



## Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit

**Auteur(s):**

P. P. T. Jeurissen

De auteur is als financieel adviseur werkzaam bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. [p.jeurissen@rvz.net](mailto:p.jeurissen@rvz.net)

**Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D9, 10 februari 2005

**Rubriek:**

Prikkels en markten

**Trefwoord(en):**

*Op korte termijn kan kostenbeheersing een positief effect hebben op de arbeidsproductiviteit. Op lange termijn is marktwerking vereist voor een duurzame groei van de arbeidsproductiviteit.*

De zorgkosten nemen structureel sterk toe en de zorgsector wordt geconfronteerd met schaarste op belangrijke delen van de arbeidsmarkt. Deze problemen zijn alleen op te lossen door een significante stijging van de arbeidsproductiviteit. Omdat de zorgmedewerkers op dit moment al een hoge werkdruk ervaren (osa, 2004), moet de noodzakelijke stijging van de arbeidsproductiviteit op een andere wijze dan simpelweg nog harder werken worden bereikt.

De gezondheidszorg bestaat uit een groot aantal deelmarkten met soms sterk verschillende eigenschappen. 'De' arbeidsmarkt bestaat dan ook niet in de gezondheidszorg. Ik richt me hier hoofdzakelijk op de curatieve zorg en ga in op de vraag of er voldoende mogelijkheden zijn om de arbeidsproductiviteit te verbeteren. Ik ga achtereenvolgens in op de determinanten van arbeidsproductiviteit, de beleidsomslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking en de positie van de belangrijkste partijen.

Er is op dit moment weinig reden om te veronderstellen dat het nieuwe sturingsparadigma op korte termijn tot grote verbeteringen van de arbeidsproductiviteit zal leiden, doordat er onvoldoende marktwerking (*workable competition*) zal ontstaan. Zorgmarkten moeten zich kenmerken door voldoende instellingen met een sterke productfocus met *high volumes* en *low margins*. Dit betekent dat de patiënt een goede kwaliteit zorg krijgt aangezien deze positief samenhangt met het volume. Door de combinatie van volume en specialisatie ontstaan bovendien efficiency's die in een goed werkende markt aan de patiënt kunnen worden teruggegeven. Hierdoor kan extra competitie worden gegenereerd, waardoor de huidige inefficiënte versnippering en differentiatie in de sector kan afnemen. Dit beleid kan worden geflankeerd met sterke prikkels voor taakherschikking, goede en ruime opleidingscapaciteit en een adequate financiering en infrastructuur.

### Metten en ontwikkeling

Arbeidsproductiviteit bestaat uit de hoeveelheid geleverde zorgdiensten per eenheid arbeid. Ondanks het relatief grote belang is dit onderwerp in de economie van de gezondheidszorg lange tijd onderbelicht geweest (Bloor & Maynard, 2001). Precieze operationalisering en definiëring is lastig en meetproblemen zorgen ervoor dat er geen betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit (osa, 2004).

Vaak wordt verwezen naar de wet van Baumol, die stelt dat arbeidsintensieve sectoren zoals de zorg een achterblijvende productiviteitsontwikkeling kennen. De mogelijkheden voor productiviteitsstijging zijn echter niet in alle deelsectoren gelijk. In de care zijn ze beperkter dan in de ziekenhuiszorg. In dat licht is het bevreemdend dat de overheid dit niet laat meewegen in de toekenning van de budgetten. Zo komt de care door de beperktere mogelijkheden tot arbeidsproductiviteitsstijging sluipenderwijs op steeds grotere achterstand te staan. Wellicht verklaart dit mede de hoge voorspelde arbeidsmarkttekorten en de hogere ervaren werkdruk in deze sector (osa, 2004). De curatieve zorg ziet er inmiddels heel anders uit dan vijftig jaar geleden. Er is in de tussentijd vooral productiviteitswinst geboekt door kwaliteitsverbetering, hoewel juist deze moeilijk meetbaar is (Newhouse, 1993). Zo groeide de arbeidsproductiviteit in de National Health Service in de jaren tachtig met 1,5 procent per jaar, maar gecorrigeerd voor de betere effectiviteit van de behandelingen was dit 3,4 procent (Cutler, 1993).

### Determinanten productiviteit

Er lijkt meer duidelijkheid te bestaan over de determinanten die de arbeidsproductiviteit in de zorg beïnvloeden. Deze kunnen worden onderscheiden in externe en interne determinanten.

Een toename van arbeidsproductiviteit hangt voor een belangrijk deel samen met innovaties waar de sector zelf nauwelijks invloed op heeft. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de farmaceutische industrie, de medische technologie, bouwondernemingen en de informatie- en communicatietechnologie. Ook de algemene sociaal-economische organisatie van de samenleving beïnvloedt de arbeidsproductiviteit, bijvoorbeeld door de specifieke structuren waarin de arbeidsvoorwaarden tot stand komen.

*Financiële prikkels en personeelsbeleid*

Adequate financiële prikkels kunnen extra arbeidsproductiviteit stimuleren. Zo stimuleert *output*-financiering extra productie. Bij de vormgeving daarvan moet dan wel rekening worden gehouden met de specifieke kostenopbouw van de sector, die wordt gekenmerkt door lage marginale kosten. Een zekere degressiviteit in de bekostiging ligt daardoor voor de hand. Verder kunnen additionele mogelijkheden voor budgetsubstitutie tussen arbeid en kapitaal eveneens de arbeidsproductiviteit bevorderen. Instellingen kunnen bovendien zelf door een verstandige interne budgettering bijdragen aan een goede allocatie van mankracht en daardoor aan een verhoging van de arbeidsproductiviteit.

Goed personeelsbeleid draagt ook bij aan de arbeidsproductiviteit, bijvoorbeeld door terugdringing van het ziekteverzuim. Op het microniveau kunnen management en P&O-afdeling op allerlei terreinen bijdragen aan verhoging van de arbeidsproductiviteit. Dat instellingen op dit terrein al veel mogelijkheden hebben, blijkt bijvoorbeeld uit de grote beloningsverschillen tussen de verschillende algemene ziekenhuizen. De gemiddelde salariskosten per Nederlands ziekenhuis variëren namelijk tussen de ? 57.000 en ? 39.000 per medewerker (Gupta, 2004). Bij- en nascholingen zijn samen met het algemene beleid rondom opleidingscapaciteiten en de inhoud van de curricula belangrijk voor het opleidingsniveau van de medewerkers; een andere belangrijke positieve determinant van arbeidsproductiviteit (cpb, 2004).

### **Taakherschikking en organisatie**

De klassieke manier om de arbeidsproductiviteit te verhogen, is het proces van arbeidsdeling. Doordat mensen zich specialiseren in bepaalde taken en dit veelvuldig doen, ontstaat een combinatie van efficiëntie en kwaliteit. In de gezondheidszorg liggen op dit vlak nog vele onbenutte mogelijkheden, bijvoorbeeld in de beroepenstructuur. Er zijn nog veel mogelijkheden voor taakherschikking (rvz, 2002). Dure specialisten kunnen een deel van het werk overlaten aan speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen. De overheid vindt hier waarschijnlijk de verzekeraars en de organisaties van verpleegkundigen aan haar zijde en kan de ruimte creëren waardoor opleidingsinstanties met nieuwe curricula op deze behoefte kunnen inspelen. Op het niveau van zorginstellingen ligt er een pendant in gespecialiseerde klinieken (focused factories) die door hun relatief hoge volumes in bepaalde verrichtingen efficiënter en effectiever kunnen werken (Herzlinger, 1995). Recent internationaal onderzoek maakt ook duidelijk dat ziekenhuismanagers juist deze vorm van concurrentie -waar die aanwezig is- het meeste vrezen (Schoen et al., 2003).

Ook de fysieke infrastructuur is van belang voor de arbeidsproductiviteit. Zo besparen digitale fotoarchieven het halen en weer terugbrengen van foto's door personeel en kan een goed visueel overzicht over de te behandelen patiënten tot minder inzet van verpleegkundigen leiden. De Nederlandse curatieve zorg kenmerkt zich bovendien door een sterke nadruk op grootschalige bouwkundige projecten en het ontbreken van een goede infrastructuur voor de (geïntegreerde) eerste lijn. Nieuwe bouwkundige concepten voor zorg tussen de eerste en tweede lijn bieden ongetwijfeld nog veel kansen voor efficiëntere werkvormen.

Tot slot blijkt uit veel onderzoek dat commerciële zorginstellingen een hogere arbeidsproductiviteit hebben. In Nederland ontbreekt daarover tot dusver goed empirisch onderzoek, maar de belangrijkste oorzaken hiervan lijken te liggen in de lagere arbeidsvoorwaarden van commerciële aanbieders (Minkman & Van Asselt, 1997) en de betere interne substitutie tussen arbeid en kapitaal (Carter et al., 1997; Karl, 1999). De actieve stimulering van nieuwe (commerciële) aanbieders kan daarom een aantrekkelijke beleids optie zijn.

### **Beleidsmatige ontwikkelingen**

Het grote belang van de factor arbeid in de zorg maakt dat de aanbodbudgettering en de kostenbeheersing ook een grote impact hebben op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. In het begin van de jaren tachtig was er sprake van aanzienlijke overschotten op de arbeidsmarkt. Opleidingscapaciteiten (vooral van artsen) werden beperkt en de overheid startte een lang proces waarin geleidelijk steeds meer onderdelen en sectoren van de zorg gebudgetteerd werden. De combinatie van krappe middelen en toenemende vraag zorgde ervoor dat de arbeidsproductiviteit zich lange tijd gematigd positief ontwikkelde. De budgettering ging echter ook steeds meer gepaard met het wegnemen van productieprikkel en met name de introductie van de specialistenbudgettering in 1995 heeft de verdere groei van het productieniveau aangetast (Folmer & Westerhout, 2002).

Het Tweede Paarse Kabinet brak radicaal met de kostenbeheersing en zette in op een expansief arbeidsmarktbeleid. De overheid sloot in 1999 een nieuw convenant af met de zorgsector over de bepaling van de budgettaire vergoeding voor de arbeidsvoorwaarden (vws, 1999). De traditionele productiviteitskorting werd hierin afgeschaft, waardoor arbeidsproductiviteitsverbeteringen volledig als vrij besteedbare ruimte ten goede kwamen aan de sector. Productiviteitsverbeteringen hoefden niet meer te worden gebruikt voor medefinanciering van de loonruimte. Doordat echter contractloonstijgingen werden afgesproken die fors boven het gemiddelde in de marktsector lagen (ibo, 2002) werden deze middelen ook niet besteed aan extra patiëntenzorg. Bovendien werden er tegelijkertijd honderden miljoenen vrijgemaakt voor werkdrukverlichting, extra opleidingsplaatsen en flankerend arbeidsmarktbeleid via de (door werkgevers en werknemers bestuurde) sectorfondsen.<sup>1</sup> De vigerende uitgavenplafonds werden onder druk van de publieke opinie en rechterlijke uitspraken over het 'recht op zorg' de facto afgeschaft. Deze combinatie van sterk stijgende arbeidsvergoedingen en volumemiddelen leidde tot een snelle daling van de arbeidsproductiviteit. Tussen 2000 en 2003 zijn de ziekenhuiskosten met 31 procent gestegen, terwijl de productie met slechts 7 procent toenam (Gupta, 2004).

### **Korte termijn**

Deze combinatie van teruglopende productiviteit en snel oplopende kosten is niet lang houdbaar gebleken. Het huidige kabinet heeft dan ook maatregelen genomen. Zo is de vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling (kosten van periodieke loonsverhogingen, functieherwaarderingen en promoties) van circa 0,6 procent teruggebracht naar 0 procent van de loonsom. Bovendien stijgt de vergoeding voor de contractlonen minimaal. Tevens zijn er doelmatigheidsconvenanten afgesloten waarin de sector belooft om voor hetzelfde geld meer patiënten te behandelen. Ook de omvangrijke subsidiestroom naar de sectorfondsen is beëindigd. De arbeidsproductiviteit zal door deze stringente kostenbeheersing ongetwijfeld weer (tijdelijk) gaan groeien. Het valt op dat het kabinet daarvoor teruggrijpt op de aanbodregulering en dat niet wordt vertrouwd op het nieuwe ordeningsmechanisme van de gereguleerde marktwerking. In het vervolg bespreek ik de potentiële invloed van het nieuwe stelsel en de gereguleerde marktwerking op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit op de middellange termijn.

### **Gereguleerde marktwerking**

Gereguleerde marktwerking moet de efficiëntie en klantgerichtheid van de zorgsector verbeteren. De doelstellingen van het zorgbeleid (toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit) moeten zoveel mogelijk worden gerealiseerd door concurrentie op decentraal niveau. De overheid beperkt zich daarbij tot borging van de publieke randvoorwaarden. De wet- en regelgeving wordt ingrijpend aangepast. De gevolgen van dit nieuwe ordeningsmodel zullen door de integrale invoering van een basisverzekering op 1 januari 2006 het sterkst op de verzekeringsmarkt (verzekeraars-verzekerden) te merken zijn. Groepen die in het huidige stelsel nauwelijks van verzekeraar konden wisselen (oudere particulierverzekerden), kunnen dat door de acceptatieplicht in de toekomst wel.

De huidige ziekenfondsverzekerden worden in het nieuwe stelsel bovendien geconfronteerd met een forse stijging van het nominale premiedeel en zullen daardoor wellicht sneller van verzekeraar wisselen. De mobiliteit van de verzekerden zal waarschijnlijk toenemen. Doordat verzekeraars zich maar beperkt op de inhoud van het basispakket, de hoogte van het eigen risico en collectieve kortingen van elkaar kunnen onderscheiden, wordt de premie het belangrijkste criterium.

Op de zorginkoopmarkt (verzekeraarsinstellingen) gaat de overheid voornamelijk niet veel verder dan een beperkte liberalisering, door de prijzen van tien procent van de ziekenhuiszorg vrij tot stand te laten komen en haar grip op de prijzen van de derde compartimentszorg te verminderen. De nieuwe Wet Toezicht Zorginstellingen biedt formeel weliswaar ruimte aan (commerciële) nieuwkomers op de zorgmarkt, maar de overheid zal bij het vaststellen van het beleidskader voor de uitvoering van deze wet waarschijnlijk uitgaan van de huidige capaciteiten en daarmee de facto de *status-quo* handhaven. De geplande afschaffing van de contracteerplicht blijft mede daardoor voor grote delen van de zorg materieel zonder betekenis.

Op de markt tussen de zorgaanbieders en de patiënten (zorgverleningsmarkt) vinden we de minste wettelijke wijzigingen. In de care heeft het persoonsgebonden budget sinds enige jaren de nodige veranderingen op dit terrein gebracht. De meerkosten hiervan waren echter aanzienlijk en het kabinet wil nu veel van dit type zorg overdragen aan de gemeenten. Resteren de voorzichtige pogingen van de overheid en anderen om de burger voor marktwerking noodzakelijke keuze-informatie te geven. Internationale ervaringen leren dat dit een moeizaam proces is (rvz, 2004).

## **Rol van de partijen**

Het is voornamelijk onzeker of de introductie van het nieuwe zorgstelsel tot een trendbreuk in de arbeidsproductiviteitsontwikkeling zal leiden. Dat is bovendien mede afhankelijk van de posities van de belangrijkste partijen en hun invloed op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. De gereguleerde marktwerking zal de taakopvatting van de verschillende partijen over de relevante ontwikkelingen voor de arbeidsproductiviteit echter slechts beperkt wijzigen.

### *De burger/patiënt*

Veel zorg wordt nog steeds gratis geleverd door burgers die naar elkaar omzien. In de afgelopen decennia is de relatieve omvang hiervan echter snel teruggelopen. Het wegvallen van de religieuzen in de jaren vijftig en zestig heeft de personeelskosten in de zorg sterk doen toenemen (Groot, 1985). Sommige schattingen lopen daarbij op tot 50 procent van de totale personeelskosten (Simon, 1997). Inmiddels leidt ook de individualisering ertoe dat de informele zorg meer en meer een prijskaartje krijgt. Dit komt door de introductie van persoonsgebonden budgetten en de substitutie van informele zorg door meer formele zorgstructuren. Hoewel de afstemming van het aanbod op de vraag wordt verbeterd, is het netto-effect waarschijnlijk een verlaging van de arbeidsproductiviteit door de relatief grote impact van de substitutie van onbetaalde door betaalde arbeid.

In meer algemene zin is het voorts ook onduidelijk in hoeverre de opkomst van de mondige patiënt leidt tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit. Omdat deze in de praktijk veelal hecht aan persoonlijke aandacht en erkenning van de uniciteit van zijn zorgvraag, bevordert dit feitelijk de traditionele gevalsgeneeskunde met zijn meer beperkte mogelijkheden tot (arbeids)productiviteitsverhoging (Toulmin, 2001) en is een rem op de ontwikkeling naar meer evidence based medicine.<sup>2</sup>

### *Werknemers*

Er is weinig aanleiding om te verwachten dat de positie en de opvattingen van de werknemersorganisaties sterk zullen veranderen. De vakbeweging ziet verdere professionalisering als de route die moet leiden tot verbetering van de arbeidsproductiviteit. De vakbeweging hecht primair aan goede arbeidsvoorwaarden en is kritisch ten opzichte van marktwerking, niet-bindende cao's en immigratie als middelen om schaarste op de arbeidsmarkt te verminderen of de concurrentie te bevorderen. Dit impliceert dat de dynamiek van de markt door de vakbeweging niet als een wenselijke oplossingsrichting wordt beschouwd om de arbeidsproductiviteit te verhogen.

### *Werkgevers/zorgaanbieders*

Het belang van de zorginstellingen bij de arbeidsproductiviteit neemt enigszins toe door de geleidelijke liberalisering van de zorginkoopmarkt. Tegelijkertijd blijft hun positie kwetsbaar door de structurele schaarste op de arbeidsmarkt, hun beperkte invloed op de medisch specialisten en de wijze waarop deze hun werkzaamheden organiseren en de onzekerheid over de mate waarin de overheid de liberalisering verder zal doorvoeren. Het blijft voor de zorgaanbieders moeilijk om maatregelen te nemen die de arbeidsproductiviteit verhogen als deze leiden tot aantasting van de belangen van de (medische) beroepsgroepen. De beroepsgroepen behouden bovendien hun sterke positie op het vlak van de opleidingscapaciteit en de inhoud van de bij- en nascholingen en daarmee op een primaire randvoorwaarde voor werkbare competitie. Verwacht mag worden dat de zorginstellingen en de medisch specialisten zich aanvankelijk vooral zullen richten op de verzilvering van hun monopolieposities op de verschillende zorginkoopmarkten om bezuinigingen te redresseren. Innovaties om de arbeidsproductiviteit te verbeteren, zullen voornamelijk beperkt blijven.

### *Zorgverzekeraars*

De vele wettelijke beperkingen verhinderen al te grote verschillen tussen de verzekeraars in het nieuwe stelsel. Er zal ruimte blijven bestaan voor schadeverzekeraars met een ruime dekking en weinig beperkingen. Deze verzekeringen zullen echter relatief duur zijn en

omdat de stijgende kosten van een zorgverzekering meer en meer de reële koopkracht van de burgers aantasten, zal er waarschijnlijk ook een zekere markt ontstaan voor goedkopere managed care concepten.<sup>3</sup> Deze verzekeraars zullen zich echter niet zozeer richten op het creëren van overcapaciteit en concurrentie, maar op afstemming in de zorgketen en taakherschikking. In de eerste lijn zijn verzekeraars op dit moment hier al actief mee bezig (call centers en praktijkverpleegkundigen). Hierdoor kunnen zij beperkt bijdragen aan een verbetering van de arbeidsproductiviteit.

## Conclusie

Voor een spoedige stabiele groei van de arbeidsproductiviteit valt op de korte termijn weinig te verwachten van de geplande geregeerde marktwerking. De overheid heeft maatregelen getroffen die waarschijnlijk een positief effect hebben op de arbeidsproductiviteit. Dit betreft echter enkel kostenbeheersing. Gezien de plaats en positie van de diverse partijen geven de aangekondigde beleidsmaatregelen weinig reden om spoedig een echte trendbreuk te verwachten. De overheid zal zelf actief werkbare markten moeten creëren. De huidige beleidsmatige focus op de randvoorwaarden voor marktwerking verdraagt zich slecht met de politieke focus op het resultaat van marktwerking. Daarom grijpt de overheid terug op het beproefde recept van de krappe budgetten.

Dit betekent echter niet dat het paradigma van de geregeerde marktwerking geen mogelijkheden biedt. Marktwerking kan wel degelijk de arbeidsproductiviteit verhogen. Kern daarbij vormen de (betere) adaptie van innovaties, meer gespecialiseerde klinieken en werkwijzen (*high volumes, low margins*) en meer commerciële aanbieders. Door de nog steeds hardnekkige corporatistische ordeningen en werkwijzen in de sector, kan dit echter alleen worden bereikt als de overheid dit transformatieproces actief bevordert en zich daarbij richt op zichtbare resultaten. Flankerend beleid (opleidingen, financiering, taakherschikking en infrastructuur) kan dit ondersteunen.

## Patrick Jeurissen

### Literatuur

- Bloor & Maynard (2001) Workforce productivity and incentive structures in the UK National Health Service. *Journal of Health Services Research* (6) 2:105-113.
- Carter, R.B., L.J. Massa & M.L. Power (1997) An examination of the efficiency of proprietary hospital versus non-proprietary hospital ownership structures in *Journal of accounting and public policy* 16, 63-87.
- cpb (2004) Macro Economische Verkenning 2005. Speciaal onderwerp arbeidsproductiviteit en participatie, Den Haag.
- Cutler, P. (1993) Trends in the structure, productivity, effectiveness and unit costs of the hospital and community health services workforce in England: 1979-1991. *Health Economics* (2):65-75.
- osa, Essen, G. van, E. Josten & H. Meihuizen (2004) Arbeid in zorg en welzijn. Integrerend osa-rapport 2004, osa-publicatie ZW59, oktober.
- Folmer, K. & E. Westerhout (2002) Financing medical specialist services in the Netherlands: welfare implications of imperfect agency. cpb discussion paper 6, 2002.
- Groot L.M.J. (1985) Budgettering: een keerpunt. Van Gorcum Assen.
- Gupta A.M. (2004) The calm before the storm, Dutch hospitals 2004 - key developments and trends, Roland Berger Strategy Consultants.
- Herzlinger, R.E. (1997) Market driven health care. Perseus Books Cambridge Massachusetts.
- Interdepartementaal Beleidsonderzoek (ibo) van de werkgroep Beheersing arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de zorgsector (2002) Gepast betalen! Den Haag.
- Karl, P.A. (1999) Varianten der Privatisierung kommunaler Allgemeinkrankenhäuser. Josef Eul Verlag, Keulen.
- Minkman, M. & E.J. van Asselt (1997) Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector. osa-publicatie Z-22.
- Newhouse, J.P. (1993) An iconoclastic view of health costs containment in *Health Affairs. Supplement*, 152-171.
- rvz (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer.
- rvz (2003) Exploderende zorguitgaven. Zoetermeer.
- rvz (2004) De staat van het stelsel - achtergrondstudies door de rvz, Zoetermeer.
- Schoen, C., R.J. Blendon, C. DesRoches, R. Osborn, E. Raleigh, P. Huynh, A. Ho & K. Zapert (2004) Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Hospital Executives. The Commonwealth fund.
- Simon, M. (1997) Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Westdeutscher Verlag.
- Toulmin, S. (2001) Return to reason. Cambridge: Harvard University Press .

## **Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorg**

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns: [Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector](#)

L. Vandermeulen: [Zorg rond arbeidsproductiviteit](#)

P.P.T. Jeurissen: [Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit](#)

R.F. Mouton: [Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar marktuitedaging](#)

E.J. Pommer, A.G.J. van der Torre en B. Kuhry: [Zorg in internationaal perspectief](#)

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies: [Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen](#)

E.A.A. Broers: [Vakmanschap en ondernemerschap](#)

J.A.M. Maarse en W.J.N. Groot: [Productinnovatie en arbeidsproductiviteit in de zorg](#)

M. Schoone en J.A.M. van Boxsel: [Kansen voor technologische innovatie](#)

J. Blank: [Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?](#)

E. Bartelsman: [Lokale verschillen, de patient en de verspreiding van ideeën](#)

J.J.M. Theeuwes: [Een wasstraat voor Alzheimer](#)

---

**1** Feitelijk impliceerde dat een verlaging van de productiviteit.

**2** Evidence based medicine duidt erop dat behandelingen natuurwetenschappelijk gevalideerd dienen te zijn. Het behandelproces is daardoor eveneens relatief sterk geprotocolleerd en gerationaliseerd.

**3** Managed care-verzekeraars willen het zorgproces beïnvloeden met strategieën die de schadelast beperken zonder dat deze de zorguitkomsten aantasten. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan verwijsprocessen om onnodige zorg te voorkomen en zorginkoop (voorkeursaanbieders en lagere prijzen door bulkinkoop etc.).