

Beheersing zorguitgaven via macrobeheersinstrument is riskant

Om de groei van de zorguitgaven te beheersen, vertrouwt het kabinet op het macrobeheersinstrument (mbi) als ultiem machtsmiddel. Dit instrument leidt in zijn huidige vorm echter tot een perverse prikkel bij aanbieders en is bovendien juridisch kwetsbaar. Anders dan gedacht, is een gedifferentieerde toepassing van het mbi geen goed alternatief. Een andere aanpak verdient de voorkeur.

STÉPHANIE VAN DER GEEST

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

JORIS RIJKEN

Advocaat bij AKD

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de EUR

MARCO VARKEVISSER

Hoogleraar aan de EUR

Dit artikel is gebaseerd op Van der Geest et al. (2017), uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS

Na een aantal magere jaren gaat het weer goed met de Nederlandse economie en zal de druk op de zorguitgaven ook weer toenemen. Een hoger nationaal inkomen biedt namelijk ruimte voor hogere zorguitgaven. Het nieuwe kabinet-Rutte III heeft aangekondigd aanzienlijk meer geld uit te trekken voor de gezondheidszorg dan het vorige kabinet (Regeerakkoord, 2017). Ten einde binnen de ruimere uitgavendoelstellingen te blijven, zijn er niettemin maatregelen nodig om de groei van de zorguitgaven te beperken.

Het kabinet wil 1,9 miljard euro bezuinigen door middel van het afsluiten van meerdere hoofdlijnenakkoorden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarin er wordt afgesproken dat de omzetontwikkeling beperkt wordt. Dergelijke akkoorden zijn sinds 2012 effectief gebleken om de groei van de zorguitgaven te beheersen, omdat er onder zorgaanbieders bereidheid was om vrijwillig mee te werken. Dit is echter geen vanzelfsprekendheid (Schut et al., 2017). De afgelopen maanden werd er door zorgaanbieders en zorgverzekeraars terughoudend gereageerd op de voorgenomen hoofdlijnenakkoorden (Kiers, 2018; ZN, 2018). Niettemin heeft minister Bruins van Medische Zorg en Sport eind april 2018 met de betrokken partijen in de medisch-specialistische zorg een ambitieus onderhandelaarsakkoord bereikt (VWS, 2018). Naast tal van inhoudelijke

afspraken gaan – als de achterbannen van de betrokken partijen met het akkoord instemmen – er ook strakke afspraken gelden over het beschikbare macrokader. Op landelijk niveau is er voor de medisch-specialistische zorg, exclusief de indexatie voor loon- en prijsbijstelling, een maximale volumegroei voorzien van 0,8 procent in 2019, 0,6 procent in 2020, 0,3 procent in 2021 en 0,0 procent in 2022.

Wanneer de afgesproken financiële kaders echter worden overschreden en partijen zelf onvoldoende maatregelen nemen om deze overschrijdingen te compenseren, dan vertrouwt het kabinet op het macrobeheersinstrument (mbi) om de zorguitgaven in het gareel te houden (Regeerakkoord, 2017; VWS, 2018). Het mbi – dat in 2012 is toegevoegd aan de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) – is daarmee weer uiterst actueel geworden. Met dit wettelijk instrument kan de overheid een overschrijding van het totale uitgavenbudget van een bepaalde zorgsector (zoals medisch-specialistische zorg of geestelijke gezondheidszorg) achteraf via een zogeheten macrobeheersheffing naar rato van de omzet bij zorgaanbieders terugvorderen. In dit artikel bespreken we de risico's van de inzet van het mbi in zijn huidige vorm, en beantwoorden we de vraag of een gedifferentieerde toepassing ervan een beter alternatief is.

RISICO'S VAN HET HUIDIGE MBI

In zijn huidige vorm kent het mbi twee risico's: het levert een perverse prikkel op en is juridisch kwetsbaar.

Perverse prikkel

Sinds de invoering van het mbi wordt het instrument als een 'ultimum remedium' beschouwd (Commissie-Baarsma, 2012). Het is een ultiem machtsmiddel, maar de inzet ervan kan lelijke gevolgen hebben. Het mbi wordt daarom ook wel de 'nucleaire optie' genoemd (Keyzer, 2017). Het opleggen van een generieke macrobeheersheffing – ongeacht de prestaties van de betreffende zorgaanbieders – betekent namelijk dat de heffing bij aanbieders met een doelmatige

zorgverlening en een scherpe prijsstelling harder aankomt dan bij aanbieders die met hun gedrag de overschrijding hebben veroorzaakt. Daardoor ontstaat er voor iedere individuele zorgaanbieder de perverse prikkel om juist de omzet te vergroten (Schut et al., 2011; ZN, 2018).

Juridisch kwetsbaar

De inzet van het mbi is ook juridisch kwetsbaar, omdat het op gespannen voet staat met het rechtszekerheidsbeginsel. Tot dusver is er voor deze kwetsbaarheid weinig aandacht geweest. Ten onrechte, want als de inzet van het mbi juridisch niet houdbaar blijkt, ontvalt de overheid een belangrijk instrument om de zorguitgaven te beheersen. Het rechtszekerheidsbeginsel houdt in dat een belastende overheidsmaatregel ‘voldoende voorzienbaar’ moet zijn. De voorzienbaarheid van een macrobeheersheffing is echter beperkt. Weliswaar is vooraf bekend voor welke sectoren een macrobudget van toepassing is, maar individuele aanbieders kunnen niet voorspellen óf hun een macrobeheersheffing zal worden opgelegd. En, zo ja, welke omvang die heffing dan zal hebben. Hiervoor zijn er drie redenen.

Ten eerste kennen individuele zorgaanbieders alleen hun eigen omzetontwikkeling en niet die van de andere aanbieders. Dit maakt het voor een aanbieder moeilijk om in te schatten of de optelsom van alle afzonderlijke omzetten een overschrijding van het macrobudget betekent en hoe groot deze mogelijke overschrijding zal zijn.

Ten tweede staat het tijdstip waarop een macrobeheersheffing zal worden opgelegd niet bij voorbaat vast. Gegevens over de zorguitgaven worden vaak pas jaren later definitief vastgesteld. Zo bleek pas in 2016 dat het macrobudget van de ziekenhuisuitgaven in 2013 met 29 miljoen was overschreden (VWS, 2016).

Ten derde resulteert een overschrijding van het macrobudget niet automatisch in een heffing voor aanbieders. Voor het daadwerkelijk opleggen van een macrobeheersheffing is er een apart besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nodig, maar die kan ook besluiten daarvan af te zien. Dit is bijvoorbeeld gebeurd in 2016, toen bleek dat het macrobudget van de ziekenhuisuitgaven in 2013 was overschreden. In plaats van het overschrijdingsbedrag terug te vorderen, besloot de minister dit te korten op het macrobudget van 2017 (VWS, 2016). Ook voor de jaren 2016 en 2017 is op basis van huidige inzichten in de medisch-specialistische zorg een overschrijding zichtbaar ten opzichte van de afgesproken kaders, maar in het nieuwe onderhandelaarsakkoord is afgesproken dat het mbi ook nu niet wordt ingezet (VWS, 2018). Kortom, in een sector waarvoor een macrobudget is bepaald, hebben de aanbieders te maken met een onzeker heffingsrisico.

Het feit dat het heffingsrisico voor zorgaanbieders onzeker is, betekent echter niet zonder meer dat toepassing van het mbi in strijd is met het rechtszekerheidsbeginsel. Een niet geheel voorzienbare heffing is niettemin toelaatbaar als het publieke belang dat met de heffing wordt nagestreefd voldoende zwaarwegend is. De Hoge Raad oordeelde bijvoorbeeld dat er bij de zogeheten crisisheffing – die in 2013 en 2014 vanwege de acuut noodlijdende overheidsfinanciën met deels terugwerkende kracht werd geheven over alle salarissen hoger dan 150.000 euro – geen

sprake was van schending van het rechtszekerheidsbeginsel, omdat er een specifieke en dwingende reden was om inbreuk te maken op de gerechtvaardigde verwachtingen van burgers (Hoge Raad, 2016).

Het is twijfelachtig of bij het toepassen van het mbi eenzelfde ‘specifieke en dwingende reden’ aanwezig is. De noodzaak om de groei van de zorguitgaven te beperken is een evident publiek belang, maar deze noodzaak verschilt niet fundamenteel van de budgettaire overwegingen waarmee de overheid andere financiële maatregelen rechtvaardigt. Anders dan de crisisheffing, die werd toegepast in een eenmalige noodsituatie, dient het mbi de voortdurende noodzaak om de groei van de publieke zorguitgaven te beheersen. Het terugvorderen van een overschrijding van het macrobudget via een macrobeheersheffing is dan ook niet gekoppeld aan een situatie waarin er sprake is van een existentiële bedreiging van het zorgstelsel.

Ten slotte komt hier nog bij dat de Wmg, die de juridische basis vormt van het mbi, een bekostigingswet is. Volgens inmiddels vaste rechtspraak mag regulering op grond van de Wmg er niet toe leiden dat zorgaanbieders zorg waar verzekerden recht op hebben niet kunnen verlenen. Anders gezegd, een macrobeheersheffing mag niet tot gevolg hebben dat een zorgaanbieder niet meer op een kosten-dekkende wijze zorg van voldoende kwaliteit kan verlenen.

GEDIFFERENTIEERDE TOEPASSING VAN HET MBI

Teneinde bij zorgaanbieders de perverse prikkel om de omzet te vergroten weg te nemen, is er eerder voorgesteld om het macrobeheersinstrument gedifferentieerd toe te gaan passen (Tweede Kamer, 2015). Bij een gedifferentieerde toepassing van het mbi zouden zorgaanbieders die aan bepaalde criteria voldoen door de overheid geheel of gedeeltelijk vrijgesteld moeten worden van de eventuele macrobeheersheffing. De vrijstellingscriteria kunnen bijvoorbeeld gaan over kwaliteit, doelmatigheid en volumeontwikkeling. Een individuele zorgaanbieder zou dan dus een macrobeheersheffing kunnen proberen te ontlopen door met verzekeraars gunstige contractuele afspraken over deze criteria te maken. Daarmee zou een gedifferentieerde toepassing van het mbi niet alleen de perverse prikkel van omzetvergroting wegnemen, maar ook de totstandkoming van gunstige zorgcontracten bevorderen.

Een mogelijke overschrijding van het macrobudget zou dan worden teruggevorderd bij de groep aanbieders die in belangrijke mate de overschrijding hebben veroorzaakt en om die reden niet zijn vrijgesteld van de macrobeheersheffing. Dit leidt tot een *hefboomeffect*: een heffingsvrijstelling voor bepaalde aanbieders leidt automatisch tot een hogere heffing voor niet-vrijgestelde aanbieders. Hoe groter de totale omzet van de vrijgestelde aanbieders, des te sterker werkt dit hefboomeffect. Om te voorkomen dat de macrobeheersheffing voor een individuele aanbieder exorbitant hoog en daarmee mogelijk onbetaalbaar wordt, zal het noodzakelijk zijn het hefboomeffect op enige manier te begrenzen. Bijvoorbeeld door de heffingsvrijstelling te beperken, zodat de groep aanbieders zonder vrijstelling niet het gehele overschrijdingsbedrag hoeven terug te betalen. Of door een maximum te stellen aan de totale omzet van de selecte groep zorgaanbieders die wordt vrijgesteld van de heffing.

Ook een gedifferentieerde toepassing van het mbi kent echter tekortkomingen (Van der Geest et al., 2017), zoals onlangs ook erkend door de minister van VWS (Tweede Kamer, 2017). We behandelen er hier vier.

Effectiviteit onzeker

Een gedifferentieerde toepassing van het mbi is effectief te noemen wanneer aanbieders in reactie op de dreiging van een macrobeheersheffing bereid zijn om in de contractonderhandelingen bepaalde toezeggingen te doen. Bijvoorbeeld omdat zij een beperking van de omzetontwikkeling of extra investeringen voor een betere kwaliteit toezeggen. Voor een individuele aanbieder betekent dit dat het ontlopen van het heffingsrisico moet opwegen tegen de inspanning die nodig is om te voldoen aan de gestelde criteria voor vrijstelling.

Naarmate de aanbieder het heffingsrisico hoger inschat en de aanbieder bovendien risicoavers is, zal zijn bereidheid tot het sluiten van gunstige zorgcontracten toenemen. Het heffingsrisico zal ten eerste hoger worden ingeschat wanneer de kans op een overschrijding groot is (bijvoorbeeld omdat het macrobudget krap is), en ten tweede wanneer het aannemelijk wordt geacht dat de minister het overschrijdingsbedrag ook zal terugvorderen via een macrobeheersheffing.

Het heffingsrisico hangt daarnaast ook af van de grootte van het hefboomeffect. Hoe groter het hefboomeffect (omdat bijvoorbeeld veel aanbieders een heffingsvrijstelling hebben), des te hoger de heffing voor de individuele zorgaanbieder zal zijn. Daarmee zal de prikkel voor een risicomijdende aanbieder sterker worden om gunstige zorgcontracten af te sluiten. Bij het noodzakelijke begrenzen van het hefboomeffect, om te voorkomen dat een heffing voor een individuele aanbieder onredelijk hoog wordt, zal hiermee rekening moeten worden gehouden.

Doordat het gedragseffect van een gedifferentieerde macrobeheersheffing sterk afhankelijk is van de bovengenoemde onzekere factoren, valt er nauwelijks te voorspellen hoe zorgaanbieder zullen reageren. De effectiviteit van een gedifferentieerde toepassing van het mbi is daarmee op zijn minst onzeker te noemen. En dan schuilt er nog een addertje onder het gras. Zorgaanbieder die een sterke onderhandelingspositie hebben ten opzichte van verzekeraars kunnen ervoor kiezen om het heffingsrisico voor lief te nemen omdat zij dit kunnen verdisconteren in hogere prijzen en/of extra volumegroei. De kans op een overschrijding van het vastgestelde macrobudget neemt dan alleen maar toe.

Niet passend bij de rolverdeling in het zorgstelsel

Of een gedifferentieerde toepassing van het mbi passend is bij de rolverdeling in het zorgstelsel hangt af van de vraag wie de criteria voor een heffingsvrijstelling bepaalt: de centrale overheid of individuele verzekeraars. Wanneer de overheid de vrijstellingscriteria vaststelt, dan zouden deze kunnen afwijken of zelfs conflicteren met de inkoopcriteria die individuele zorgverzekeraars hanteren. Dit zal vrijwel zeker tot onduidelijkheid bij de zorgaanbieder leiden en kan bovendien zorgverzekeraars belemmeren in hun zorginkoopproces. Het op centraal overheidsniveau vaststellen van de criteria voor een heffingsvrijstelling staat daarmee op gespannen voet met het huidige decentrale, vraaggerichte zorgstelsel.

Het alternatief om individuele verzekeraars de criteria voor de wettelijke vrijstelling te laten bepalen maakt de uitvoering van het systeem van heffingsvrijstellingen evenwel aanzienlijk complexer. Wanneer verzekeraars verschillende criteria hanteren, zouden zorgaanbieder met partiële vrijstellingen kunnen worden geconfronteerd. Voor de zorgaanbieder zijn de gevolgen van de contractuele afspraken hierdoor nog moeilijker in te schatten en neemt dus ook de rechtsonzekerheid toe.

Juridisch nog kwetsbaarder

Waar voor het mbi in zijn huidige vorm al geldt dat het juridisch kwetsbaar is, geldt dit in nog sterkere mate voor een gedifferentieerde toepassing ervan. Dit komt door het hefboomeffect. Zorgaanbieder die niet voldoen aan de criteria voor vrijstelling zullen, vergeleken met het huidige mbi, namelijk geconfronteerd worden met een grotere aantasting van hun eigendom. Dit komt omdat er per individuele zorgaanbieder nu een hoger bedrag wordt teruggevorderd, terwijl het publieke belang dat hier tegenover staat – te weten de opbrengst voor de publieke zorguitgaven – hetzelfde is. Omdat, bij het gedifferentieerd toepassen van het mbi, de opgelegde heffing bij een gelijke overschrijding hoger zal zijn dan bij toepassing van het mbi in zijn huidige vorm, zal de grens van wat nog juridisch aanvaardbaar is sneller zijn bereikt.

Praktische problemen

Bij een gedifferentieerde toepassing van het mbi zullen er criteria voor een wettelijke heffingsvrijstelling moeten worden vastgesteld. Ongeacht de partij die de criteria bepaalt, zullen deze kwaliteits- en doelmatigheidscriteria eenduidig, controleerbaar en niet-manipuleerbaar moeten zijn. Dit is verre van eenvoudig. De praktische haalbaarheid van een gedifferentieerde toepassing van het mbi is hierdoor, zeker op de korte termijn, als problematisch te bestempelen.

Daar komt bij dat het hefboomeffect op een dusdanige manier zal moeten worden begrensd dat exorbitante macrobeheersheffingen worden voorkomen, maar tegelijkertijd aanbieders wel voldoende worden geprikkeld om met verzekeraars gunstige zorgcontracten overeen te komen. Een goede begrenzing bepalen die bovendien juridisch houdbaar is, zal buitengewoon complex zijn en vermoedelijk in de praktijk niet echt haalbaar blijken.

Ten slotte zullen aan de uitvoering van een systeem van heffingsvrijstellingen hoge kosten zijn verbonden. Alle verzoeken voor een wettelijke heffingsvrijstelling zullen door de overheid in een vroegtijdig stadium moeten worden beoordeeld waarbij er rekening zal moeten worden gehouden met bezwaar- en beroepsprocedures. Voor zorgaanbieder zullen extra administratieve lasten ontstaan wanneer zij op basis van gedetailleerde informatie achteraf moeten verantwoorden of er aan de vrijstellingscriteria is voldaan. Deze informatie zal ook op volledigheid en juistheid moeten worden gecontroleerd. In het geval dat individuele verzekeraars de criteria voor een heffingsvrijstelling bepalen, zal de uitvoering nog meer gaan kosten. Iedere zorgaanbieder zal namelijk ook een specificatie van de gerealiseerde omzet per verzekeraar moeten aanleveren, zodat per aanbieder de precieze heffingsvrijstelling kan worden bere-

kend. Het ligt dan bovendien voor de hand dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze criteria onderdeel maakt van regelgeving over de transparantie van de zorginkoop en dit procedureel gaat toetsen.

Kortom, in de praktijk zal een gedifferentieerde toepassing van het mbi vanwege de zeer hoge uitvoeringskosten naar verwachting moeilijk haalbaar zijn, en zullen deze kosten bovendien niet opwegen tegen de baten.

CONCLUSIE

De algemene les is dat een door de overheid vastgesteld uitgavenkader voor een bepaalde sector in de kern botst met de gekozen rolverdeling in het Nederlandse zorgstelsel. Concurrerende verzekeraars moeten de kwaliteit en de kosten van de zorg bewaken door met zorgaanbieders contractuele afspraken te maken over de prijs, kwaliteit en volume. Dit mogen budgetafspraken zijn, zolang het recht op zorg niet in het geding komt. Maar deze besluitvorming over prijs en volume vindt plaats op decentraal niveau. Dit staat haaks op het centraal opleggen van een macrobudget voor alle zorgaanbieders. Niemand kan garanderen dat de optelsom van alle decentrale afspraken binnen het macrobudget blijft. Wanneer de overheid het macrobudget strikt wil handhaven, dan zal het dus achteraf moeten ingrijpen in de afspraken die verzekeraars en aanbieders hebben gemaakt. Dit kan de totstandkoming van contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over doelmatige zorg frustreren.

BELEIDSIMPLICATIES

Om de groei van de zorguitgaven in toom te kunnen houden zonder een macrobudget op te leggen, verdient dus een andere aanpak de voorkeur. Zoals deels ook is terug te vinden in het onderhandelaarsakkoord voor de medisch-specialistische zorg (VWS, 2018), is het cruciaal dat verzekeraars maximaal worden geprikkeld en gefaciliteerd om gunstige zorgcontracten met zorgaanbieders te sluiten. Dit kan in de eerste plaats door te blijven inzetten op meer kwaliteitstransparantie, via verbetering van registraties en standaardisatie van een beperkte set kwaliteitsindicatoren. Transparantie van de zorgkwaliteit is cruciaal voor het kunnen maken van gunstige contractuele afspraken. Bovendien versterkt het de prikkel voor verzekeraars om voor hun verzekerden kwalitatief goede zorg in te kopen.

In de tweede plaats is het verstandig verzekeraars meer mogelijkheden te geven om ondoelmatige zorgaanbieders niet te contracteren (Van de Ven, 2018) dan wel verzekerden financieel te prikkelen om te kiezen voor gecontracteerde voorkeursaanbieders (Van der Geest en Varkevisser, 2018).

Ook kan de overheid helpen door innovatieve bekostigingsmethoden te faciliteren, waarbij zorgverzekeraars en

multidisciplinaire groepen van zorgaanbieders de ruimte krijgen voor het maken van meerjarenafspraken over het leveren van integrale zorg aan afgebakende populaties, met op uitkomsten gebaseerde bekostigingsmethoden (Eijkenaar en Schut, 2015).

Ten slotte is het van essentieel belang dat de Autoriteit Consument & Markt en de NZa als toezichhouders in de zorg daadkrachtig optreden tegen de vorming van machtsposities en mogelijk misbruik van al bestaande machtsposities (Loozen et al., 2016). Gezonde machtsverhoudingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars zijn onmisbaar voor goede afspraken over zinnige en zuinige zorg.

LITERATUUR

- Commissie-Baarsma (2012) *Advies commissie macrobeheersinstrument: van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimatum remedium*. Rapport te vinden op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-172391.pdf>.
- Eijkenaar, F. en E. Schut (2015) Hoe uitkomstenbekostiging in de zorg kan slagen. *ESB*, 100(4710), 308–311.
- Geest, S. van der, en M. Varkevisser (2018) Sturing via eigen risico heeft beperkt effect. *ESB*, 103(4757), 22–23.
- Geest, S. van der, J. Rijken, E. Schut en M. Varkevisser (2017) *Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget*. Erasmus Universiteit / AKD. Eindrapport te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Hoge Raad (2016) ECLI:NL:HR:2016:121. Uitspraak te vinden op <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:HR:2016:121>.
- Keyzer, T. (2017) Voordat de bom valt: 5 vragen aan gezondheidseconoom Erik Schut over het macrobeheersinstrument. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(36), C3613.
- Kiers, B. (2018) 1,9 miljard euro besparen op ziekenhuizen is dromerij. Artikel te vinden op www.zorgvisie.nl, 12 januari.
- Loozen, E., E. Schut en M. Varkevisser (2016) Goede zorginkoop vergt effectief toezicht op marktmacht. *ESB*, 101(4737), 426–429.
- Regeerakkoord (2017) *Vertrouwen in de toekomst: regeerakkoord 2017–2021*, 10 oktober.
- Schut, E., M. Varkevisser en S. van der Geest (2017) Vertrouwen in de toekomst van de zorg? *TPEdigitaal*, 11(3), 21–25.
- Schut, E., M. Varkevisser en W. van de Ven (2011) Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen. *ESB*, 96(4610), 294–297.
- Tweede Kamer (2015) *Kwaliteit van zorg: brief van de minister van VWS*. Kamerstuk 31765–116.
- Tweede Kamer (2017) *Kwaliteit van zorg: brief van de minister van VWS*. Kamerstuk 31765–289.
- Ven, W.P.M.M. van de (2018) Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg. *TPEdigitaal*, 12(1), 28–38.
- VWS (2016) *Macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg 2013*. Brief aan de NZa te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- VWS (2018) *Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022*. Bijlage bij brief aan de Tweede Kamer te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- ZN (2018) *Schriftelijke inbreng ZN: rondetafelgesprek Zorgakkoorden*. 11 april. Zorgverzekeraars Nederland.

In het kort

- ▶ Inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) dreigt wanneer zorgakkoorden mislukken.
- ▶ Het instrument veroorzaakt een perverse prikkel en is juridisch kwetsbaar.
- ▶ Een gedifferentieerde toepassing van het mbi vormt geen alternatief.