

PATIËNT EN NETWERK

Een integrale economische benadering van gepaste mantelzorg

Gepaste mantelzorg kan worden bediscussieerd aan de hand van een raamwerk van drie trade-offs tussen mantelzorg en arbeidsaanbod, alternatieve zorg en de gezondheid van de mantelzorger. Deze benadering is gebaseerd op de huidige stand van zaken in de internationale literatuur van mantelzorg. Het biedt een nieuw perspectief op het huidige beleidsdebat over mantelzorg in Nederland.

BERNARD VAN DEN BERG
Reader aan de
University of York

WOLTER HASSINK
Hoogleraar aan de
Universiteit Utrecht

Tot op heden wordt het beleidsdebat in Nederland ten aanzien van de reikwijdte van collectief gefinancierde zorg in de media gedomineerd door economen die oplossingen aandragen vanuit twee verschillende invalshoeken. Het betreft de economie van de vraagprikkels en de economie van de doelmatigheid. Beide benaderingen schieten echter tekort om de vraag te beantwoorden wat de optimale inzet is van mantelzorg.

Om de optimale inzet van mantelzorg te bepalen, wordt een integrale aanpak geïntroduceerd waarbij de optimale hoeveelheid verzorging vanuit een integraal economisch perspectief wordt beschouwd. De be-

leidsimplicaties hiervan zijn breed en kunnen naast de mantelzorg worden toegepast op vrijwel elk zorgdebat.

Mantelzorg betreft zorg die mensen aan elkaar geven binnen een sociale relatie. In de praktijk bestaat het voor een groot deel uit huishoudelijk werk, psychosociale ondersteuning en persoonlijke verzorging. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schatte dat er in 2008 in Nederland 3,5 miljoen mantelzorgers waren (Sadiraj *et al.*, 2009). Hiervan verleenden 1,1 miljoen mensen langdurig en intensief mantelzorg, dat wil zeggen meer dan acht uur per week en voor langer dan drie maanden per jaar. De vrouw-man-verhouding is zestig versus veertig procent en bijna de helft van de mantelzorgers is tussen de 45 en 65 jaar.

ECONOMIE VAN DE VRAAGPRIKKELS

Er zijn economen die bij elke discussie over collectief gefinancierde zorg hameren op grotere financiële prikkels voor zorgvragers en de verantwoordelijkheid die gebruikers van zorg hebben. Het voorgestelde beleidsinstrument is altijd een hoger eigen risico of een hogere eigen bijdrage. Wij classificeren deze visie op de wereld als de economie van de vraagprikkels en die van de eigen verantwoordelijkheid. Als recept op de stevast veronderstelde problematiek van kostenstijgingen in de zorg schrijven deze economen telkens een verkleining van het collectief gefinancierde pakket voor, waardoor mensen prijsprikkels ervaren en ze zelf kunnen kiezen om een aanvullende verzekering te slui-

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

ten. Een vergelijkbaar recept uit de beleidskoker van deze economen is een uitbreiding van het eigen risico. Voor wat betreft de langdurige zorg kan men denken aan voorgestelde maatregelen als zorgsparen of het idee van Bovenberg om je huis te verkopen om zorg te betalen (Van Baars, 2012).

De toegevoegde waarde van de extra mantelzorg is niet per definitie groter dan de daarmee gedeerde AWBZ-premies

Ten aanzien van mantelzorg grijpen deze economen snel naar fiscale prikkels, zoals bijvoorbeeld een belastingfaciliteit voor mantelzorg in de vorm van een korting op of vrijstelling van het betalen van AWBZ-premies (Groot en Maassen van den Brink, 2005). Hoewel men de eigen verantwoordelijkheid benadrukt, worden met hetzelfde gemak maatregelen als verplichte familie­zorg, sociale dien­stplicht en zorg­plicht voor werklozen aan het pakket beleidsin­strumenten toegevoegd (Van Baars, 2009).

BEZWAREN ECONOMIE VAN DE VRAAGPRIKKELS

Er zijn verschillende bezwaren tegen het raamwerk van financiële prikkels. Ten eerste impliceert het constant benadrukken van eigen verantwoordelijkheid in gezondheidszorgbeleid een naïeve kijk op de wereld. Eigen verantwoordelijkheid heeft immers opportu­niteitskosten en collectief organiseren heeft soms voor­delen boven het allemaal zelf regelen. Kortom, deze benadering houdt onvoldoende rekening met de relatieve kosten en baten op individueel en collectief niveau.

Ten tweede wordt impliciet verondersteld dat eigen verantwoordelijkheid georganiseerd kan worden. Dit is mogelijk voor groepen in de samenleving die hun sociale netwerk aan kunnen spreken of die particulieren in kunnen huren. Voor anderen geldt dit niet. Hierdoor kan deze aanpak eenvoudig zijn doel voorbij

schieten. Het kan negatieve implicaties hebben wanneer zorgconsumptie wordt uitgesteld, waardoor op een later tijdstip relatief dure zorg vanuit het collectief wordt geconsumeerd.

Ten derde wordt de aanbodzijde van de zorgmarkt volledig buiten beschouwing gelaten. Daarmee wordt impliciet verondersteld dat er geen verandering in prikkelstructuur voor aanbieders van de formele zorg nodig is. Met andere woorden: de aanbieders van zorg worden gezien als perfecte agenten van zorgvragers en belasting- en premiebetalers ten aanzien van zowel de hoeveelheid als de kwaliteit van geleverde dienstverlening. Impliciet wordt daarmee verondersteld dat in de gezondheidszorg noch sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag, noch van moreel risico door de aanbieders.

Ten vierde is de opvallende paradox dat moreel risico wordt opgevoerd om de eigen verantwoordelijkheid van zorgvragers te benadrukken. Tegelijkertijd wordt moreel risico genegeerd dat zich voordoet bij financiële prikkels om het aanbod van mantelzorg te stimuleren. Als mantelzorgers bijvoorbeeld een korting op de AWBZ-premie gaan ontvangen, neemt niet alleen het aanbod van mantelzorg substantieel toe, maar leidt dit ook tot een moneta­risering van de huidige aangeboden mantelzorg via premiekortingen. Uiteraard is de toename van mantelzorg een vorm van moreel risico die gewenst is, maar deze gaat niet automatisch gepaard met een afname van professionele zorg. De toegevoegde waarde van de extra mantelzorg is niet per definitie groter dan de daarmee gedeerde AWBZ-premies.

DE ECONOMIE VAN DE DOELMATIGHEID

Er zijn ook economen die in discussies over collectief gefinancierde zorg een andere troef uitspelen. De remedie die zij voorschrijven loopt via het argument van doelmatigheid. Het verstrekkingenpakket wordt beoordeeld aan de hand van een kostenutiliteitsanalyse, wat een alternatief biedt aan een kostenbatenanalyse. In een kostenbatenanalyse wordt de geproduceerde gezondheid monetair gewaardeerd. Het voordeel van een kostenutiliteitsanalyse is dat er geen monetaire waardering van gezondheid nodig is. Hier volstaat het berekenen van de relatieve kosten per eenheid geproduceerde gezondheid. Artsen, andere zorgaanbieders en beleidsmakers in de zorg hebben een aversie tegen monetaire waardering van gezondheid en daarmee tegen de kosten-batenanalyse. Voor hen is de kostenutiliteitsanalyse een bruikbaar alternatief en daarom wordt deze methodiek toegepast om doelmatigheid in de

zorg te kwantificeren (Van den Berg en Rutten, 2002).

De kostenutiliteitsanalyse wordt internationaal gebruikt om te bepalen of gezondheidszorg doelmatig is. In het Nederlandse zorgbeleid is dit ingekaderd binnen een medisch raamwerk, de zogenoemde trechter van Dunning. Volgens dit beoordelingskader moet een interventie om in aanmerking te komen voor collectieve financiering noodzakelijk, effectief en doelmatig zijn, en bovendien niet behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager (Brouwer, 2009).

Het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) past de trechter toe bij zijn advisering ten aanzien van de inhoud van de wettelijke ziektekostenverzekeringen Zvw en AWBZ. Deze verzekerde pakketten kunnen elk jaar van inhoud veranderen en zijn dankbaar onderwerp van media-aandacht. De in de trechter van Dunning geïntegreerde doelmatigheidsargumenten spelen een belangrijke rol en adviezen worden vaak mede gebaseerd op basis van empirisch of modelmatig onderzoek door Nederlandse gezondheidseconomen. Hun werk heeft via de CVZ-adviezen substantiële impact.

Ten aanzien van mantelzorg staan twee vragen centraal. Hoe wordt mantelzorg meegenomen in een doelmatigheidsanalyse en hoe verhoudt mantelzorg zich tot de collectief gefinancierde zorg? In een doelmatigheidsanalyse moet mantelzorg worden meegenomen om te voorkomen dat formele zorgkosten worden afgewenteld op mantelzorgers. Het CVZ heeft in een handboek voorgeschreven hoe mantelzorg mee te nemen in een kostenutiliteitsanalyse (Hakkaart-van Royen *et al.*, 2010). Deze kostenhandleiding waardeert een uur huishoudelijke mantelzorg op basis van een standaard-uurtarief voor schoonmaakwerk, zoals gebruikt door het Centraal Administratie Kantoor. Dit bedroeg 12,50 euro in 2009. Wanneer mantelzorg een grote rol speelt bij het te evalueren zorgprogramma kan daarnaast ook worden besloten om tevens de gezondheidseffecten van mantelzorgers te meten.

De afbakening tussen formele zorg en informele mantelzorg is in Nederland als volgt geformaliseerd: "Mensen bieden elkaar vaak zorg zonder daartoe verplicht te zijn en zonder daarvoor een tegenprestatie te vragen. Als die zorg de gebruikelijke zorg te boven gaat, heet dit mantelzorg" (CVZ, 2010). Gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg zijn gedefinieerd via protocollen. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met andere maatschappelijke rollen van mantelzorgers, zoals arbeidsmarktparticipatie. Bovendien is mantelzorg volgens het CVZ een gezamenlijke keu-

ze van de verzekerde en van de mantelzorg (CVZ, 2010). Er is dus geen verplichting tot mantelzorg en de keuze wordt genomen door vrager en aanbieder. In geval van de substantiële groep wilsonbekwame zorgvragers, bijvoorbeeld mensen met dementie of alzheimer, gaat het hier uiteraard om een complexe relatie tussen de principaal en de agent.

Hoe wordt mantelzorg meegenomen in een doelmatigheidsanalyse en hoe verhoudt mantelzorg zich tot de collectief gefinancierde zorg?

Er is echter er geen AWBZ-indicatie voor mantelzorgers, zodat zij formeel geen aanspraak maken op collectief gefinancierde zorg. Wel kan men eventueel via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mantelzorgondersteuning ontvangen met daarbij de aantekening dat de Wmo geen recht op zorg garandeert omdat het geen verzekering is. Als de mantelzorg geen zorg (meer) zonder tegenprestatie wil leveren of als de verzekerde geen mantelzorg (meer) wenst te ontvangen, kan aanspraak worden gemaakt op AWBZ-zorg (CVZ, 2010). In het geval van bovengenoemde voorbeelden van mantelzorg voor mensen met dementie of alzheimer wordt opname in een verpleeghuis vaak vooral verklaard door overbelasting van de mantelzorg.

BEZWAREN ECONOMIE VAN DE DOELMATIGHEID

Er zijn verschillende bezwaren. Ten eerste ontbreekt in de CVZ-handleiding over het meenemen van mantelzorg in de doelmatigheidsanalyse de link tussen het definiëren wat gebruikelijke zorg is en wat niet. Men adviseert om huishoudelijk werk te waarderen met het tarief van schoonmaakwerk terwijl hetzelfde CVZ stelt dat alleen zorg die gebruikelijke zorg te boven gaat wordt aangeduid als mantelzorg. Gebruikelijke zorg komt niet in aanmerking voor het verstrekkingen-

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

pakket. Reflectie ontbreekt of deze gebruikelijke zorg wel zou moeten worden meegenomen in de doelmatigheidsanalyse.

Naast dit tarief voor schoonmaakwerk beveelt het CVZ aan dat indien mantelzorg een grote rol speelt bij het te evalueren zorgprogramma, ook de gezondheidseffecten van mantelzorgers moeten worden gemeten, die kunnen ontstaan door overbelasting. Hierdoor ontstaat er risico op dubbelstellingen in de kostenutiliteitsanalyse. Mantelzorgtijd wordt namelijk via het schoonmaaktarief meegenomen als kosten en tegelijk wordt deze mantelzorgtijd meegewogen via het effect op gezondheid van de mantelzorger.

Specifiek aan mantelzorg is hierbij dat er nutsinterdependenties bestaan tussen zorgvrager en mantelzorger

Ten tweede is er een cruciale veronderstelling dat op centraal niveau kan worden vastgesteld welke zorg doelmatig is. Moreel risico wordt hierbij echter niet meegewogen. Er kan sprake zijn van moreel risico bij zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de literatuur over variaties in zorggebruik. Verder kan ook bij zorgvragers moreel risico optreden. Dit bleek bijvoorbeeld ten aanzien van de analyse van Viagra (Stolk *et al.*, 1999), dat zowel om medische als om consumptieve redenen kan worden gebruikt. Er werd aanbevolen om Viagra op te nemen in het basispakket. Hierbij werd opgemerkt dat dit zou kunnen leiden tot moreel risico, zonder dat dit expliciet onderdeel uitmaakte van de doelmatigheidsanalyse door de kosten van medisch effectief gebruik te onderscheiden van de kosten van consumptief gebruik (Stolk *et al.*, 1999).

Een derde bezwaar is dat een economische analyse van de eigen verantwoordelijkheid ontbreekt (Rutten en Van Busschbach, 2001). Dit hangt samen met de solidariteit tussen gezond en ziek, en jong en oud, die wettelijk is verankerd in de Nederlandse basisverzeke-

ring via risicoverevening en verbod op premiedifferentiatie binnen zorgverzekeraars. Er is een reëel risico dat door niet meewegen van leefstijl de solidariteit wordt uitgehold (Van den Berg en Van der Star, 2010).

Een vierde bezwaar is dat het geen uitspraak oplevert over hoeveel gezondheid een samenleving in absolute termen wenst te kopen. Er kunnen slechts uitspraken worden gedaan over factorprijs-efficiëntie en niet over allocatieve efficiëntie, tenzij men volstrekt onrealistische veronderstellingen wenst te maken (Bleichrodt en Quiggin, 1999). Hieruit volgt dat met behulp van dit instrumentarium per definitie geen antwoord kan worden gegeven op de vraag wat de optimale inzet van mantelzorg is. Deze afweging wordt gecompliceerd door de nutsinterdependenties tussen zorgvrager en mantelzorger zoals is weergegeven in de genoemde CVZ-definitie. Daarin is mantelzorg een gezamenlijke keuze van de verzekerde en van de mantelzorger. Als de mantelzorger geen zorg (meer) zonder tegenprestatie wil leveren of als de verzekerde geen mantelzorg (meer) wenst te ontvangen, bestaat er aanspraak op verzekerde zorg. Deze keuzevrijheid kan leiden tot optimalisaties op individueel niveau die suboptimaal zijn voor het collectief, bijvoorbeeld wanneer mensen met hoge productiviteit mantelzorg prefereren boven betaald werk of wanneer mantelzorgers hun eigen gezondheidsverlies prefereren boven het welzijnsverlies van de zorgvrager.

ALTERNATIEVE BENADERING MANTELZORG

Beide benaderingen leveren vooral partiële inzichten. Als gevolg van een zeer strikte ceteris paribus-opvatting blijven dynamische inzichten buiten beschouwing. Een oplossing ligt in een integrale benadering in de vorm van drie trade-offs, die kunnen worden afgeleid uit micro-economische standaardtheorie. Specifiek aan mantelzorg is hierbij dat er nutsinterdependenties bestaan tussen zorgvrager en mantelzorger (Van den Berg *et al.*, 2005). Hieruit is onder andere af te leiden dat de inzet van de hoeveelheid mantelzorg is gerelateerd aan het aanbod van betaalde arbeid, het aanbod van alternatieve zorg en de kwaliteit van de inzet van mantelzorg (gezondheid mantelzorger).

Trade-off 1: Mantelzorg versus aanbod van arbeid

Hierbij geldt het perspectief van de mantelzorger en gaat het om de alternatieve kosten van mantelzorg. Mantelzorg verlenen impliceert minder mogelijkheden om betaalde arbeid uit te voeren. Dit betekent bij-

voorbeeld niet alleen dat hogeropgeleiden minder zorg verlenen, maar ook dat specifieke, routinematige, vormen van mantelzorg, zoals persoonlijke verzorging, minder door werkenden worden verleend (Hassink en Van den Berg, 2011).

Trade-off 2: Mantelzorg versus alternatieve zorg

De tweede trade-off betreft de afweging tussen de vraag naar mantelzorg en de vraag naar alternatieve zorg. De alternatieven kunnen bestaan uit het inkoop van particuliere thuiszorg of intramurale zorg, en collectief gefinancierde substituten zoals thuiszorg of intramurale zorg. Uiteraard gaat het hierbij om een afweging tussen kwaliteit, beschikbaarheid, hoeveelheid, typen zorg en relatieve prijzen.

Trade-off 3: Mantelzorg versus gezondheid mantelzorgers

De literatuur suggereert dat mantelzorg ook kan leiden tot gezondheidsverliezen van mantelzorgers in het algemeen en zelfs het overlijdensrisico verhoogt in met name de subgroep van oudere mantelzorgers.

IMPLICATIES VAN DE TRADE-OFFS

De drie trade-offs bieden om meerdere redenen een flexibel raamwerk. Ten eerste werden belangrijke gedragsissues als moreel risico en altruïsme niet meegenomen in de hierboven beschreven economie van de doelmatigheid, maar kunnen ze wel de mate van uitruil in de trade-offs beïnvloeden. De mate van uitruil kan ook worden beïnvloed door technologische ontwikkelingen, zoals de introductie van de *care*-robots.

Ten tweede begrijpen we collectieve versus individuele financiering beter. Collectieve financiering in de zorg gaat veelal gepaard met het ontbreken van prijsprikkels voor vragers en aanbieders, waardoor moreel risico en aanbodgeïnduceerde vraag ontstaan, uiteraard inclusief de hiermee gepaard gaande stijging in zorgkosten. Bovendien kan deze collectieve financiering ertoe leiden dat de bereidheid afneemt om zorg aan elkaar te verlenen.

Helaas is er nog altijd de reflex om het collectief uit te kleden of af te schaffen, zoals dat bij economie van vraagprikkels gebeurt. Immers, zonder collectief geen moreel risico en geen aanbodgeïnduceerde vraag, maar er zijn wel opportuniteitskosten en rechtvaardigheidsproblemen. Deze zaken rechtvaardigen weliswaar collectief regelen, maar vergen een doelmatigheidsanalyse die breder is dan de beschreven kostenutiliteitsanalyse. Langdurige zorg beoogt namelijk meer te produceren

dan alleen gezondheid (Van den Berg *et al.*, 2010). Bovendien wordt hierbij de eigen verantwoordelijkheid buiten beschouwing gelaten. Deze kan worden meegenomen aan de hand van de hier beschreven trade-offs. Bijvoorbeeld de mantelzorg versus de uitruil met arbeid, versus alternatieve zorg en versus gezondheid van de mantelzorgers. Is het reëel dat je niet hoeft te zorgen als je betaald werk verricht? En als mensen hun hele leven hebben gewerkt, hebben ze daarmee dan rechten opgebouwd of is dit dan ineens eigen verantwoordelijkheid? Hierbij is het cruciaal om te werken met helder omschreven doelen van een zorgsysteem en samenleving. Dit kan via empirisch onderzoek of op basis van beleid. De econoom kan helpen deze doelen aan te scherpen, met het nadenken over prikkels en met het berekenen van relatieve kosten en baten. Uiteindelijk spelen indicatiestellers een cruciale rol bij de uitvoering.

Ten derde geeft het zicht op de interdependente nutsfuncties vanuit het perspectief van de zorgvrager. Deze interdependentie maakt geen deel uit van de twee genoemde economische benaderingen. Op basis hiervan houdt de zorgvrager bij de vraag rekening met de opportuniteitskosten van mantelzorgers. Deze opportuniteitskosten vormen de eerste trade-off en bestaan bijvoorbeeld uit opgegeven loon of vrije tijd. Mantelzorgers kunnen ook besluiten om in plaats van zelf zorg te leveren professionals in te huren. Maar ook hierbij is het cruciaal om vanuit de interdependente nutsfunctie te denken waarbij zij hun eigen opportuniteitskosten niet alleen afwegen ten opzichte van de kosten van deze professionals, maar zeker ook ten opzichte van de ingeschatte kwaliteit van zorgverlening door deze professionals te vergelijken met de zorg die ze zelf verlenen. In de internationale literatuur wordt in dit kader een specifieke vorm van marktfalen op de markt voor langdurig zorgverzekeringen benoemd. Een reden om deze verzekeringen niet aan te schaffen zou zijn dat men verkiest om op een later moment mantelzorg te hebben in plaats van intramurale zorg.



CONCLUSIE

Het raamwerk biedt een startpunt voor allerlei belangrijke vervolgvragen. Allereerst ligt vanuit empirisch oogpunt de interesse vooral in de mate van uitruil van de drie trade-offs. De relevante econometrische literatuur heeft zich vooral gericht op de eerste en tweede trade-off. Voor wat betreft de tweede trade-off is er empirisch econometrische literatuur die ingaat op de vraag of mantelzorg en professionele zorg substituten of complementen zijn. De econometrische uitdaging zit hier

vooral in de zoektocht naar instrumentele variabelen in een poging om causale verbanden te schatten. Het schatten van deze relatie is vooral ook beleidsmatig relevant omdat een stijging van mantelzorg niet automatisch een daling van professionele zorg impliceert, zoals de publieke opinie suggereert. Los van de econometrische uitdaging om de derde trade-off goed te schatten, is het cruciaal om beter te begrijpen hoe gezondheidsverlies voor mantelzorgers te verklaren is. Hiermee kan betere ondersteuning worden ontwikkeld waardoor mogelijk ook relatief duurdere gezondheidszorgconsumptie door mantelzorg voorkomen wordt.

Een andere empirische vervolgvraag is hoe op macroniveau de trade-offs verschillen tussen landen. De hoeveelheid mantelzorg kan worden verklaard door cultuurverschillen tussen landen, verschillen in wetgeving, zoals de Duitse grondwettelijke verplichting tot familiezorg, of door het percentage van nationaal inkomen dat wordt uitgegeven aan zorg.

Verder kunnen trendmatige ontwikkelingen in de arbeidsmarkt de ligging van de trade-offs beïnvloeden. Ten aanzien van de arbeidsmarkt kan de veroudering de eerste trade-off minder relevant maken, hoewel dit door een verhoging van de pensioenleeftijd teniet kan worden gedaan. Ook een trend richting meer flexibiliteit in de arbeidsmarkt vergemakkelijkt de inzet van meer mantelzorg.

Daarnaast zal een beperking van aanspraken op het collectief gefinancierde pakket leiden tot opportu-niteitskosten van individuen en hun sociale omgeving, maar waarschijnlijk ook voor het collectief. Het is dan ook niet onverstandig om dergelijke maatregelen goed te doordenken waarbij maatwerk zal moeten worden geleverd, bijvoorbeeld ten aanzien van indicatiestelling, zorgverlof of mantelzorgondersteuning om deze opportu-niteitskosten te voorkomen.

LITERATUUR

- Baars, L. van (2009) Geef werkloze 55-plusser zorgplicht. *Trouw*, 23 september.
- Baars, L. van (2012) Betaal je zorg, verkoop je huis. *Trouw*, 28 juli.
- Berg, B. van den, H. Bleichrodt en L. Eeckhoudt (2005) The economic value of informal care: a study of informal caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care. *Health Economics*, 14(4), 363–376.
- Berg, B. van den en F.F.H. Rutten (2002) Meten en evalueren in de zorg. *ESB*, 87(4371), 581–583.
- Berg, B. van den, en S. van der Star (2010) Moreel risico en solidariteit in de zorg. *ESB*, 95(4594), 598–600.
- Berg, B. van den, M. Willemstein, R. Vos, H. de Vet en R. Ostelo (2010) Effectmaat langdurige zorg? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(7), 364–367.
- Bleichrodt, H. en J. Quiggin (1999) Life cycle preferences over consumption and health: when is cost effectiveness analysis equivalent to cost benefit analysis? *Journal of Health Economics*, 18(6), 681–708.
- Brouwer, W.B.F. (2009) *De basis van het pakket*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam.
- CVZ (2010) *Mantelzorg*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Hakkaart-van Royen, L., S.S. Tan en C.A.M. Bouwmans (2010). *Handleiding voor kostenonderzoek*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2005) Kabinet maakt mantelzorg onaan-trekkelijk. *De Volkskrant*, 8 september.
- Hassink, W.H.J. en B. van den Berg (2011) Time-bound opportunity costs of informal care: consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates. *Social Science & Medicine*, 73(10), 1508–1516.
- Rutten, F.F.H. en J. van Busschbach (2001) How to define a basic package of health services for a tax funded or social insurance based health care system? *European Journal of Health Economics*, 2(2), 45–46.
- Sadiraj, K., J. Timmermans, M. Ras en A. de Boer (2009) *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stolk, E.A., J.J. van Busschbach, M. Caffa, E.J.H. Meuleman en F.F.H. Rutten (1999) *The cost-utility of Viagra in the Netherlands*. Rapport 99.49. Rotterdam: iMTA.