

Tilburg University

Gezondheidszorg "Made in China"

van Dalen, H.P.

Published in:

Demos: Bulletin over Bevolking en Samenleving

Publication date:

2007

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

van Dalen, H. P. (2007). Gezondheidszorg "Made in China": Lessen in ontspoorde marktwerking. *Demos: Bulletin over Bevolking en Samenleving*, 23(6), 6-10.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Gezondheidszorg 'Made in China'

HARRY VAN DALEN

Lessen in ontspoorde marktwerking

In het verleden was de kwaliteit van de Chinese gezondheidszorg in hoge mate verantwoordelijk voor een verhoging van de levensverwachting. Vooral het terugdringen van de kindersterfte en het uitroeien van besmettelijke ziektes waren zaken waar China trots op was. Met een blind vertrouwen in marktwerking is de gezondheidszorg in China op ieder niveau ontspoord en staat hervorming op dit terrein hoog op de agenda. De werking van verzekeringen wordt ontkracht door buitensporig hoge zorgkosten. Ziekte stort menig huishouden in armoede doordat 60 tot 90 procent van de hoge zorgkosten uit eigen zak moeten worden betaald en de kwaliteit van de zorg loopt voor de overgrote meerderheid van de bevolking zienderogen achteruit. Averechts werkende prikkels in de zorg liggen hieraan ten grondslag.



Foto: ANP Photo/AFP Photo/Chai Hin Goh

demodata

Het aandeel alleenstaanden zal in Nederland blijven toenemen van 15 procent in 2006 naar ruim 20 procent in 2050. De meeste mensen wonen echter in een huishouden met kinderen, hetzij als ouder, hetzij als kind. In 2006 was dat 56 procent, maar dat aandeel zal dalen tot ruim 50 procent in 2050. Nederland telde in 2006 2,5 miljoen huishoudens met thuiswonende kinderen. Voor het grootste deel, 2,1 miljoen, waren dit (echt)paren met kinderen. Daarnaast waren er nog 450.000 eenoudergezinnen. Het aantal huishoudens met kinderen zal naar verwachting afnemen tot 2,4 miljoen in 2050. Vooral het aantal paren met kinderen daalt, terwijl het aantal eenoudergezinnen zal stijgen tot 487.000 (Centraal Bureau voor de Statistiek).

60 procent van de gezondheidskosten uit eigen zak. Op het platteland is dat zelfs 90 procent waardoor veel huishoudens in armoede vervallen. Het zijn vooral de armsten in de Chinese samenleving die niet alleen nog verder in financiële problemen raken maar van wie ook de gezondheid verslechtert. Na jaren van vooruitgang is volgens een rapport van de WHO de kindersterfte sinds 2003 in de armste regio's van China zelfs toegenomen. De ongelijkheid in inkomen en gezondheid is de laatste jaren volgens het rapport sterk gegroeid.

Op het oog lijkt dit een aangelegenheid die alleen China aangaat, maar, zoals Russell al aangaf, zo'n groot deel van de mensheid ontsnapt aan niemands aandacht. Daar komt nog bij dat een goed gezondheidszorgsysteem in zo'n groot land als China in het belang van de hele wereldgemeenschap is. Besmettelijke ziektes als SARS en de gevreesde vogelgriep moeten snel kunnen worden gestopt als deze aan het licht komen.

Van Mao tot markt

Om de huidige toestand in China goed te kunnen begrijpen is enig besef van geschiedenis van belang. China heeft decennia lang de wereld verbaasd met zijn gezondheidszorgsysteem. De abrupte stijging van de levensverwachting in de jaren vijftig en zestig wekte bij menigeen de indruk dat het communisme nog niet zo slecht werkte. Het begon allemaal vlak na de Tweede Wereldoorlog toen China door een burgeroorlog in een deplorabele staat verkeerde. Nadat Mao Tse-tung en de Communistische partij in 1949 in China de macht grepen werd al snel een gezondheidszorgsysteem ontworpen dat volledig door de staat werd bestuurd. Het land lag in puin en werd beheerst door armoede, ondervoeding en ziektes. De kindersterfte was onwaarschijnlijk hoog: één op de vier kinderen (onder de vijf jaar) stierf. Om hier verandering in te brengen werd door Mao een grootscheepse sociale en economische revolutie in gang gezet. De commune verving in het vervolg de familie als eenheid van zorg en productie en iedereen kon terugvallen op basisgezondheidszorg waarin sterk de nadruk werd gelegd op preventieve zorg. Mede daardoor maar ook door de stabiliteit na jaren van oorlog en de economische groei nam de

sterfte in de jaren vijftig en zestig af en werden minder mensen ziek. Massieve inentingscampagnes werden op touw gezet en bordelen werden gesloten. Verder werd de strijd aangebonden met de zogenaamde Vier Pesten: vliegen, muskieten, ratten en mussen. Deze pesten moesten volledig worden geëlimineerd en dat ging gepaard met alle onbedoelde desastreuze effecten van dien. De mussen waren het doelwit omdat ze het graan opaten, maar door ze te doden werden de insecten niet langer door de vogels opgegeten en aten zij het graan. Echter, hoe buitensporig en soms krankzinnig het beleid ook was, de resultaten waren opzienbarend. Veel besmettelijke ziektes werden praktisch uitgeroeid. De spaarzame cijfers suggereren dat de stijging van de levensverwachting in de jaren vijftig spectaculair was (zie de figuur). Als de levensverwachting een indicator is van welvaart dan maakte China in die decennia een grote sprong van ontwikkelingsland naar ontwikkeld land.

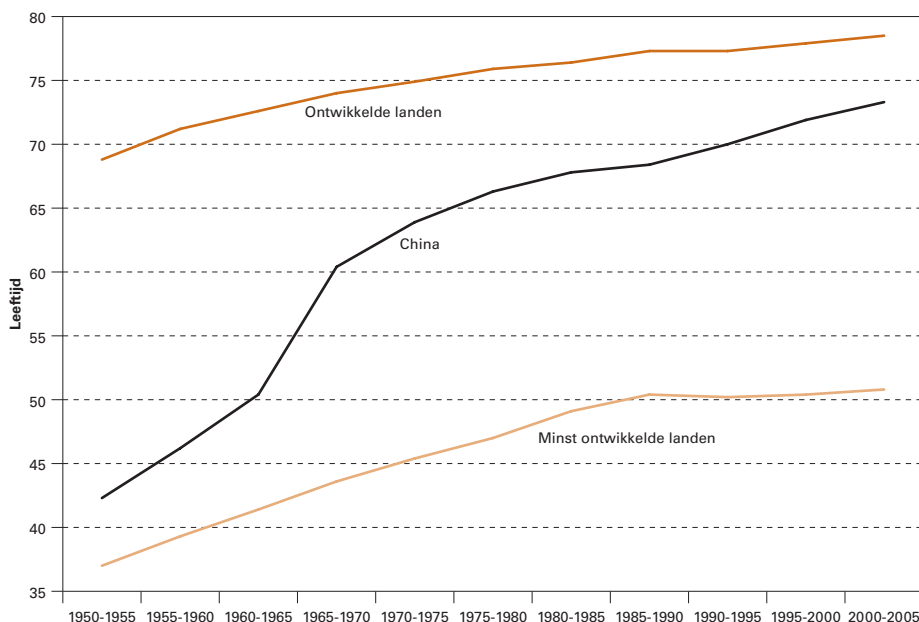
De problemen begonnen pas echt toen Mao de kracht van het communistische systeem wilde bewijzen door een grootscheepse expansie van de industrie. Daar moest alles voor worden opgeofferd. Deze Grote Sprong Voorwaarts (1958-1960) leidde uiteindelijk tot enorme misoogsten en misallocatie van talenten. Het aantal mensen dat stierf als gevolg van honger wordt geschat op 20 tot 50 miljoen, en de kindersterfte steeg weer aanzienlijk: drie op de tien kinderen stierf in het eerste levensjaar.

De Culturele Revolutie van 1966-1976 zou geen keer ten goede brengen. De achterdocht van Mao voor samenspanningen binnen de partij werd groter en zijn dictatoriale neigingen werden sterker en sterker. Universiteiten en gespecialiseerde afdelingen in ziekenhuizen werden gesloten. Dokters en specialisten werden vervolgd en gemarteld door het Rode Leger. Artsen in opleiding moesten verplicht op het platteland werken. Als zij geluk hadden konden zij echter hun professe uitoefenen en boeren in een half jaar en soms in een maand tijd opleiden tot 'barefoot doctors'. De enige positieve kant aan deze ontwikkeling was dat hierdoor medische kennis op grote schaal werd verbreid. Met hun basis-kennis gezondheidszorg en medicijnen kwamen de 'barefoot doctors' op het platteland waar normaal gesproken nooit dokters zouden komen.

De dood van Mao in 1976 luidde het einde van de Culturele Revolutie in. Zijn opvolger, Deng Xiao Ping, realiseerde zich dat het dictatoriale regime een desastreus effect had gehad op de Chinese economie. Het communistische systeem werd vervangen door een systeem waarin marktwerking een kans moest krijgen.

Begin jaren tachtig werd het bestaande, redelijk succesvolle, Chinese gezondheidszorgsysteem ontmanteld. De marktwerking werd in de gezondheidszorg geïntroduceerd. In China gebeurt niets halfslachtig en zo ook niet de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg. Dit grootschalige marktexperiment of, beter gezegd, het naïeve geloof in volledig vrije marktwerking ligt ten grondslag aan de misère waarin de huidige Chinese gezondheidszorg zich bevindt. Maar wat gebeurde er precies?

Levensverwachting bij de geboorte van vrouwen, 1950-2005, China



Bron: UN (2004).

Financiering overheid teruggedraaid

Allereerst werd de financiering van de gezondheidszorg door de overheid drastisch verlaagd. De publieke ziekenhuizen moesten worden geprikkeld: de overheid stelde een lager vast budget beschikbaar in plaats van een flexibel budget dat, zoals in het verleden, alle kosten dekte. Tussen 1978 en 1999 daalde het aandeel van de centrale overheid in de kosten van de gezondheidszorg van 32 naar 15 procent. De (financiële) verantwoordelijkheid kwam voor een groot deel bij de provinciale en lokale overheden te liggen die voor de bekostiging belastingen verhoogden. Lokale publieke zorgverleners kregen het recht om het verloren (belasting)inkomen te compenseren door zorghandelingen van een prijskaartje te voorzien. Met deze gedwongen privatisering werden publieke ziekenhuizen en klinieken winstgeoriënteerde organisaties. Lokale publieke zorginstanties konden ook extra inkomen verdienen door publieke diensten aan te bieden zoals inspectie van restaurants en hotels op sanitaire voorzieningen of naleving van milieuregulering voor bedrijven. Door deze extra profijtelijke bron werd de niet profijtelijke preventieve zorg verwaarloosd. Door de maatregelen van de centrale overheid ging het vermogen om risico's te spreiden en de solidariteit tussen rijke en arme provincies verloren.

Perverse prikkels

In de tweede plaats versterkte de Chinese overheid de privatisering van de gezondheidszorg door een strikte prijsregulering op standaard procedures of medicijnen met alle averechts werkende prikkeffecten van dien. Zij wilde op die manier de toegang tot de basiszorg garanderen. In de praktijk bleken de tarieven voor medische handelingen de kosten gemiddeld slechts voor de helft te dekken. Door zich strikt aan de regels te houden zou een ziekenhuis binnen de kortste keren failliet gaan. De meeste ziekenhuizen in China zijn voor 80 à 85 procent afhankelijk van inkomsten uit tarieven. Vóór de markthervormingen paste de overheid het geld



Het aantal honderdplussers in Nederland nam van 1950 tot nu fors toe van nog geen 40 in 1950 via meer dan 100 in 1965 en meer dan 1.000 in 1997 tot 1.395 op 1 januari 2007. De oudste inwoner van Nederland was op die datum een vrouw van 110 jaar. Vrouwen zijn tegenwoordig sterk oververtegenwoordigd onder de honderdplussers. Per 1 januari 2007 zijn er bijna zes keer zoveel vrouwen van honderd jaar en ouder als mannen. Begin jaren tachtig was dat aantal nog ongeveer tweemaal zo hoog (Centraal Bureau voor de Statistiek).

Tabel 1. Vergelijking tarieven voor medische handelingen, gereguleerd versus daadwerkelijk in rekening gebracht, provincie Shandong, China

Medische handelingen	Door overheid gereguleerd tarief als % kosten	Daadwerkelijk tarief als % kosten
Blindedarmoperatie	48	117
Keizersnede	53	122
Bloedonderzoek	18	100
Urineonderzoek	24	120
Vervanging heupprothese	55	285
Heupoperatie	55	145
Prostaatoperatie	41	130
Röntgenfoto	34	67
Abortus	84	102
Normale bevalling	30	160
Leverfunctieonderzoek	41	43
Maagoperatie	46	121

Bron: Liu et al. (2000).

bij om het gat te dekken, maar na de hervormingen moesten de ziekenhuizen hun eigen broek ophouden. Welk gevolg dat had laat tabel 1 zien waarin een overzicht wordt gegeven van de daadwerkelijke gehanteerde tarieven als percentage van de gemiddelde kosten. Uit de tabel blijkt dat de ziekenhuizen vaak veel en veel meer gingen vragen dan het officiële tarief en veel meer dan wat een handeling gemiddeld kost. Zij bereikten dit door te ‘ontbundelen’: een medische handeling wordt opgesplitst in allerlei subhandelingen die elk een eigen prijskaartje kennen. Zo is de gereguleerde prijs voor een blindedarmoperatie, inbegrepen de anesthesie, de ontsmetting, de operatie, de materialen en de medicijnen, 70 yuan. In de praktijk worden al deze subhandelingen apart in rekening gebracht en is de 70 yuan alleen voor de arbeidskosten. Toezichhouders doen hier niets aan omdat zij vaak (mede)eigenaren zijn van de ziekenhuizen. De prijsregulering is daarmee een wassen neus gebleken.

Daarnaast kregen de ziekenhuizen van de Chinese overheid de mogelijkheid om winsten te genereren door een opslag van 15 procent te vragen voor nieuwe medicijnen of nieuwe tech-

nologie. Verder werd het beloningssysteem voor artsen aangepast. Zij ontvangen een bonus afhankelijk van de omzet die zij genereren en die omzet is afhankelijk van de verkoop van nieuwe medicijnen en het gebruik van nieuwe technologieën. Zo werd door ziekenhuizen meer CT-scanapparatuur aangeschaft dan nodig was omdat ze daarmee een behoorlijke marge konden halen, vooral bij verzekerde patiënten, die voor dezelfde handeling het dubbele tarief moesten betalen. Daarnaast blijken patiënten in de praktijk artsen in ziekenhuizen zwart te moeten bijbetalen willen deze tot behandeling overgaan. Wie over de handelwijze van dergelijke Chinese artsen hoort kan niet anders dan de cynische woorden van Bernard Shaw beamen: “Doctors are just like other [...]men: most of them have no honor and no conscience.”

Ontmanteling communes

Een derde stap was de volledige ontmanteling van de communes waarmee de landbouw de facto werd geprivatiseerd. Dat betekende onder meer het einde van het Coöperatieve Medische Systeem dat in feite iedereen op het platteland een verzekering bood. Van de ene dag op de andere waren 900 miljoen mensen, meest arme boeren, onverzekerd. De ‘barefoot doctors’ die op het platteland functioneerden werden ook werkloos en werden private zorgverleners. Omdat het preventieve zorgwerk niet werd beloond gingen zij profijtelijke medicijnen verkopen en diensten aanbieden waarvoor ze niet gekwalificeerd waren. De kwaliteit van de zorg op het platteland ging dan ook zienderogen achteruit.

Ziek zijn is kiezen uit twee kwaden

Tot nu toe werd vooral de aanbodkant van het Chinese zorgstelsel – de artsen, de ziekenhuizen en de overheid als financier – besproken. Hoe staat het echter met de vraagkant – de burgers – en welke rol spelen zorgverzekeringen?

Door burgers te bevragen over de acties die zij hebben ondernomen in geval van ziekte of ongeval kan inzicht worden verkregen in de manier waarop ze omgaan met het huidige zorg-

Foto: ANP Photo/EPA/Wu Hong



Tabel 2. Hoe complete dekking van de bevolking verzekering gezondheidsbeslissingen beïnvloedt – voorspelde waarschijnlijkheden^a

De ziekte/het ongeval is	Kans dat men de volgende handelingen onderneemt:							
	Niets doen/hegeren		Zelf behandelen		Kliniek bezoeken		Ziekenhuis bezoeken	
	Percentages							
	Platteland	Stad	Platteland	Stad	Platteland	Stad	Platteland	Stad
<i>Licht</i>								
Status quo	16	15	29	49	36	17	19	19
+ Iedereen verzekerd	14	13	31	51	33	15	22	21
+ Geen financiële drempels	11	13	34	49	31	18	25	20
Totale verandering	-5	-2	+5	0	-5	+1	+6	+1
<i>Enigszins zwaar</i>								
Status quo	11	11	24	40	34	17	32	32
+ Iedereen verzekerd	9	9	25	41	31	16	36	34
+ Geen financiële drempels	7	9	26	40	28	17	39	34
Totale verandering	-4	-2	+2	0	-6	0	+8	+2
<i>Zwaar</i>								
Status quo	4	3	13	22	30	17	53	58
+ Iedereen verzekerd	3	3	14	22	25	15	58	61
+ Geen financiële drempels	2	3	14	22	21	15	64	61
Totale verandering	-2	0	+1	0	-9	-2	+11	+3

(a) De scenario's 'iedereen verzekerd' en 'Geen financiële drempels' zijn geconstrueerd door te veronderstellen dat iedereen een verzekering heeft, respectievelijk dat de effecten van (financieel) vermogen geen effect hebben op het nemen van gezondheidsbeslissingen.

Bron: Van Dalen (2006).

stelsel. Het dilemma voor Chinese burgers is momenteel groot en wel op twee fronten: moeten zij zich verzekeren en wat te doen als ze ziek worden?

Om na te gaan hoe Chinese burgers zich gedragen worden de resultaten van de China Health and Nutrition Survey gebruikt: een enquête van de Universiteit van California in samenwerking met twee Chinese gezondheidsorganisaties die sinds 1989 om de drie à vier jaar wordt gehouden in negen Chinese provincies, die variëren in ontwikkeling en urbanisatiegraad. De enquête bevat vragen over voeding en gezondheid. Momenteel bevat het databestand gegevens over 4.400 huishoudens, die gezamenlijk 16.000 personen vertegenwoordigen.

Verzekering

Allereerst moeten mensen in China beslissen of ze een verzekeringscontract afsluiten. Zoals gezegd is er in China een groot verschil tussen de stad en het platteland. Doordat de communes werden afgeschaft zijn mensen op het platteland in hoge mate onverzekerd. Mensen kunnen zich vrijwillig verzekeren. De praktijk van het platteland wijst uit dat er zelfselectie optreedt: vooral zij die verwachten veel gebruik te zullen maken van gezondheidszorg, zoals ouderen en chronisch zieken, hebben een verzekering. In stedelijke gebieden draagt een verzekering in hoge mate een verplicht karakter en wordt deze door de overheid gesubsidieerd. Een fundamenteel probleem van stedelijke verzekeringen is dat ieder bedrijf een deel van de loonsom in een fonds moet storten waaruit vervolgens de gezondheidszorgkosten voor de werknemers worden betaald. Door de gebrekkige risicospreiding kunnen verliesgevende bedrijven hun verplichtingen echter niet nakomen en is de zogenaamde verzekering de facto niets

waard. De stedelijke gebieden tellen daarom ook veel onverzekerden. Kleine bedrijven bieden op vrijwillige basis een verzekering aan. Voor veel private bedrijven betekent de ziektekostenpremie een rem op concurrentiekracht en wordt ervan afgezien. In 2004 had 45 procent van de stedelijke bevolking en 13 procent van de plattelandsbevolking een verzekering, maar achter deze gemiddelden gaan grote verschillen tussen provincies schuil. In een rijke provincie als Jiangsu is 75 procent van de bevolking verzekerd, in een arme provincie als Guangxi is dat slechts één à twee procent van de plattelandsbevolking.

Zorgkeuzes in de praktijk

De vraag is wat mensen in China doen als ze onverhoopt ziek worden of gewond raken. In feite moeten ze kiezen uit twee kwaden: of de ziekte/verwonding laten behandelen met als risico dat ze volledig financieel worden uitgekleeft, of deze op z'n beloop laten en hopen dat de tijd de wonden geneest. In de China Health and Nutrition Survey werd aan Chinezen gevraagd wat ze deden nadat ze door een ziekte of ongeval werden getroffen: (1) niets doen of de ziekte negeren; (2) zelf behandelen; (3) bezoek aan een dokter bij een lokale kliniek; of (4) bezoek aan een arts/dokter in een ziekenhuis (zie tabel 2). Veel hangt natuurlijk af van de ernst van de ziekte of verwonding. Wie een griep of een ontsteking heeft zal in veel gevallen zelf handelen en niet meteen een arts bezoeken. Geheel anders ligt het bij ernstige ziektes of ongevallen. Verwacht wordt dat mensen in dat geval eerder een bezoek aan een arts zullen brengen. De resultaten komen ongeveer met die verwachting overeen. De kans dat iemand die door een minder ernstige ziekte wordt getroffen zelf de ziekte behandelt is 49 procent in de stad en 29 procent op



In 2008 zal voor het eerst meer dan de helft van de mensheid, 3,3 miljard in totaal, in de stad wonen. Tot 2030 zal dat aantal naar verwachting toenemen tot vijf miljard. In Afrika en Azië zal de stedelijke bevolking tussen 2000 en 2030 verdubbelen: in Azië van 1,36 tot 2,64 miljard en in Afrika van 294 tot 742 miljoen. In Latijns Amerika en het Caraïbisch gebied stijgt het aantal van 394 tot 609 miljoen. Van de huidige stedelingen leeft één miljard in sloppenwijken, 90 procent van hen in ontwikkelingslanden (UNFPA, Bevolkingsfonds van de VN).



Onderzoek naar SARS

Foto: ANP Photo/Science Photo Library

het platteland. Op het platteland is de kans groter dat mensen even naar de lokale kliniek gaan (39 procent). Dat is nog een erfenis uit de tijd van de 'barefoot doctors' toen mensen voor kleine en grote zaken advies inwonen bij deze 'mobiele huisartsen'. Bij de lokale klinieken kunnen nog traditionele Chinese artsen worden geconsulteerd. In geval van een zware ziekte of ongeval zijn mensen inderdaad eerder geneigd om een arts bij een lokale kliniek of ziekenhuis te bezoeken. Het is echter verontrustend dat op het platteland vier procent van hen en in de stad drie procent van hen niets doet en dat het percentage mensen dat 'zelf' gaat 'dokteren' respectievelijk 13 en 22 procent is.

Heeft verzekeren zin?

Om een idee te krijgen van de mate waarin verzekeren helpt is een simulatie gemaakt waarbij wordt verondersteld wat er gebeurt als alle Chinezen een verzekering hebben. Daarbovenop is een extra simulatie gemaakt waarbij geld (vermogen) geen rol speelt bij het nemen van zorgbeslissingen. Verzekeringen verschillen namelijk sterk naar het pakket aan medische handelingen dat wordt vergoed. In de tabel is de laatste optie vertaald met 'geen financiële drempels' omdat dit hoogstwaarschijnlijk de belangrijkste reden is waarom geld wel een rol speelt in de zorg. Het percentage dat mensen uit eigen zak moeten betalen, zelfs met verzekering, is bijzonder hoog. Voor mensen op het platteland komt dat zelfs in de buurt van de 90 procent. Deze extra simulatie kan worden geïnterpreteerd als een situatie waarin iedereen hetzelfde pakket heeft.

Hoe verzekeringen gezondheidskeuzes beïnvloeden wordt duidelijk uit tabel 2. Deze simulatie levert twee opvallende conclusies op. Allereerst blijkt een grotere dekking van verzekeren en het terugdringen van financiële drempels niet of nauwelijks invloed te hebben op het percentage mensen dat niets doet of overgaat tot zelfbehandeling, ook bij zware ziektes. Ten tweede zet een betere verzekering vooral mensen op het platteland er toe aan om direct naar een ziekenhuis te gaan en de lokale

kliniek links te laten liggen. Die keuze heeft alles te maken met de slechte kwaliteit van de huidige zorg op het platteland. Voor toekomstige hervormingen zou het betekenen dat alleen maar werken aan het verbeteren van verzekeringen meer druk op ziekenhuizen legt en dat het fundamentele probleem, betere zorg tegen een betaalbare prijs, blijft liggen.

Conclusies

China is een land dat bijna niet valt te bevatten. Eén provincie telt soms meer inwoners dan heel Europa. De rijkdom in Sjanghai of Beijing grenst aan Westerse normen terwijl de armoede op het platteland schrijnend is. Het bieden van gezondheidszorg voor 1,3 miljard inwoners is daarmee een complexe taak en in het verleden kon dat alleen maar met sterke sturing of dwang van bovenaf worden opgelost. Met de introductie van marktwerking zijn er positieve krachten losgekomen die maken dat het Chinees nationaal inkomen jaarlijks acht à tien procent groeit. De marktwerking in de gezondheidszorg valt echter te betitelen als een Grote Sprong Achterwaarts. De gezondheid van de Chinese bevolking holt achteruit met alle consequenties voor het arbeidsaanbod. In 1991 vond nog 27 procent van de bevolking zichzelf matig tot slecht gezond, in 2004 was dat 41 procent. De tweedeling is ook enorm: een klein, rijk gedeelte van de Chinese maatschappij kan gebruik maken van hi-tech gezondheidszorg op Westers niveau, terwijl een steeds groter deel van de maatschappij zich enige gezondheidszorg nauwelijks kan veroorloven. Na jarenlang de problemen te hebben genegeerd, hebben de Chinese autoriteiten nu ook door dat het Chinese gezondheidszorgsysteem failliet is en dat grootscheepse hervormingen noodzakelijk zijn. Daarbij heeft het geen zin om maar één onderdeel van het stelsel te veranderen, zoals het bieden van een betaalbare verzekering, omdat dit het fundamentele probleem niet aanpakt: de buitensporig hoge kosten voor in veel gevallen slechte zorg; kosten die zelfs met verzekering bijna allemaal door patiënten zelf moeten worden betaald. Ongetwijfeld zal China daarbij tot de ontdekking komen dat een hoogwaardige en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg zijn prijs kent. Actieve overheidsbemoeienis is bijna onontkoombaar door het karakter van gezondheidszorg waar marktfalen meer regel dan uitzondering is. Vooralsof lijkt in China het ouderwetse kapitalisme echter hoogtij te vieren waarin het falen van de markt niet wordt erkent of herkent. De explosieve groei kan momenteel nog het falen toedekken. Maar het lijkt slechts een kwestie van tijd voordat de schaduwzijden van de explosieve economische groei en slecht vormgegeven overheidsingrijpen een rem zetten op de Chinese vooruitgang. Het meenemen van al deze effecten betekent immers een verhoging van de kostprijs van Chinese producten en daarmee wordt de concurrentiekracht aangetast. Het is de vraag of China die harde lessen onder ogen wil zien.

Dr. H.P. van Dalen, NIDI en Erasmus Universiteit Rotterdam. E-mail: dalen@nidi.nl

REFERENTIES:

- Blumenthal, D. en W. Hsaio (2005), Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System, *New England Journal of Medicine*, 353. pp. 1165-1170.
- Dalen, H.P. van (2006), When health care insurance does not make a difference – The case of health care 'Made in China'. Discussion Paper. Amsterdam/Rotterdam: Tinbergen Institute.
- Liu, X., Y. Liu en N. Chen (2000), The Chinese experience with hospital price regulation, *Health Policy and Planning*, 15. pp. 157-163.
- Liu, Y. (2004), Development of the rural health insurance system in China, *Health Policy and Planning*, 19. pp. 159-165.
- WHO (2005), *China, health, poverty and development*, World Health Organization, Beijing