificiteit, de verzekerbaarheid en de (individuele) koopkracht.

Welke methode van financiering geschikt is, hangt af van de verzekerbaarheid en individualiseerbaarheid van de betreffende preventieve activiteiten. Op grond van deze criteria kan allereerst een onderscheid worden gemaakt tussen collectief gerichte en individu-gerichte preventie (waarbij moet worden aangetekend dat de scheidslijnen niet altijd even duidelijk te trekken zijn).

Collectief gerichte preventie omvat het geheel van preventieve maatregelen, activiteiten en programma's dat zich richt op de bevolking als geheel of op bepaalde doelgroepen die op de een of andere wijze specifieke risico's lopen. Onder collectief gerichte preventie verstaan wij collectieve preventie als omschreven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), nationale collectieve preventieprogramma's zoals massamediale voorlichtingscampagnes, gezondheidsbescherming en bedrijfsgezondheidszorg.

Met het oog op de verzekerbaarheid en de wijze van verstrekken van *individu-gerichte preventieve zorg* is een nader onderscheid in casuïstische en programmatische preventie van belang.

Onder *casuïstische preventie* worden preventieve activiteiten verstaan die niet in het kader van een programma worden uitgevoerd, maar in de individuele hulpverleningssituatie (bijvoorbeeld het geven van een advies door de huisarts). Casuïstische preventie kan worden beschouwd als een onderdeel van goede hulpverlening en vormt een individualiseerbaar product. Van *programmatische preventie* wordt gesproken als er sprake is van een omschreven preventieprogramma, dat betrekking heeft op individuen uit bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek op borstkanker).

Hoewel de kosten en baten van deelname aan dit soort preventieprogramma's in principe individueel herleidbaar zijn, hebben dergelijke preventieve activiteiten vooral zin in het kader van een programmatische aanpak. Bovendien leiden zij niet altijd direct tot een aanwijsbaar effect voor de betrokken personen zelf, maar veeleer tot positieve (externe) effecten voor de maatschappij als geheel. Zo zou in het geval van polioïvacinatie het grootste deel van de gevaccineerde personen ook zonder vaccinatie de ziekte niet hebben gekregen. Vanwege die geringe kans is er dan ook nauwelijks sprake van een vraag naar deze vorm van preventie. Maar om het risico van het uitbreken van kinderverlamming zo klein mogelijk te maken wordt een actief preventiebeleid gevoerd, dat resulteert in het min of meer verplicht accepteren van deze vaccinatie.

FINANCIERING

Collectief gerichte preventie

De financieringsbronnen van preventie zijn voornamelijk de Rijksbegroting, de Ziekenfondswet en de AWBZ. Daarnaast wordt preventieve zorg betaald door bijdragen van bedrijven, zorginstellingen, particuliere verzekeraars en individuen zelf.

Collectief gerichte preventie wordt grotendeels betaald uit de algemene middelen. Uitzonderingen vormen collectieve preventietaken die door (of in samenwerking met) de uit de AWBZ

betaalde RIAGG's worden uitgevoerd en bedrijfsgezondheidszorg, voor zover deze betrekking heeft op en wordt betaald door het particuliere bedrijfsleven. Gezondheidsbescherming en nationale collectieve preventieprogramma's, zoals massamediale voorlichtingscampagnes, worden gefinancierd uit rijksmiddelen. In het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid is met ingang van 1 januari 1989 de financiering van de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) geheel in handen komen te liggen van de gemeenten. De gemeenteraad respectievelijk de GGD bepaalt de interne verdeling van de toegewezen middelen over verschillende functies, waaronder verschillende preventieprogramma's. Voor zover preventieve zorg is geregeld in de WCPV, zal de bekostiging van dit deel van de preventieve zorg ook na de stelselherziening geheel onder de verantwoordelijkheid blijven van lokale overheden en GGD'en. Financiering van de overige collectief gerichte preventie zal in het nieuwe stelsel naar alle waarschijnlijkheid eveneens op dezelfde wijze worden voortgezet. Over de financiering van nationale collectieve preventieprogramma's worden in de plannen weliswaar geen expliciete uitspraken gedaan, maar het ligt niet in de rede dergelijke programma's via premiemiddelen te financieren. De directe betrokkenheid van de overheid, in casu verschillende departementen, is groot. Daarom zouden in het kader van facetbeleid in de begroting van de departementen van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Verkeer en Waterstaat, Volkshuisvesting, Sociale Zaken en Onderwijs hiervoor gelden moeten worden bestemd. Aangezien collectief gerichte preventie noch individualiseerbaar noch verzekeraar is en een gecoördineerde uitvoering vereist, wordt algemeen erkend dat financiering uit collectief opgebrachte middelen ook in het toekomstige zorgstelsel de aangewezen methode blijft. De stelselherziening hoeft dan ook geen problemen op te leveren voor de financiering van collectief gerichte preventie.

Individu-gerichte preventie

De kosten van casuïstische preventie zijn doorgaans opgenomen in het consultarief en worden gefinancierd met behulp van premiegelden. In de toe-

komst zal hierin geen verandering komen, hoewel de preventieve taken van huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners wellicht expliciet in de contracten met zorgverzekeraars zullen worden omschreven. Het is niet aannemelijk dat bij deze vorm van preventie problemen zullen ontstaan met betrekking tot de financiering. Immers, daar casuïstische preventie vaak een onlosmakelijk onderdeel van consultatie en behandeling uitmaakt, is het niet erg waarschijnlijk dat deze activiteiten niet meer zullen worden vergoed.

Individu-gerichte programmatische preventie-activiteiten staan momenteel deels omschreven als aanspraken in de AWBZ, Ziekenfondswet en particuliere polissen, en worden derhalve uit premiegelden gefinancierd. Daarnaast vormen ook contributies van leden en donateurs van desbetreffende organisaties en bijdragen van fondsenwervende instellingen een belangrijke bron van financiering. Tenslotte worden verschillende programmatische preventieactiviteiten van de rijksoverheid (zoals de sproetenbus) via belastinggelden bekostigd.

In het toekomstige stelsel worden individu-gerichte preventieprogramma's in de basisverzekering opgenomen. Dit geldt zowel voor programmatische activiteiten van de rijksoverheid als voor de momenteel in AWBZ, Ziekenfondswet en particuliere polissen omschreven programmatische preventie. In het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering zijn de wettelijke aanspraken op de volgende vormen van individu-gerichte programmatische preventie in afzonderlijke artikelen vastgelegd:⁷

- erfelijkheidsonderzoek en -adviesring (artikel 5);
- onderzoek bij zwangeren naar draagerschap van het hepatitis B-virus (artikel 26);
- onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten (artikel 27);
- vaccinaties opgenomen in een door de minister vast te stellen vaccinatieprogramma (artikel 28);
- preventieve zorg voor kinderen tot 4 jaar (artikel 29).

De laatste vier vormen van preventie worden in het besluit aangeduid als 'georganiseerde preventie'. In de nota van toelichting op het besluit wordt gesteld dat 'deze vorm van zorg, gelet op het noodzakelijke bereik van de

preventieve activiteiten, veelal noopt tot duidelijke wettelijke voorschriften voor de uitvoering van de preventieprogramma's'. Op de in het besluit omschreven preventieve activiteiten kunnen verzekerden aanspraak doen gelden; de verzekeraar is verplicht die zorg te leveren (zorgplicht).

Voor de overige individu-gerichte programmatische preventieve activiteiten, zoals programma's in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, alsook diverse screeningsprogramma's, is de aanspraak op zorg niet specifiek omschreven. Dergelijke vormen van preventie zijn vervat in de functionele omschrijvingen van huisartsenhulp (artikel 4: hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau), verzorging en verpleging (artikelen 10-18), revalidatiezorg (artikel 19) en geestelijke gezondheidszorg (artikel 20). Deze functionele aanspraken zijn echter, met het oog op het scheppen van zo veel mogelijk ruimte voor doelmatige substitutie, zo ruim gedefinieerd dat het de vraag is in hoeverre de thans in de AWBZ en Ziekenfondswet omschreven individu-gerichte programmatische vormen van preventie ook daadwerkelijk door verzekeraars in de polisvoorwaarden van het basispakket zullen worden opgenomen.

Zo dienen RIAGG's zich op grond van de huidige AWBZ bezig te houden met op risicopende groepen gerichte preventieprogramma's die aansluiten op hun curatieve activiteiten. Zij moeten daartoe jaarlijks een omvattend preventieprogramma opstellen, dat ter toetsing moet worden voorgelegd aan het desbetreffende uitvoeringsorgaan (in casu zorgverzekeraar) dat als verbindingskantoor is aangewezen. Daarnaast is het een taak van de RIAGG's deel te nemen aan de opzet van preventieprogramma's die door andere instellingen worden uitgevoerd, voor zover het specifieke deskundigheid van de RIAGG aangaat. Voorts dient de RIAGG consultatie te verlenen aan andere hulpverleners teneinde (onnodige) directe hulpvraag te voorkomen. De in het Besluit Zorgaanspraken opgenomen functionele omschrijving van geestelijke gezondheidszorg biedt geen garantie dat de thans door RIAGG's uitgevoerde preventieprogramma's zullen worden verzekerd dan wel gefinancierd.

In tegenstelling tot de klassieke 'care'-

voorzieningen in de AWBZ wordt in de regeringsplannen nergens gesproken van een mogelijk afzonderlijke financieringsmethode, zodat individu-gerichte preventieprogramma's zullen worden gefinancierd uit de budgetten van de zorgverzekeraars, nominale premies en/of eigen bijdragen van de consumenten. Wegens de aanzienlijke vrijheid die de functionele omschrijvingen verzekeraars biedt om niet nader in het Besluit Zorgaanspraken omschreven preventieprogramma's te vergoeden, hangt de uitvoering van dergelijke programma's in belangrijke mate af van de verzekeraarbaarheid van deze programma's in het toekomstige stelsel.

VERZEKERBAARHEID

Individuele preventieve zorg is afzonderlijk in principe niet verzekeraar, omdat het gebruik qua omvang en tijdstip voorspelbaar is en dus niet gepaard gaat met onzekerheid. In combinatie met curatieve verstrekkingen is preventieve zorg tot op zekere hoogte echter wel verzekeraar, omdat het gebruik van preventieve zorg kan leiden tot een verminderd beroep op curatieve zorg. Per saldo kan het opnemen van preventieve zorg in het verstrekkingenpakket voor de verzekeraar dus leiden tot schadelastvermindering. Soms wordt het gebruik van preventieve zorg zelfs als voorwaarde verbonden aan het al dan niet vergoeden van curatieve hulp (bijvoorbeeld het verplichte halfjaarlijkse tandartsconsult voor ziekenfondspatiënten).

Preventie zal voor de verzekeraar overigens lang niet altijd tot kostenbesparing leiden. Een van de redenen hiervoor is het vaak aanzienlijke tijdsverloop tussen de kosten en de baten van preventie. De verzekeraar zal de factor 'tijd' verdisconteren in de geschatte opbrengst, zoals bij iedere investering. Naarmate de besparingen verder in de toekomst liggen, worden zij minder waard. Ook de mobiliteit van de verzekerde is van belang. Als er een groot verloop is, is een investering in de toekomst niet interessant. Preventie krijgt meer het karakter van een collectief goed naarmate de voordelige effecten verder in de toekomst liggen en de mobiliteit van de verzekerden groter is.⁸ Met de stelselherziening wordt beoogd de mobiliteit van verzekerden te vergroten tenein-

de verzekeraars onder druk te zetten om zo goed en goedkoop mogelijk zorg 'in te kopen'. De keerzijde van het vergroten van de mobiliteit van verzekeren is echter, dat verzekeraars minder geïnteresseerd zullen zijn in de uitvoering van preventieprogramma's die pas op langere termijn effect sorteren.

Individu-gerichte preventieprogramma's die de verzekeraar op voldoende korte termijn kostenbesparingen opleveren, zoals sommige vormen van voorlichting, zijn dus in principe goed verzekeraar. Indien de daling van de kosten van curatieve zorg niet opweegt tegen de kosten van preventieve zorg, is de bereidheid van de verzekeren om een hogere nominale premie te betalen voor preventie, van doorslaggevende betekenis voor de verzekeraarheid van preventie. De afweging tussen zekere kosten (premie) nu en onzekere baten later leidt bij verzekeren tot een onderwaardering van preventieve ten opzichte van curatieve zorg, hetgeen de betalingsbereidheid negatief beïnvloedt.^{9,10} Bovendien is bij een aantal preventieve programma's wegens de aard van de risicogroep waarop zij zijn gericht (bijvoorbeeld chronisch psychiatrische patiënten en dementerenden) geen sprake van een uitgesproken vraag naar deze vormen van zorg.

MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Voor zover individu-gerichte preventieprogramma's niet expliciet zijn omschreven in het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering, is de kans groot dat zorgverzekeraars bepaalde programma's niet in de polisvoorwaarden van de basisverzekering zullen opnemen. Dit probleem kan op verschillende manieren worden opgelost. Ten eerste kan het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekosten worden uitgebreid met algemeen noodzakelijk geachte preventieprogramma's, waardoor de zorgaanspraken wettelijk zijn omschreven en de zorgverzekeraar dus de plicht heeft deze zorg te leveren. Een naaste van een dergelijke aanpak is dat in het Besluit Zorgaanspraken een lange lijst preventieprogramma's moet worden opgenomen, welke voortdurend moet worden aangepast. Bovendien wordt op deze manier niet gegarandeerd dat een verzekeraar zich ook daadwerkelijk inspant om de

preventieprogramma's goed uit te voeren. Een tweede oplossing is het oormerken van premiegelden uit de Centrale Kas voor de financiering van deze activiteiten. Een dergelijke optie werd eerder door de Nationale Raad van de Volksgezondheid voorgesteld met betrekking tot de financiering van op risicogroepen gerichte preventieve openbare geestelijke gezondheidszorg.³ Naar analogie van dit voorstel kan op grond van een periodiek op te stellen preventieplan worden vastgelegd welke preventieprogramma's moeten worden uitgevoerd en hoeveel middelen daarvoor beschikbaar (moeten) zijn. De toekomstige Raad voor de Zorgverzekering zou deze gelden moeten beheren en uitkeren aan de zorgverzekeraars of direct aan de uitvoerende instellingen of beroepsbeoefenaren. In theorie zijn er sterk uiteenlopende manieren denkbaar om de middelen te verdelen, variërend van een geïndividualiseerde doeluitkering voor zorgverzekeraars of zorgaanbieders tot een taakstellend budget voor een daartoe opgericht regionaal samenwerkingsverband van zorgverzekeraars.¹¹

Om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de meer marktgerichte opzet van het zorgstelsel, zou een toewijzingssysteem kunnen worden ontworpen waarbij instellingen en beroepsbeoefenaren offertes kunnen indienen met betrekking tot de uitvoering van individu-gerichte programmatische preventieve activiteiten in een bepaalde gemeente of regio. Op basis van tevoren vastgestelde criteria (zoals efficiëntie, effectiviteit, technische uitvoerbaarheid) kunnen deze aanvragen wel of niet worden gehonoreerd. Zo kan bijvoorbeeld het kruiswerk voor de financiering van individu-gerichte programmatische preventieve activiteiten die zij verrichten (en die niet expliciet staan omschreven in het Besluit Zorgaanspraken), zoals ouderenprogramma's en diverse voorlichtingscursussen, een offerte indienen bij de Raad voor de Zorgverzekering. Daarnaast kunnen bijvoorbeeld ook particuliere thuiszorgorganisaties en GGD'en offertes indienen.

De Raad voor de Zorgverzekering contracteert als het ware de instellingen of beroepsbeoefenaren die de desbetreffende preventieve activiteiten uitvoeren. Het is dan niet meer zo dat een instelling (bijvoorbeeld het kruiswerk) jaarlijks een vast budget krijgt voor de

uitvoering van die preventieve taken: men zal moeten concurreren met andere instellingen of beroepsbeoefenaren die zich op deze markt begeven. De contractduur kan afhankelijk worden gesteld van de aard van het preventieprogramma. Bij eventuele contractverlenging zou via dezelfde procedure een aanvraag moeten worden ingediend, waarbij opnieuw een beoordeling en een keuze tussen verschillende offertes kan worden gemaakt. Langs deze weg kan de uitvoering van de niet afzonderlijk omschreven individu-gerichte preventieve programma's worden gegarandeerd, wordt door de Raad voor de Zorgverzekering toezicht gehouden op een adequate uitvoering en worden stimulanzen tot doelmatigheid ingebouwd, conform de marktgerichte opzet van het beoogde zorgstelsel.

Literatuur

1. Grinten TED van der. Het risico van risicoselectie in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1983; 44:1324-31.
2. Ven WPMM van de. Mag een zorgverzekeraar winst maken op zwakzinnigenzorg? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1991; 69:121-2.
3. Advies openbare geestelijke volksgezondheid. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, december 1991 (publikatie 30/91).
4. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Werken aan zorgvernieuwing. Tweede Kamer vergaderjaar 1989-1990, 21.545 (2), 10 mei 1990.
5. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Verandering verzekerd. Tweede Kamer vergaderjaar 1987-1988, 19.945 (27-28), 7 maart 1988.
6. Advies versterking preventie eerstelijnszorg. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, februari 1992 (publikatie 6/92).
7. Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering. Koninklijk Besluit van 20 november 1991. Staatsblad 590, 1991.
8. Schut FT, Lapré RM. Dilemma's bij financiering van preventieve gezondheidszorg. In: Lapré RM, Rutten FFH, Hagen JH, red. De economie van de preventieve gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1988: 34-66.
9. Fuchs VR. Time preference and health: an exploratory study. In: Fuchs VR, ed. Economic aspects of health. Chicago: University of Chicago Press, 1982: 93-120.
10. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. Econometrica 1979; 47:263-91.
11. Bruine M de, Grinten TED van der. Sturing van geestelijke gezondheidszorg door overeenkomsten: een economische analyse. Erasmus Universiteit Rotterdam, juni 1990.

Auteurs

Y. W. van Kemenade is werkzaam bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en heeft dit artikel geschreven op persoonlijke titel.

F. T. Schut is werkzaam bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.