



Centraal Planbureau

Betere zorg

Betaalbare zorg



CPB Policy Brief | 2015/12

Vijf aanknopings- punten voor doelmatigheid in de curatieve zorg

Rudy Douven
Robin Zoutenbier
Michiel Bijlsma

Samenvatting

De doelmatigheid binnen het huidige systeem van gereguleerde concurrentie in de zorg kan op diverse manieren worden verbeterd. Hier worden vijf aanknopingspunten geselecteerd, die een duidelijk marktfalen adresseren, haalbaar zijn binnen het huidige systeem en waar er nog een potentieel is voor meer doelmatigheid. De aanknopingspunten zijn:

1. Gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie in de zorg voor betere keuzes door verzekeraars en verzekerden. Hier ligt een regierol voor de overheid.
2. Minder (complexe) zorgpolissen op de verzekeringsmarkt voor betere keuzes door verzekerden.
3. Experimenteren met verschillende vormen van contractvrijheden tussen zorgaanbieders en verzekeraars voor een betere zorginkoop en coördinatie tussen zorgaanbieders.
4. Voorkomen van marktmacht bij ziekenhuizen voor een betere zorginkoop. Een strenge beoordeling van fusieverzoeken op de ziekenhuismarkt past daarbij.
5. Nieuwe beleidsinstrumenten voor de GGZ vanwege de bijzonder grote informatieproblemen.

Daarnaast kan de overheid beleid vaker evalueren en onderzoek doen naar doelmatigheid, bijvoorbeeld op basis van kwalitatief hoogwaardige microdata. De aanknopingspunten geven richting aan om de doelmatigheid in de zorg te vergroten. Deze aanknopingspunten dwingen geen doelmatigheid af. In ons stelsel van gereguleerde concurrentie zijn het immers de spelers in de zorg die verantwoordelijk zijn voor een grotere doelmatigheid in de zorg.

1 Inleiding

De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 was een belangrijke stap in de hervorming van de curatieve zorg. Een van de doelstellingen van de hervorming was het vergroten van de doelmatigheid en het stimuleren van de kwaliteit van de gezondheidszorg, via de introductie van gereguleerde concurrentie.¹ Doelmatige zorg is een belangrijk streven omdat we niet alleen goede gezondheidszorg van hoge kwaliteit willen, maar ook betaalbare gezondheidszorg ('zinnige en zuinige zorg').²

De Nederlandse curatieve zorg lijkt, in vergelijking met andere landen, relatief doelmatig. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg wordt in internationale vergelijkingen als hoog beoordeeld (zie bijvoorbeeld Davis et al. 2010, 2014, Journard et al. 2010 en Health Consumer Powerhouse 2015). De uitgaven aan curatieve gezondheidszorg zijn vergelijkbaar met andere OESO-landen (Mot 2013). Nederland kwam als relatief doelmatig naar voren in een recent onderzoek door de Europese Commissie (2015). Dat rapport, net als sommige andere studies (bijvoorbeeld Davis et al. 2014 en OESO 2014), laat echter ook zien dat het beter kan.

In het huidige systeem van gereguleerde concurrentie is het de taak van de spelers in de zorg, zoals de zorgverzekeraars en zorgaanbieders, om meer doelmatigheid te genereren. Een sprekend voorbeeld van doelmatigheidswinst zijn de grote besparingen bij de genees- en hulpmiddelen, waarbij inkopers zorgproducten goedkoper weten in te kopen. De overheid kan meer doelmatigheid stimuleren door optimale randvoorwaarden te stellen. Hierbij kan de overheid zich richten op een aantal vormen van marktfalen in de zorg, zoals informatieproblemen, marktmacht en beperkte rationaliteit.

De overheid heeft al veel beleidsmaatregelen met potentiële doelmatigheidswinsten getroffen (het 'laag hangend fruit'). Denk hierbij aan maatregelen die de financiële risico's van zorgverzekeraars bij de zorginkoop vergroten. Of de, weliswaar met vallen en opstaan, implementatie van nieuwe bekostigingsstructuren in ziekenhuizen. De lastige en meer controversiële maatregelen blijven nu over. De overheid kan door voortdurend stimuleren, monitoren en gerichte maatregelen de doelmatigheid wel verder verbeteren, maar grote winsten zijn op de korte termijn niet te verwachten. Het zijn immers de initiatieven van de spelers in de zorg die hier vooral bepalend zijn.

Dat neemt niet weg dat er voor de overheid nog wel mogelijkheden zijn om de doelmatigheid in de zorg te vergroten. In deze policy Brief worden vijf aanknopingspunten benoemd. Hierbij is alleen gekeken naar maatregelen die uitvoerbaar zijn binnen het huidige systeem, naar maatregelen die een van de marktfalens in de zorg tegengaan, en waar nog potentieel is voor meer doelmatigheid.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 763, nr. 3 (Memorie van toelichting).

² Zie ook eerdere CPB-studies naar kwaliteit en solidariteit in de zorg (Van Ewijk et al. 2013) en de houdbaarheid van het stelsel (Smid et al. 2014).

2 Doelmatigheid

De zorg is doelmatig als met de beschikbare (financiële) middelen een zo hoog mogelijk gezondheid voor de samenleving wordt behaald. Er zijn verschillende vormen van doelmatigheid: technische doelmatigheid, allocatieve doelmatigheid en dynamische doelmatigheid. Een voorbeeld van technische doelmatigheid is het voorkomen van dubbeldiagnostiek door een goede afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist.³ Een betere afstemming van zorg heeft geen effect op de gezondheidswinst, maar het bespaart wel. Technisch doelmatig betekent dat een behandeling niet tegen lagere kosten uitvoerbaar is (met minder middelen zoals personeel, apparatuur of verbruiksmiddelen) zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de behandeling.

Voorbeelden van allocatieve ondoelmatigheid zijn de zorg door een dure medisch specialist te laten behandelen terwijl de huisarts de behandeling had kunnen uitvoeren, of indien artsen te veel behandelingen uitvoeren.⁴ Omdat de (financiële) middelen in de zorg beperkt zijn, moeten er keuzes gemaakt worden hoe deze middelen te besteden. Is het bijvoorbeeld beter om meer te investeren in preventie of in de behandeling van hartfalen. Allocatieve doelmatigheid houdt in dat de beschikbare middelen daar ingezet moeten worden waar ze het meeste opleveren: worden de juiste patiënten behandeld, krijgt de patiënt de juiste behandeling en zijn de behandelingen daar uitgevoerd waar ze het meeste opleveren. Allocatieve doelmatigheid speelt ook bij de beslissing waar we als samenleving ons geld aan willen besteden. Gaat onze voorkeur uit naar nieuwe technologie in de zorg, meer onderwijs, betere infrastructuur of naar hogere inkomens. Het maken van deze allocatieve keuzes in de economie is bij uitstek een taak van de overheid. Wanneer bijvoorbeeld een nieuwe dure medische technologie op de markt komt, dan willen alle spelers in de zorg deze graag toelaten omdat het de kwaliteit van de zorg en de omzet verhoogt. Zij houden echter minder rekening met het effect op andere collectieve uitgaven.

Dynamische doelmatigheid betreft de ontwikkeling van doelmatigheid over tijd door innovatie. Een belangrijke vorm is productinnovatie waarbij betere behandeltechnieken of apparatuur op de markt komen, met als gevolg betere of goedkopere zorgverlening (Zweifel et al. 2009). Deze innovaties leiden tot hogere zorgkwaliteit, maar vaak ook tot hogere uitgaven en zijn een belangrijke oorzaak van de stijgende kosten in de zorg (Newhouse 1992, Cutler 2004). Omdat veel van deze innovaties uit het buitenland komen, kunnen Nederlandse beleidsmakers vooral de adoptie van nieuwe technieken beïnvloeden, door ze wel of niet in het basispakket op te nemen. Een voorbeeld van productinnovatie is protontherapie, een nieuwe en duurdere vorm van radiotherapie. Momenteel hebben vier (consortia van) ziekenhuizen een vergunning gekregen voor het uitvoeren van een dergelijke behandeling. Andere vormen van innovatie zijn organisatie-innovatie en procesinnovatie. Beide betreffen

³ Zie bijvoorbeeld het meldpunt verspilling van het ministerie van VWS waar consumenten en aanbieders ervaringen met verspilling in de zorg aangeven. Zie <https://verspillingindezorg.nl/onze-aanpak/verbeteren-tweedelijns-diagnostiek> (8 april 2015).

⁴ Empirisch onderzoek laat zien dat de mate waarin artsen behandelen, verschillen. Zo besluiten vrijgevestigde artsen vaker om een patiënt te behandelen dan artsen in loondienst (Douven et al. 2015b).

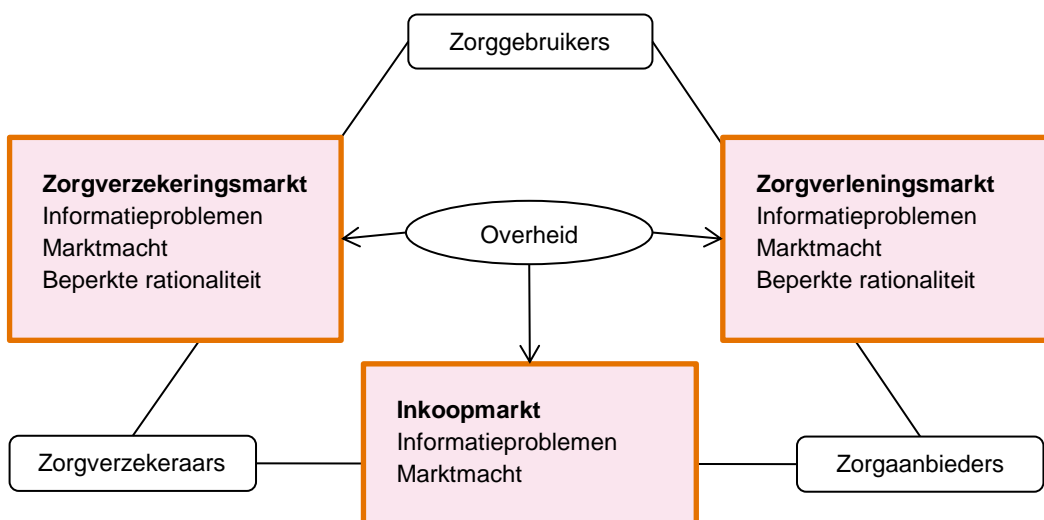
innovatieve vormen van communicatie, integratie en coördinatie tussen zorgaanbieders. De proeftuinen in de zorg zijn hiervan een voorbeeld.

Een voortdurende uitdaging in de zorg is om gegeven de beschikbare middelen de doelmatigheid steeds verder te verbeteren.

3 Marktfalen in de zorg

Het verbeteren van doelmatigheid in de zorg is lastig omdat marktfalen een belangrijke rol speelt (Arrow 1963). Figuur 1 geeft vormen van marktfalen weer per zorgmarkt. Informatieproblemen en marktmacht spelen overal. Beperkte rationaliteit van consumenten speelt vooral op de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt.

Figuur 1 Marktfalen in de zorgdriehoek



Door informatieproblemen is het voor de consument, maar ook voor zorgverzekeraars, moeilijk in te schatten wanneer een behandeling nodig is, of hoe effectief een behandeling is. De zorgaanbieder heeft, door specialistische kennis en direct contact met de patiënt, veel meer inzicht in de noodzaak en effectiviteit van een behandeling. De informatieproblemen die zo ontstaan, spelen een centrale rol in de gezondheidszorg.

Op de zorgverleningsmarkt leidt de ongelijke informatie over de noodzaak, effectiviteit en kwaliteit van een behandeling tot ondoelmatigheid doordat het prijsmechanisme niet optimaal werkt. Voor de consument is het moeilijk om de kwaliteit van een behandeling in te schatten en om de beste aanbieder te vinden. Doelmatige aanbieders kunnen zich moeilijk onderscheiden van ondoelmatige aanbieders, bijvoorbeeld omdat consumenten een hoge prijs zien als een signaal van hogere kwaliteit van de zorg.⁵ Daarnaast kunnen informatieproblemen ook leiden tot behandelingen waarvan de kosten niet opwegen tegen

⁵ Aanbieders kunnen dergelijke 'signalling problemen' oplossen als aanbieders met een hoge kwaliteit zorg een signaal geven dat voldoende kostbaar is, zodat aanbieders met een lage kwaliteit van zorg dat niet kunnen geven.

de baten (overbehandeling). Zo erkennen artsen dat ze in de laatste levensfase vaak langer behandelen dan nodig is en dat kosten van een behandeling geen rol spelen bij de keuze voor een behandeling.⁶

Op de zorginkoopmarkt vergroot de informatievoorsprong van aanbieders de onderhandelingsmacht tegenover verzekeraars. Het is daarom ook geen toeval dat veel doelmatigheidswinst in de Zvw is bereikt bij de inkoop van producten waarvan de kwaliteit van zorg meer transparant is, zoals (generieke) geneesmiddelen en veelgebruikte hulpmiddelen.

Op de zorgverzekeringmarkt leidt de informatievoorsprong van de verzekerde op de verzekeraar tot moreel risico. Verzekerden nemen de (totale) kosten van een behandeling niet langer mee in hun overweging voor zorggebruik. Daardoor gebruiken verzekerden meer of duurder zorg dan ze nodig hebben. Als het eigen risico is betaald, kost meer zorg immers niets extra. Dit maakt overbehandeling door de behandelaar gemakkelijker. Ook nemen de prikkels om te investeren in preventie af. Dat kost immers tijd, moeite of geld, terwijl bij ziekte de behandeling geen (of lagere) kosten met zich meedraagt. Niet-transparante kwaliteit zorgt er tot slot voor dat verzekeraars niet kunnen concurreren op kwaliteit. Bij de keuze voor een polis blijft onduidelijk wat de kwaliteit van de ingekochte zorg is.

Naast informatieproblemen speelt ook marktmacht een rol. Wanneer consumenten voldoende keuze hebben, worden aanbieders en zorgaanbieders meer geprikkeld tot doelmatiger werken. Bij voldoende keuze en transparantie kan de consument ondoelmatige aanbieders op de zorgverleningsmarkt, of ondoelmatige verzekeraars op de zorgverzekeringmarkt mijden, terwijl verzekeraars op de zorginkoopmarkt scherper kunnen onderhandelen met zorgaanbieders.

In de zorg is niet altijd voldoende keuze en hebben sommige partijen marktmacht, zoals bij hoog specialistische zorg (vooral beschikbaar bij een beperkt aantal universitair medische centra) of bij spoedeisende hulp (waarbij het nodig is om snel geholpen te worden). Zorgaanbieders kunnen ook op strategische wijze hun marktmacht vergroten. Door fusies neemt de keuzevrijheid af en krijgen bestaande spelers meer marktmacht. Ook toetredingsbarrières vergroten marktmacht. Wanneer een aanbieder marktmacht heeft, zijn er minder alternatieven voor verzekeraars om zorg in te kopen, of voor patiënten om andere aanbieders te bezoeken, waardoor de aanbieder gemakkelijker hogere prijzen kan vragen of lagere kwaliteit kan leveren. Beperkt aanbod vermindert ook de allocatieve doelmatigheid: patiënten vinden moeilijker een polis of behandeling die aansluit bij hun voorkeuren.

Zowel op de zorgverleningsmarkt als op de zorgverzekeringmarkt is de concentratie toegenomen sinds de invoering van gereguleerde concurrentie. Op de zorgverzekeringmarkt hebben de vier grootste aanbieders een marktaandeel van ruim 90% (NZA 2014a). Daarnaast concluderen Canoy en Mikkers (2012) dat een groot deel van de ziekenhuizen zo'n groot marktaandeel heeft dat er sprake is van marktmacht. Kemp et al.

⁶ Medisch Contact (2012). <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/115863/Artsen-Wij-behandelen-te-lang-door.htm> (15 april 2015).

(2012) onderzochten het effect van fusies op de prijs van heupoperaties. Zij laten zien dat fusies vaak leiden tot hogere prijzen.

Een derde vorm van marktfalen is dat mensen geen rationele keuzes maken: keuzes die hun welzijn ('nut') vergroten. Inzichten uit de gedragseconomie stellen dat mensen niet altijd even goed zijn in het maximaliseren van hun nut en dat deze afwijkingen van rationeel gedrag deels volgens voorspelbare patronen verlopen. Consumenten onderschatten risico's, veranderen een keuze niet als er een beter alternatief is (status-quo bias), houden te weinig rekening met de toekomst (present bias) of zijn overgevoelig voor de hoeveelheid keuzemogelijkheden (keuzestress).

Beperkte rationaliteit leidt tot ondoelmatigheid wanneer patiënten of verzekerden niet in staat zijn keuzes te maken in hun eigen belang (zie Halpern et al. 2013 en Bhargava et al. 2015 voor voorbeelden). Als verzekerden bij hun huidige verzekeraar blijven ondanks dat er betere opties zijn, of als patiënten simpelweg naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan omdat ze niet in staat zijn de beste te kiezen, leidt dit tot meer marktmacht voor aanbieders en verzekeraars. Het gebrek aan voldoende kwaliteitsinformatie versterkt dit probleem. Daarnaast kan beperkte rationaliteit leiden tot te weinig investeringen in preventie omdat mensen de baten van toekomstige gezondheidswinst onderwaarden ten opzichte van de kosten in het heden (zie Van der Horst en De Jong 2013).

Informatieproblemen, marktmacht en beperkte rationaliteit dragen bij aan de ondoelmatigheid in de zorg. In de praktijk is het onmogelijk om deze vormen van marktfalen volledig te verhelpen, wel kan de overheid met gericht beleid proberen om marktfalen af te zwakken.

4 Rol van de overheid

Met de stelselwijziging in 2006 is ervoor gekozen om gereguleerde concurrentie een centrale rol te geven in de curatieve zorg. Hierdoor ligt een belangrijke taak in het verbeteren van doelmatigheid bij de spelers op de markt. De rol van de overheid is om de juiste randvoorwaarden te creëren waarbinnen de spelers in de zorg opereren.

Tabel 1 toont de verschillende marktfalens in de zorg en de bijbehorende randvoorwaarden voor doelmatigheid.⁷ Wanneer in voldoende mate aan alle randvoorwaarden is voldaan, hebben de spelers in de zorg zoveel mogelijk prikkels en de mogelijkheden voor het bereiken van doelmatigheid.

⁷ Het bijbehorende achtergronddocument (CPB 2015) geeft een uitgebreide bespreking van alle randvoorwaarden toegepast op het Nederlandse stelsel. Zie ook Enthoven (1978, 1988a en 1988b), ZonMW (2009), Van de Ven en Schut (2012) en Van Kleef et al. (2014) voor een beschrijving van randvoorwaarden voor doelmatigheid.

Tabel 1 Randvoorwaarden voor doelmatigheid

Marktfalen	Randvoorwaarden
Informatieproblemen	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Prikkel tegen onder/overbehandeling Prikkel tegen overconsumptie Preventie van zorgvraag Voorkomen risicoselectie
Marktmacht	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Voldoende keuzevrijheid patiënt/verzekerde Beperkte schaalgrootte Betwistbare aanbodmarkt/verzekeringsmarkt Balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders
Beperkte rationaliteit	Patiënt/verzekerde moet in staat zijn keuzes te maken

De randvoorwaarden bij informatieproblemen richten zich vooral op het verhelpen van de asymmetrie in informatie, of op het voorkomen van de gevolgen van informatieproblemen. Bijvoorbeeld door informatie meer transparant te maken, of door overconsumptie en overbehandeling onaantrekkelijk te maken. De randvoorwaarden bij marktmacht zijn vooral gericht op het garanderen van keuzevrijheid voor consumenten en verzekerden en balans in marktmacht bij de zorginkoop. Bij beperkte rationaliteit is de randvoorwaarde vooral gericht op het transparant maken en vereenvoudigen van keuzes.

Het is niet eenvoudig voor de overheid om te bepalen welke randvoorwaarden de meeste aandacht verdienen, of aan welke randvoorwaarden al het meest is voldaan in het huidige zorgstelsel. In de praktijk spelen veel vormen van marktfalen door elkaar heen waardoor het vaak lastig is om na te gaan wat nu de oorzaak is van de geobserveerde ondoelmatigheid. Veel gebruikte onderzoeksinstrumenten zijn bijvoorbeeld het bestuderen van praktijkvariatie tussen regio's, benchmarking van spelers in de zorg en evaluatie van beleid. Wanneer het probleem is geïdentificeerd, kan de overheid zoeken naar geschikte instrumenten (zie het achtergronddocument, CPB 2015, en *Zorgkeuzes in Kaart 2015* voor een overzicht van verschillende instrumenten).

De overheid zal hierbij zorgvuldig moeten optreden, immers ook de overheid kan falen. De overheid kan een verkeerde probleemanalyse maken of het verkeerde beleidsinstrument inzetten, met als gevolg een nog grotere ondoelmatigheid. Bijvoorbeeld bij het toelaten van nieuwe technologie, zoals protontherapie, is er vooraf onzekerheid of de investeringen opwegen tegen de baten. Achteraf kan bijvoorbeeld blijken dat de effectiviteit van de nieuwe dure technologie minder veelbelovend is dan aanvankelijk werd gedacht. Ook de keuze van het juiste beleidsinstrument is niet eenvoudig. Een beleidsinstrument kan immers ook weer nieuwe vormen van marktfalen introduceren. Bijvoorbeeld, het toelaten van verticale integratie in de zorg kan weliswaar leiden tot een betere coördinatie en afstemming van zorg, maar kan ook de marktmacht van spelers in de zorg vergroten. Ook zijn er transactiekosten bij het invoeren van nieuw beleid, die hoger kunnen uitvallen dan de baten. In het rapport '*Zorgkeuzes in Kaart*' wordt bij het berekenen van nieuwe beleidsvoorstellen daarom ook expliciet rekening gehouden met deze kosten. Een laatste vorm van overheidsfalen ontstaat wanneer overheidsinstanties het algemeen belang uit het oog

verliezen en gericht raken op het behartigen van de belangen van de sector waarvoor ze verantwoordelijk zijn of waarop ze toezicht houden (regulatory capture).

Bovenstaande vormen van markt- en overheidsfalen zorgen ervoor dat het in de praktijk niet eenvoudig is om meer doelmatigheid te realiseren. Sommige studies beloven bijvoorbeeld miljardenbesparingen als de zorg doelmatiger gaat werken. Zo stellen Booz&Co (2012) dat het belonen van kwaliteit leidt tot een besparing van 4 tot 8 miljard euro op de zorguitgaven. De Europese Commissie (2015) stelt zelfs dat een besparing van 50% op de uitgaven mogelijk is op de lange termijn. De grote vraag bij deze claims is echter of de ondoelmatigheden werkelijk zo groot zijn en welk beleid ingezet moet worden om die verbeteringen in doelmatigheid ook werkelijk te realiseren.

Het empirisch aantonen dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars of consumenten ondoelmatig opereren, is al een bijzonder ingewikkelde eerste barrière, die weinig van deze studies op overtuigende wijze nemen. Ook geven maar weinig studies een gedetailleerde beschrijving van de beleidsmaatregelen die nodig zijn om deze doelmatigheidswinsten ook daadwerkelijk te bereiken. Het bereiken van miljarden doelmatigheidswinst met een paar eenvoudige maatregelen is daarom onwaarschijnlijk. Het rapport *'Zorgkeuzes in Kaart'* brengt de gevolgen voor het overheidsbudget van meer dan honderd maatregelen in kaart en benoemt de potentiële neveneffecten op kwaliteit. Evenals de aanknopingspunten in dit rapport laten deze maatregelen zien dat het niet eenvoudig is om maatregelen te bedenken die op korte termijn tot grote besparingen leiden. Verbetering van de doelmatigheid kan worden bereikt via kleinere beleidsmaatregelen, die gericht zijn op het verbeteren van de randvoorwaarden voor een doelmatige zorg.

5 Aanknopingspunten voor beleid

De overheid kan door voortdurend stimuleren, monitoren en gerichte maatregelen de doelmatigheid in de zorg proberen verder te verbeteren. Maar grote doelmatigheidswinsten zijn op korte termijn niet te garanderen. De mate waarin de spelers in de zorg zelf initiatief tonen, is veel bepalender voor het bereiken van doelmatigheid. De overheid kan wel doelmatigheid proberen te stimuleren door de randvoorwaarden te verbeteren via de volgende vijf aanknopingspunten.

1. Gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie over zorg voor betere keuzes.
2. Minder (complexe) zorgpolissen op de verzekeringsmarkt om te komen tot betere keuzes door verzekerden.
3. Experimenteren met verschillende vormen van contractvrijheden tussen zorgaanbieders en verzekeraars voor betere zorginkoop en coördinatie tussen zorgaanbieders.
4. Fusieverzoeken op de ziekenhuismarkt strenger beoordelen.
5. Nieuwe beleidsinstrumenten voor de GGZ vanwege de bijzonder grote informatieproblemen.

De aanknopingspunten voldoen aan drie voorwaarden: ze zijn uitvoerbaar binnen het huidige systeem van gereguleerde concurrentie, pakken een duidelijk marktfalen aan, en zijn legitiem. Aanknopingspunten 1 en 5 zijn gericht op informatieproblemen, aanknopingspunt 2 op beperkte rationaliteit en aanknopingspunten 3 en 4 op marktmacht. Alle maatregelen hebben een verwacht positief effect op doelmatigheid. Deze vijf zijn belangrijk, maar er zijn ongetwijfeld meer maatregelen te bedenken die ook aan de bovenstaande criteria voldoen.

1: Gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie over zorg voor betere keuzes.

*[...[we] onderzochten de overlap tussen verschillende kwaliteitsratings [in de VS] en de mate waarin de scores van ziekenhuizen overlappen tussen ratings. Geen enkel ziekenhuis scoorde goed in alle vier de nationale kwaliteitsratings. Slechts tien procent van de ziekenhuizen die goed scoorde in de ene rating, scoorde ook goed in de andere ratings...]*⁸

Goede kwaliteitsinformatie draagt bij aan meer doelmatige zorg. Kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg helpt omdat het de informatievoorsprong van de arts op de patiënt en verzekeraar verkleint (Bijlsma en Pomp 2008). Dit stelt de patiënt in staat om een betere keuze voor een aanbieder te maken en biedt de verzekeraar de mogelijkheid om zorg in te kopen op prijs en kwaliteit. Dit biedt de aanbieders ook de mogelijkheid om zich te onderscheiden op kwaliteit. Zolang de kwaliteit van zorg slecht is te observeren, zijn er weinig prikkels voor betere kwaliteit en selecteren verzekeraars de aanbieders vooral op prijs (Gaynor en Town 2012).

De zoektocht naar geschikte kwaliteitsinformatie is al geruime tijd gaande. Er is de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar geschikte kwaliteitsindicatoren, maar het bereikte resultaat is vooralsnog mager. Er is een wildgroei aan indicatoren ontstaan. Alleen al in de curatieve zorg zijn er vele honderden verschillende kwaliteitsindicatoren (Algemene Rekenkamer 2013). Ze zijn ook nog weinig bruikbaar voor zorgverzekeraars bij de zorginkoop (Ruwaard et al. 2014).

Toch is het belangrijk dat er in de toekomst een set van gestandaardiseerde indicatoren komt, waaraan de spelers in de zorg zich moeten committeren.⁹ Indicatoren die uitkomsten meten op behandelniveau, hebben hierbij de voorkeur. Het is de vraag of aanbieders of verzekeraars deze informatie zelf moeten ontwikkelen. Het risico bestaat dat iedere groep aanbieders of verzekeraars zijn eigen indicatoren gaat ontwikkelen en dat informatie in private handen blijft en niet beschikbaar komt voor derden, wat leidt tot verdere wildgroei en minder vergelijkbaarheid. Om dit werkelijk van de grond te laten komen, kan de overheid (bijvoorbeeld via Zorginstituut Nederland) de regie nemen. Zo kan de overheid de (door het veld) aangeleverde gestandaardiseerde indicatorensets vastleggen, bewaken en, waar nodig, zelf indicatoren vaststellen wanneer het veld niet tot consensus komt. Daarnaast kan de overheid het aanleveren van indicatoren verplichten en de verspreiding van informatie coördineren. Het verbeteren van kwaliteitsinformatie in de zorg is de grote uitdaging voor de

⁸ Vertaald uit Austin et al. (2015: p.423).

⁹ De private verzekeringsmarkt in Massachusetts (VS) werkt met een template van 66 gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren en op de publieke verzekeringsmarkt Medicare maakt de overheid gebruik van een template van 33 gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren (Eijkenaar en Schut 2015).

toekomst en een belangrijke voorwaarde voor doelmatigheidsverbeteringen op andere vlakken, zoals het tegengaan van overbehandeling en introduceren van uitkomstbekostiging.

2: Minder (complexe) zorgpolissen op de verzekeringsmarkt om te komen tot betere keuzes door verzekerden.

*[...als het aantal keuzemogelijkheden toeneemt, neemt de effectiviteit van de keuze van consumenten af en de mark-up [winsten] van zorgverzekeraars toe...]*¹⁰

De vele en vaak complexe polissen op de zorgverzekeringsmarkt maken het zoeken naar de juiste polis tijdrovend en kostbaar, terwijl de kans op verkeerde keuzes toeneemt. Deze hoge transactiekosten zorgen ervoor dat verzekerden minder snel over stappen, omdat de baten van een overstap (een verzekering die beter bij de voorkeuren past) lager zijn dan de kosten van het vinden van de juiste polis. Dit heeft directe gevolgen voor de doelmatigheid. Verzekeraars hoeven dan minder hard hun best te doen om de verzekerde te behouden en kunnen hogere premies vragen.

Het probleem van beperkte rationaliteit speelt zowel bij de basisverzekering als bij de aanvullende verzekering. Bij ongewijzigd beleid is de verwachting dat het aantal polissen voor de basisverzekering verder stijgt. Zo is het aantal basispolissen gestegen van 56 in 2006 naar 70 in 2014 (terwijl het aantal verzekeraars juist afnam, NZA 2014a). De polissen worden ook steeds complexer. Consumenten moeten bijvoorbeeld lijsten bestuderen van geselecteerde zorgaanbieders, terwijl het vaak handiger is om te weten welke aanbieders niet zijn geselecteerd. Daarnaast moeten ze de eigen betalingen voor het niet-geselecteerde aanbod kunnen inschatten, terwijl onduidelijk is welke eigen betalingen verzekeraars werkelijk mogen vragen. Dit keuzeprobleem speelt bij aanvullende verzekering, door de grote diversiteit aan polissen, waarschijnlijk een nog grotere rol.

Op de verzekeringsmarkt speelt een afweging tussen voldoende keuzevrijheid en begrijpbare keuzes voor verzekerden. Het is belangrijk om de verzekerden een begrijpelijke keuze voor te leggen, zodat zij een weloverwogen keuze voor een verzekeraar maken. Dit prikkelt de verzekeraar om polissen aan te bieden met een scherpe premie en goede kwaliteit. Praktisch betekent dit dat de overheid naar een instrument kan zoeken om het aantal polissen te beperken en het vergelijken van polissen eenvoudiger te maken. Centraal gestuurde keuzeplatforms voor consumenten kunnen hierbij bijvoorbeeld als uitgangspunt dienen.¹¹ Op deze manier is meer invloed uit te oefenen op de wijze waarom het keuzeprobleem wordt gepresenteerd en de informatie die daarbij verstrekt wordt. Bij het ontwerpen van een keuzeplatform zouden de informatiebehoefte en de keuzevaardigheid van de verzekerde centraal moeten staan.

¹⁰ Vertaald uit Frank en Lamiraud (2009: p 559), Zie ook studies door Abaluck en Gruber (2011), Handel (2013) en Ho et al. (2015).

¹¹ De individuele verzekeringsmarkt in de VS maakt gebruik van centraal gestuurde keuzeplatforms. Hier mogen verzekeraars een beperkt aantal (uniforme) polissen aanbieden, wat verzekerden de kans biedt 'appels' met 'appels' te vergelijken. Zie bijvoorbeeld het keuzeplatform 'de Health Connector' in Massachusetts: <https://www.mahealthconnector.org/> (13 april 2015).

3: Experimenteren met verschillende vormen van contractvrijheden tussen zorgaanbieders en verzekeraars voor betere zorginkoop en betere coördinatie tussen zorgaanbieders.

*[...het sturen van verzekerden naar goedkopere ziekenhuizen leidt ertoe dat sommige ziekenhuizen hun prijzen verlagen...]*¹²

Met het invoeren van gereguleerde concurrentie hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol gekregen in de zorg. Verzekeraars worden geacht om als vertegenwoordigers van hun verzekerden op te treden door toegang tot goede zorg te regelen en deze betaalbaar te houden. Verzekeraars moeten daarbij contracten afspreken met zorgaanbieders. Maar hoe zien optimale contractvormen er uit, en welke contractvrijheden moet de overheid toelaten en welke niet?

De contractvrijheden die de overheid toestaat, spelen een grote rol bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders. Hierbij is voorzichtigheid geboden. Als het ziekenhuis teveel verkoopmacht heeft, leidt dit mogelijk tot hogere prijzen en lagere kwaliteit. Verzekeringspremies nemen dan toe en consumenten krijgen minder waar voor hun geld. Te veel contractvrijheden kunnen leiden tot te veel inkoopmacht bij verzekeraars waardoor de prijzen die aanbieders ontvangen voor hun diensten, te laag kunnen uitvallen. Dit dwingt doelmatige zorgaanbieders mogelijk tot besparingen op moeilijk meetbare kwaliteit. De taak van de overheid is om de contractvrijheden zo te bepalen, dat er een goede balans ontstaat tussen de inkoop- en verkoopmacht van zorgverzekeraars en de verschillende zorgaanbieders. Bijkomend probleem is de grote heterogeniteit tussen zorgaanbieders. Een individuele aanbieder, zoals een fysiotherapeut of huisarts, heeft bijvoorbeeld veel minder verkoopmacht dan een ziekenhuis in een regio met een lage concentratiegraad. Een mogelijk gevolg van veel marktmacht bij de verzekeraar is dat de individuele aanbieder moet besparen op kwaliteit wanneer hij te weinig vergoeding ontvangt voor het leveren van zorg.

Het is bij het opstellen van contractvoorwaarden belangrijk dat verzekeraars de aanbieders kunnen beoordelen op kwaliteit en de patiënten kunnen sturen naar doelmatige aanbieders. Ook kunnen betere afstemming en coördinatie tussen aanbieders bijdragen aan meer doelmatigheid. Wereldwijd is een aantal interessante en veelbelovende experimenten gestart om een betere coördinatie en substitutie van zorg te bewerkstelligen. Voorbeelden zijn de Proeftuinen en ParkinsonNet in Nederland, Gesundes Kinsigtal in Duitsland en Alternative Quality Contracts (AQC) en Accountable Care Organizations (ACO) in de Verenigde Staten, Spanje en Singapore (zie Eijkenaar en Schut 2015, McClellan et al. 2014). Het doel bij deze experimenten is dat zorguitkomsten transparanter worden, kwaliteit en preventie expliciet onderdeel van het contract zijn en dat de financiering meer op populatieniveau plaatsvindt en minder op volume. Het experimenteren met contractvrijheden kan dit stimuleren en het evalueren van deze experimenten biedt op de langere termijn perspectief op meer doelmatigheidswinst.

¹² Vertaald uit Lechner et al. (2013: p.1).

4: Fusieverzoeken op de ziekenhuismarkt strenger beoordelen.

*[...toename van concurrentie op de ziekenhuismarkt is een belangrijke drijfveer voor ziekenhuizen om te fuseren. Bij de beslissing om te fuseren speelt het verkrijgen van meer marktmacht een grotere rol dan het creëren van kostenbesparingen...]*¹³

Ziekenhuisfusies kunnen zowel een positief als een negatief effect hebben op de prijs en kwaliteit van zorg en kunnen zo leiden tot meer of minder doelmatigheid. Fusies kunnen via schaalvoordelen leiden tot meer doelmatigheid. Bijvoorbeeld als grotere ziekenhuizen processen doelmatiger inrichten, goedkoper inkopen, of als leereffecten en ervaring in grote mate de kwaliteit van een behandeling bepalen. Fusies kunnen, via verminderde concurrentie, ook leiden tot marktmacht en minder doelmatigheid. Meer marktmacht kan leiden tot hogere prijzen (en dus hogere verzekeringspremies). Ten slotte resulteert een fusie in extra reiskosten voor de patiënt als ziekenhuizen sluiten of zich specialiseren op bepaalde aandoeningen.

De empirische internationale literatuur laat zien dat fusies vooral leiden tot hogere prijzen en nauwelijks tot meer kostenbesparingen (Gaynor et al. 2012 en Propper en Leckie 2011). Zelfs als er doelmatigheidsvoordelen optreden bij fusies, blijven de baten van de kostenreducties hangen bij de ziekenhuizen en worden ze niet doorgegeven aan verzekeraars en verzekerden. Onderzoek door Kemp et al. (2012) naar prijseffecten bij zes ziekenhuisfusies in Nederland laat zien dat dit ook in Nederland het geval is. Zij vinden dat de meeste prijzen voor heupoperaties stegen na een fusie. Harrison (2007) stelt bovendien dat de primaire reden voor veel fusies is dat ziekenhuizen juist hun marktmacht willen vergroten. De meeste fusies zijn dus niet zozeer gericht zijn op het leveren van meer doelmatige zorg.

De tendens tot verdere concentratie op de ziekenhuismarkt kan de prijzen voor ziekenhuiszorg op termijn opdrijven. Voor de toezichthouder, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), is het in de praktijk uitermate lastig om tegen voorgenomen fusies op te treden. Tot op heden zijn alle fusies in Nederland door de ACM goedgekeurd (Kleef et al. 2014). Naast het ontwikkelen van een instrumentarium waarbij fusies minder vaak worden goedgekeurd, is ook het standaard evalueren van fusies op prijs en doelmatigheidseffecten nodig om een beter inzicht te krijgen in effecten van fusies..

¹³ Vertaald uit Harrison (2007: p.457).

5: Nieuwe beleidsinstrumenten voor de GGZ vanwege de bijzonder grote informatieproblemen.

*[...in de geestelijke gezondheidszorg is de onzekerheid over de uitkomst en de variatie in behandelingen groter dan bij andere vormen van medische zorg...]*¹⁴

In 2008 zijn onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld naar het systeem van gereguleerde concurrentie onder de Zorgverzekeringswet.¹⁵ Deze overheveling was risicovol. Frank en McGuire (2000) stellen dat marktfalen een groter probleem is bij de GGZ dan bij andere vormen van zorg. Dit komt doordat in de GGZ veel meer onzekerheid bestaat over de diagnose en de wijze van behandelen. Het is voor aanbieders uitermate lastig om aan te tonen welke behandeling of hoeveel behandeling nodig is. Dit wordt nog eens bemoeilijkt door het feit dat voor veel behandelingen onduidelijk is of ze wel effectief zijn. Bij andere vormen van zorg is vaak eenvoudiger vast te stellen dat behandeling nodig is en welke behandeling nodig is. Deze onzekerheid resulteert ook in een grotere informatievoorsprong van de behandelaar op de patiënt en verzekeraar, wat de kans op overbehandeling doet toenemen.

De prominente aanwezigheid van marktfalen in de GGZ heeft gevolgen voor de productstructuur en de risicoverevening. Het verleden heeft al meerdere malen laten zien dat zorgaanbieders in de GGZ anders reageren op prikkels dan van te voren was gedacht. In 2012 werd de vergoeding voor aanpassingsstoornissen geschrapt uit de basisverzekering. Het aantal behandelingen voor aanpassingsstoornissen liep toen drastisch terug, maar mogelijk werden deze behandelingen simpelweg anders gecodeerd (zie ook Algemene Rekenkamer 2015). Ook na de invoering van prestatiebekostiging in de GGZ in 2008 bleken veel aanbieders hun behandelwijze niet alleen af te stemmen op de gezondheid van de patiënt, maar ook op de wijze waarop ze werden betaald (Douven et al. 2015a). Ook de risicoverevening in de GGZ is allesbehalve eenvoudig. Het is moeilijk om verklarende indicatoren te vinden die de vraag naar GGZ voorspellen.¹⁶ Door een zwakke risicoverevening neemt de kans op marktfalen (zoals risicoselectie) toe en blijven de doelmatigheidswinsten uit.

De GGZ verdient speciale aandacht in de huidige Zvw. Een voortdurende evaluatie van de GGZ en onderzoek naar nieuwe beleidsinstrumenten, zoals de vergoedingsstructuur en de risicoverevening, zijn nodig om op termijn tot meer doelmatigheid te komen. Een les uit de invoering van de Zvw is dat de ontwikkeling van de risicoverevening samen moet gaan met de ontwikkeling van een productstructuur. Door deze twee financieringsmechanismen optimaal op elkaar af te stemmen, blijft er voldoende ruimte voor verzekeraars en zorgaanbieders over om nieuwe inkoopmodellen uit te proberen. Een meer fundamentele beleidsvraag is of de GGZ wel thuishoort in de Zvw. De mate waarin het lukt om in de GGZ de effectiviteit, kwaliteit en noodzakelijkheid van behandelingen inzichtelijk te maken, is hierbij doorslaggevend.

¹⁴ Vertaald uit Frank en McGuire (2000: p.894).

¹⁵ De totale uitgaven aan curatieve GGZ in de Zvw liggen rond de 4 miljard euro (NZA 2014b).

¹⁶ Historisch gebruik van GGZ is een goede voorspeller van toekomstig gebruik, maar dit beperkt de prikkels tot doelmatigheid voor de verzekeraar.

De vijf aanknopingspunten geven richting aan om de doelmatigheid in de zorg te vergroten. Deze aanknopingspunten dwingen geen doelmatigheid af. In ons stelsel van gereguleerde concurrentie zijn het immers de spelers in de zorg die verantwoordelijk zijn voor een grotere doelmatigheid in de zorg.

6 Literatuurlijst

Abaluck, Jason en Jonathan Gruber, 2011, Heterogeneity in Choice Inconsistencies Among the Elderly: Evidence from Prescription Drug Plan Choice, *American Economic Review*, vol. 101(3): 377-381.

Algemene Rekenkamer, 2013, Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.

Algemene Rekenkamer, 2015, Basispakket zorgverzekering: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3.

Arrow, Kenneth J., 1963, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, vol. 53(5): 941-73.

Austin, J. Matthew, Ashish K. Jha, Patrick S. Romano, Sara J. Singer, Timothy J. Vogus, Robert M. Wachter en Peter J. Pronovost, 2015, National Hospital Ratings Systems Share Few Common Scores And May Generate Confusion Instead Of Clarity, *Health Affairs*, vol. 34(4): 423-430.

Bhargava, Saurabh, George Loewenstein en Justin Sydnor, 2015, Do Individuals Make Sensible Health Insurance Decisions?, Evidence from a Menu With Dominated Options, NBER Working Paper 21160.

Bijlsma, Michiel en Marc Pomp, 2008, Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg, CPB Document 164.

Booz&Co, 2012, Kwaliteit als medicijn: Aanpak voor betere zorg en lagere kosten.

Canoy, Marcel en Misja Mikkers, 2012, Zorginkoop: de lakmoesproef voor het nieuwe stelsel. In Erik Schut en Marco Varkevisser (Eds.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu uitgevers.

CPB, 2015, Achtergronddocument doelmatigheid in de curatieve zorg, CPB Achtergronddocument.

Cutler, David M., 2004, *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*, New York: Oxford University Press.

Davis, Karen, Cathy Schoen en Kristof Stremikis, 2010, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally - 2010 Update*, The Commonwealth Fund.

Davis, Karen, Kristof Stremikis, David Squires en Cathy Schoen, 2014, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally - 2014 Update*, The Commonwealth Fund.

Douven, Rudy, Minke Remmerswaal en Ilaria Mosca, 2015a, Unintended Effects of Reimbursement Schedules in Mental Health Care, *Journal of Health Economics*, vol. 42: 139-150.

Douven, Rudy, Remco Mocking en Ilaria Mosca, 2015b, The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments, *International Journal of Health Economics and Management*, forthcoming.

Eijkenaar, Frank en Erik Schut, 2015, *Uitkomstbepoosting in de zorg: een (on)begaanbare weg?*, iBMG Rotterdam.

Enthoven, Alain C., 1978, Consumer-Choice Health Plan: A National-health-insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector, *New England Journal of Medicine*, vol. 298(13): 709-20.

Enthoven, Alain C., 1988a, Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Financing. In *Professor F. de Vries Lectures in Economics*, Amsterdam: North-Holland.

Enthoven, Alain C., 1988b, Managed Competition of Alternative Delivery Systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 13(2): 305-21.

Health Consumer Powerhouse, 2015, *Euro Health Consumer Index 2014 Report*.

Europese Commissie, 2015, *Efficiency Estimates of Health Care Systems in the EU*.

Ewijk van, Casper, Albert van der Horst en Paul Besseling (2013), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Frank, Richard G. en Thomas G. McGuire, 2000, Economics and Mental Health, in A.J. Culyer en J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*, North Holland: Elsevier.

Frank Richard G. en Karin Lamiraud, 2009, Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance, *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 71: 550-562.

Gaynor, Martin en Robert J. Town, 2012, *Competition in Health Care Markets*, CMPO Working Paper No. 12/282.

Gaynor, Martin, Mauro Laudicella en Carrol Propper, 2012, Can Governments do it Better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS, CMPO Working Paper No. 12/281.

Halpern, Scott D. et al., 2013, Default Options in Advance Directives Influence How Patients Set Goals for End-of-life Care, *Health Affairs*, vol. 32(2): 408-17.

Handel, Benjamin R, 2013, Adverse Selection and Inertia in Health Insurance Markets: When Nudging Hurts, *American Economic Review*, vol. 103(7): 2643-2682.

Harrison, Teresa D., 2007, Consolidations and Closures: An Empirical Analysis of Exits from the Hospital Industry, *Health Economics*, vol. 16: 457-74.

Ho, Kate, Joe Hogan, en Fiona Scott Morton, 2015, The Impact of Consumer Inattention on Insurer Pricing in the Medicare Part D Program, Mimeo, Columbia University.

Horst van der, Albert en Jasper de Jong, 2013, Leefstijl en preventie, In Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling (Eds.), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Journard, Isabelle, Christophe André en Chantal Nicq, 2010, Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Working Paper 769.

Kemp, Ron, Nikki Kersten en Astrid M. Severijnen, 2012, Price Effects of Dutch Hospital Mergers: An Ex-post Assessment of Hip Surgery, *De Economist*, vol. 160(3): 237-255.

Kleef, van Richard, Erik Schut en Wynand van de Ven, 2014, Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening Acht jaar na Invoering Zorgverzekeringswet: Succes verzekerd?, iBMG Rotterdam.

Lechner, Amanda E., Rebecca Gourevitch en Paul B. Ginsburg, 2013, The Potential of Reference Pricing to Generate Health Care Savings: Lessons from a California Pioneer, HSC Research Brief No. 30.

McLellan, Mark, James Kent, Stephen J. Beatles, Samuel I.A. Cohen, Michael Macdonnell, Andrea Thoumi, Mariam Abdulmalik en Ara Darzi, 2014, Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies, *Health Affairs*, vol. 9: 1507-1515.

Mot, Esther, 2013, Het zorgstelsel in internationaal perspectief, In Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling (Eds.), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Newhouse, Joseph P., 1992, Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6(3): 3-21.

NZA, 2014a, Marktscan en beleidsbrief zorgverzekering 2014.

NZA, 2014b, Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg 2014.

OECD, 2014, Health at a Glance, OECD indicators.

Propper, Carol en George Leckie, 2011, Increasing Competition between Providers in Health Care Markets: The Economic Evidence, In S. Glied en P. Smith (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford: Oxford University Press: 779-790.

Ruwaard, Suzanne, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder, 2014, Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen, *TPEdigitaal*, vol. 8(2): 98-117.

Smid, Bert, Harry ter Rele, Stefan Boeters, Nick Draper, André Nibbelink en Bram Wouterse, 2014, *Zorg om vergrijzing*, Centraal Planbureau.

Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart, 2015, *Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*.

Ven van de, Wynand en Erik Schut, 2012, Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda, in Erik Schut en Marco Varkevisser (Eds.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu uitgevers.

ZonMw, 2009, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag.

Zweifel Peter, Friedrich Breyer, Mathias Kifmann, 2009, *Health Economics*, Oxford University Press.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

Juni 2015 | ISBN 978-90-5833-697-2