

Hoe uitkomstbepaling in de zorg kan slagen

Door zorgaanbieders een integrale basisbepaling per verzekerde toe te kennen voor het leveren van een brede 'bundel' van zorgactiviteiten kunnen, mits gecombineerd met een expliciete resultaatbeloning voor een goede kwaliteit van zorg, goede zorguitkomsten worden gestimuleerd. Invoering van een dergelijke uitkomstbepaling is echter complex en vereist een goede risicocorrectie, transparantie van zorgkwaliteit, gedeelde ICT en wederzijds vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

FRANK EIJKENAAR
Universitair docent
aan de Erasmus Uni-
versiteit Rotterdam

ERIK SCHUT
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Een belangrijk knelpunt in het Nederlandse zorgstelsel is dat de bepaling van zorgaanbieders hen niet stimuleert tot goed gecoördineerde en doelmatige zorg (Van Kleef *et al.*, 2014). Zorgaanbieders worden vaak afzonderlijk en per activiteit (zoals een consult of een verrichting) betaald, waardoor het zorgaanbod is gericht op het leveren van zo veel mogelijk activiteiten, die onderling tussen de verschillende zorgaanbieders (zoals huisartsen en medisch specialisten) slecht zijn afgestemd. Ook ontbreekt de link met goede gezondheidsuitkomsten voor de patiënt, en is het financieel onaantrekkelijk om gezondheidsproblemen te voorkomen.

Daarom wordt er steeds vaker gepleit voor een bepaling die goede zorguitkomsten stimuleert. In 2011 nam de Tweede Kamer zelfs een motie aan waarin de regering werd opgeroepen om, in overleg met alle partijen, te komen tot een breed gedeelde visie op 'uitkomstbepaling', met als doel introductie uiterlijk in 2020 (Tweede Kamer, 2011). In een reactie liet minister Schippers weten dat ze de

komende jaren stevig op uitkomstbepaling wil inzetten (Tweede Kamer, 2012). Ook in het buitenland wordt hier in toenemende mate op ingezet. Zo heeft de Amerikaanse overheid in het kader van de federale zorgverzekering voor ouderen (Medicare) zich als doel gesteld om in 2018 minimaal negentig procent van alle reguliere betalingen aan zorgaanbieders afhankelijk te laten zijn van uitkomsten (Health & Human Services, 2015).

Maar er is nog veel onduidelijkheid over wat precies onder uitkomstbepaling kan worden verstaan en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om zorgaanbieders op een zinvolle manier te betalen voor goede uitkomsten. Bovendien is het vooralsnog onduidelijk welke stappen er nodig zijn om te komen tot adequate uitkomstbepaling in de zorg en wat daarbij geleerd kan worden van ervaringen in het buitenland (Eijkenaar en Schut, 2015).

VIJF DIMENSIES VAN GOEDE ZORGUIJKOMSTEN

Men wil in de gezondheidszorg dus af van bepaling per verrichting en toewerken naar uitkomstbepaling. Maar wat is eigenlijk een goede zorguitkomst? Op grond van de wetenschappelijke en maatschappelijke discussie over de beoogde doelen van een goed bepalingssysteem (Berwick *et al.*, 2008) zijn vijf onderling samenhangende dimensies van goede zorguitkomsten te onderscheiden: goede zorgkwaliteit, kostenbewuste zorgverlening, goede zorgcoördinatie, kosteneffectieve innovatie en effectieve preventie. Een onderdeel van de eerste dimensie, goede kwaliteit, is zorginhoudelijke kwaliteit, waarbij verder onderscheid kan worden gemaakt in de structuur en het proces van de zorg, en de gezondheidsuitkomst ervan voor de patiënt. Een ander kwaliteitsaspect is patiënttevredenheid, bijvoorbeeld wat betreft bejegening, privacy en de voorlichting over het behandeltraject. De tweede dimensie is kostenbewuste zorgverlening, ofwel de afwezigheid van overbehandeling en van onnodig dure zorg. De derde dimensie is goede coördinatie van zorg, waarbij het gaat om een goede samenwer-

king tussen zorgaanbieders onderling en goed op elkaar afgestemde zorg. Vanwege het toenemend aantal mensen met meervoudige aandoeningen wordt effectieve coördinatie steeds belangrijker voor bevredigende gezondheidsuitkomsten. Bij de vierde dimensie, kosteneffectieve innovatie, gaat het om het tot stand komen van innovaties die leiden tot gezondheidswinst tegen lagere, gelijke of – in verhouding tot de extra baten – beperkte additionele kosten. De laatste dimensie is effectieve preventie, ofwel activiteiten die het optreden of verergeren van een ziekte kunnen voorkomen.

INTEGRALE BASISBEKOSTIGING MET RESULTAATBELONING

Idealiter bevat een systeem van uitkomstbekostiging prikkels voor goede uitkomsten op alle vijf de dimensies en geen prikkels tot ongewenst gedrag. Een lastig punt hierbij is dat het in de zorg slechts beperkt mogelijk is om contractuele afspraken te maken over de beloning van met name goede kwaliteit, aangezien het vaak moeilijk is om kwaliteit in brede zin goed te meten en om na te gaan in hoeverre behaalde resultaten echt zijn toe te schrijven aan bepaalde behandelingen of zorgaanbieders. Dit zogeheten *multitasking*-probleem (Holmstrom en Milgrom, 1991), voortvloeiend uit de multidimensionale aard van de zorgkwaliteit, maakt het onmogelijk om de financiële prikkels zodanig in te richten dat voor alle mogelijke activiteiten expliciet de juiste kwaliteitsuitkomsten worden gestimuleerd. Een adequate bekostigingsmethode zou daarom in ieder geval een basiscomponent moeten hebben die niet expliciet gerelateerd is aan de gerealiseerde kwaliteitsuitkomsten. Daarom bestaat een bekostigingssystematiek die in beginsel alle vijf genoemde uitkomstdimensies bevordert uit twee bouwstenen: ten eerste een integrale basisbekostiging per verzekerde, en ten tweede een resultaatbeloning voor goede kwaliteit. Door een multidisciplinaire groep zorgverleners een integrale basisbekostiging te geven om daarmee een brede, samenhangende ‘bundel’ van zorgactiviteiten te leveren aan een afgebakende verzekerdenpopulatie kunnen de uitkomstdimensies aangaande de kosten, coördinatie, innovatie en preventie worden bevorderd (Eijkenaar en Schut, 2015). Zo'n bekostigingscomponent bevat echter geen prikkels voor een goede kwaliteit. Integendeel, het zou zorgaanbieders zelfs kunnen aansporen tot het beknibbelen op kwaliteit omdat bijvoorbeeld ‘onderbehandeling’ lonend kan zijn. Om te voorkomen dat kwaliteit onderbelicht blijft, dient de basisbekostiging per verzekerde te worden aangevuld met een resultaatbeloning voor goede kwaliteit.

BEKOSTIGING PER VERZEKERDE VEELBELOVEND

In het buitenland is al behoorlijk wat ervaring opgedaan met bekostiging op basis van diverse uitkomstdimensies. Het is goed om in Nederland zoveel mogelijk van die ervaringen te leren. Eijkenaar en Schut (2015) analyseren elf internationale voorbeelden, waarvan zeven uit de Verenigde Staten, drie uit het Verenigd Koninkrijk en een uit Duitsland (tabel 1). Bij deze selectie zijn drie criteria gehanteerd. Allereerst moest er sprake zijn van een resultaatbeloning of van een integrale basisbekostiging per patiënt of per verzekerde. Ten tweede moest er, met betrekking tot minimaal

één van de vijf uitkomstdimensies, gedegen kwantitatieve of kwalitatieve informatie beschikbaar zijn over de effecten van deze initiatieven. En tot slot was een heldere beschrijving van de kenmerken en effecten van de bekostigingssystematiek vereist.

De initiatieven zijn onderscheiden naar type bekostiging: uitsluitend resultaatbeloning, bekostiging per patiënt zonder én met resultaatbeloning, en bekostiging per verzekerde met resultaatbeloning. Het verschil tussen bekostiging per patiënt en bekostiging per verzekerde is dat het in het eerste geval gaat om een nauwer omschreven zorgbundel (zoals diabeteszorg) en dat er geen prikkel is tot het gezond houden van een populatie (primaire preventie) – in tegenstelling tot wat het geval is bij een bekostiging per verzekerde. De initiatieven waarbij een integrale basisbekostiging per verzekerde wordt gecombineerd met resultaatbeloning komen dus het meest overeen met het ideaaltypische model van uitkomstbekostiging.

Aan de hand van het beschikbare effectonderzoek is beoordeeld in hoeverre de initiatieven succesvol zijn geweest in het verbeteren van de gestimuleerde uitkomstdimensies. De rechter kolom van tabel 1 laat een gemengd beeld zien. Voor resultaatbeloning zijn zowel kleine positieve als negatieve effecten gevonden. Twee van de drie initiatieven gericht op integrale bekostiging per patiënt zijn mislukt (in feite niet geïmplementeerd), terwijl er voor alle initiatieven waarbij er sprake is van een bekostiging per verzekerde met resultaatbeloning, overwegend positieve effecten zijn gevonden wat betreft zowel de kosten als de kwaliteit. Een belangrijke les uit deze resultaten en de onderliggende effectstudies is dat de problemen en demotiverende vertragingen bij het definiëren van afzonderlijke, ziektegerichte zorgbundels pleiten voor een bekostiging per verzekerde in plaats van per patiënt. Want een

Buitenlandse initiatieven van uitkomstbekostiging in de zorg **TABEL 1**

Type bekostiging	Initiatief	Land	Gestimuleerde dimensies	Effectiviteit
Resultaatbeloning	Hospital quality incentive demonstration	VS	Kwaliteit	+/-
	Hospital value-based purchasing	VS	Kwaliteit en kosten	-
	Advancing quality programme	VK	Kwaliteit	+
	Commissioning for quality and innovation	VK	Kwaliteit en innovatie	-
	Quality and outcomes framework	VK	Kwaliteit	+/-
Integraal per patiënt	IHA bundled payment implementation	VS	Kosten, coördinatie, innovatie en preventie	-
Integraal per patiënt plus resultaatbeloning	Prometheus payment model	VS	Alle vijf dimensies	-
	Geisinger ProvenCare	VS	Alle vijf dimensies	+
Integraal per verzekerde plus resultaatbeloning	Medicare accountable care organizations	VS	Alle vijf dimensies	+
	Alternative quality contract	VS	Alle vijf dimensies	+
	Gesundes Kinzigtal	Dui	Alle vijf dimensies	+

Bron: Eijkenaar en Schut, 2015

belangrijke oorzaak van het mislukken van twee van de drie projecten voor bekostiging per patiënt werd gevormd door afbakeningsproblemen bij de multidisciplinaire zorgbundels.

RANDVOORWAARDEN VOOR ADEQUATE UITKOMSTBEKOSTIGING

Een bekostigingssysteem op basis van de genoemde bouwstenen leidt alleen tot goede zorguitkomsten als is voldaan aan vier noodzakelijke randvoorwaarden. Deze kunnen worden geformuleerd aan de hand van de theoretische en empirische inzichten uit de wetenschappelijke literatuur (Eijkenaar en Schut, 2015). Wanneer er onvoldoende aan deze voorwaarden wordt voldaan, is de kans groot dat de uitkomsten verre van optimaal uitpakken.

Adequate risicocorrectie en risicodeling

Bij een integrale basisbekostiging per verzekerde wordt er financieel risico overgedragen van zorgverzekeraar op zorgaanbieder. Zorgaanbieders krijgen hierdoor een prikkel tot het selecteren van relatief gezonde verzekerden. Bij een gezonde populatie zijn de verwachte kosten immers relatief laag, waardoor een zorgaanbieder gemiddeld meer winst maakt. Om risicoselectie te voorkomen, dient te worden gecorrigeerd voor relevante risicokenmerken van de verzekerdenpopulatie van de zorgaanbieder (Ash en Ellis, 2012). Er is echter weinig bekend over hoe bij de bekostiging van zorgaanbieders op een goede manier rekening kan worden gehouden met risicoverschillen. In het buitenland wordt meestal gebruikgemaakt van risicovereveningsformules die voor andere doeleinden zijn ontwikkeld. Het is de vraag of dat voldoende is om risicoselectie tegen te gaan. In Nederland ligt het voor de hand om gebruik te maken van de kennis van het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars. Maar omdat zorgaanbieders beschikken over andere informatie en selectiemogelijkheden dan verzekeraars is het de vraag in hoeverre de huidige risicovereveningsformule hiervoor bruikbaar is. Bovendien zitten de zorgaanbieders dichter op het zorgproces dan de zorgverzekeraars en hebben daardoor meer mogelijkheden om de voor de risicocorrectie gebruikte informatie (zoals diagnose-informatie) direct te beïnvloeden met het oog op een hogere betaling.

Een tweede vraag om te beantwoorden bij het vormgeven van de basisbekostiging is in welke mate het risico wordt verschoven: is er sprake van volledige risico-overdracht of van risicodeling? De effecten van een voor risico gecorrigeerde basisbekostiging zijn afhankelijk van de omvang van de populatie, die kan uiteenlopen van bijvoorbeeld 2.000 (een huisarts), 200.000 (een zorggroep) of 2.000.000 (een zorgverzekeraar). Hoe kleiner de populatie, hoe groter het risico vanwege (toevals)afwijkingen van het statistisch te verwachten gemiddelde resultaat per persoon. Idealiter komt het toevalsrisico voor rekening van de verzekeraar en het risico voor ondoelmatige zorg voor rekening van de zorgaanbieders. Maar in de praktijk zijn beide risico's moeilijk te scheiden, en het is daarom de vraag in hoeverre het wenselijk is om zorgaanbieders volledig risicodragend te maken. Teneinde het risico te beperken, kunnen besparingen of tekorten op de basisbekostiging tussen aanbieders en verzekeraars worden gedeeld. Ook kunnen eventuele verliezen voor aanbieders worden gemaximeerd.

Kwaliteitstransparantie

Integrale bekostiging per verzekerde bevat naast een prikkel tot risicoselectie ook prikkels tot onderbehandelen en beknibbelen op kwaliteit. Een aanbieder kan te ver gaan in het beperken van het zorggebruik en daarmee de patiënt noodzakelijke zorg onthouden. Verschraling van de kwaliteit kan worden tegengegaan via een adequaat monitoring- en rapportagesysteem, en het via resultaatbeloning geven van expliciete prikkels voor goede kwaliteit. Beide vereisen transparantie van kwaliteit en een weldoordachte vormgeving en implementatie.

Ten aanzien van de kwaliteitstransparantie concludeerde de Algemene Rekenkamer (2013) dat er de laatste jaren weliswaar stappen zijn gezet, maar dat de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorsets beperkt is en er nog nauwelijks indicatoren zijn die echte uitkomsten meten. Deze conclusie is recent onderschreven door twee evaluaties van het zorgstelsel (Van Kleef *et al.*, 2014; KPMG Plexus, 2014). Bij het verbeteren van de informatie over kwaliteit zal het vooral de kunst zijn om bestaande bronnen (zoals declaratiegegevens, en klinische en patiëntregistraties) slim te combineren en openbaar te maken, om nieuwe bronnen te ontwikkelen en om ruwe data in uitkomsten en indicatoren te vertalen. In het kader van 'het jaar van de transparantie' lijken hierin inmiddels stappen te worden gezet, onder regie van het Kwaliteitsinstituut (Tweede Kamer, 2015).

Adequate resultaatbeloning vereist tevens een weldoordachte vormgeving en implementatie. Uit het beschikbare empirisch onderzoek blijkt dat de effecten van resultaatbeloning sterk bepaald worden door de specifieke vormgeving en context, alsmede door het beschikbaar zijn van ondersteuning (bijvoorbeeld bij dataverzameling) en feedback via stimulerende spiegelinformatie. Er is echter nog onvoldoende bekend over welke vormgevingsaspecten in welke context van doorslaggevend belang zijn (Eijkenaar, 2013).

Gedeelde ICT-infrastructuur

Goed informatiemanagement – ofwel het zorgen dat betrokken aanbieders en patiënten over de juiste informatie beschikken op het moment dat de zorg geleverd wordt – is een derde cruciale randvoorwaarde. Een hoogwaardige ICT-infrastructuur, die alle betrokken zorgverleners op persoonsniveau een samenhangend beeld geeft van de gezondheidstoestand van patiënten, is daarbij onmisbaar. Ten eerste faciliteert een dergelijke infrastructuur goede zorgcoördinatie via een effectieve gegevensuitwisseling. Daarnaast kan het aanbieders ondersteunen bij inhoudelijke beslissingen, bijvoorbeeld via het elektronisch voorschrijven en verwijzen, het geven van automatische *alerts* bij contra-indicaties en dubbele zorg, en het verschaffen van inzicht in zorginhoudelijke en financiële prestaties. Ten slotte biedt het mogelijkheden om patiënten beter te informeren en actief bij het zorgverleningsproces te betrekken.

Vooralsnog is de ICT in Nederland vaak nog niet op het gewenste niveau om integrale bekostiging en zorgverlening mogelijk te maken (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, 2012; Drewes *et al.*, 2014). De implementatie van een goede ICT-infrastructuur gaat gepaard met hoge kosten, waarbij discussie kan bestaan over wie er voor de rekening moet opdraaien. Als die kosten (deels) voor de

aanbieders zijn, dan ligt het voor de hand om te werken met meerjarencontracten zodat aanbieders de tijd hebben om hun investeringen terug te verdienen.

Wederzijds vertrouwen

In een vraaggericht zorgstelsel waarin zorgaanbieders worden bekostigd op basis van uitkomsten is vertrouwen tussen betrokken partijen essentieel. Dit geldt voor de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders, maar ook die tussen zorgaanbieders onderling. Het belang van vertrouwen wordt versterkt door de complexiteit van de gezondheidszorg. Uit de contracttheorie volgt dat die complexiteit onvermijdelijk leidt tot incomplete contracten (Vermaas, 2006). In het huidige zorgstelsel worden vrijwel alle contracten gesloten voor een periode van één jaar. Voor adequate uitkomstbekostiging zijn dergelijke korte-termijn contracten inefficiënt vanwege de hoge transactiekosten en onzekerheid over het terugverdienen van lange-termijn investeringen. Meerjarencontracten geven blijk van vertrouwen, hoeven daardoor minder specifiek te zijn en zijn dus minder kostbaar. Bovendien geeft het aanbieden tijd om de vruchten te kunnen plukken van investeringen in bijvoorbeeld ICT en preventie. In mislukte buitenlandse initiatieven werd gewerkt met jaarcontracten en hebben belangentegenstellingen en een gebrek aan wederzijds vertrouwen de invoering ondermijnd.

CONCLUSIE EN BELEIDSIMPLICATIES

Een theoretisch optimaal systeem van uitkomstbekostiging combineert een integrale basisbekostiging per verzekerde met een stimulerende resultaatbeloning voor goede kwaliteit. Een dergelijke systematiek leidt echter alleen tot goede zorguitkomsten als is voldaan aan verschillende randvoorwaarden, waaronder een goede risicocorrectie, kwaliteits transparantie, gedeelde ICT en wederzijds vertrouwen. Deze voorwaarden zijn complex en niet eenvoudig te realiseren. Daarmee is echter niet gezegd dat adequate uitkomstbekostiging in de zorg onmogelijk is. De buitenlandse ervaringen sporen weliswaar aan tot behoedzaamheid en een meerjarig implementatietraject, maar laten ook zien dat het geen onbegaanbare weg is.

De afgelopen jaren worden er in Nederland voorzichtige stappen gezet in de richting van uitkomstbekostiging. Zo bevat de in 2015 ingevoerde bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg uitkomstgerelateerde elementen, en zijn er verspreid over het land allerlei proeftuinen en experimenten opgestart waarbij een meer geïntegreerde en uitkomstgerichte zorgverlening en bekostiging wordt nagestreefd (Ebbing, 2014; Drewes *et al.*, 2014). Desondanks bestaan er nog vele (potentiële) knelpunten en is er nog een lange weg te gaan alvorens in Nederland sprake is van adequate uitkomstbekostiging waarbij alle vijf de uitkomstdimensies worden gestimuleerd.

Om te beginnen kan worden overgestapt van bekostiging per activiteit of zorgbundel voor één type zorgaanbieder (monodisciplinair) naar bekostiging per multidisciplinaire bundel van zorgactiviteiten per aandoening. De uitbreiding met enkele aandoeningen kan een eerste stap zijn naar een integrale, populatie-gebonden bekostiging, waarbij de risicodragende zorgaanbieder laat zien de zorg

ziekte-overstijgend te kunnen organiseren (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, 2012). Door de zorgbundels geleidelijk uit te breiden met meer zorgvormen kunnen de prikkels tot kostenbeheersing, goede coördinatie en secundaire preventie worden versterkt. Een derde stap betreft de vaststelling van kostendoelstellingen voor bepaalde patiëntpopulaties en het delen van besparingen met de betrokken zorgaanbieders. Vervolgens kan het risico voor overschrijdingen van kostendoelstellingen geleidelijk worden verschoven naar de zorgaanbieders. Zowel het op verantwoorde wijze verhogen van het risico als het vinden van een juiste balans tussen volledige risico-overdracht en risicodeling zal een grote uitdaging zijn (Frakt en Mayes, 2012). De finale stap naar integrale bekostiging *per verzekerde* is nodig ten behoeve van de prikkels tot primaire preventie.

Naarmate de basisbekostiging voor meer zorgactiviteiten en een bredere populatie gaat gelden, worden de besproken randvoorwaarden van toenemend belang. Stappen in de richting van een adequate uitkomstbekostiging dienen dus alleen te worden gezet als men, parallel daaraan, ook werkt aan de realisatie van deze randvoorwaarden.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer (2013) *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Ash, A.S. en R.P. Ellis (2012) Risk-adjusted payment and performance assessment for primary care. *Medical Care*, 50(8), 643–653.
- Berwick, D.M., T.W. Nolan en J. Whittington (2008) The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769.
- Drewes, H.W., R. Heijink, J.N. Struijs en C.A. Baan (2014). *Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen*. Bilthoven: RIVM.
- Ebbing, M. (2014) Parkinson Centrum Nijmegen experimenteert met uitkomstbekostiging. Interview met Bas Bloem. *Zorgvisie weekoverzicht*, 43(42), 4.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) *Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering. Eindrapport*. Den Haag: EIB.
- Eijkenaar, F. (2013) *Pay-for-performance for health care providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Eijkenaar, F., en F.T. Schut (2015) *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? IBMG rapport*, 2015(02).
- Frakt, A.B. en R. Mayes (2012) Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear. *Health Affairs*, 31(9), 1951–1958.
- Health and Human Services (2015) *Better, smarter, healthier: in historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value*. Artikel op www.hhs.gov.
- Holmstrom, B. en P. Milgrom (1991) Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7(1), 24–52.
- Kleef, R.C. van, F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven (2014) *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? IBMG Rapport*, 2014(01).
- KPMG Plexus (2014) *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage*. Den Haag: KPMG Plexus.
- Tweede Kamer (2011) *Vaststelling begrotingsstaten van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2012. Motie van het lid Smilde c.s., 33000(45)*.
- Tweede Kamer (2012) *Stand van zaken toezeggingen VWS. Brief regering*, 33400(15).
- Tweede Kamer (2015) *Het jaar van de transparantie. Brief regering*, 32620(149).
- Vermaas, A. (2006) *Agency, managed care and financial-risk sharing in general medical practice*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.