

Een passende markt voor gepaste zorg

De marktordening in de zorg kent belangrijke tekortkomingen. De extra ruimte voor concurrentie draagt nog niet aantoonbaar bij aan een meer gepast gebruik van zorg. De huidige marktordening kan worden verbeterd door zorgaanbieders, verzekeraars en gebruikers meer te prikkelen tot gepast gebruik van zorg.

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

JAN BOONE

Hoogleraar aan
de Universiteit van
Tilburg

RUDY DOUVEN

Wetenschappelijk
medewerker bij
het CPB en aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

De stijgende zorgkosten vormen een hoofdpijndossier voor menig kabinet. Als een van de oorzaken voor de stijgende zorguitgaven wordt regelmatig gewezen op de toenemende ruimte voor marktwerking in de zorg, ofschoon zelden wordt omschreven wat daaronder precies wordt verstaan. Marktwerking zou leiden tot consumentisme bij de gebruikers van zorg en prikkels tot overbehandeling bij aanbieders van zorg, terwijl zorgverzekeraars daar onvoldoende tegenwicht tegen kunnen of willen bieden. Ten slotte zou marktwerking ook effectieve samenwerking in de weg staan en leiden tot onnodige transactiekosten. Kortom, marktwerking zou haaks staan op een gepast gebruik van zorg, ofwel zorg die voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doel-

matig is (Brouwer en Rutten, 2006). Wanneer onder marktwerking het model van 'gereguleerde concurrentie' wordt verstaan, waarbij concurrerende verzekeraars namens hun verzekerden zorg inkopen bij concurrerende zorgaanbieders, is het de vraag of de sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) geleidelijk toegenomen ruimte voor marktwerking inderdaad een belangrijke oorzaak is van de sterk toegenomen zorguitgaven en haaks staat op gepast gebruik van zorg. Ook is het de vraag of er een vormgeving van de markt denkbaar is waarbij gepaste zorg juist wordt bevorderd.

MARKTWERKING EN STIJGENDE ZORGKOSTEN

Allereerst kan men zich afvragen of de jaarlijkse stijging van de zorguitgaven een gevolg is van de toegenomen ruimte voor concurrentie. Daar zijn geen overtuigende aanwijzingen voor. De sterke stijging van de zorgkosten dateert namelijk al van 2001 – ruim voor de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 – toen het stringente beleid van aanbodbeheersing en budgettering werd verlaten in een poging om de opgelopen wachtlijsten in de zorg te reduceren (figuur 1). Met de invoering van het zogeheten 'boter-bij-de-vis-principe' werd toegestaan dat extra ziekenhuisproductie voortaan extra geld zou opleveren, in tegenstelling tot de voorafgaande periode waarin de budgetten van ziekenhuizen en medisch specialisten gebonden waren aan vooraf gemaakte productieafspraken. Als gevolg van deze maatregel namen de wachttijden voor de kli-

nische behandelingen van 2001 tot 2006 af met circa vijftig procent. Hoewel de maatregel in 2005 is ingetrokken en de budgettering gedeeltelijk in ere is hersteld, zijn de zorguitgaven ook in de daaropvolgende jaren geleidelijk verder gestegen, zij het in mindere mate. Vanaf 2005 is in de ziekenhuissector de budgettering geleidelijk vervangen door een bekostiging op basis van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's), die werden ingevoerd om contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars, en dus marktwerking, mogelijk te maken. Opvallend is dat na de invoering van de Zorgverzekeringswet de huisartsenkosten sterk toenamen. Ook deze stijging lijkt niet te worden veroorzaakt door toegenomen concurrentie tussen huisartsen, maar door de invoering van een gedeeltelijk verrichtingentarief voor voormalig ziekenfondsverzekerden en het afschaffen van eigen risico's voor huisartsenzorg voor voormalig particulier verzekerden (Van Dijk *et al.*, 2012). Vanaf 2008 namen de kosten van medisch specialistische zorg sterk toe. Ook deze toename lijkt primair te zijn veroorzaakt door een verandering in de bekostigingssystematiek waarbij het vaste specialistenbudget per ziekenhuis ('lumpsum') werd vervangen door een vast bedrag per DBC. Als gevolg hiervan leverde het behandelen van meer patiënten vrijgevestigde specialisten meer inkomsten op. Empirisch onderzoek laat zien dat bij een gegeven patiëntenpopulatie ziekenhuizen met meer specialisten ook meer produceren en dat dit effect groter is voor vrijgevestigde specialisten (Douven *et al.*, 2012).

De sterke toename van de zorguitgaven in de periode 2001–2011 lijkt voor een belangrijk deel een gevolg van veranderingen in de bekostigingssystematiek. Hoewel deze veranderingen soms samenhangen met de invoering van meer marktwerking, is deze relatie vaak niet eenduidig en zijn de nieuwe bekostigingsmethoden niet door de markt maar door de overheid ontwikkeld. Marktwerking wordt vaak ten onrechte vereenzelvigd met een productiegerelateerd bekostigingssysteem. Maar in het in Nederland ingevoerde model van gereuleerde concurrentie is het allerminst noodzakelijk dat verzekeraars zorgaanbieders per verrichting betalen.

Aan de andere kant is er vooralsnog weinig evidentie dat de introductie van marktwerking heeft geleid tot een afremming van de groei van de zorguitgaven, al heeft het inkoopbeleid door verzekeraars wel geleid tot een daling van prijzen van generieke medicijnen en ziekenhuisbehandelingen waarvoor vrije prijzen zijn ingevoerd (OECD, 2012).

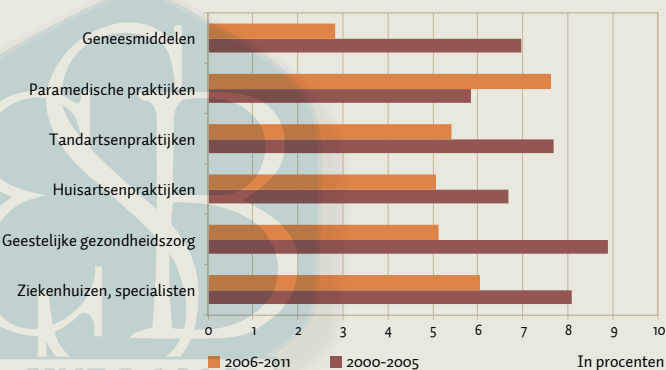
KOSTENSTIJGING EN GEPASTE ZORG

Een belangrijke vraag is ook of de sterke groei van de zorguitgaven heeft geleid tot minder gepast gebruik van zorg. Met andere woorden, zijn de extra zorgeuro's goed besteed? Dit lijkt voor ten minste een deel van extra uitgaven het geval. Tegenover de extra kosten lijken namelijk ook belangrijke baten te staan. Zo zijn de wachttijden in de zorg ook na 2006 geleidelijk verder afgenomen en liggen zij in 2011 voor alle klinische behandelingen op of onder de in 2000 vastgestelde aanvaardbare 'Treeknormen' (NZa, 2012; Schut en Varkevisser, 2012). Bovendien is de groei van de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen hoog geweest, wat rechtstreeks voortvloeit uit een forse vermindering van de gemiddelde verpleegduur (Blank *et al.*, 2011). Opvallend is verder dat sinds 2002 ook de levensverwachting na een decennium van vrijwel volledige stagnatie weer een sterk stijgende lijn vertoont. Hoewel een causaal verband met de verandering van de ziekenhuisbekostiging moeilijk aan te tonen is, geven Mackenbach *et al.* (2011) aan dat een dergelijk verband wel plausibel is. Twee derde van de toename in levensverwachting is namelijk toe te schrijven aan een afnemende mortaliteit onder ouderen, terwijl juist bij deze groep sprake is van een sterk toegenomen zorggebruik.

Niettemin zijn er ook aanwijzingen dat de vis te duur wordt betaald. Van de Vijssel *et al.* (2011) conclu-

Gemiddelde nominale uitgavengroei per sector, 2000–2011

FIGUUR 1



Bron: CBS Statline 2012

deren dat de sterkste groei van de ziekenhuisproductie sinds de invoering van het boter-bij-de-vis-principe voor een belangrijk deel plaatsvond bij behandelingen waarvoor geen lange wachtlijsten bestonden en waarvan de diagnose onduidelijk was. Op grond hiervan trekken zij de noodzaak van een deel van de sterk gestegen ziekenhuisuitgaven in twijfel. Boone en Douven (2012) wijzen er in dit verband op dat korte wachtlijsten kunnen duiden op overbehandeling.

TEKORTKOMINGEN HUIDIGE MARKTORDENING

Hoewel er vooralsnog geen aanwijzingen zijn dat marktwerking op zichzelf heeft geleid tot overbehandeling en overconsumptie, blijken de prikkels die de spelers ondervinden na het invoeren van meer ruimte voor marktwerking in de zorg nog onvoldoende te zijn om gepaste zorg te bevorderen en de stijging van de uitgaven te drukken. Waarom leidt de verruiming van marktwerking sinds 2006 niet tot een meer gepast gebruik van zorg? Met andere woorden, waarom kan marktwerking de overconsumptie niet terugdringen? Een deel van het antwoord op deze vraag heeft te maken met tekortkomingen in de huidige marktordening. Een ander deel met fundamentele problemen die inherent zijn aan de ordening van zorgmarkten in het algemeen.

Binnen de huidige marktordening zijn er een aantal knelpunten die een gepast gebruik van zorg in de weg staan. Een eerste tekortkoming is de historisch gegroeide fragmentatie van de eerstelijnszorg, zoals die van huisartsen, paramedici, verloskundigen, apotheken en eerstelijnspsychologen. De eerstelijnszorg wordt gedomineerd door kleinschalige, monodisciplinaire praktijken. Hierdoor ontbreken een geschikte infrastructuur en voldoende organisatiehierarchy voor een effectieve coördinatie van zorg. Dit klemt temeer omdat het aandeel patiënten met meerdere chronische aandoeningen voor wie een goede zorgcoördinatie van essentieel belang is, sterk toeneemt. De traditionele bekostigingsstructuur bevordert fragmentatie en frustrereert coördinatie. De sinds 2010 ingevoerde zogenaamde integrale bekostiging voor bepaalde chronische aandoeningen (diabetes, chronische long- en vaatziekten) heeft de organisatiegraad echter sterk bevorderd. Zo zijn in enkele jaren tijd circa 100 zorggroepen gevormd, waarbij inmiddels tachtig procent van alle huisartsen is aangesloten. Veel van deze zorggroepen hebben echter vooralsnog een zwakke organisatiestructuur en de nieuwe bekostigingssystematiek

kent belangrijke deficiënties (De Bakker *et al.*, 2012).

Een tweede belangrijke tekortkoming is de gescheiden bekostiging van eerste- en tweedelijnszorg (ziekenhuiszorg). Zowel organisatorisch als financieel zijn eerste- en tweedelijnszorg vrijwel volledig gescheiden. Huisartsen en medisch specialisten leven in gescheiden werelden en krijgen door de overheid een eigen budgettair dekkader toebedeeld, en ook bij zorgverzekeraars vindt inkoop van eerste- en tweedelijnszorg vaak nog gescheiden plaats. Substitutie van tweede- door eerstelijnszorg is hierdoor voor betrokkenen vaak niet lonend: bij eerstelijnszorg leidt dit tot overschrijding van het budgettair dekkader en vervolgens tot tariefkortingen; bij tweedelijnszorg (ziekenhuizen/specialisten) leidt dit tot minder inkomsten.

Een derde deficiëntie is de puur productiegerelateerde bekostiging van ziekenhuis- en medisch specialistische zorg. Hoewel het prestatiebekostiging heet, is de prestatie vooralsnog uitsluitend gedefinieerd in termen van de hoeveelheid geleverde zorg, maar niet in termen van uitkomsten van zorg. Thans geldt: hoe meer volume, hoe meer inkomsten, ongeacht of de patiënten er beter van worden. Overbodige ingrepen, dubbele diagnostiek, heropnames na medische fouten of infecties leveren doorgaans extra inkomsten op terwijl de resultaten voor de patiënt veelal negatief zijn.

Een volgend knelpunt is dat preventie in het huidige zorgstelsel onvoldoende loont. Het voorkómen van ziekte levert zorgaanbieders niets op en ook de burger heeft geen financieel voordeel van een gezonde leefstijl. De zorgverzekeraar heeft in principe wel baat bij preventie, al loopt hij het risico dat investeringen in preventie verloren gaan als verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar. Gelet op het beperkte aantal overstappers en het gegeven dat zij veelal niet tot de risicogroepen behoren waar preventie het meest loont, lijkt het risico voor verzekeraars dat investeringen in preventie weglekken echter beperkt.

Een vijfde tekortkoming heeft te maken met de vormgeving van de zorgverzekeringsmarkt. In principe zijn de grootste kwaliteitsverbeteringen en doelmatigheidswinsten te behalen door een beter georganiseerde en gecoördineerde zorg voor chronisch zieken. Men zou daarom verwachten dat concurrerende verzekeraars op zoek zijn naar aanbieders die goede en doelmatige zorg aanbieden voor deze doelgroep. Twee mechanismen houden dit echter tegen. Ten eerste zijn chronisch zieken ondanks de risicovereveningsbijdrage die verzekeraars voor hen ontvangen vaak

voorspelbaar verliesgevend voor verzekeraars omdat deze bijdrage tekortschiet. Hierdoor kunnen potentiële doelmatigheidswinsten teniet worden gedaan. Er is dus geen prikkel voor verzekeraars om extra chronisch zieken aan te trekken via de inkoop van goede zorg. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars dan uitsluitend geïnteresseerd zullen zijn in zo goedkoop mogelijke zorg, waardoor de zorg voor chronisch zieken niet optimaal is. We zien nu al dat zorgverzekeraars hun investeringen en marketinginspanningen vooral richten op het binnenhalen van jonge en gezonde verzekerden, via internetlabels en prijsvechterspolissen met minimale service (Van de Ven, 2012). Ten tweede, zelfs als de ex ante verevening goed op orde is, ligt het niet in de verwachting dat op korte termijn een concurrentiestrijd zal losbarsten om chronisch zieken aan te trekken. Hoewel verzekeraars een acceptatieplicht hebben voor het basispakket, zijn veel chronisch zieken huiverig om van verzekeraar te switchen. Hun angst is – al dan niet terecht – dat ze bij de nieuwe verzekeraar geweigerd worden voor de aanvullende polis. Chronisch zieken zitten in de praktijk dus min of meer vast aan hun huidige verzekeraar (Duijmelinck *et al.*, 2011, Roos en Schut, 2012).

Ten slotte vormen gebrekkige prikkels bij de consument om zuinig en zinnig met zorg om te gaan een tekortkoming van het huidige zorgstelsel. Bij de huidige vormgeving van het eigen risico ondervinden ouderen en chronisch zieken geen enkele prikkel tot gepast gebruik omdat zij zeker weten dat hun zorgkosten ongeacht hun zorggebruik altijd boven het bedrag van het eigen risico uitkomen (Van Kleef *et al.*, 2009). Bovendien is het eigen risico niet gerelateerd aan de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen (Van Kleef en Van de Ven, 2012). Ook is het niet van toepassing op huisartsenzorg, terwijl dit nu juist het type zorg is waar consumenten zelf het meest invloed op kunnen uitoefenen. Ten slotte is de hoogte van het eigen risico onafhankelijk van het inkomen, waardoor hoge-inkomensgroepen minder geprikkeld worden tot een kosten-baten-afweging dan lage-inkomensgroepen.

FUNDAMENTELE ORDENINGSPROBLEMEN

Een fundamenteel probleem bij de marktordening in de zorg is dat de consument niet goed kan inschatten wat de kwaliteit van een zorgaanbieder is. Hoewel er sinds enkele jaren wel meer informatie beschikbaar is over kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen is deze verre van perfect en wordt deze informatie maar be-

perkt geraadpleegd. Zorgverzekeraars hebben op grond van hun schadeadministratie veel informatie over verschillen in verwijs- en behandelpatronen, maar maken van die informatie nog maar weinig gebruik. Maar ook als de verzekeraar de beschikbare informatie effectief gebruikt, is de vraag hoe effectief hij zijn klanten kan motiveren om gebruik te maken van goede en doelmatige zorgaanbieders. Formeler uitgedrukt: is er een evenwicht in de zorgverzekeringsmarkt waarbij het uitsluiten van een aanbieder door een verzekeraar een signaal is dat de aanbieder onder de maat presteert? Als een verzekeraar een aanbieder uitsluit, interpreteert de consument dat dan als de uitsluiting van een aanbieder van hoge kwaliteit, omdat die ook een hoge prijs vraagt

Zorgverzekeraars hebben op grond van hun schadeadministratie veel informatie over verschillen in verwijs- en behandelpatronen, maar maken van die informatie nog maar weinig gebruik

aan de verzekeraar? Als dat laatste het geval is, zal selectief inkopen door verzekeraars niet goed van de grond kunnen komen in een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. Tot nu toe lijkt er in Nederland inderdaad een gebrek aan vertrouwen te zijn in de verzekeraar als inkoper van zorg (Boonen en Schut, 2009). Dit bemoeilijkt selectieve zorginkoop door verzekeraars en maakt hen huiverig om te investeren in goede zorginkoop. Een tweede fundamenteel probleem is dat consumenten bij het aanschaffen van een basispolis vaak niet weten welke behandelingen (onder welke omstandigheden) goed voor hen zijn. Als het voor de consument niet duidelijk is waarom bepaalde zorgverleners al dan niet gecontracteerd zijn, zullen zij geneigd zijn het zekere voor het onzekere te nemen en kiezen voor een verzekeraar die met zo veel mogelijk aanbieders contracteert. Selectief contracteren door een verzekeraar wordt dan niet beloond door de markt.

Beide fundamentele problemen kunnen worden aangepakt door het verbeteren van de publiek

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.

beschikbare informatie over de kwaliteit van de zorgaanbieders. Daardoor wordt het voor de consument eenvoudiger om het inkoopbeleid van verzekeraar te beoordelen en voor verzekeraars om het uitsluiten van een slechte aanbieder te motiveren. Dit kan selectief contracteren stimuleren.

NAAR EEN PASSENDE MARKTORDENING

Hoe kunnen de tekortkomingen van de huidige marktordening worden verbeterd om gepast gebruik te bevorderen en hoe kunnen de meer algemene fundamentele problemen worden aangepakt? De oplossingen liggen primair in het verbeteren van de prikkels voor gepast gebruik bij zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als potentiële zorggebruikers.

ADEQUATE PRIKKELS

Voor zorgaanbieders

De ervaringen van de afgelopen decennia maken duidelijk dat geld stuurt, ook in de zorg. De vormgeving van een bekostigingssystematiek welke gepaste zorg bevordert, blijkt echter uitermate lastig. In de praktijk wordt heen en weer gependeld tussen bekostigingssystemen die productie volledig ontmoedigen en leiden tot wachtlijsten en bekostigingssystemen die aanzetten tot overproductie. De ontwikkeling van betere bekostigingsmethoden die aanbieders belonen voor goed gecoördineerde en gepaste zorg, verdient dan ook prioriteit. Belangrijke ingrediënten van dergelijke bekostigingsmethoden zijn: zo veel mogelijk integraal (dus inclusief preventie, eerste- en tweedelijnszorg), gecorrigeerd voor risicoverschillen van de populatie (aansluitend bij het risicovereveningssysteem), zo veel mogelijk gebaseerd op betrouwbare uitkomstmaatstaven (*pay for performance*) en met alle betrokkenen gedeelde doelmatigheidswinsten (*shared savings*). Hiervoor zijn goede, op elkaar aangesloten informatiesystemen, goede uitkomstindicatoren en een goede infrastructuur cruciaal.

Een belangrijke vraag is of de overheid of de marktpartijen het voortouw moeten nemen bij de ontwikkeling van nieuwe bekostigingsmethoden. Tot op heden zijn de bekostigingsmethoden door de overheid ontwikkeld en de ervaringen hiermee zijn niet onverdeeld gunstig. Ook aan de in 2012 ingevoerde methoden om de zorguitgaven te beheersen via convenanten, een gezamenlijk macrobudget voor ziekenhuizen en specialistenbudgetten per ziekenhuis, kleven de nodige problemen (Baarsma *et al.*, 2012; Schut *et al.*, 2011).

Maar het is niet evident dat marktpartijen zelf in staat zijn om adequate bekostigingsmethoden tot stand te brengen. Een belangrijke taak voor de overheid lijkt in elk geval gelegen in het afdwingen van een zekere mate van standaardisatie en het waarborgen van publiek toegankelijke betrouwbare kwaliteitsinformatie.

Voor verzekeraars

Om prikkels voor risicoselectie te beperken en ervoor te zorgen dat alle consumenten even aantrekkelijk zijn voor verzekeraars, is een verdere verbetering van de risicoverevening van belang, waartoe de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012) concrete aanbevelingen heeft gedaan. Consumenten zullen meer vertrouwen hebben in de sturende rol van hun verzekeraar als ze kunnen zien dat uitgesloten behandelaars slecht scoren op kwaliteitsindicatoren. Betere kwaliteitsinformatie is dus van groot belang en hier ligt een belangrijke rol voor het in 2013 op te richten Nederlands Zorginstituut (NZi).

Om verzekeraars aan te sporen om met zorgaanbieders effectief te onderhandelen over de prijs en kwaliteit van zorg, zou de mogelijkheid tot het aanbieden van restitutiepolsen, waarbij consumenten zelf elke aanbieder kunnen kiezen en verzekeraars aanbieders niet hoeven te contracteren, verboden kunnen worden (Baarsma *et al.*, 2012). Gelet op de genoemde fundamentele informatieproblemen, is er ook een belangrijke rol voor de overheid weggelegd om vergoeding van ongepast gebruik tegen te gaan. Zo kan de overheid effectieve contractuele afspraken over gepaste zorg bevorderen door het ontwikkelen van richtlijnen en zorgstandaarden voor kosten-effectieve zorg (Rutten en Brouwer, 2002). Ook hier ligt een belangrijke rol voor het NZi. Voorts kunnen via een stringenter beheer van het basispakket interventies met een geringe kosteneffectiviteit worden geweerd of uitgesloten (Brouwer en Rutten, 2006). Ten slotte is, gelet op de sterk toegenomen concentratie op de zorgverzekeringmarkt, een scherp mededingingstoezicht van belang, niet alleen door de NMa als het gaat om kartelafspraken en fusies, maar vooral ook door de NZa als het gaat om aanmerkelijke marktmacht.

Voor potentiële zorggebruikers (en niet-zorggebruikers)

Van groot belang is dat ook potentiële zorggebruikers adequate prikkels hebben om zorg gepast te gebruiken of om van ongepast gebruik af te zien. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een polis waarbij kortingen

worden gegeven bij de keuze voor een multidisciplinaire groepspraktijk van zorgverleners die op het gebied van preventie en gepast gebruik een uitstekende reputatie hebben. Daarnaast kunnen ook eigen betalingen voor zorggebruikers zodanig worden vormgegeven dat zij aansporen tot een gepast gebruik van zorg (Van Kleef en Van de Ven, 2012).

CONCLUSIE

De sterk toegenomen groei van de zorguitgaven lijkt vooral een gevolg van veranderingen in de wijze van bekostiging van zorg en niet van een toegenomen ruimte voor concurrentie. Aan de andere kant heeft de extra ruimte voor concurrentie vooralsnog niet aantoonbaar bijgedragen aan een meer gepast gebruik van zorg. De huidige marktordening in de zorg kent dan ook een aantal belangrijke tekortkomingen. Een marktordening waarbij gepaste zorg wordt beloond, vereist een structurele verbetering van de prikkels voor gepast gebruik voor zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars als (potentiële) zorggebruikers. Essentieel daarbij is de ontwikkeling van integrale bekostigingssystemen die een effectieve coördinatie en goede kwaliteit van zorg belonen.

LITERATUUR

Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. Verloren van Themaat en M. Varkevisser (2012) Opereren binnen zorguitgavenkaders. *ESB*, 97(4638), 408–411.

Bakker, D.H. de, J. Raams, F.T. Schut, H.J.M. Vrijhoef en J.-E. de Wildt (2012) *Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering*. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, Den Haag.

Blank, J., A. Dumaj en B. van Hulst (2011) *Ziekenhuismiddelen*

in verband: een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003–2009. Delft: IPSE Studies, TU Delft.

Boone, J. en R. Douven (2012) Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe. In: Schut, F.T. en M. Varkevisser (red.) *Gezondheidszorg, preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor Staathuishoudkunde 2012*. Den Haag: Sdu, te verschijnen.

Boonen, L. en F.T. Schut (2009) Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem. *ESB*, 94(4572), 678–681.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2006) De afbakening van het basispakket. In: *Zicht op zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Chandra, A. en J.S. Skinner (2011) Technology growth and expenditure growth in health care. *NBER Working paper*, 16953, Cambridge (MA).

Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012) *Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet*. Den Haag.

Dijk, C.E. van, B. van den Berg, R.A. Verheij, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen en D.H. de Bakker (2012) Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics*, publicatie online, DOI: 10.1002/hec.2801.

Douven, R., R. Mocking en I. Mosca (2012) The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments. *CPB Discussion Paper*, 208. Den Haag: CPB.

Duijmelinck, D. en W.P.M.M. van de Ven (2011) Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering. *ESB*, 96(4621), 634–637.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven (2012) Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering. *ESB*, 97(4644S), 24–30.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2009) Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles. *Journal of Health Economics*, 28, 198–209.

Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J. Polder en J. Garssen (2011) Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *European Journal of Epidemiology*, 26(12), 903–914.

NZA (2012) *Marktscan medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2006–2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

OECD (2012) *OECD Economic Surveys: The Netherlands 2012*. OESO publicatie op dx.doi.org. DOI: 10.1787/eco_surveys-nld-2012-en.

Roos, A.F. en F.T. Schut (2012) Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands. *European Journal of Health Economics*, 13(1), 51–62.

Schut, F.T. en M. Varkevisser (2012) Waiting time policies in the Netherlands. In: Borowitz, M. en L. Siciliani (red.) *Waiting times policies in the health sector: what works?* 2nd OECD Project on Waiting Times, te verschijnen.

Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011) Macrobudget ontcracht prijsconcurrentie ziekenhuizen. *ESB*, 96(4610), 294–297.

Ven, W.P.M.M. van de (2012) Risicoselectie een bedreiging voor kwaliteit van zorg. *ESB*, 97(4637), 358–361.

Vijssel, A.R. van de, P.M. Engelfriet en G.P. Westert (2011) Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work? *Health Policy*, 100(1), 60–70.