

# Fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen

De kans is groot dat binnenkort in Nederland een zorgverzekeraar en een ziekenhuis fuseren. Zijn verticale fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vanuit maatschappelijk perspectief wenselijk? Dit artikel analyseert de effecten van zulke relaties in het nieuwe zorgstelsel. De conclusie luidt dat de potentiële nadelen van zo'n fusie groot en de voordelen beperkt zijn.

**D**e Zorgverzekeringswet uit 2006 heeft tot nieuwe vormen van samenwerking tussen Nederlandse zorgverzekeraars en ziekenhuizen geleid. Inmiddels komt er steeds meer aandacht voor mogelijke fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. In juli 2008 schreef de minister van VWS open te staan voor verticale fusies. Voorwaarden zijn wel dat de gefuseerde instellingen verzekerden van concurrerende verzekeraars zorg blijven verlenen en dat de fusie niet tot ongewenste marktmacht leidt (Ministerie van VWS, 2008). Tot nu toe was er echter nog geen zicht op een fusie van een grote zorginstelling met een verzekeraar.

Dit zou binnen afzienbare tijd wel eens kunnen veranderen. Vorig jaar gaf de directievoorzitter van Rivas Zorggroep in een interview aan met enkele zorgverzekeraars in gesprek te zijn over een mogelijke fusie. Rivas bestaat uit een middelgroot ziekenhuis (het Beatrixziekenhuis in Gorinchem), verpleeg- en verzorgtehuizen en een thuiszorginstelling. Univé is door het samengaan met VGZ-IZA-Trias in 2007 de tweede zorgverzekeraar in Nederland met een marktaandeel van 26 procent. De partijen onderzoeken de haalbaarheid van deze fusie. De bedrijven zien vooral grote baten van de fusie als gevolg van verbeterde preventie, met lagere premies als gevolg. In ruil daarvoor moeten zorgverzekerden zorg afnemen bij Rivas Zorggroep. Een ander geval zijn de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord die onlangs in financiële moeilijkheden raakten. Verzekeraar Achmea ondersteunde hen met een lening van 1,5 miljoen euro en werd gezien als mogelijke kandidaat voor de overname van deze ziekenhuizen, maar trok zich later terug uit de onderhandelingen. En ten slotte, in januari gaf DSW, een zorgverzekeraar die vooral in de Rotterdamse regio opereert, aan een belang van veertig procent te willen nemen in het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam.

Zijn fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen goed voor de Nederlandse zorgsector? Verticale fusies kennen zowel voor- als nadelen. Dit artikel

bespreekt de effecten van fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De meeste empirische literatuur op dit gebied komt uit de Verenigde Staten, waar al jaren lang ervaring is opgebouwd met geïntegreerde zorgverleners, zogenoemde *Health Maintenance Organizations* (HMO's). De ervaringen met HMO's geven inzicht in de vraag hoe geïntegreerde bedrijven daar presteren. Daarna worden op basis van de economische theorie de voor- en nadelen van verticale fusies besproken en worden deze betrokken op de zorgsector. Er wordt beargumenteerd dat de potentiële voordelen van fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland waarschijnlijk beperkt zijn, terwijl de potentiële nadelen groot kunnen zijn.

## De ervaringen met verticale integratie in de Verenigde Staten

Empirisch onderzoek in de Verenigde Staten laat zien dat HMO's meer investeren in preventieve zorg dan niet-geïntegreerde zorgverzekeraars. Verder hebben HMO's in het algemeen lagere kosten en daardoor lagere verzekeringspremies dan niet-geïntegreerde verzekeraars. De kosten van HMO's zijn laag omdat hun verzekerden meestal minder lang in het ziekenhuis blijven. Ook letten de HMO's meer op de kosten van behandelingen en hanteren ze vaker minder dure procedures. Studies die de kwaliteit van geleverde zorg van HMO's met die van niet-geïntegreerde zorgverzekeraars vergelijken, geven geen eenduidig beeld. Sommige studies vinden dat de kwaliteit bij HMO's beter is, andere dat de kwaliteit slechter is. Wel scoren HMO's wat lager wat betreft toegang tot zorg en klanttevredenheid (Miller en Luft, 1997, 2002).

De lagere kosten van Amerikaanse HMO's ten opzichte van niet-geïntegreerde verzekeraars komen niet alleen door de hogere efficiëntie van HMO's. Een mogelijke verklaring voor een deel van het kostenverschil is risicoselectie (Newhouse, 1996). Een deel van de kostenbesparing bij de HMO's komt dus niet door efficiëntiewinsten maar door verschuiving van de lasten naar andere verzekeraars. In Nederland zal risicoverevening dit probleem echter voor de basisverzekering kunnen mitigeren.

Daarnaast blijkt uit empirisch onderzoek dat de aanwezigheid van HMO's de prijzen van niet-geïntegreerde verzekeraars in de regio kan beïnvloeden. Ten eerste kunnen HMO's een disciplinerend effect hebben op andere verzekeraars: door lagere prijzen van HMO's gaan ook de prijzen van niet-geïntegreerde verzekeraars omlaag. Maar het kan

MICHIEL BIJLSMA EN  
VICTORIA SHESTALOVA  
Wetenschappelijk mede-  
werkers bij het Centraal  
Planbureau

ook andersom: de toetreding van HMO's veroorzaakt specialisatie van de gewone verzekeraars op bepaalde groepen patiënten. De marktsegmentatie leidt dan tot prijsverhoging. Volgens Baker en Corts (1996) domineert het eerste effect zolang het marktaandeel laag blijft, maar domineert het laatste effect wanneer het marktaandeel van HMO's boven de tien tot vijftien procent komt. Het bekendste voorbeeld van een groot succes van een HMO-model is de Amerikaanse zorggroep Kaiser Permanente, een instelling die zijn opmerkelijk lage kosten met een hoge kwaliteit combineert. *Kaiser Permanente* integreert zorgverzekering en zorgaanbod: intra- en extramurale zorg, preventie, diagnose, behandeling en verpleging. Het succes van Kaiser Permanente staat echter relatief op zichzelf. Uit onderzoek van Burns en Pauly (2002) blijkt dat verticale integratie vooral succesvol was bij oude HMO's, zoals Kaiser Permanente en HMO's in landelijke gebieden. Andere HMO's slaagden er niet in de efficiëntie van de zorgaanbieders te verbeteren. Als een HMO zeer succesvol kan zijn, waarom nemen anderen de succesvolle strategie van Kaiser dan niet over? Het aantal verzekerden bij geïntegreerde HMO's, dat in het verleden steeg, is in het afgelopen decennium zelfs gedaald. De realisatie van voordelen lijkt dus niet vanzelfsprekend. Economen geven hiervoor verschillende verklaringen. Ten eerste maken specifieke *agency problems* in deze organisaties het mogelijk moeilijk om efficiënties te realiseren. Ziekenhuizen bestaan uit meerdere agentengroepen met een verschillende mentaliteit, zoals artsen, managers en executives. Daarom is integratie lastig (Burns en Pauly, 2002). Ten tweede accepteren veel verzekerden geen beperking van hun keuze, de zogenoemde *managed care backlash* (Miller, 2006).

### De theorie over voor- en nadelen van verticale fusies

Er bestaan weinig empirische studies van de voor- en nadelen van fusies tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Empirisch onderzoek naar de gevolgen van verticale integratie in Nederland is nog niet mogelijk, omdat er nu eenmaal geen verticaal geïntegreerde ziekenhuizen zijn. Dat betekent dat de discussie op basis van economische argumenten gevoerd moet worden. Hier worden eerst de voordelen besproken, en daarna de nadelen van fusies. Uit de analyse komt naar voren dat de potentiële voordelen van fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland waarschijnlijk beperkt zijn, en kleiner dan in de Verenigde Staten, terwijl de potentiële nadelen groot kunnen zijn. De economische theorie kent enkele belangrijke voordelen

## Als belangrijkste potentiële efficiëntievoordeel van verticale fusies geldt dat ze voor verzekeraars en ziekenhuizen de prikkels om te investeren kunnen vergroten

van verticale fusies. Hieronder wordt toegelicht in hoeverre er verwacht wordt dat de positieve effecten in de context van de Nederlandse zorgsector voorkomen. Als belangrijkste potentiële efficiëntievoordeel van verticale fusies geldt dat ze voor verzekeraars en ziekenhuizen de prikkels om te investeren kunnen vergroten. Dit kan op twee manieren. Ten eerste kan een verticale fusie het zogenoemde *free-rider*-gedrag tegengaan, wat wil zeggen dat concurrerende verzekeraars soms gratis meeliften op de investering van een bepaalde verzekeraar. En ten tweede kunnen efficiëntievoordelen optreden als investeringen relatiespecifiek zijn, wat wil zeggen dat ze waarde hebben zolang het ziekenhuis en de verzekeraar zaken met elkaar blijven doen; zij verliezen hun waarde als de samenwerking eindigt. Tegenover de voordelen staat een belangrijk potentieel nadeel: fusies kunnen tot ongewenste marktmacht leiden, wat de marktwerking verstoort.

### Meeliftersgedrag

De vraag is welke investeringen die een verzekeraar doet het gratis meeliften mogelijk maken. Er worden hier twee mogelijkheden besproken: investeringen in een efficiënter ziekenhuis, bijvoorbeeld door complicaties bij operaties tegen te gaan, en investeringen in het gezonder maken van verzekerden, bijvoorbeeld door preventie bij chronisch zieken.

Het voorkomen van complicaties bij operaties lijkt een goed voorbeeld van dit soort investeringen. Immers, als een ziekenhuis ook verzekerden van andere verzekeraars behandelt, dan profiteren deze verzekeraars mee van de lagere kosten. Deze redenatie gaat ervan uit dat de verzekeraar de investering doet. Het ziekenhuis kan deze investering echter net zo goed zelf doen; er treedt dan geen *free-riding* op. Ten opzichte van deze situatie biedt een fusie geen voordeel, tenzij een verzekeraar betere toegang heeft tot financiële markten dan een ziekenhuis. In dat geval zou een fusie met een andere private partij (geen verzekeraar) hetzelfde voordeel opleveren. Als een fusie al nodig is, hoeft dit niet met een verzekeraar te zijn; gratis meeliften is dan ook geen probleem.

Dit ligt anders wanneer het over preventie bij verzekerden gaat. Stel dat een verzekeraar veel investeert om een verzekerde gezonder te maken. Als deze verzekerde vervolgens overstapt naar een concurrerende verzekeraar, profiteert deze concurrent van de gedane investering. Hier is duidelijk sprake van mogelijk gratis meeliften door concurrerende verzekeraars. Verticale integratie zou investeringen in preventie kunnen vergroten als de fusie de overstap van consumenten naar andere verzekeraars zouden kunnen tegengaan. Het is echter de vraag of dit ook de meest effectieve manier is van de bevordering van preventie in vergelijking met de in Nederland beschikbare alternatieven, zoals het opnemen van preventie in het basispakket, het toestaan van meerjaarcontracten tussen zorgverzekeraars en verzekerden, het instellen van een gezamenlijk fonds van verzekeraars, subsidie door de overheid of via de huisarts preventie stimuleren. Immers, in Nederland, anders dan in de Verenigde Staten, moet een gefuseerd ziekenhuis ook de klanten van andere verzekeraars blijven bedienen. Verzekerden van het gefuseerde bedrijf mogen dus bij hun oude (gefuseerde) ziekenhuis zorg blijven afnemen, ook als ze naar een andere verzekeraar overstappen. Het positieve effect van verticale integratie op preventie is daardoor kleiner. Het is daarom van belang na te denken over alternatieven.

### Relatiespecifieke investeringen

Ten tweede kunnen efficiëntievoordelen ook optreden als investeringen relatiespecifiek zijn, dus als ze waarde hebben zolang het ziekenhuis en de verzekeraar zaken met elkaar blijven doen. Een fusie kan dergelijke relatiespecifieke investeringen aantrekkelijk maken omdat ze partijen tot elkaar verbindt. In economische termen kan een fusie *hold-up*-problemen oplossen. De focus ligt hier op investeringen van ziekenhuizen, waarbij de vraag wordt gesteld: welke investeringen die een ziekenhuis doet, hebben alleen waarde in de relatie met een specifieke verzekeraar? Hierbij gaat het vooral over de investeringen in fysieke activa, dat

wil zeggen capaciteit en apparatuur, waarbij de ene partij opgezadeld wordt met het financiële risico als de andere partij het contract verbreekt en naar een concurrent overstapt. Een recent verschenen Nederlandse studie (Brandenburg, 2008) onderscheidt drie types van deze investeringen: ten eerste huisvesting en capaciteit; ten tweede apparatuur, innovatieve technieken en personeel dat voor bepaalde specifieke zorg is opgeleid; en ten derde investeringen in ICT. Hieronder wordt elke categorie in meer detail besproken. Het eerste type, investeringen in extra bedden en huisvesting, valt niet in de categorie van relatiespecifieke investeringen als deze bedden ook voor klanten van andere verzekeraars beschikbaar zijn. De investering in bedden is weliswaar bedoeld voor een specifieke partij, maar is desalniettemin generiek in de zin dat de investering in potentie voor alle verzekeraars nut heeft. Het hold-up-probleem treedt daarbij niet op. Dezelfde redenering geldt voor het tweede type, investeringen in innovaties en specifieke zorg, tenzij er sprake is van sterke specialisatie van de betrokken verzekeraar in verze­kerden met een bepaalde aandoening. Dan heeft deze verzekeraar baat bij innovaties in een specifiek zorggebied. Het laatste type, investeringen in ICT, is alleen relatiespecifiek als er sprake is van een ICT-systeem dat nauw aansluit op het ICT-systeem van een verzekeraar. Een verticale fusie met deze verzekeraar creëert dan zekerheid voor het ziekenhuis over de baten van deze investering en lost het hold-up-probleem op. Het hold-up-probleem is echter kleiner, maar niet helemaal opgelost, als een verzekeraar en een ziekenhuis regelmatig met elkaar moeten onderhandelen over een contract. In Nederland gebeurt dit jaarlijks. Het ziekenhuis hoeft dan minder bang te zijn dat de verzekeraar wegloupt na een relatiespecifieke investering gedaan te hebben. Later moet er immers opnieuw onderhandeld worden. Daarbij is maatschappelijk gezien een ICT-systeem waarvan alle verzeke­raars gebruik kunnen maken waarschijnlijk te prefereren.

## Marktmacht

Een belangrijk potentieel nadeel van fusies is dat ze tot ongewenste marktmacht kunnen leiden. Daardoor kan een concurrerend ziekenhuis of een concurrerende verzekeraar worden benadeeld of van de markt worden buitengesloten. Dit heet verticale uitsluiting en de economische literatuur kent verschillende mechanismen die tot een dergelijke uitsluiting kunnen leiden. De belangrijkste vier, die relevant zijn in de Nederlandse context, worden hier besproken: schaalvoordelen, committeren, waterbedeffect en sabotage.

Een van de theorieën van verticale uitsluiting is uitgewerkt door Rasmussen *et al.* (1991) en Segal en Whinston (2000). Ze tonen aan dat een verticale fusie of een exclusief contract tussen twee bedrijven (een aanbieder en een verzeke­raar in dit geval) tot verticale uitsluiting van andere aanbieders kan leiden als er schaalvoordelen bestaan aan de kant van aanbieders. In de zorgsector kan dit als volgt werken: als de gefuseerde verzekeraar zijn klanten naar zijn eigen ziekenhuis stuurt, krijgen concurrerende ziekenhuizen minder klanten, waardoor ze schaalvoordelen niet kunnen benutten. Dit leidt tot hogere behandelingskosten, waardoor ze minder concurrerend zijn.

Een tweede theorie is afkomstig van Hart en Tirole (1990). Volgens deze theorie kan een bovenstrooms bedrijf met marktmacht in zijn markt verticale integratie (een fusie of een exclusief contract) gebruiken om zich aan hogere transactie­prijzen te committeren. De verticale combinatie krijgt daardoor ook marktmacht in de afnemersmarkt en kan dus zowel bovenstrooms als benedenstrooms hogere prijzen vragen. Toegepast op de zorgsector betekent dit dat verticale integratie tussen een verzekeraar en een ziekenhuis met marktmacht (een groot of gespecialiseerd ziekenhuis) tot verticale uitsluiting van andere verzekeraars kan leiden. Deze manier van uitsluiting is relevant wanneer de tarieven van zorgaanbieders vrij onderhandelbaar zijn en speelt vooral bij fusies, maar minder bij exclusieve

## Verticale integratie tussen een verzekeraar en een ziekenhuis met marktmacht kan tot verticale uitsluiting van andere verzekeraars leiden

contracten. Exclusieve contracten kunnen dit effect alleen bereiken door concurrerende verzekeraars expliciet volledig uit te sluiten. Dit soort exclusie is gemakkelijk aan te tonen en tegen te gaan. Het waterbedeffect is van toepassing bij de aanwezigheid van grote regionale zorgverzekeraars. Exclusieve contracten en fusies van deze zorgverzekeraars met zorgaanbieders in hun regio's kunnen tot flinke kortingen leiden van ziekenhuizen aan deze grote zorgverzekeraars. Naarmate ze verder groeien, kan de onderhandelingsmacht van deze verzekeraars verder stijgen, waardoor ze steeds lagere prijzen kunnen onderhandelen. De lagere prijzen voor hen gaan dan ten koste van hogere tarieven voor concurrerende zorgverzekeraars die weinig klanten in de regio hebben. Dit lijkt dus op een waterbed: meer druk aan een zijde veroorzaakt een beweging naar boven aan de andere zijde. Volgens de economische theorie ontstaat het waterbedeffect als gevolg van overstapkosten (Inderst en Valetti, 2008), dat wil zeggen, de kosten die een zorgverzekeraar moet maken voor het afsluiten van een nieuwe verticale relatie. Voor consumenten kan dit effect goed of slecht uitpakken: als een grote regionale verzekeraar door zijn onderhandelingsmacht goedkoop zorg inkoopt, zal hij ook de premies van zijn verzekerings­polissen verlagen. In een dynamische setting leidt dit effect echter tot segmentatie van de zorgverzeke­ringsmarkt in enkele regionale markten met een dominante verzekeraar per regio. De andere verzeke­raars kunnen met dit bedrijf nauwelijks meer concurreren, waardoor deze verzekeraar in de toekomst zijn premies kan verhogen.

De theorie van sabotage, ofwel non-prijs discrimina­tie, gaat over het gedrag van een bedrijf onder prijs­regulering in een markt met asymmetrische infor­matie over kwaliteit (Mandy en Sappington, 2007). Sabotage betreft niet contracteerbare, moeilijk aan­toonbare dimensies van kwaliteit, die de positie van concurrenten kunnen verslechteren. Een prikkel voor sabotage is aanwezig wanneer een zorgaanbieder met marktmacht fuseert met een zorgverzekeraar. Zolang zijn tarieven zijn gereguleerd, kan de zorg­aanbieder zijn marktmacht niet via hogere prijzen uitoefenen. Een fusie met een verzekeraar en sabotage gericht op andere verzekeraars bieden hem deze mogelijkheid. Een mogelijke vorm van sabotage is verlaging van de prioriteit van behandeling van andere klanten, zoals het vergroten van de wachttijd voor deze klanten. De professionele ethiek van artsen werkt als tegenwicht tegen de prikkels voor sabotage, waardoor sterke vormen van sabo-

Een prikkel voor sabotage is aanwezig wanneer een zorgaanbieder met marktmacht fuseert met een zorgverzekeraar

tage niet erg aannemelijk zijn, maar op zich is het al voldoende als de consument denkt dat de kwaliteit wordt beïnvloed door de keuze van verzekeraar. Bij alle vier bovenbesproken theorieën is de aanwezigheid van marktmacht een belangrijke voorwaarde voor verticale uitsluiting. Dat wil zeggen dat een fusie in concurrerende markten geen verticale uitsluiting kan veroorzaken. Ook na de fusie blijft dan voldoende concurrentie op de markt bestaan, waardoor het totale effect van een fusie op de welvaart waarschijnlijk positief is. Op een belangrijk deel van de Nederlandse zorgmarkt is concurrentie echter beperkt: grote of specialistische ziekenhuizen hebben waarschijnlijk aanzienlijke marktmacht, waardoor een negatief effect van de fusie op concurrentie aannemelijk is.

## Conclusies

De potentiële voordelen van fusies tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland zijn waarschijnlijk beperkt, terwijl de potentiële nadelen groot kunnen zijn. Meer preventie lijkt het grootste potentiële voordeel van verticale integratie: Amerikaanse HMO's blijken meer te investeren in preventie dan niet-geïntegreerde verzekeraars en ze hebben lagere kosten. Echter, in de Verenigde Staten is, anders dan in Nederland, geen sprake van een sterke eerstelijnszorg, waardoor niet iedereen gemakkelijk en goedkoop bij zijn eigen huisarts terecht kan. Het HMO-model vergemakkelijkt dan ook de toegang tot de eigen huisarts, waardoor preventie effectiever gestimuleerd kan worden. In Nederland moeten gefuseerde ziekenhuizen verzekerden van andere verzekeraars blijven behandelen. Het positieve effect van verticale integratie op preventie is daardoor kleiner. Verticale integratie lijkt dan ook niet de meest effectieve manier om preventie te bevorderen. Het is daarom van belang na te denken over alternatieven. Er zijn verschillende mogelijkheden, zoals het opnemen van preventie in het basispakket, het toestaan van meerjaarcontracten tussen zorgverzekeraars en verzekerden, het instellen van een gezamenlijk fonds van verzekeraars, subsidie door de overheid of via de huisarts preventie stimuleren. Nadere analyse is nodig om vast te stellen welk beleid om preventie te stimuleren het best in het Nederlandse kader past.

Het belangrijkste nadeel van fusies tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder is dat ze de concurrentie kunnen beperken als een of beide partijen marktmacht hebben. Dit is bijvoorbeeld het geval bij fusies tussen een groot, of gespecialiseerd, ziekenhuis en een verzekeraar. Als gevolg van een dergelijke fusie kunnen, volgens de theorie, de tarieven die andere verzekeraars aan het ziekenhuis betalen omhoog gaan, kan toetreding door nieuwe ziekenhuizen moeilijker worden, of kan de kwaliteit van de zorg die concurrerende zorgverzekeraars kunnen bieden, onder druk komen te staan. Daarnaast creëren fusies permanente vaste relaties tussen de twee gefuseerde partijen, die concurrentie

sterker beperken dan selectieve contracten. Met selectieve contracten die van tijdelijke aard zijn, bestaat de blijvende mogelijkheid om een nieuwe selectieve relatie aan te gaan met een andere verzekeraar. Dit zorgt voor concurrentie tussen zorgverzekeraars waardoor deze hun zorginkoop kritisch blijven doen. Dit prikkelt ziekenhuizen om hun doelmatigheid te vergroten.

Toezichthouders moeten verticale fusies tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen daarom zeer kritisch beoordelen. In geval van een fusie van kleine zelfstandige behandelcentra is het risico van concurrentie-inperking veel kleiner.

Schaalvoordelen zijn er minder belangrijk en negatieve gevolgen voor concurrentie zijn minder waarschijnlijk.

## LITERATUUR

- Baker, L. en K. Corts (1996) HMO penetration and the cost of health care: market discipline or market segmentation? *American economic review*, 86(2), 389-394.
- Brandenburg, C. (2008) *A transaction cost analysis of Dutch hospital care. Contracting between hospitals and health insurance companies in a deregulated environment*. Proefschrift. Rotterdam: EUR.
- Burns, L. en M. Pauly (2002) Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health affairs*, 21(4), 128-143.
- Hart, O. en J. Tirole (1990) Vertical integration and market foreclosure, *Brookings papers on economic activity*, 205-276.
- Inderst, R. en T. Valetti (2008) Buyer power and the 'waterbed effect'. *CEIS Research Paper*, 6(1), 107.
- Mandy D. en D. Sappington (2007) Incentives for sabotage in vertically related industries. *Journal of regulatory economics*, 31(3), 235-260.
- Miller, R. en H. Luft (1997) Does managed care lead to better or worse quality of care. *Health affairs*, 16(5), 7-24.
- Miller, R. en H. Luft (2002) HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001. *Health affairs*, 21(4), 63-84.
- Miller, N. (2006) Insurer-provider integration, credible commitment and managed-care backlash. *Journal of health economics*, 25(1), 861-876.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008) Brief van de Minister van VWS Standpunt op RVZ-advies zorginkoop van 22 juli 2008. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Newhouse, J. (1996) Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of economic literature*, 34(3), 1236-1263.
- Rasmussen, E., J. Ramseyer en J. Wiley (1991) Naked exclusion. *American economic review*, 81(5), 1137-1145.
- Segal, I. en M. Whinston (2000) Naked exclusion: comment. *American economic review*, 90(1), 296-309.