

# Zorgstelsel spoort nog onvoldoende aan tot goede kwaliteit

Terwijl zorgverzekeraars bij hun zorginkoop steeds beter grip hebben gekregen op prijs en volume, speelt kwaliteit nog een ondergeschikte rol. Een aantal knelpunten in het zorgstelsel moet worden opgelost om te voorkomen dat zorgverzekeraars zich te veel gaan richten op kosten en te weinig op kwaliteit.

## ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

## RICHARD VAN KLEEF

Universitair docent  
aan de Erasmus Uni-  
versiteit Rotterdam

## WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

**M**et de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn in 2006 belangrijke stappen gezet in de richting van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Hierbij hebben zorgverzekeraars een sleutelrol gekregen om namens hun verzekerden op te treden als prijs- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorg. Zorgverzekeraars zouden hiertoe moeten worden aangespoord door concurrentie om de gunst van verzekerden.

Wat is acht jaar na de fundamentele hervorming van het zorgstelsel van de ambities terechtgekomen? Maken zorgverzekeraars de hun toebedachte inkooprol waar? Is voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden voor effectieve concurrentie in de zorg?

## ROL ZORGVERZEKERAARS

Sinds 2006 zijn zorgverzekeraars hun inkooprol steeds meer gaan invullen. Van passieve betalingskantoren hebben zij zich geleidelijk ontwikkeld tot actieve inkopers van zorg. In de eerste jaren na de hervorming waren zorgverzekeraars vooral gericht op het verbeteren van de interne efficiëntie en de versterking van hun inkoopmacht via overnames en fusies. Volgens zijn zij zich steeds meer gaan opstellen als prijsbewuste inkopers van zorg. Zo zijn vanaf 2008 forse prijsverlagingen afgedwongen op de markt voor generieke geneesmiddelen (Visser *et al.*, 2013; figuur 1). Ook zijn de vrij onderhan-

delbare ziekenhuisprijzen in de periode 2006–2011 in reële termen gedaald (NZa, 2012). Uit de recente zorginkoopmonitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2014) blijkt dat zorgverzekeraars ook op de logopedie, fysiotherapie en geestelijke gezondheidszorg (ggz) forse tariefkortingen hebben afgedwongen. Tot 2012 hadden zorgverzekeraars echter nauwelijks grip op het volume van de geleverde zorg. Zo ging de gematigde prijsontwikkeling van de ziekenhuiszorg gepaard met een sterke groei van het aantal behandelingen en een verschuiving naar zwaardere indicaties en duurder Diagnose Behandel combinaties (DBC's) met als gevolg dat de ziekenhuisuitgaven aanzienlijk toenamen (NZa, 2012).

Vanaf 2012 is onder invloed van de economische crisis de druk op zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden om de zorguitgaven te beperken aanzienlijk opgevoerd. Zorgverzekeraars gingen door het grotendeels afschaffen van de zogeheten ex-post kostencompensaties voor ziekenhuiskosten meer risico lopen op de uitgaven aan ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd werd de ziekenhuisbudgettering – die nog gold voor twee derde van de ziekenhuisuitgaven – afgeschaft en werd het aandeel van de DBC's met vrij onderhandelbare prijzen verdubbeld tot gemiddeld circa zeventig procent van de ziekenhuisomzet. Bovendien werd het DBC-systeem met ingang van 2012 grondig herzien, met als gevolg dat onduidelijk was welke prijzen voor de nieuwe 'DBC-zorgproducten' reëel waren. De combinatie van een toenemend financieel risico, de afschaffing van de ziekenhuisbudgettering en het gebrek aan adequate prijsinformatie leidde ertoe dat zorgverzekeraars in 2012 massaal overstapten op de invoering van zogenaamde omzetcontracten – hetzij een vaste aanneemsom hetzij een prijs per DBC met een omzetplafond – waarbij de financiële risico's grotendeels werden doorgeschoven naar de ziekenhuizen (Ruwaard *et al.*, 2014). De zorgverzekeraars werden daarbij geruggensteund door een Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord dat in 2012 door de overheid met de brancheorganisaties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars was gesloten. Dit akkoord voorzag in een beperking van de reële uitgaven-

groei tot 2,5 procent per jaar. Om deze afspraak te kunnen afdwingen, werd bovendien een wettelijk macrobeheersinstrument (MBI) gecreëerd, op grond waarvan bij een eventuele overschrijding van het macrobudget aan alle ziekenhuizen een generieke korting kan worden opgelegd. In 2013 is een verdere reductie van de jaarlijkse groei ruimte afgesproken van 1,5 procent in 2014 en 1 procent in de periode 2015–2017. Deze groei ruimte blijkt in de onderhandelingen door zorgverzekeraars als maximumgrens te worden gehanteerd (NZa, 2014). Dankzij de omzetcontracten hebben zorgverzekeraars sinds 2012 veel meer grip gekregen op het volume en daarmee op de totale ziekenhuisuitgaven. In 2012 zijn deze uitgaven ruim binnen de toegestane groei ruimte gebleven en de NZa verwacht op basis van interviews met zorgverzekeraars en een enquête onder zorgaanbieders dat dit in 2013 en 2014 ook het geval zal zijn (NZa, 2014). De scherpe afname van de uitgavengroei is ook af te lezen in figuur 1, waarbij moet worden opgemerkt dat de afname van de groei van de ziekenhuisuitgaven deels wordt gemaskeerd door de toevoeging van dure geneesmiddelen aan het ziekenhuisbudget.

Uit een inventarisatie van de door ziekenhuizen gesloten omzetcontracten blijkt dat deze voornamelijk gericht zijn op beperking van de kosten, maar dat zij nauwelijks specifieke afspraken over kwaliteit bevatten (Ruwaard *et al.*, 2014). Blijkens de recente monitor zorginkoop van de NZa geldt de ondergeschikte aandacht voor kwaliteit in het contracteerproces niet alleen voor de ziekenhuissector (NZa, 2014).

De geringe aandacht voor kwaliteit van zorg klemt meer nu de financiële risico's en de daarmee gepaard gaande druk tot kostenbeheersing de afgelopen jaren sterk zijn toegenomen. Het risico bestaat dat als gevolg hiervan het zorgstelsel zich steeds sterker zal richten op kostenreductie in plaats van op een goede kwaliteit/prijsverhouding. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de tekortschietende prikkels voor kwaliteit een gevolg kunnen zijn van het feit dat aan verschillende noodzakelijke randvoorwaarden voor een goed functionerend zorgstelsel nog niet is voldaan (Van Kleef *et al.*, 2014a).

## TIEN RANDVOORWAARDEN

Op basis van de literatuur zijn tien randvoorwaarden geïdentificeerd voor een goed functionerend zorgstelsel op basis van gereguleerde concurrentie (Van Kleef *et al.*, 2014a). In hoeverre aan deze randvoorwaarden is voldaan, is ook getoetst in een eerdere evaluatie van de Zorgverzekeringswet in 2009 (ZonMw, 2009). Tabel 1 geeft een overzicht van deze tien randvoorwaarden en de mate waarin zij op basis van een kwalitatieve inschatting anno 2014 zijn gerealiseerd. Om de vorderingen sinds de hervorming van het zorgstelsel in 2006 en de eerdere evaluatie in 2009 inzichtelijk te maken, zijn ook de resultaten uit eerder onderzoek in tabel 1 opgenomen.

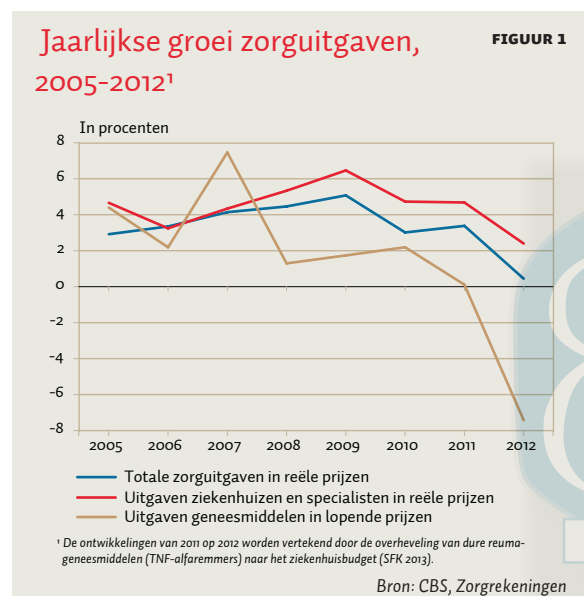
Een belangrijke conclusie van de evaluatie, die ook is af te leiden uit tabel 1, is dat sinds 2006 flinke vooruitgang is geboekt bij de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden. Voor een viertal randvoorwaarden geldt echter dat deze op belangrijke onderdelen nog in onvoldoende mate zijn vervuld (minder dan drie sterren in de tabel). Waar het huidige zorgstelsel met name in tekortschiet is de mate van transparantie van de kwaliteit van zorg, de methoden van bekostiging van zorgaanbieders, de effectiviteit van het mededingingsbeleid en de ruimte voor risicoselectie. Deze vier tekortkomingen dragen eraan bij dat kwaliteit vooralsnog een marginale rol speelt bij de zorginkoop.

Mate waarin aan randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie is voldaan, 2006–2014

TABEL 1

Randvoorwaarden	2006	2009	2014
<b>1. Risicosolidariteit zonder ruimte voor risicoselectie</b>			
Risicosolidariteit	*****	*****	*****
Adequate ex-ante-risicoverevening	**	**	***
Beperkte ruimte voor risicoselectie	**	**	**
<b>2. Transparantie en consumenteninformatie</b>			
Zorgpolis(sen)	**	***	***
Zorgproducten	*	*	**
<b>3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid</b>			
Consumenten	**	**	***
Zorgverzekeraars	**	***	****
Zorgaanbieders	*	*	**
<b>4. Voldoende vrijheid om van zorgverzekering te veranderen</b>			
	***	***	***
<b>5. Betwistbare markten</b>			
Zorgverzekeraars	***	***	***
Zorgaanbieders	*	**	***
<b>6. Voldoende contractvrijheid</b>			
	*	**	***
<b>7. Effectief mededingingsbeleid</b>			
	***	***	**
<b>8. Geen liftersgedrag</b>			
	**	**	***
<b>9. Effectief toezicht op minimumkwaliteit van zorg</b>			
	***	***	***
<b>10. Gegarandeerde beschikbaarheid van voldoende basiszorg</b>			
	***	***	****

\* = niet aan voldaan; \*\* = in beperkte mate aan voldaan; \*\*\* = in redelijke mate aan voldaan; \*\*\*\* = in hoge mate aan voldaan; \*\*\*\*\* = volledig aan voldaan



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.

### Gebrekkige transparantie

Sinds 2006 is geleidelijk steeds meer vergelijkende informatie beschikbaar gekomen over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgaanbieders. Zo worden sinds 2006 patiëntervaringen systematisch in kaart gebracht voor verschillende vormen van zorg via een Consumer Quality Index die deels openbaar worden gemaakt via de website kiesBeter.nl. Mede op initiatief van de patiëntenfederatie NPCF is in 2009 de website zorgkaartnederland.nl geïntroduceerd, waarop patiënten informatie kunnen vinden over de waardering van zorgaanbieders door andere patiënten. Sinds 2010 verschaft een toenemend aantal ziekenhuizen openbare informatie over de *Hospital Standardized Mortality Ratio* (HSMR), ofwel de verhouding tussen het werkelijke aantal sterfgevallen in het betreffende ziekenhuis en het verwachte aantal sterfgevallen op basis van patiëntkenmerken.

Ondanks de geboekte progressie is er nog steeds een groot gebrek aan adequate openbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg. Het programma Zichtbare Zorg dat van 2007 tot 2013 was ingesteld om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken heeft niet de gewenste resultaten opgeleverd (Algemene Rekenkamer, 2013). Wat ontbreekt is standaardisatie en regie. Vanaf 2014 is binnen het Zorginstituut Nederland (ZiN) een Kwaliteitsinstituut van start gegaan die de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten moet bevorderen en moet zorgen dat voor consumenten relevante informatie openbaar wordt (Delnoij, 2014). De overheid beoogt onder regie van het Kwaliteitsinstituut en de NZa de komende jaren een belangrijke slag te maken om de openbaar beschikbare informatie over kwaliteit van zorg substantieel te verbeteren. Hierbij kan worden aangesloten bij vergelijkbare ontwikkelingen in tal van andere landen.

### Inadequate bekostigingsmethoden

De huidige bekostigingsmethoden in de gezondheidszorg bieden zorgaanbieders geen effectieve stimulans voor goede uitkomsten, een kosten-effectieve inzet van middelen, een goede coördinatie van zorg en voor preventie (Keuzenkamp, 2012). Een theoretisch optimale wijze van bekostiging combineert een integrale basisbekostiging op basis van het verwachte gebruik van een afgebakende verzekerdenpopulatie met een beloning voor goede uitkomsten van zorg (*pay-for-performance*). Essentiële voorwaarden voor een dergelijke bekostigingsmethode zijn een adequate correctie voor risicoverschillen en een adequate vormgeving van prestatiehonorering op basis van betrouwbare en valide kwaliteitsindicatoren. Hoewel er veelbelovende internationale voorbeelden zijn van dergelijke bekostigingsmethoden, zoals het *Alternative Quality Contract* in Massachusetts (Song *et al.*, 2012; Olsthoorn, 2014), is het uit onderzoek op dit terrein duidelijk dat er nog een lange weg te gaan is (Eijkenaar, 2013).

### Ineffectief mededingingsbeleid

Effectief mededingingstoezicht is een belangrijke voorwaarde voor het handhaven van effectieve concurrentie in de gezondheidszorg. Aan deze voorwaarde wordt echter thans niet voldaan. De hervorming van het zorgstelsel heeft veel ziekenhuizen en zorgverzekeraars aangezet tot fusies teneinde hun machtsposities flink te versterken. Ondanks dat tal van fusies leiden tot marktaandeelen van ruim vijftig procent en de NZa waarschuwt voor forse prijsverhogingen, heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) tot op heden alle fusies tussen ziekenhuizen en tussen zorgverzekeraars goedgekeurd (Schut *et al.*, 2014). Wanneer de ACM de fusietoetsing in de zorg niet drastisch aanscherpt, zal in een toenemend aantal regio's onvoldoende concurrentiedruk resteren om goede kwaliteit zorg te leveren.

### Imperfecte risicoverevening

Een belangrijk knelpunt betreft het systeem van risicoverevening. Dit systeem compenseert zorgverzekeraars voor de voorspelbaar hoge kosten van ouderen en chronisch zieken. Op basis van een empirische analyse van het risicovereveningsmodel anno 2014 kan worden geconcludeerd dat deze weliswaar sterk is verbeterd, maar nog niet goed genoeg is (tabel 2).

Zoals blijkt uit tabel 2, ontvangen zorgverzekeraars ondanks recente verbeteringen in het systeem nog steeds te weinig compensatie voor substantiële groepen van chronisch zieken (Van Kleef *et al.*, 2014b). Dit ontmoedigt verzekeraars om te investeren in de kwaliteit van zorg voor deze groepen, omdat ze daarmee verliesgevende klanten zouden aantrekken. Voor het veiligstellen en verbeteren van de kwaliteit van zorg is het cruciaal dat de risicoverevening verder wordt verbeterd. Dit is des te belangrijker nu de financiële risico's voor zorgverzekeraars de afgelopen jaren fors zijn toegenomen door het vrijwel volledig afschaffen van de ex-post-kostencompensaties. Ondanks de verbetering van de ex-ante-risicoverevening is door de sterke afbouw van de ex-post-compensaties de ruimte voor risicoselectie per saldo niet verminderd (tabel 1).

Mocht het voorlopig niet haalbaar zijn om nieuwe en betere vereveningskenmerken te ontwikkelen dan kan met een simpele maatregel de prikkel tot het leveren van goede kwaliteit zorg worden verbeterd. Deze maatregel kan worden aan-

Gemiddelde onder- en overcompensatie per persoon per jaar bij het risicovereveningsmodel 2014

TABEL 2

Subgroep op basis van informatie uit voorgaand jaar	Geschat aandeel in de bevolking, in procenten	Ondercompensatie (-) of overcompensatie (+), in euro's
Slechtste score fysieke gezondheid (SF-12)	18,9	-670
Ten minste 1 langdurige aandoening	31,5	-331
Specialist geconsulteerd afgelopen 12 maanden	37,8	-326
Fysiotherapie afgelopen 12 maanden	21,8	-328
Beste score fysieke gezondheid	19,2	+291
Geen langdurige aandoening	68,4	+153
Geen zorggebruik afgelopen 12 maanden	19,5	+298
Hbo/wo-opleiding (volgt of afgerond)	22,8	+142

Bron: eigen berekeningen op basis van CBS gezondheidsenquête

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.

geduid als 'overbetaling' en komt neer op een verhoging van de compensatie voor verzekerden die in het vereveningsmodel als hoog-risicoverzekerden kunnen worden aangemerkt en een verlaging van de compensatie voor laag-risicoverzekerden. Zodoende kan ervoor worden gezorgd dat de onder- en overcompensaties in tabel 2 worden verminderd en de prikkels voor verzekeraars om in te spelen op de preferenties van chronisch zieken aanzienlijk worden vergroot (Van Kleef *et al.*, 2014b).

#### UITBREIDING ZVW

Vanaf 2015 wil het kabinet het verstrekkingenpakket van de Zvw fors uitbreiden met de nu nog via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (ABWZ) verzekerde thuiszorg en langdurige ggz, samen goed voor ruim vier miljard euro op jaarbasis. Hoewel er inhoudelijk goede argumenten zijn voor een integratie van thuiszorg en eerstelijnszorg, is het voorts nog onduidelijk of de nieuwe verstrekkingen goed passen binnen het model van gereguleerde concurrentie. Zo zijn twee cruciale vragen met betrekking tot de risicoverevening thans nog niet beantwoord. In de eerste plaats is het zeer de vraag of voor de over te hevelen zorgkosten een adequate risicoverevening kan worden gerealiseerd. Niet alleen is het onduidelijk welke risicokenmerken geschikt en beschikbaar zijn, maar het is ook de vraag of de verwachte kosten per individu eenduidig te bepalen zijn. Het zal namelijk lastig zijn om de aanspraken helder af te bakenen, omdat deze bijvoorbeeld afhangen van mantelzorg die in de omgeving van het individu beschikbaar is. In de tweede plaats is het de vraag in hoeverre de gebruikers van thuiszorg voldoende worden gecompenseerd voor de huidige Zvw-kosten, waarin de kosten van de over te hevelen zorg nog niet zijn inbegrepen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat verzekerden die in het voorafgaand jaar een AWBZ-indicatie hadden bij het vereveningsmodel 2012 gemiddeld met 380 euro werden ondergecompenseerd (kostenniveau 2009; Tweede Kamer, 2012). Daarbij bleek de ondercompensatie voor de specifieke groep verzekerden met een thuiszorgindicatie bovendien hoger dan gemiddeld voor alle AWBZ-gebruikers. Hoewel het vereveningsmodel sinds 2012 is verbeterd, zijn thuiszorggebruikers voor verzekeraars waarschijnlijk nog steeds fors verliesgevend. Hierdoor hebben zorgverzekeraars onvoldoende belang om te investeren in de kwaliteit van thuiszorg. Onderzoek naar een adequate risicoverevening voor zowel de kosten als de gebruikers van deze nieuwe verstrekkingen verdient dan ook hoge prioriteit. Zolang adequate risicoverevening nog niet is gerealiseerd – gesteld dat dit überhaupt mogelijk is – verdient het aanbeveling om *second best* oplossingen te verkennen, zoals een 'overbetaling' voor hoog-risicoverzekerden zodat de groep potentiële thuiszorggebruikers voldoende wordt gecompenseerd.

#### CONCLUSIE

In de acht jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet zijn geleidelijk steeds meer randvoorwaarden voor het onderliggende model van gereguleerde concurrentie gerealiseerd. Met het vervullen van deze randvoorwaarden zijn zorgverzekeraars de hun toebedachte inkooprol steeds meer gaan waarmaken. Waar zorgverzekeraars bij hun zorginkoop steeds beter grip hebben gekregen op prijs en volume, speelt kwaliteit echter nog een ondergeschikte rol. Het zorgstelsel spoort nog

onvoldoende aan tot goede kwaliteit zorg om een viertal redenen: de informatie over kwaliteit schiet tekort, bekostigingssystemen belonen zorgaanbieders niet voor goede uitkomsten, tegen de vorming van machtsposities wordt niet effectief opgetreden en de risicoverevening ontmoedigt investeringen door zorgverzekeraars in goede kwaliteit zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken.

Aanpak van deze knelpunten is om twee redenen urgent. Ten eerste is onder de sterk opgevoerde druk tot kostenbeheersing het risico toegenomen dat de kwaliteit van zorg in de knel komt. Hoewel in de gezondheidszorg een verbetering van de kwaliteit soms hand in hand gaat met lagere kosten – zoals het verminderen van overbodige of incorrecte diagnostiek en behandelingen – is dit lang niet altijd het geval en bestaat het gevaar dat kostenoverwegingen zo dominant worden dat de kwaliteit verschaalt. Ten tweede wordt de Zvw naar verwachting uitgebreid met zorg voor een groep uiterst kwetsbare gebruikers die voor verzekeraars voorts nog zeer verliesgevend zijn. Voor verzekeraars is het riskant en financieel onaantrekkelijk om voor deze gebruikers te investeren in betere kwaliteit van zorg.

#### LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer (2013) *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*. Den Haag.
- Delnoij, D. (2014) *De bezem erdoor: minder registratielast, meer transparantie*. Artikel op [www.skiplr.nl](http://www.skiplr.nl), 16 april.
- Eijkenaar, F. (2013) *Pay-for-performance for health care providers. Design, performance measurement, and (unintended) effects*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Keuzenkamp, H. (2012) De ziekenhuisbekostiging gefileerd. In: Schut, F.T. en M. Varkevisser (red.) *Een economisch gezonde gezondheidszorg*. Preadviezen 2012, Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde. Den Haag: Sdu, 201–216.
- Kleef, R.C. van, F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven (2014a) Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? *IBMG Rapport*, 2014(01).
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2014b) Risicoverevening 2014 voor somatische zorg – Analyse van uitkomsten op subgroepniveau? *IBMG Rapport*, 2014(02).
- NZa (2012) *Marktscan Medisch specialistische zorg 2012. Weergave van de markt 2006–2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2014) *Monitor en beleidsbrief Zorginkoop*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Olsthoorn, S. (2014) Zorgkosten dalen spectaculair door artsen te belonen voor gezondere patiënten. *Het Financieele Dagblad*, 5 februari.
- Ruwaard, S., R.C.M.H. Douven, J.N. Struijs en J.J. Polder (2014) Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen? Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPEDigitaal*, 8(2), 98–117.
- Schut, F.T., E.M.H. Loozen en M. Varkevisser (2014) Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies. *ESB*, 99(4682S), 56–62.
- SFK (2013) *Data en Feiten 2013. Het jaar 2012 in cijfers*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Song, Z., D.G. Safran, B.E. Landon *et al.* (2012) The 'Alternative Quality Contract' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality. *Health Affairs*, 31(8), 1885–1894.
- Tweede Kamer (2012) *Herziening zorgstelsel. Brief regering; Risicoverevening*. 29689(380), bijlage 157337.
- Visser, J., L. Boonen en P. Stam (2013) Effectiviteit van inkoopbeleid geneesmiddelen. *ESB*, 98(4659), 284–286.
- ZonMw (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.