

Opereren binnen zorguitgavenkaders

Door het wettelijk recht op zorg kan vooraf geen volledige zekerheid worden geboden dat zorguitgaven onder alle omstandigheden binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg blijven. Wel zijn aanvullende maatregelen mogelijk om marktpartijen maximaal te prikkelen binnenskaders te blijven. Hierdoor worden de uitgaven voor medisch-specialistische zorg aanzienlijk beter beheersbaar dan nu het geval is.

BARBARA BAARSMAN
Directeur van SEO Economisch Onderzoek

FLIP DE KAM
Honorair hoogleraar
aan de Rijksuniversiteit
Groningen

**ROBIN
LINSCHOTEN**
Directeur eigenaar van
Vemako Consultancy

**WEIJER VERLOREN
VAN THEMAAT**
Advocaat bij Houthoff
Buruma

**MARCO
VARKEVISSE**
Universitair hoofddocent
aan de Erasmus Univer-
siteit Rotterdam

Allen lid van de
Commissie Macro-
beheersinstrument

In 2006 werd een nieuw zorgverzekeringsstelsel van kracht. De grondgedachte achter het nieuwe stelsel is dat meer (gereguleerde) marktwerking de zorg doelmatiger maakt. De stelselherziening krijgt stapsgewijs vorm. Zo is bij medisch-specialistische zorg met ingang van 1 januari 2012 prestatiebekostiging ingevoerd. Ziekenhuizen ontvangen niet langer een vast budget per jaar, maar onderhandelen net als de zelfstandige behandelcentra (zbc's) met de zorgverzekeraars over prijs en hoeveelheid van te verlenen zorg. Tegelijk is het aantal producten van medisch-specialistische zorg, waar verzekeraars en zorgverleners met elkaar over onderhandelen, teruggebracht van 30.000 naar 4400.

Gereguleerde marktwerking biedt geen garantie dat de zorguitgaven onder een bepaald plafond blijven. Omdat de zorguitgaven voor negentig procent collectief worden gefinancierd, wenst de overheid de kosten van de zorg op macroniveau te blijven beheersen via het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ bestrijkt zorguitgaven voor zover die worden gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet. Het BKZ vormt de bovengrens van de uitgaven. De minister van VWS heeft aangegeven dat invoering van prestatiebekostiging binnen het raamwerk van het BKZ moet passen (Tweede Kamer, 2011). Dit levert spanningen op. Zo is het maar de vraag of de uit-

komst van vrije afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners binnen het bij gelegenheid van de kabinetsformatie voor vier jaar vastgestelde budgettaire kader blijft. De bij een formatie betrokken politici wensen talrijke prioriteiten te honoreren. Dus zijn zij allicht geneigd de toekomstige stijging van de zorguitgaven aan de krappe kant te ramen. De kans op overschrijdingen van het BKZ neemt daarmee toe. Verder wringt het rechtstreeks begrenzen van de collectieve zorguitgaven met het bestaande stelsel, waarbij verzekeren recht hebben op een wettelijk omschreven pakket zorg. Desondanks heeft de minister met vertegenwoordigers van de aanbieders van medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars vorig jaar het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten. Daarin is vastgelegd dat de hoeveelheid door deze aanbieders verleende zorg jaarlijks met niet meer dan 2,5 procent toeneemt.

Daarnaast is in 2012 via de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) een generiek macrobeheersinstrument (mbi) geïntroduceerd, dat bij overschrijdingen van het BKZ kan worden ingezet. Met het mbi kan de Nederlandse Zorgautoriteit overschrijdingen van het vooraf binnen het BKZ vastgestelde omzetplafond terughalen door ziekenhuizen en zbc's te korten naar rato van hun marktaandeel.

PROBLEEM

Over de dreigende inzet van het mbi is veel te doen. Van diverse kanten is opgemerkt dat de gekozen vormgeving perverse prikkels meebrengt, omdat goed gedrag wordt bestraft (CPB, 2011; Canoy *et al.*, 2011; Groot en Maassen van den Brink, 2010; Schut *et al.*, 2010; 2011). Beperkt een individueel ziekenhuis zijn extra productie in 2012 tot 2,5 procent, dan wordt het immers toch gekort wanneer de totale ziekenhuisproductie dit jaar met bijvoorbeeld vier procent groeit. De 'goeden' moeten in dat geval dus lijden met de 'kwaden'. Een ziekenhuis dat de productie fors uitbreidt, zal ook na de generieke korting nog altijd omzetgroei realiseren. Onder de aannemelijke veronderstelling dat een hogere productie voor instellingen tot meer winst leidt, ervaart elk ziekenhuis dus

een prikkel om de productie vooraf zo veel mogelijk op te voeren. Die uitkomst staat haaks op wat beleidsmakers willen. Een alternatief is daarom wenselijk.

OPLOSSINGSRICHTING START BIJ UITGAVENRAMING

Om kortingen achteraf te voorkomen en de collectieve zorguitgaven toch op een passende manier te kunnen beheersen, zijn verschillende maatregelen nodig die neerslaan in een vierstappenplan (Commissie Macrobeheersinstrument, 2012).

De eerste stap behelst het opstellen van een zo objectief mogelijke raming van de toekomstige zorguitgaven. Intern hanteert het Ministerie van VWS groeicijfers, die bij het opstellen van het BKZ recent slechts voor driekwart zijn gehonoreerd (Algemene Rekenkamer, 2012). Tegen deze achtergrond zijn zo geobjectiveerd mogelijke ramingen belangrijk. Deze ramingen moeten worden opgesteld door een onafhankelijke partij, zoals het Centraal Planbureau. Conform de bestaande begrotingssystematiek wordt het budgettaire kader aan het begin van de kabinetsperiode voor de gehele periode vastgesteld en daarna uitsluitend verhoogd in lijn met de prijsstijging van de nationale bestedingen. In het verleden bleken de CPB-ramingen te laag te zijn.

Voor overschrijdingen van het bij de kabinetsformatie vastgelegde kader voor de zorguitgaven moet de minister van VWS binnen het BKZ compensatie vinden. Objectivering van de raming van de te verwachten uitgaven is – ook afgezien van de politieke component – niet zonder problemen. Zorgverleners hebben namelijk aanzienlijke invloed op het aantal en de duur van de behandelingen. Veel zorg wordt verleend volgens door beroepsgenoten vastgestelde richtlijnen. Dit heeft tot gevolg dat wanneer de opvattingen verschuiven welke aandoeningen voor behandeling in aanmerking komen, de uitgaven onverwacht kunnen stijgen. Een voorbeeld is de steeds ruimere omschrijving van ‘gesteldheden’ die door de beroepsgroep worden gedefinieerd als psychiatrische ziektebeelden. Zorgverleners beschikken verder over discretionaire beleidsruimte wanneer en hoe lang zij behandeling in concrete gevallen noodzakelijk achten. Een effectief BKZ vergt dus niet alleen politieke discipline maar ook prudent handelen van zorgverleners.

VASTSTELLING BKZ

De tweede stap betreft de vaststelling van het BKZ. Bij de kabinetsformatie betrokken partijen kunnen besluiten het BKZ krappert te maken dan de raming van de toekomstige zorguitgaven aangeeft. In dat geval moet transparant zijn via welke maatregelen zij de zorguitgaven denken te kunnen verlagen, bijvoorbeeld door het verzekerde pakket te beperken en eigen betalingen van zorgverzekerden op te voeren. De verwachte opbrengst van de voorgestelde maatregelen moet, net zoals nu gebruikelijk is, worden getoetst door het CPB. Dit om te voorkomen dat het kabinet de opbrengst van bepaalde maatregelen te rooskleurig inboekt en vervolgens het macrobeheersinstrument nodig heeft om alsnog de ingeboekte opbrengst binnen te halen. Verder moet op een transparante manier worden aangegeven hoe het BKZ doorvertaald is naar de specifieke uitgavenkaders voor medisch-specialistische zorg en andere zorgvormen. Volgens de Algemene Rekenkamer (2012) is dat op dit moment nog niet het geval.

TOEDELING VERZEKERAARS

De derde stap betreft toedeling van het makro-kader aan zorgverzekeraars. Het voor medisch-specialistische zorg beschikbare makro-kader dient, zoals in feite nu ook al gebeurt, jaarlijks vooraf met behulp van het risicovereveningsmodel aan de verschillende zorgverzekeraars te worden toebedeeld. Dit systeem beoogt zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verzekerden met in verhouding hoge ziektekosten. Na de toedeling is bij elke verzekeraar in jaar t bekend hoeveel hij, gegeven de kenmerken van zijn verzekerdenbestand, kan besteden voor de inkoop van medisch-specialistische zorg in jaar $t+1$. Dit bedrag kan via de uiteindelijke vereveningsbijdrage nog wel wijzigen, wanneer een correctie nodig is omdat verzekerden elk jaar rondom de jaarwisseling naar een andere zorgverzekeraar mogen overstappen.

Als verzekeraars gezamenlijk niet binnen het gewenste jaarkader blijven, heeft de regering twee opties: ten eerste het verhogen van het BKZ of, ten tweede, het wettelijk vastleggen dat verzekeraars niet meer mogen contracteren dan de contracteer ruimte die aan hen op basis van het ex ante risicovereveningsmodel is toebedeeld (wettelijk vastgestelde contracteer ruimte). Hoewel deze laatste optie juridisch mogelijk is, dient deze pas te worden overwogen nadat blijkt dat de zorgverzekeringmarkt onvoldoende werkt. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van verzekeringnemers. Wat het basispakket betreft zijn de concurrentie-instrumenten daarbij de kwaliteit van de ingekochte zorg en een zo laag mogelijke premie. Om de premie laag te houden zullen zorgverzekeraars scherp moeten onderhandelen bij de inkoop van voldoende zorg. Vooralsnog dient te worden uitgegaan van voldoende disciplinerende werking van deze premieconcurrentie, te meer omdat verzekeraars steeds meer risicodragend zijn daar de kostencompensaties achteraf verder worden teruggeschoefd.

Tegelijk moet erkend worden dat het zorgverzekeraars vrij staat om meer medisch-specialistische zorg te contracteren dan binnen het BKZ is voorzien. Ook al ontvangen de verzekeraars hiervoor niet langer achteraf geld uit het Zorgverzekeringfonds, zij kunnen voor de financiering uit andere bronnen putten. Zo kunnen zij de nominale premie verhogen, positieve beleggingsresultaten inzetten, hun beheerskosten beperken, eenmalig bezittingen verkopen en interen op aanwezige reserves. Zorgverzekeraars zijn zich ervan bewust dat zij na een premieverhoging klanten kwijtraken. Dit beperkt hun armslag om extra zorg in te kopen. Dit gaat echter niet op als een verzekeraar aan zijn verzekerden kan aantonen dat de hogere premie leidt tot betere zorg en dat de eigen verzekerden in het ziekenhuis eerder aan de beurt zijn. De kans dat concurrentiedruk alleen niet voldoende zekerheid biedt dat verzekeraars binnen de aan hen toebedachte kaders blijven, is groter wanneer het macrobudget te krap is bemeaten en er wachtlijsten ontstaan. Het opleggen van een wettelijke contracteer ruimte is daarom een ‘stok achter de deur’ in het geval de zorgverzekeraars de hun toebedeelde rol als kritische inkoopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken.

AANGESCHERPT CONTRACTEERPROCES

De vierde en laatste stap betreft aanscherping van het contracteerproces van zorgverzekeraars. Om hen in staat te stellen de kosten te beheersen via de contracten die zij sluiten met ziekenhuizen en zbc's moet aan twee voorwaarden zijn voldaan:

ten eerste, voor zorg gedekt door de Zorgverzekeringswet worden contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste; en ten tweede, het sluiten van omzetcontracten wordt verplicht gesteld.

Gecontracteerde zorg en omzetcontracten

Aan de eerste voorwaarde kan worden voldaan door de zorgplicht van artikel 11 Zorgverzekeringswet (Zvw) te beperken tot naturazorg. In tegenstelling tot restitutiepolissen geldt voor naturapolissen dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders contracten moeten sluiten om hun wettelijke plicht tot het leveren van zorg waar te kunnen maken. Hiervoor is een wetswijziging nodig. Een alternatief is om op grond van artikel 12 Zvw medisch-specialistische zorg aan te wijzen als vorm van zorg die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de zorgaanbieder een zorgcontract is gesloten, bij wijze van overeenkomstenplicht. Beide opties hebben hun eigen voor- en nadelen (kader 1).

Om aan de tweede voorwaarde te voldoen, kan het sluiten van omzetcontracten op grond van artikel 45 Wmg verplicht worden gesteld. Een andere optie is om deze verplichting voor zorgverzekeraars op te nemen bij de andere algemene verplichtingen die zijn geregeld in paragraaf 4.2 Wmg. Een voorbeeld van een omzetcontract is een *lump-sum*-afpraak met doorleverplicht. Bij dit type contract heeft het ziekenhuis de zekerheid van een omzetgarantie, maar draagt het wel het opwaartse volumerisico.

Verzekerden kunnen nog steeds terecht bij ongecontracteerde aanbieders van medisch-specialistische zorg als ze zich hiervoor via een aanvullende polis verzekeren. Deze zorg valt buiten de Zorgverzekeringswet en is daarmee niet relevant voor het BKZ.

Door alleen gecontracteerde medisch-specialistische zorg onderdeel te maken van het basispakket van de Zorgverzekeringswet, wordt ook voorkomen dat het beroep op ongecontracteerde zorg in het buitenland leidt tot overschrij-

Acute medisch-specialistische zorg in het buitenland

KADER 2

Het is zinvol om 'restitutie' van door verzekerden gemaakte kosten voor medisch-specialistische zorg, waarop weliswaar aanspraak bestaat ingevolge de Zvw, maar die is geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders, uit te sluiten dan wel sterk te beperken. Voor acute, niet planbare medisch-specialistische zorg die wordt verleend in het buitenland, moet een uitzondering worden gemaakt. Het is immers ondoenlijk dat verzekeraars die de Zvw uitvoeren in een groot aantal landen vooraf contracten afsluiten met aanbieders van medisch-specialistische zorg. Denkbaar is bij de toewijzing van het budget voor medisch-specialistische zorg aan de in Nederland actieve verzekeraars een op ervaringsgegevens gebaseerd bedrag opzij te zetten voor de restitutie van door verzekerden in het buitenland gemaakte kosten voor acute zorg.

ding van het uitgavenkader. Op dit moment telt zorg die in het buitenland wordt verleend mee voor het BKZ, maar vervolgens blijven buitenlandse zorgverleners buiten schot bij eventuele ombuigingsmaatregelen. Bij het vierstappenplan moeten verzekeraars ruim voor het begin van het kalenderjaar contracten afsluiten, zowel met Nederlandse als met in aanmerking komende buitenlandse zorgverleners (kader 2).

Contracteerproces

Behalve de vereiste dat voor zorg die tot de basisverzekering behoort overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten zijn afgesloten, is het van belang om het contracteerproces fors naar voren te halen. Voor effectieve uitgavenbeheersing is goede en tijdige contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders essentieel. In de huidige situatie worden contractonderhandelingen pas gedurende het lopende kalenderjaar afgerond. Zorgverzekeraars zullen in jaar t duidelijk naar de buitenwereld moeten communiceren welke aanbieders van medisch-specialistische zorg zij voor jaar $t+1$ hebben gecontracteerd en welke objectieve criteria zij bij hun zorginkoopbeleid hebben gehanteerd. Tijdens het contracteerproces dienen de verschillende typen aanbieders op een gelijke en transparante manier in aanmerking te komen voor een contract.

Bijvoorbeeld uiterlijk half november van jaar t moet duidelijk zijn welke aanbieders op grond van welke criteria elke verzekeraar heeft gecontracteerd (kader 3), zodat verzekerden voldoende tijd hebben om eventueel naar een andere verzekeraar over te stappen. Dit is ook nodig om de nominale Zvw-premie goed te kunnen vaststellen en om tijdig gedifferentieerd of selectief zorg te kunnen inkopen. Dit vergt eenmalig een administratieve inhaalslag en een cultuuromslag in het contracteerproces. Dit proces betekent ook voor de overheid een omslag, aangezien vóór juni in jaar t de regelgeving rond moet zijn voor jaar $t+1$.

Verzekeraars rapporteren het resultaat van de contractonderhandelingen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en deze instantie beoordeelt of een verzekeraar via contracten voldoende afgedekt heeft dat hij niet meer besteedt dan de

Vergoeding van niet-gecontracteerde zorg

KADER 1

Gegeven het stelsel met gereguleerde concurrentie vormt contracteren van zorg het meest geëigende instrument om de uitgaven te beheersen. De effectiviteit van dit instrument kan worden vergroot door het basispakket te beperken tot naturapolissen. Restitutiepolissen komen dan in de aanvullende verzekering. Dit dwingt verzekeraars om zorg in natura te leveren, zodat zij contracten met zorgaanbieders moeten sluiten. Het nadeel uit het oogpunt van kostenbeheersing is dat verzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg uit angst voor reputatieschade mogelijk te hoog vaststellen en hun verzekerden daardoor niet effectief kunnen sturen.

Het alternatief is medisch-specialistische zorg aan te wijzen als vorm van zorg die slechts op basis van een zorgcontract mag worden verstrekt of vergoed. Dan bedraagt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg nul euro. Aan deze optie kleefde het bezwaar dat zorgverzekeraars zwakker staan bij onderhandelingen met zorgaanbieders, omdat polissen met selectief ingekochte zorg voor verzekerden in dat geval erg onaantrekkelijk kunnen zijn. Om te voorkomen dat deze varianten een inbreuk vormen op de regels voor vrij verkeer – buitenlandse zorgverzekeraars zijn dan immers ook verplicht met lokale zorgaanbieders te contracteren, met als mogelijk gevolg dat het vrije verkeer van diensten wordt beperkt – verdient het aanbeveling deze ter toetsing voor te leggen aan de Europese Commissie.

op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte. Dit kan gebeuren in het verlengde van de controle die de NZa nu al op de modelovereenkomsten doet.

Vervolgens kunnen verzekerden wisselen van zorgverzekeraar. Dit leidt tot mutaties in verzekerdenbestanden tussen verzekeraars. Dit lijkt gecompliceerder dan het is. Het inkoopbeleid ligt in de praktijk namelijk niet in handen van de 26 risicodragende zorgverzekeraars, maar op het niveau van vier concerns: Achmea, CZ, Menzis en VGZ. Daarnaast hebben de kleine verzekeraars hun inkoop gebundeld in Multizorg. Hierdoor zijn op dit moment vijf inkopers actief. Het aantal overstappende verzekerden en de noodzaak al gesloten contracten daarvoor aan te passen ligt op dit niveau een stuk lager dan de zes procent overstappers in 2012 (Vektis, 2012).

De onzekerheid over het aantal overstappers is onderdeel van het ondernemersrisico van een zorgverzekeraar. Verzekeraars zijn in staat dit risico bij de contractonderhandelingen met zorgaanbieders te betrekken. Zo kunnen zij binnen een contract met het ziekenhuis een clausule opnemen, waarbij een contract beperkt of uitgebreid kan worden op basis van winst of verlies van het aantal verzekerden. Wel kan de NZa dus alleen beoordelen of de contractering op orde is op basis van de populatie in jaar t en niet die van jaar $t+1$. Hierdoor bestaat een risico dat achteraf onvoorziene overschrijdingen plaatsvinden door mutaties in het aantal verzekerden per verzekeraar. Ervan uitgaande dat scherper inkopende verzekeraars een lagere premie kunnen offeren, waardoor zij hoogstwaarschijnlijk hun aantal verzekeringsnemers zien groeien, zal dit probleem in de praktijk waarschijnlijk een betrekkelijk beperkte omvang hebben.

VERDERE AANDACHTSPUNTEN

Gesprekken met vertegenwoordigers van zorgverleners en zorgverzekeraars maken duidelijk dat op dit moment nog van kracht zijnde overgangsregelingen op weg naar volledige prestatiebekostiging enkele flinke belemmeringen bevatten voor een effectieve uitgavenbeheersing. Bij de geschetste oplossingsrichting is het belangrijk deze belemmeringen zo snel als verantwoord is uit de weg te ruimen. Het gaat hierbij allereerst om de transitiebedragen die instellingen tijdelijk ontvangen om omzetverschillen door de komst van prestatiebekostiging te verrekenen. Daarnaast is het belangrijk verzekeraars zo snel als verantwoord is volledig risicodragend te maken, zodat overschrijdingen van de aan hen op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte geheel ten laste van hun exploitatieresultaat komen. Tot slot dient haast te worden gemaakt met de invoering van integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg, omdat onder het huidige beheersmodel omzetverschuivingen van medisch specialisten tussen ziekenhuizen moeilijk te realiseren zijn.

TOT SLOT

Het beschreven vierstappenplan leidt tot betere beheersing van de zorguitgaven, maar niet noodzakelijk ook tot grotere efficiëntie. Voor dat laatste is waarschijnlijk meer nodig, zoals het verbeteren van de werking van de zorginkoopmarkt. Daarnaast bestaat bij elke vorm van uitgavenbeheersing het risico dat wachtlijsten ontstaan of bestaande wachttijden langer worden. Dit geldt ook bij de naar voren gebrachte oplossingsrichting. Een financieel krap bemeeten BKZ zal onvermijdelijk

Inkoopbeleid zorgverzekeraars

KADER 3

Bij selectieve of gedifferentieerde contractering dient de verzekeraar aan verzekeringsnemers op basis van objectieve (kwaliteits)criteria aan te kunnen geven waarom bepaalde aanbieders wel en andere niet zijn gecontracteerd (selectieve inkoop) of waarom bij bepaalde aanbieders meer wordt gecontracteerd dan bij andere (gedifferentieerde inkoop). Ook in de richting van de zorgaanbieders dient het contracteerproces te verlopen op basis van transparante, vooraf gepubliceerde criteria, waarbij alle aanbieders die aan de gestelde criteria voldoen een gelijke kans hebben op contractering. Dit geldt in het bijzonder voor nieuwe toetreders zoals zbc's, omdat deze juist belangrijk zijn voor de beoogde concurrentie, dynamiek en vernieuwingsgerichtheid in het stelsel. Dit betekent overigens niet dat zorgverzekeraars verplicht zijn om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder om een overeenkomst te sluiten (omgekeerde contracteerplicht).

leiden tot groeiende wachtlijsten, zo lang zorgverzekeraars zorg inkopen binnen de aan hen op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte. De toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg – en daarmee de zorgplicht van zorgverzekeraars – kan dan in het gedrang komen.

Ook na doorvoering van de voorgestelde maatregelen blijft zorg een verzekerd recht, houdt de zorgverzekeraar zorgplicht en blijft dus altijd een risico bestaan op overschrijdingen van het uitgavenkader. Mocht zich – ook na inzet van een wettelijk vastgestelde contracteeruimte – onverhoopt een overschrijding van de budgettaire dekkaders voordoen, dan komt deze volledig voor rekening van de betrokken zorgverzekeraars: zij zullen hun nominale premie moeten verhogen of interen op hun reserves. Voor de overschrijding van het BKZ biedt dit echter geen oplossing, terwijl een premieverhoging de collectievelastendruk opdrijft. Om de zorguitgaven weer in overeenstemming te brengen met het budgettaire kader ligt het in dat geval daarom voor de hand om eerst kritisch te kijken naar de reikwijdte van het verzekerde pakket en de hoogte van eigen betalingen.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer (2012) *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Den Haag: Tweede Kamer.
- Canoy, M.F.M. et al. (2011) *Zorgkosten onder controle*. In: Kam, C.A. de, en J.H.M. Donders (red.) *Jaarboek Overheidsfinanciën 2011*. Den Haag: Sdu, 85–102.
- Commissie Macrobeheersinstrument (2012) *Advies Commissie Macrobeheersinstrument; Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimatum remedium*. Den Haag: Commissie Macrobeheersinstrument.
- CPB (2011) *Kostenbeheersing door een macrobudget?* In: *CPB Policy Brief*, 2011(06), Den Haag: Centraal Planbureau, 15.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2010) Het 'prisoner's dilemma' voor ziekenhuizen. Column in *Het Financieel Dagblad*, 23 februari.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011) *Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen*. ESB, 95(4610), 294–297.
- Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven en M. Varkevisser (2010) *Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen*. ESB, 95(4587), 374–376.
- Tweede Kamer (2011) *Zorg die loont*. 32620(6).
- Vektis (2012) *Verzekerden in beweging 2012*. *Zorgthermometer*, 17(april).