

RECHTVAARDIGHEID

Rechtvaardige verdeling in de zorg

Gepaste zorg vereist dat noodzakelijke zorg toegankelijk wordt gemaakt. In de afgelopen decennia is een meetinstrumentarium ontwikkeld waarmee de verdelingsgevolgen van alternatieve beleidskeuzes gekwantificeerd kunnen worden. Het verdient aanbeveling om, anders dan tot nu toe, vooraf experimentele evaluaties te houden, alvorens over te gaan tot nieuwe hervormingen.

EDDY VAN DOORSLAER
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

In 1987 is een project, gefinancierd door de Europese Unie, gestart met de titel 'Distributive implications of cost containment'. Dit mondde uit in een serie projecten die later bekend zouden worden onder het acroniem ECuity. Het uitgangspunt was dat er onder invloed van de sterk stijgende zorgkosten in OESO-landen in die tijd buitensporig veel aandacht ging naar maatregelen voor kostenbeheersing. Voorstellen voor zowel meer marktgerichte als meer controlegerichte ingrepen kregen veel belangstelling in politieke en academische kringen. De vraagstelling was erop gericht om de verdelingsconsequenties van beleid te objectiveren. Wat destijds opviel in deze literatuur was dat die een sterk

filosofisch karakter had en er tot dan toe vrij weinig kwantificering had plaatsgevonden. Het onderzoek leidde tot een boek (Van Doorslaer *et al.*, 1991) en een reeks publicaties die niet alleen nieuwe vergelijkbare resultaten voor een aantal EU-lidstaten, de Verenigde Staten en Zwitserland brachten, maar ook en vooral nieuwe manieren voorstelden om de verdeling naar inkomen van zorggebruik (Van Doorslaer *et al.*, 2000), van de zorglasten (Wagstaff *et al.*, 1992) en volksgezondheid (Van Doorslaer *et al.*, 1997) te meten. Uitgangspunt daarbij was dat veel van de zorgstelsels die in Europese landen waren uitgebouwd, in de naoorlogse periode waren gestoeld op egalitaire beginselen zoals 'gelijke zorg voor gelijke behoefte' en 'bijdrage naar draagkracht'. Om te onderzoeken in hoeverre dit behoefte- en draagkrachtprincipe systematisch geschonden was, kon een beroep worden gedaan op concentratiecurves en -indices die in de publieke financiën met succes waren gebruikt om de herverdelende werking van belastingen te onderzoeken (Lambert, 1993). Dit leidde tot een heel nieuw arsenaal aan meetinstrumenten en indices in de gezondheidseconomie om de herverdelingseffecten in kaart te brengen (Wagstaff en Van Doorslaer, 2000). Daar waar in de jaren negentig de nadruk vooral lag op de ontwikkeling van maten om ongelijkheid en onrechtvaardigheid te kwantificeren, werd in het daaropvolgende decennium vooral progressie gemaakt met de ontwikkeling van decompositietechnieken om de bijdrage van achterliggende

kenmerken te ontrafelen (O'Donnell *et al.*, 2006). Het is één ding om een rangorde van landen of systemen te kunnen opstellen, maar nog belangrijker is om te achterhalen welke kenmerken aan die positie bijdragen.

LESSEN VOOR NEDERLAND EN ANDERE ONTWIKKELDE LANDEN

In Nederland werd de discussie over ongelijkheden in de toegankelijkheid van de zorg in de jaren tachtig vaak gevoerd op basis van de opvallende verschillen

Het is één ding om een rangorde van landen of systemen te kunnen opstellen, maar nog belangrijker is om te achterhalen welke kenmerken aan die positie bijdragen

in zorggebruik tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Uit onderzoek (Van Vliet en Van de Ven, 1986) bleek namelijk dat particulier verzekerden bijvoorbeeld meer specialistische maar minder huisartsenzorg consumeerden dan ziekenfondsverzekerden. Omdat deze verschillen niet konden worden verklaard door achtergrondkenmerken zoals gezondheid, inkomen en leeftijd, werden ze toegeschreven aan het duale verzekeringssysteem in Nederland met andere vergoedingsregels voor beide types verzekerden. Hoewel deze bevindingen destijds veel ophef veroorzaakten en zelfs aanleiding waren voor Kamervragen, is duidelijk geworden dat het hogere gebruik van specialistische zorg door hogere inkomensgroepen in zowat alle andere OESO-lidstaten ook bestaat en meestal in veel sterkere mate dan in Nederland. In 1996 was in Nederland de hogere concentratie van het gebruik van de specialist veel minder sterk dan in vrijwel alle andere landen en werd dit bovendien ook min of meer gecompenseerd door een sterkere concentratie van huisartsgebruik bij lagere inkomens. Ook vervolgonderzoek met recentere, beter vergelijkbare longitudinale Europese data en meer geavanceerde analyses (Bago d'Uva *et al.*, 2009) toonde aan dat de zorg in Nederland hoofdzakelijk is

verdeeld naar behoefte en dat systematische afwijkingen naar draagkracht veelal kleiner zijn dan in andere EU-landen.

De internationale vergelijking leverde ook nieuwe perspectieven op voor de financiering van de zorg. Uit incidentie-analyse van de pro- of regressiviteit van de verschillende betalingswijzen voor gezondheidszorg van gezinnen kwam destijds naar voren dat Nederland in 1992 de meest regressieve betaalwijze voor ziektekosten had van alle EU-lidstaten (Van Doorslaer, 1997; Wagstaff *et al.*, 1999). Dit houdt in dat lagere inkomensgroepen een groter aandeel van hun inkomen aan gezondheidszorg kwijt zijn dan hogere inkomensgroepen en dat betalingen voor gezondheidszorg de facto dus de inkomensongelijkheid vergroten. Dat had veel te maken met het feit dat de ziekenfonds- en AWBZ-bijdragen wel inkomensgerelateerd waren en de particuliere premies niet, maar toch bleek dit een verrassende vaststelling. En hoewel deze lastenverdeling mede aanleiding vormde voor de stelselwijziging van 2006, zorgde de randvoorwaarde om geen grote lastenverschuivingen te veroorzaken ervoor dat ook nadien de lastenverdeling nauwelijks minder regressief is geworden (Van Doorslaer en Jansen, 2003).

Het geschetste onderzoek is ondertussen enkele decennia oud en niet meer van een update voorzien. Meer recent heeft het RIVM in opdracht van het Ministerie van VWS de gezondheidszorgbalans ontwikkeld die beoogt de toegankelijkheid van de zorg en een aantal andere prestatie-indicatoren van de Nederlandse gezondheidszorg te monitoren (www.gezondheidszorgbalans.nl). Enerzijds is dit fijnmaziger omdat kan worden ingezoomd op specifieke onderdelen van de zorg – zoals bijvoorbeeld aan illegalen – maar een nadeel is dat het internationale perspectief ontbreekt.

In een volgend stadium van het onderzoek naar rechtvaardige verdeling werd beoogd om niet alleen de billijkheid van de zorgverdeling van landen te bepalen, maar ook en vooral om te achterhalen welke factoren bijdroegen aan systematische afwijkingen van een verdeling naar behoefte. Dit behelst een decompositie van de ongelijke verdeling van zorg naar inkomen, gemeten met een concentratie-index, in de bijdrage van de afzonderlijke determinanten van zorggebruik. Voor Europese lidstaten kon daarvoor gebruik worden gemaakt van vergelijkbare gegevens uit het European Community Household Panel (Van Doorslaer *et al.*, 2004). In opdracht van de OESO werd deze analyse ook voor 21 OESO-landen, waaronder 7 niet-

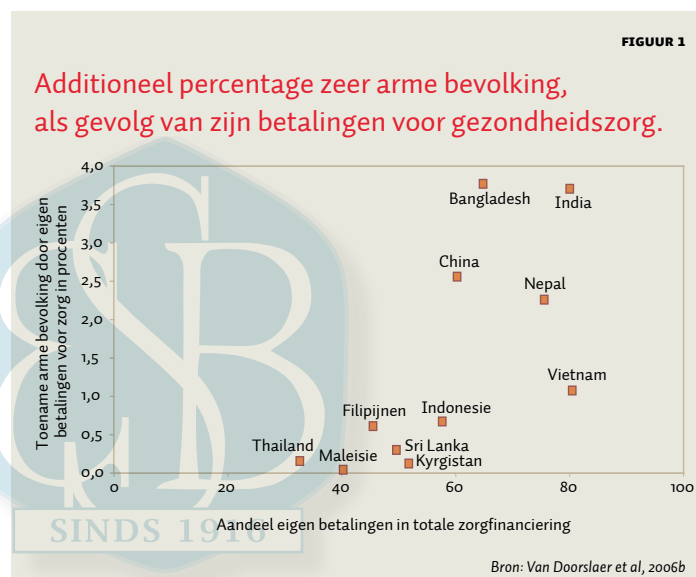
EU-leden, uitgevoerd (Van Doorslaer *et al.*, 2006a). Misschien wel de voornaamste bevinding was dat de verschillen tussen landen niet zozeer bleken samen te hangen met de hoogte van de eigen bijdragen, de poortwachtersfunctie van de huisarts of de dichtheid van het aanbod, als wel vooral met de mate waarin particuliere zorg of verzekering een alternatief boden voor de publieke zorg. Dit lijkt minder zorgwekkend wanneer bijvoorbeeld hogere inkomensgroepen zich bijkomend verzekeren nadat ze via belastingen al hebben bijgedragen aan de collectief gefinancierde zorg, zoals in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland en Duitsland kwam de aankoop van particuliere zorg of verzekering destijds echter in plaats van een bijdrage aan het collectieve stelsel.

LESSEN VOOR ZICH SNEL ONTWIKKELENDE LANDEN

In 2001 werd een gelijksoortig vergelijkend onderzoek uitgevoerd in een groot aantal landen in Azië. Het EQUITAP-project (Equity in the finance and delivery of health care in the Asian-Pacific) trachtte een antwoord te vinden op de vraag hoe de landen in die regio zich tot elkaar verhouden wat betreft de zorgverdeling. Al gauw bleek dat voor de beantwoording van die vraag slechts zeer ten dele kon worden teruggegrepen naar de egalitair geïnspireerde maten en technieken, ontwikkeld ter beoordeling van de verdelingsuitkomsten van de Europese gezondheidsstelsels. De voornaamste reden daarvoor was dat slechts een handvol Aziatische landen erin zijn geslaagd om hun hele bevolking een zekere mate van dekking tegen ziektekosten te bieden. Dit gold enkel voor de rijkere OESO-lidstaten zoals Japan, Taiwan en in mindere mate Zuid-Korea, voor de stadsstaat Hongkong en voor de enige uitzondering in de regio sinds 2002: Thailand. In alle andere Aziatische landen werd en wordt het gros van de uitgaven voor gezondheidszorg betaald uit eigen zak door de gebruikers (O'Donnell *et al.*, 2007). Voor heel veel gezinnen betekent het ontbreken van enige vorm van verzekering een vrijwel onoverkomelijke financiële hinderpaal bij langdurige ziekte, een zwaar ongeval of een overlijden. Bijgevolg waren andere, prioritaire doelen van overheidsingrijpen in deze sector niet egalitair van aard, zoals gelijk gebruik bij gelijke behoefte, of gelijke betaling bij gelijke draagkracht. In de eerste plaats stond voorop de bescherming tegen armoede of andere catastrofale gevolgen van zorguitgaven en de vraag in hoeverre de beperkte publieke middelen voor zorg hoofdzakelijk bij de armere bevolkingsgroepen

terecht komen. Toepassing van vrij simpele maten van *poverty en catastrophic impact* (Wagstaff en Van Doorslaer, 2003) en van incidentie-analyse van de baten van publieke zorg om de gevolgen van het ontbreken van enige financiële bescherming te meten voor de bevolking van de Aziatische landen die deelnamen aan het onderzoek, leidde tot belangrijke nieuwe inzichten. Gegeven de grote verschillen in economische ontwikkeling tussen deze landen wekt het geen verwondering dat de rijkere landen het aandeel van de uitgaven, gefinancierd door eigen betalingen, meer hebben kunnen reduceren dan armere landen. Een belangrijker vaststelling is dat in sommige landen ook bij vergelijkbare aandelen eigen betalingen de bevolking veel beter beschermd is tegen hoge uitgaven die huishoudens onder de armoederempel kunnen duwen of een zeer hoog aandeel van hun totale uitgaven van soms meer dan veertig procent vertegenwoordigen.

Dit wordt geïllustreerd in figuur 1 die aangeeft wat het additionele percentage van de bevolking is dat, als gevolg van zijn betalingen voor gezondheidszorg, als zeer arm wordt beschouwd (op basis van de definitie van de Wereldbank: minder dan één dollar te besteden per dag per persoon). Daaruit blijkt dat de verarming in het algemeen weliswaar toeneemt met een hoger aandeel eigen betalingen in de zorgfinanciering, maar



dat bijvoorbeeld bij een vergelijkbaar aandeel de impact op armoede veel groter is in Bangladesh en China dan in Indonesië of Sri Lanka. Ook in Thailand, Maleisië en de Filipijnen komen slechts zeer kleine fracties van de bevolking in de armoede terecht als gevolg van ziektekosten, omdat de armste bevolkingsgroepen een betere financiële bescherming genieten of omdat ze minder gebruikmaken van onnodig dure vormen van

Voor de beleidsvoorbereidende onderzoeker is het ideaal als de hervorming wordt opgezet als een gerandomiseerde gecontroleerde studie.

zorg. Een vergelijkbaar beeld ontstaat wanneer wordt gekeken naar de mate waarin de bevolking te maken krijgt met buitensporig hoge uitgaven voor zorg als fractie van hun totale bestedingen (Van Doorslaer *et al.*, 2007). Wanneer we vervolgens nagaan in welke mate de zorg die publiek wordt gefinancierd ook vooral bij de armere bevolkingsgroepen terecht komt, blijkt dat opnieuw dezelfde landen beter scoren: Maleisië, Thailand en Sri Lanka, en in mindere mate Vietnam, slagen er veel beter in dan de andere Aziatische landen om het gros van de publieke bestedingen ten goede te laten komen aan de armere bevolking. Dit lijkt vooral ook samen te hangen met de beperking van eigen bijdragen voor publieke zorg en de betere geografische spreiding van voorzieningen, vooral van de ziekenhuizen. In zijn algemeenheid wijzen deze bevindingen er op dat een adequate bescherming van de bevolking tegen het financiële risico van hoge ziektekosten en daarmee gepaard gaande armoede, alsmede een verbeterde toegankelijkheid van de publiek gefinancierde voorzieningen, niet enkel afhangen van de welvaart en ontwikkeling van een land. Weloverwogen keuzen met betrekking tot de inrichting van het zorgsysteem kunnen er toe bijdragen dat minder welvarende landen betere resultaten boeken. Thailand is daarvan wellicht het beste voorbeeld.

UITDAGINGEN VOOR DE TOEKOMST

De Europese en Aziatische vergelijkende studies hebben ons een redelijk goed beeld verschaft van welke landen en stelsels het beter en slechter doen op verschillende dimensies van rechtvaardige verdeling. In die zin reiken zij belangrijke aanknopingspunten aan voor beleid. Toch kunnen zij geen antwoord geven op de ultieme vraag wat er zou gebeuren indien bijvoorbeeld Portugal bepaalde kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg zou overnemen. Of wat er zou gebeuren indien China zich bij zijn hervormingen zou laten leiden door de verwezenlijkingen van kleine buur Thailand. Daarvoor is nodig dat de impact van uitgevoerde of geplande hervormingen adequaat wordt geëvalueerd. Voor de beleidsvoorbereidende onderzoeker is het ideaal als de hervorming wordt opgezet als een gerandomiseerde gecontroleerde studie. Vanzelfsprekend is dit in de praktijk slechts zelden een haalbare kaart, en zelfs als het haalbaar is, zijn er nog substantiële kanttekeningen te plaatsen bij de opportuniteit van gerandomiseerde studies (Deaton, 2010).

Slechts zelden is het mogelijk om een hervorming zodanig door te voeren dat tegelijk kan worden vastgesteld wat de uitkomst is als gevolg van de hervorming en wat de uitkomst zou zijn geweest zonder de hervorming. In sommige gevallen is dit wel redelijk gelukt. Een mooi voorbeeld is de opzet van de hervorming van de gezondheidszorg in Mexico, genaamd 'Seguro Popular' die is doorgevoerd onder impuls van de toenmalige minister van Volksgezondheid Julio Frenk in combinatie met een gecontroleerde studie. De bedoeling was om de toegang tot de publieke gezondheidszorg te veralgemenen tot de vijftig miljoen armere Mexicanen die tot dan toe nauwelijks hadden kunnen profiteren van toegankelijke gezondheidszorg. Enkele wetenschappers konden hem ervan overtuigen om de hervorming gerandomiseerd en gefaseerd in te voeren in vergelijkbare paren van clusters in verschillende staten van Mexico (King *et al.*, 2009). Het toeval bepaalde dan in welke van de twee regio's in elk cluster Seguro Popular eerst zou worden aangeboden, en welke regio (tijdelijk) als controlegroep zou dienen. Het grote voordeel van die werkwijze is dat dan kan worden geschat wat de uitgaven, het gebruik van zorg en de gezondheid zouden zijn geweest zonder de interventie. Deze experimentele opzet laat – veel beter dan in louter observationele studies – toe om de gevolgen van de toegenomen dekking in te schatten. De onderzoekers constateerden dat slechts 44 procent van de mensen op de aangeboden

dekking inging, maar dat dit toch zorgde voor gunstige effecten: een daling van zowel de catastrofale als gemiddelde uitgaven voor zorg.

In de meeste gevallen is het vrijwel uitgesloten om de beleidsmakers te overtuigen van zo'n gecontroleerde invoering van een hervorming, enkel en alleen met als doel meer betrouwbare en nauwkeurige schattingen te kunnen maken van het echte causale effect. Maar in veel situaties is dat ook niet aan de orde. Vaak kan zo'n opzet wel worden gekozen voor een pilotstudy, en in andere gevallen is het soms mogelijk om via quasi-experimentele methoden zoals *difference-in-difference*, of *regression discontinuity* (Imbens en Wooldridge, 2009) toch ex post een redelijke inschatting te maken van het oorzakelijk effect. Beide strategieën worden veelvuldig gebruikt in een nieuw door de EU gefinancierd HEFPA-onderzoek (Health Equity and Financial Protection in Asia). Het voornaamste doel is om te evalueren welk beleid wel en welk niet werkt in de pogingen van zes Aziatische landen om hun bevolking een adequate toegang tot zorg en afdoende financiële bescherming te bieden (www.hefpa.nl). In sommige landen werden, al dan niet gerandomiseerde, lokale experimentele studies opgezet. Dit is het geval in China voor de evaluatie van het effect van alternatieve wijzen van honorering van aanbieders in het rurale verzekeringsprogramma NCMS (New Cooperative Medical Scheme), de evaluatie van een subsidieregeling van de premie van het PhilHealth-verzekeringsprogramma voor mensen zonder een formele baan in de Filipijnen, een vergelijkbare evaluatie van het effect van premiesubsidie en informatieverstrekking op de vrijwillige aankoop van ziektekostenverzekering in Vietnam en de uitbreiding van de Health Equity Fund-dekking voor de armen in Cambodja van ziekenhuizen naar gezondheidscentra. In andere landen wordt gebruikgemaakt van quasi-experimentele methodes om het causale effect te schatten van uitbreidingen van het verzekeringsstelsel in het recente verleden op basis van bestaande nationale enquêtegegevens. Dit geldt voor de invoering van universele dekking in Thailand in 2002, het Askeskin-programma voor de uitbreiding van de verzekeringsdekking voor de armen in Indonesië en de gefaseerde invoering van Health Equity Funds, al dan niet geflankeerd door betere contractering van ziekenhuizen in Cambodja. In al deze studies is het de bedoeling om vast te stellen in welke mate deze programma's hebben bijgedragen aan een betere dekking van de zorgbehoeften of een betere bescherming van de levensstandaard

van huishoudens tegen soms hoge ziektekosten. Vaak lijkt de bereidheid van overheden en instanties om mee te werken aan dit soort van programma-evaluaties groter in landen die een snelle ontwikkeling doormaken dan in Nederland.

CONCLUSIE

Als we terugkijken op 25 jaar verdelingsonderzoek, kunnen drie fases worden onderscheiden: meting, verklaring en impactevaluatie. In een eerste fase werd vooral beoogd om door betere meting de internationale vergelijkingen nuttiger te maken voor beleid. Daardoor werd duidelijk wat de relatieve posities waren van zowel meer als minder ontwikkelde landen in de verdeling van de lusten en lasten van de zorg naar inkomen. Voor Nederland bleek een vrij degressieve financieringswijze toch goed te kunnen samengaan met een breed toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen, arm of rijk. In een tweede fase werd door middel van decomposities duidelijk gemaakt welke stelselkenmerken samengaan met grotere of lagere ongelijkheid. Vooral de opties die naast de collectief gefinancierde zorg werden geboden voor particulier gekochte zorg of verzekering, bleken belangrijk voor de vraag of rijk en arm in gelijke mate van dezelfde zorg gebruik konden maken. Nu lijkt de tijd aangebroken voor de beantwoording van de vraag welke verschillen welke impact hebben op de zorgverdeling. In landen die bezig zijn met een zeer snelle ontwikkeling, zoals bijvoorbeeld China of Mexico, is een grotere bereidheid te zien om hervormingen zodanig in te voeren dat zij tegelijk ook adequaat geëvalueerd kunnen worden. Dit pleit ervoor om zulke impactevaluaties ook vaker onderdeel te laten zijn van de beleidsvoorbereiding in de zorg in Nederland. In het recente verleden zijn daarbij grote kansen gemist. Het beste voorbeeld is wellicht de stelselwijziging van 2006. Hoewel de daaraan voorafgaande besluitvorming en studies van allerlei instanties zeer vele jaren in beslag hebben genomen, wekt het enige verbazing dat destijds op geen enkele manier is gepoogd om omstandigheden te creëren voor een adequate voor- en nameting bij een interventie- en controlegroep, die zouden toelaten duidelijker conclusies te trekken over wat de hervorming heeft bereikt. Het resultaat daarvan is dat het vaak beter mogelijk is om de verdelingsgevolgen van hervormingen in Azië te beoordelen dan in Nederland. Er zijn gelukkig uitzonderingen, bijvoorbeeld een geslaagd experiment met betrekking tot de screening van WAO-aanvragers (de

Jong *et al.*, 2011), maar in het algemeen kan toch worden gesteld dat dit soort opportuniteiten in het onderzoek van de Nederlandse gezondheidszorg met te veel schroom wordt bejegend. Dit wijst op het belang om in de toekomst vaker ex ante het brede scala van evaluatiedesigns te overwegen vooraleer over te gaan tot nieuwe hervormingen. Niet alleen het onderzoek, maar ook het gevoerde beleid zal er wel bij varen.

LITERATUUR

- Bago d'Uva, T., A.M. Jones en E. van Doorslaer (2009) Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *Journal of Health Economics*, 28(2), 280–289.
- Deaton, A. (2010) Instruments, randomization, and learning about development. *Journal of Economic Literature*, 48(2), 424–455.
- Doorslaer, E. van, A. Wagstaff *et al.* (1997) socioeconomic inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16(1), 93–112
- Doorslaer, E. van (1997) *Gezondheidszorg tussen Marx en markt*. Inaugurale rede. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Doorslaer, E. van, A. Wagstaff *et al.* (2000) Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19(5), 553–583.
- Doorslaer, E. van en E. Jansen (2003) Inkomensbeleid in het ziektekostenstelsel. ESB, 88(4393), 33–35.
- Doorslaer, E. van, A. Wagstaff en F. Rutten (1990) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Doorslaer, E.K.A. van, H.G. van der Burg en A.H. Koolman (1998) Rechtvaardige gezondheidszorg. ESB, 83(4167), 692.
- Doorslaer, E. van, X. Koolman en A.M. Jones (2004) Explaining income-related inequalities in health care utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629–647.
- Doorslaer, E. van, C. Masseria, X. Koolman en OECD Health Equity Group (2006a) Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian*

- Medical Association Journal*, 174(2), 177–183.
- Doorslaer, E. van, O. O'Donnell, R. Rannan-Eliya *et al.* (2006b) Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet*, 368(9544), 1357–1364.
- Doorslaer, E. van, O. O'Donnell, R. Rannan-Eliya *et al.* (2007) Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16(11), 1159–1184.
- Imbens, G.W. en J.M. Wooldridge (2009) Recent developments in the econometrics of program evaluation. *Journal of Economic Literature*, 47(1), 5–86.
- Jong, P. de, M. Lindeboom en B. van der Klauw (2011) Screening disability insurance applications. *Journal of the European Economic Association*, 9(1), 106–129.
- King, G., E. Gakidou, K. Imai, J. Lakin, *et al.* (2009) Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*, 373(9673), 1447–1454.
- Lambert, P.J. (1993) *The distribution and redistribution of income: a mathematical analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer en A. Wagstaff (2006) Decomposition of inequalities in health ad healthcare. In: Jones, A.M. (red.) (2006) *The Elgar companion to health economics*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, 179–192.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R. Rannan-Eliya *et al.* (2007) The incidence of public spending on health care: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21(1), 93–123.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R. Rannan-Eliya *et al.* (2008) Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 27(2), 460–475.
- Vliet, R.C.J.A. van en W.P.M.M. van de Ven (1986) Consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden nader onderzocht: overzicht van empirische bevindingen. *Gezondheid en Samenleving*, 7, 81–94.
- Wagstaff, A. en E. van Doorslaer (2000) Equity in health care finance and delivery. In: Cuyler, A.J. en J.P. Newhouse (red.) (2000) *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier, 1803–1862.
- Wagstaff, A. en E. van Doorslaer (2003) Catastrophe and impoverishment in paying for healthcare: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 12(11), 921–934.
- Wagstaff, A., E. van Doorslaer *et al.* (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263–290.