

# Canon 11: Gezondheidseconomie

Ruim vijftig jaar geleden verscheen het klassieke artikel van Arrow, ‘Uncertainty and the welfare economics of medical care’ (Arrow, 1963). Algemeen wordt dit gezien als beginpunt van de gezondheidseconomie als afzonderlijke discipline. Sindsdien heeft de gezondheidseconomie een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt, parallel aan het sterk groeiende aandeel van de gezondheidszorg in de economie. Dit is geen toeval, want wereldwijd worstelen beleidsmakers met de vraag hoe zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar kan worden en blijven. De klassieke economische vraag hoe de schaarse middelen zo doelmatig en rechtvaardig mogelijk kunnen worden verdeeld, speelt bij uitstek in de gezondheidszorg. In deze canon van de gezondheidseconomie komen negen inzichten aan bod die de gezondheidseconomie de afgelopen vijftig jaar heeft opgeleverd.

## ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

## EDDY VAN DOORSLAER

Hoogleraar aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

## HUGO KEUZENKAMP

Lid van de raad van  
bestuur van het  
Westfriesgasthuis

## 1 MARKTFALEN INHERENT AAN GEZONDHEIDSZORG

Arrow analyseert de gezondheidszorg als specifiek object van welvaartseconomie. Hij zet uiteen waarom juist in de gezondheidszorg de markt niet goed werkt. Door de grote mate van onzekerheid over tijdstip, aard, omvang en effect van de zorg, leidt een vrije markt volgens Arrow niet tot optimale uitkomsten. De beschikbare informatie is bovendien ongelijk verdeeld over vragers en aanbieders. Patiënten gaan vaak naar de dokter om hun ongedefinieerde vraag nader te laten specificeren. De dokter stelt de diagnose, stelt de therapie vast en bepaalt daarmee grotendeels de vraag naar zorg. Omdat informatie deel uitmaakt van de transactie is de vrager niet volledig geïnformeerd en kan hij de waarde van die informatie niet goed inschatten. Bovendien zijn ook de onzekerheden over tijdstip, omvang en effect van zorg maar deels door verzekeringen af te dekken.

Verzekeringen leiden op hun beurt tot marktverstoringen (moreel risico en averechtse selectie). Ten slotte wijst Arrow erop dat veel mensen het niet acceptabel vinden dat koopkracht de toegang tot gezondheidszorg bepaalt, zoals het geval zou zijn op een vrije markt. Zorg wordt beschouwd als een recht. Arrows these is dat de talrijke instituties in de zorgsector een noodzakelijk gevolg zijn van het falen van de markt.

Naast de door Arrow genoemde bronnen van marktfalen spelen ook de andere bekende vormen van marktfalen in de zorg: externe effecten (besmetting), natuurlijke monopolies (voor gespecialiseerd zorgaanbod), en het ontbreken van stabiele preferenties, een basisvoorwaarde voor rationeel keuzegedrag. Dat leidt tot ‘bemoeizorg’ als een bijzonder geval van *merit goods*.

Arrow, K.J. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

## 2 REGULERING ZORG IS VOORTDURENDE PUZZEL

Toegankelijkheid, collectieve betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg zijn belangrijke drijfveren voor overheidsinterventie. Cutler (2002) laat zien dat deze redenen achtereenvolgens een dominante rol hebben gespeeld in de vormgeving van de zorgstelsels. Door de toenemende prestaties en navenant stijgende uitgaven aan gezondheidszorg werd in de eerste helft van de 20e eeuw het waarborgen van universele toegang tot de zorg de eerste reden voor collectief ingrijpen. Grofweg werd toegankelijkheid gegarandeerd langs twee lijnen: via sociale verzekeringen (Bismarck-stelsels) of via belastingen (Beveridge-stelsels).

Universele toegang leidde ertoe dat voor de burger geld geen rol meer speelde in de zorg, terwijl aanbieders veelal per verrichting (of verpleegdag) werden betaald. Dit leidde vanaf 1960 tot sterk stijgende zorgkosten en in de

drie daaropvolgende decennia tot maatregelen om de kosten te beheersen: prijsregulering, budgettering en rantsoenering van het aanbod. Deze maatregelen waren succesvol in het afremmen van de kostengroei, maar tegelijk traden de nadelen van centraal geleide zorg op: toenemende wachtlijsten, verschraving van de zorg en gebrek aan innovatie. De zorgstelsels kregen te kampen met overheidsfalen als gevolg van toenemende informatie-, coördinatie- en motivatieproblemen.

Het streven naar grotere doelmatigheid leidde vanaf de jaren negentig tot een toenemende aandacht voor het organiseren van betere prikkels in de gezondheidszorg en een herwaardering van de rol van de markt als coördinatiemechanisme. Landen met een Beveridge-stelsel kiezen veelal voor het organiseren van 'interne' markten – waarbij de overheid zorg inkoop bij concurrerende zorgaanbieders – of maatstafconcurrentie. In tal van landen met een Bismarck-stelsel, waaronder Nederland, zijn varianten van het door Enthoven (1988) ontwikkelde model van geregleerde concurrentie (*managed competition*) ingevoerd. In beide gevallen is concurrentie op kwaliteit lastig. De hamvraag is hoe de concurrentie zo te reguleren dat deze effectief wordt gericht op waardevermeerdering (Porter en Teisberg, 2006). De sleutel hiertoe ligt in het vergaren en verspreiden van betere informatie over de kwaliteit van zorg.

Cutler, D. (2002) Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3), 881-906.

Enthoven, A.C. (1988) *Theory and practice of managed competition in health care finance*. Amsterdam: North Holland.

Porter, M.E. en E.O. Teisberg (2006) *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

### 3 VOLLEDIGE ZORGVERZEKERING IS NIET OPTIMAAL

Zorgverzekeringen leiden tot vermindering van onzekerheid en tot beter toegankelijke zorgvoorzieningen. Dat genereert welvaartswinst. Maar verzekeringen verlagen de marginale prijs van zorg en kunnen daarmee leiden tot moreel risico, ofwel een excessief gebruik van (dure) zorg. Het welvaartsverlies van moreel risico kan worden tegengegaan door de consument zelf een deel van de kosten te laten betalen. Een belangrijke vraag is welke eigen betalingen uit welvaartsoogpunt optimaal zijn: hoe hoog, voor welke zorg, voor welke consumenten en hoe vormgegeven? Empirisch onderzoek naar het effect van eigen betalingen is lastig omdat gezonde mensen de voorkeur hebben voor hogere eigen betalingen. Hierdoor zijn de effecten van moreel risico en averechtse selectie moeilijk te onderscheiden.

In de jaren zeventig is dit probleem ondervangen door een grootschalig RAND-zorgverzekeringsexperiment in de Verenigde Staten waarbij de deelnemers willekeurig werden onderverdeeld bij zorgverzekeringen met uiteenlopende eigen betalingen (Newhouse *et al.*, 1993). De onderzoekers vonden een prijselasticiteit van ongeveer -0,2, maar de prijsgevoeligheid voor verschillende typen zorg bleek

sterk uiteen te lopen. Ook bleek de prijsgevoeligheid af te nemen met het inkomen, wat pleit voor inkomensafhankelijke eigen betalingen. Opvallend was dat eigen betalingen per saldo geen nadelige gezondheidseffecten bleken te hebben, uitgezonderd voor mensen uit de laagste sociaaleconomische groep met een slechte gezondheid. Hoewel het RAND-experiment al ruim dertig jaar oud is, komen tal van latere empirische studies tot vergelijkbare bevindingen. Dit geldt ook voor een geruchtmakend uniek experiment in Oregon in 2008, waarbij onverzekerden via een loterij toegang kregen tot een zorgverzekering (Finkelstein *et al.*, 2012).

Finkelstein, A., S. Taubman, B. Wright *et al.* (2012) The Oregon Health insurance experiment: Evidence from the first year. *Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106.

Newhouse, J.P. en Insurance Experiment Group (1993) *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

### 4 AANBOD SCHEPT VRAAG

De ongelijke informatie tussen aanbieders en vragers van zorg leidt ertoe dat aanbieders de vraag naar zorg kunnen beïnvloeden. Op grond van talrijke empirische studies naar aanbod-geïnduceerde vraag komt McGuire (2011) tot de slotsom dat: "Adding up the evidence, on obstetricians doing more C-sections, surgeons doing more bypass operations, physicians referring more frequently to their own labs, and other studies, makes a convincing case that doctors can influence quantity and sometimes do so for their own purposes." Een belangrijke implicatie hiervan is dat de wijze waarop zorgaanbieders worden betaald, gevolgen heeft voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Simpel gezegd: prikkels werken, ook in de gezondheidszorg. Veel onderzoek richt zich dan ook op de vraag hoe de betalingssystemen het best kunnen worden vormgegeven. Idealiter zouden zorgaanbieders moeten worden beloond





voor goede uitkomsten en zou hun honorering moeten afhangen van de gezondheidsverbetering voor de patiënt. Maar uitkomsten zijn moeilijk meetbaar en het bepalen van de toegevoegde waarde van de zorgaanbieder is zo mogelijk nog lastiger. Contracten zijn daardoor incompleet en geen enkel betalingssysteem genereert daarom perfecte prikkels.

De consensus lijkt dat een gemengd honoreringssysteem met een vaste en resultaatgebonden component de voorkeur verdient (McGuire, 2011). Daarnaast blijkt de inbedding van professionele normen en onderlinge toetsing in geïntegreerde risicodragende zorgorganisaties van belang voor doelmatige zorgverlening. Zo wijst het eerder genoemde RAND-experiment uit dat verticale integratie van zorgverzekeraar en zorgverleners in een *Health Maintenance Organization* tot aanzienlijke welvaartswinst kan leiden, een conclusie die in tal van latere studies wordt bevestigd. Ho (2009) toont echter aan dat de diffusie van dergelijke organisatorische concepten sterk wordt belemmerd doordat de benodigde schaalomvang en opbouw van reputatie aanzienlijke toetredingsbarrières vormen.

McGuire, T.G. (2011) Physician agency and payment for primary care. In: S. Glied en P.C. Smith (red.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, 602–623.

Ho, K. (2009) Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs. *Journal of Economics & Management Strategy*, 18(2), 487–545.

## 5 GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN IS EEN LUXEGOED

Empirische studies in de OESO-landen schatten doorgaans een geaggregeerde inkomenselasticiteit van gezondheidszorg groter dan 1. Dit suggereert dat zorg een luxegoed is, terwijl schattingen van de inkomenselasticiteit van zorguitgaven op individueel niveau meestal veel kleiner zijn dan 1, en soms zelfs negatief (Getzen, 2000). De verklaring voor deze paradox is dat bij toenemende welvaart de meeste landen de toegang tot zorg steeds meer universeel

toegankelijk maken door middel van belastingen of premies. Op nationaal niveau neemt daardoor de collectieve vraag naar zorg sterker toe dan het inkomen (Finkelstein, 2007). Op het microniveau van huishoudens betekent de aanwezigheid van verzekeringen echter dat inkomen geen bindende restrictie meer vormt voor zorgconsumptie. Dus als individuele inkomens toenemen heeft dat slechts een gering effect op de individuele vraag naar zorg.

De macro- en microresultaten zijn niet met elkaar in tegenspraak als we ons realiseren dat de groei op macro-niveau voornamelijk het gevolg is van toegenomen solidariteit: in rijkere landen gaat een groot deel van de bijdragen van rijkere inwoners naar de betalingen voor de zorg voor armere landgenoten (via belastingen en sociale premies). Het is vooral de grotere en meer gelijk gespreide toegankelijkheid van zorg die een luxegoed is. Het rijkste land (de VS) lijkt op het eerste gezicht een tegenvoorbeeld met een groot aandeel particulier gefinancierde zorg en ruim veertig miljoen onverzekerden (in 2013), maar vanwege de hoge zorguitgaven wordt daar via de publieke bejaarden- en armenverzekering (Medicare en Medicaid) uiteindelijk zelfs meer inkomen herverdeeld dan in Europese landen (Wagstaff en Van Doorslaer, 2000).

Getzen, T.E. (2000) Health care is an individual necessity and national luxury. *Journal of Health Economics*, 19(2), 259–270.

Finkelstein, A. (2007) The aggregate effects of health insurance: evidence from the introduction of Medicare. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 1–37.

Wagstaff, A. en E. van Doorslaer (2000) Equity in health care finance and delivery. In: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, 1803–1862.

## 6 SOCIALE ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID VARIËERT OVER DE LEVENSCYCLUS

Economen beschouwen gezondheid niet alleen als een consumptiegoed maar ook als investeringsgoed (Grossman, 1972). Gezondheid kan worden gezien als een vorm van menselijk kapitaal dat deels erfelijk is bepaald en geleidelijk afneemt met veroudering, maar waarin over de levensloop ook kan worden geïnvesteerd via medische zorg of andere gezondheidsbevorderende activiteiten, zoals scholing. Gunstige sociaaleconomische omstandigheden rond de geboorte bevorderen zowel gezondheid als een hogere opleiding, die op zijn beurt bijdraagt aan gemiddeld gezondere leef- en werkomstandigheden. De ongelijke verdeling van gezondheidskapitaal op jonge leeftijd wordt vaak versterkt door een ongelijke erosie van gezondheidskapitaal naar sociaaleconomische status. Hierdoor neemt sociale ongelijkheid in gezondheid toe tot ongeveer de pensioenleeftijd, om daarna weer af te nemen omdat pensionering de inkomensverschillen weer verkleint (Smith, 2007). Vooral op middelbare leeftijd, net voor de pensionering, is er sprake van omgekeerde causaliteit: mensen met ongezonde banen (of leefwijzen) moeten vaak noodgedwongen eerder stoppen met werken waardoor ze ook een aanzienlijk deel van hun inkomen verliezen. Dit laatste fenomeen treedt duidelijk op in de VS (Smith, 2007) maar

ook in landen met een betere inkomensbescherming zoals Nederland. García-Gómez *et al.* (2011), bijvoorbeeld, laten zien dat ook in Nederland plotselinge schokken in gezondheid, zoals een hartaanval of een verkeersongeluk, leiden tot verminderde arbeidsparticipatie en een sterke inkomensdaling.

Ook op een geaggregeerd niveau valt op dat de verwerking en verspreiding van nieuwe kennis over gezondheid of medische technologie eerst zorgt voor een toename van sociale ongelijkheid in gezondheid tussen landen of tussen sociaaleconomische groepen in die landen. Gelukkig zorgt de (weliswaar) vertraagde verdere verspreiding van de kennis en technologie in een volgend stadium weer voor een verkleining van die kloof (Cutler *et al.*, 2006).

Cutler, D., A. Deaton en A. Lleras-Muney (2006) The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), 97–120.

García-Gómez, P., H. van Kippersluis, O. O'Donnell en E. van Doorslaer (2013) Long term and spillover effects of health shocks on employment and income. *Journal of Human Resources*, 48(4), 873–906.

Grossman, M. (1972) On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

Smith, J.P. (2007) The impact of socioeconomic status on health over the life course. *Journal of Human Resources*, 42(4), 739–764.

## **7 RECHTVAARDIG ZORG VERDELEN STUIT OP MEETPROBLEMEN**

Voor veel allocatieproblemen in de zorg is rechtvaardigheid een belangrijker doel dan efficiëntie. Economen menen dat niemand tegen een Pareto-verbetering kan zijn (het nut van ten minste één individu verbetert zonder dat het nut van anderen verslechtert). In de zorg zijn er echter voorbeelden van het tegendeel: als iemand bereid is te betalen voor extra capaciteit om van een wachtlijst af te komen leidt dat tot ophef over voorkeurszorg – zelfs als anderen hierdoor niet langer hoeven te wachten. Ook domineert rechtvaardigheid als motief bij verevening van ziektekostenrisico's tussen concurrerende verzekeraars en speelt het een rol bij vergoeding van zieken- of verpleeghuizen voor een ongelijke casemix. In elk van die gevallen wordt – na afdoende correctie voor behoefte-, risico- of casemixverschillen – een gelijkere verdeling nagestreefd.

Steeds komt het erop neer dat vergoeding (of correctie) voor sommige factoren wel gerechtvaardigd is, maar niet voor andere. We kunnen makkelijker solidariteit opbrengen voor bijvoorbeeld een bijdrage aan ziektekosten waarvoor personen zelf geen verantwoordelijkheid dragen dan voor ziektekosten die veroorzaakt zijn door een ongezonde of gevaarlijke levensstijl. De lastige opdeling van beïnvloedende factoren in gerechtvaardigd of niet, is slechts één van de problemen. Dat veel van die factoren niet meetbaar zijn en dat er interactie optreedt tussen wel en niet gerechtvaardigde correctiefactoren maakt het probleem nog veel lastiger.

Een normatieve theorie die op vrij veel bijval kan rekenen, stelt dat eigenlijk enkel de ongelijkheid van opportuniteiten (of kansen) onwenselijk is (Fleurbaey en Schokkaert, 2012). Maar om (normatief) goed te kunnen beoordelen

of een verdeling van uitkomsten meer of minder rechtvaardig is, is een goed (positief/descriptief) model nodig dat de onderliggende causale relaties tussen de factoren weergeeft (Fleurbaey en Schokkaert, 2009). Pogingen om dit empirisch vorm te geven, laten zien dat dit in de praktijk erg moeilijk wordt: García-Gómez *et al.* (2015) proberen de mate van onrechtvaardigheid van de ongelijke verdeling van sterfte in Nederland te meten door rekening te houden met de mate waarin ongezonde leefgewoonten hebben bijgedragen tot die ongelijkheid.

García-Gómez, P., E. Schokkaert, T. van Ourti en T. Bago d'Uva (2015)

Inequity in the face of death. *Health Economics*, doi:10.1002/hec.3092.

Fleurbaey, M. en E. Schokkaert (2009) Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73–90.

Fleurbaey, M. en E. Schokkaert (2012) *Inequity in health and health care*.

In: P. Barros, T. McGuire en M. Pauly (red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 2. New York: Elsevier, 1003–1092.

## **8 MAXIMALE GEZONDHEID UIT SCHAARSE MIDDELEN HALEN VEREIST KEUZES**

De beschikbare middelen zijn ontoereikend om alles wat technologisch mogelijk is in de zorg ook onbeperkt ter beschikking te stellen. Dit zorgt ervoor dat optimale allocatie van schaarse middelen noodzakelijk is. Het niet nastreven van een maximale gezondheid met gegeven beperkte middelen zou daarom kunnen worden beschouwd als onethisch. Gezondheidseconomen propageren daarom de ambitie om voor alle diagnostische en therapeutische interventies in de gezondheidszorg het 'gezondheidsrendement' te bepalen als de te verwachten kosten per gewonnen, voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar. Op die manier zouden dan alle opties geordend kunnen worden en kan het hoogste gezondheidsrendement worden behaald door de beschikbare middelen alleen te besteden aan de meest kosteneffectieve zorginterventies. Het gevolg van die werkwijze is dat zorg met te hoge kosten per gewonnen QALY (*Quality Adjusted Life Year*) niet wordt vergoed en de gezondheid met de beschikbare middelen wordt gemaximaliseerd. Hierbij dienen echter ook verdelingsaspecten te worden meegewogen, teneinde optimale sociale welvaart te borgen en aan te sluiten bij maatschappelijke voorkeuren (Wagstaff, 1993; Bleichrodt *et al.*, 2005). Inmiddels proberen instituten zoals het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk (Claxton *et al.*, 2002) en het Zorginstituut Nederland deze overwegingen in de praktijk te brengen bij beslissingen over welke zorg tegen welke vergoeding mag worden opgenomen in een basispakket zorg.

Bleichrodt, H., J.N. Doctor en E.A. Stolk (2005) A nonparametric elicitation of the equity-efficiency trade-off in cost-utility analysis. *Journal of Health Economics*, 24(4), 655–678.

Claxton, K., M. Sculpher en M. Drummond (2002) A rational framework for decision making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Lancet*, 360(9334), 711–715.

Wagstaff, A. (1993) QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 12(2), 237.

## 9 GROEI ZORGCOSTEN AFHANKELIJK VAN TECHNOLOGIE

Optimisme dat technologische vooruitgang helpt om de zorgkosten te beheersen, is misplaatst. Dat wil niet zeggen dat technologie geen bijdrage levert. Arbeidsbesparende technologie zorgt bijvoorbeeld van een verschuiving van grote invasieve ingrepen (een buik opensnijden) naar minimaal invasieve ingrepen (kijkoperaties die zonder klinische opname geschieden), of voor een verschuiving van opereren naar het innemen van medicijnen. Een verlaging van de kosten per eenheid betekent echter niet noodzakelijk een verlaging van de totale zorgkosten. Want nieuwe technologieën leiden vaak ook tot nieuwe toepassingsmogelijkheden voor voorheen onbehandelde of onbehandelbare aandoeningen. De consensus onder gezondheidseconomen op basis van het beschikbare empirisch onderzoek naar de stijgende zorguitgaven in de afgelopen vijftig jaar is dan ook dat technologische innovatie hiervan de belangrijkste oorzaak is geweest (Chernew en Newhouse, 2012).

Maar pessimisme dat technologische vooruitgang alleen maar leidt tot hogere zorguitgaven, is evenzeer misplaatst. Dezelfde technologische vooruitgang heeft de afgelopen vijftig jaar namelijk geleid tot enorme productiviteits- en gezondheidswinst (Cutler, 2005). Chandra en Skinner (2012) laten op basis van een groot aantal studies echter zien dat de productiviteit van zorg sterk samenhangt met de aard én verspreiding van de medische technologie. Zij onderscheiden drie categorieën medische technologieën. De eerste is uiterst effectief voor een specifieke groep patiënten maar schadelijk voor anderen, zoals antiretrovirale therapie bij HIV-patiënten. Door de goed af te bakenen groep gebruikers is de kans op een onnodig gebruik laag en het gemiddelde rendement hoog. De tweede categorie betreft technologie die zeer effectief is voor een aantal patiënten, maar waarvan het effect bij veel andere patiënten gering maar niet (erg) schadelijk is. Voorbeelden zijn antidepressiva, het plaatsen van stents bij hartproblemen en amandelen knippen. Ondanks het hoge rendement voor bepaalde groepen patiënten kan, door de te ruime toepassing onder het motto 'baat het niet dan schaadt het niet' het gemiddelde rendement laag uitvallen. De derde categorie betreft medische technologieën waarvan de effectiviteit



onbewezen, gering of zelfs negatief is terwijl de kosten vaak hoog zijn, zoals agressieve behandeling van vergevorderde longkanker. Chandra en Skinner laten zien dat de hoge zorguitgaven in (bepaalde gebieden van) de VS samenhangen met de ruime toepassing van medische technologieën van de tweede en derde categorie. Door te sturen op de aard en gepast gebruik van technologie kan onnodige groei van de zorguitgaven worden voorkomen. Ook hiervoor is het noodzakelijk om de productiviteit (vooral de verbetering in kwaliteit van leven) beter te meten dan thans vaak gebeurt.

Chandra, A. en J.S. Skinner (2012) Technology growth and expenditure growth in health care. *Journal of Economic Literature*, 50(3), 645–680.

Chernew, M.E. en J.P. Newhouse (2012) Health care spending growth. In: P. Barros, T. McGuire en M. Pauly (red.) *Handbook of Health Economics*, vol. 2. New York: Elsevier, 1–43.

Cutler, D. (2005) *Your money or your life*. Oxford: Oxford University Press.

# ESB canon van de economie

Onderwijseconomie ♦ Monetaire economie ♦ Internationale en ontwikkelingseconomie

♦ Ondernemerschap ♦ Woningmarkt ♦ Innovatie ♦ Arbeidsmarkt ♦ Openbare financiën ♦ Economische Geschiedenis

♦ Energie ♦ Gezondheidseconomie ♦ Pensioenen ♦ Personeel & Organisatie ♦ Financiële markten ♦ Gedrag

♦ Sociale zekerheid ♦ Marktordening ♦ Governance ♦ Ruimtelijk ♦ Groei & Conjunctuur ♦ Marketing