

Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen

Het kabinet wil de ruimte voor prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen volgend jaar drastisch vergroten. Maar het macrobudget dat het kabinet hierbij wil opleggen, ontkracht de prijsconcurrentie. Invoering van vrije prijzen zonder macrobudget, aanvankelijk op beperkte schaal, geeft wel perspectief op effectieve prijsconcurrentie.

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

MARCO VARKEVISSER

Universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

In april hebben VVD-minister Schippers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en de Tweede Kamer uitgebreid gedebatteerd over de voorgenomen wijzigingen van de bekostigingsstructuur van ziekenhuizen. Zowel het kabinet als een ruime meerderheid van de Tweede Kamer is voorstander van een verdere invoering van prijsconcurrentie in de ziekenhuissector. Het kabinet heeft voorgesteld om in 2012 het segment met vrije prijzen drastisch te vergroten. Om er zeker van te zijn dat vrije prijzen niet tot een kostenexplosie zullen leiden, wil het kabinet tevens structureel een nieuw wettelijk instrument invoeren om een macrobudget voor de totale ziekenhuiskosten effectief te kunnen afdwingen. Een meerderheid van de Tweede Kamer vindt zo'n macrobudget echter een grof instrument dat de verkeerde prikkels geeft aan

zorgaanbieders en zorgverzekeraars. VVD-Kamerlid Mulder typeert het kabinetsvoorstel zelfs als "een soort communistisch liberalisme", waarbij aan de ene kant de concurrentie wordt aangejaagd maar aan de andere kant "een soort hakbijl" staat in de vorm van dreigende kortingen achteraf (Tweede Kamer, 2011c).

Onmogelijke spagaat

In de brief "Zorg die loont" heeft minister Schippers haar plannen gepresenteerd voor een drastische herziening van de bekostigingsstructuur van ziekenhuizen (Tweede Kamer, 2011a). Met ingang van 2012 wil de minister de ruimte voor prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen verdubbelen van gemiddeld 34 procent tot circa 70 procent van de ziekenhuiskosten. Tegelijkertijd wordt het bijna dertig jaar oude systeem van ziekenhuisbudgettering afgeschaft. Voor de ziekenhuiszorg waarvan de prijzen niet worden vrijgelaten, worden de prijzen gemaximeerd, waarbij gedurende een overgangperiode van twee jaar de herverdelingseffecten voor ziekenhuizen als gevolg van de omschakeling van budgetten naar maximumprijzen gedeeltelijk worden geaccommodeerd. Eveneens in 2012 wordt het bestaande productclas-

sificatiesysteem van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) vervangen door een nieuwe productstructuur (DOT). In tegenstelling tot de huidige DBC's worden de nieuwe DBC-zorgproducten gebaseerd op een internationaal diagnosesysteem en zal de prijs per zorgproduct niet langer afhankelijk zijn van de specialist, bijvoorbeeld een internist of neuroloog, die een behandeling uitvoert. Het aantal declarabele producten wordt gereduceerd van ruim 30.000 DBC's tot ruim 4000 zorgproducten. Deze ingrijpende herziening moet de verschillende ziekenhuisproducten beter medisch herkenbaar, meer kostenhomogeen en minder kwetsbaar maken voor *upcoding* – ofwel oneigenlijke opwaardering van patiënten in duurere DBC's – dan thans het geval is. Voor vormen van zorg die niet of slechts deels per DBC kunnen worden betaald, zoals donoruitname-teams en spoedeisende zorg, zullen ziekenhuizen een vaste vergoeding ontvangen. Terwijl enerzijds de ruimte voor prijsconcurrentie drastisch wordt vergroot, wordt anderzijds de budgettaire beheersbaarheid sterker gewaarborgd dan nu. Via een wijziging van de Wet Marktordening Gezondheidszorg wil de minister een macrobudget voor de totale jaarlijkse ziekenhuisuitgaven invoeren. Wanneer de totale ziekenhuisuitgaven dit budget overschrijden, krijgen ziekenhuizen een omzetheffing opgelegd naar rato van hun landelijke marktaandeel. Aangezien de omvang van een eventuele overschrijding in jaar *t* pas minimaal een jaar later kan worden vastgesteld, wordt deze omzetheffing op zijn vroegst opgelegd in jaar *t*+2. Ten slotte wordt, om de prikkels aan de vraagzijde te versterken, het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen over de ziekenhuisuitgaven voor hun verzekerden fors vergroot. Het is de bedoeling om in de periode 2012–2014 de ex-post compensaties waarmee de verliezen van de zorgverzekeraars nu nog gedeeltelijk worden gecompenseerd, stapsgewijs af te schaffen. Met dit ingrijpende beleidsvoorstel tracht de minister het beste van twee werelden met elkaar te verenigen: meer doelmatigheid door een toename van de prijsconcurrentie en meer budgettaire zekerheid door de invoering van een afdwingbaar macrobudget. Het lijkt er echter sterk op dat Schippers hiermee in een onmogelijke spagaat terecht dreigt te komen.

Afschaffing ziekenhuisbudgettering

De huidige ziekenhuisbudgettering voor circa twee derde van de ziekenhuisuitgaven is in een situatie waarin ziekenhuizen steeds meer ondernemingsrisico lopen een anachronisme geworden. De vergoedingen die ziekenhuizen voor behandelingen in dit A-segment ontvangen, zijn afgeleid van globale budgetparameters en hebben vrijwel geen relatie met de onderliggende kostprijzen van de verschil-

De meest concurrerende ziekenhuizen kunnen zich dus het minst wapenen tegen een dreigende omzetheffing en worden daardoor het meest gedupeerd

lende behandelingen (Nieuwenhuis en Leerink, 2011; Leerink, 2011). Dit betekent dat sommige behandelingen voor ziekenhuizen voorspelbaar winstgevend zijn (de *feeders*), terwijl andere behandelingen voorspelbaar verliesgevend zijn (de *bleeders*). De onderlinge concurrentie en het groeiende aantal zelfstandig behandelcentra (NZa, 2011a), het daarmee gepaard gaande toenemende ondernemingsrisico en een steeds beter inzicht bij ziekenhuisbestuurders in de kostenstructuur maakt het steeds lastiger om dit systeem van kruissubsidies in stand te houden. Ziekenhuisbestuurders zullen immers onder toenemende druk van banken en eventuele andere investeerders komen te staan om verliesgevende behandelingen en daarmee patiënten af te stoten. De vervanging van de op globale budgetparameters gebaseerde vergoedingen door kostprijsgerelateerde vrije of maximumprijzen is met het oog op de ontwikkelingen in de ziekenhuissector dan ook een noodzakelijke maatregel en te beschouwen als een belangrijke verbetering.

Invoering macrobudget

Als het aan het kabinet ligt, komt er in plaats van een individueel budget per ziekenhuis een macrobudget voor alle ziekenhuizen samen. Een cruciaal verschil met de huidige instellingsbudgettering is dat individuele ziekenhuizen niet of nauwelijks invloed hebben op een eventuele overschrijding van dit macrobudget en dus ook niet op de daaropvolgende omzetheffingen. Voor elk ziekenhuis geldt dat de hoogte van de eigen omzetheffing vrijwel volledig wordt bepaald door het gedrag van de andere ziekenhuizen. Aangezien de omzetheffing per ziekenhuis wordt bepaald naar rato van het nationale marktaandeel, betekent deze heffing voor elk ziekenhuis een exogene verhoging van de marginale kostprijs. Het voorstel voor een macrobudget voor de ziekenhuiszorg is overigens niet nieuw, maar werd een jaar eerder ook al voorgesteld door Schippers' voorganger Klink. Destijds is uiteengezet dat een macrobudget niet goed samengaat met prijsconcurrentie (Schut *et al.*, 2010). Ziekenhuizen zullen naar verwachting anticiperen op een mogelijke omzetheffing door een verhoging van prijzen. Hierbij is het van belang dat de winstmarges van de Nederlandse ziekenhuizen zeer bescheiden zijn – in 2009 bedroeg het gemiddelde exploitatieresultaat 1,7 procent van de omzet (NVZ, 2010) – en dat het financiële weerstandsvermogen van ziekenhuizen relatief beperkt is (Waarborgfonds, 2010). Gelet op de onzekerheid over de gedragsreacties van andere ziekenhuizen mag daarom verwacht worden dat ziekenhuizen een extra risico-opslag in rekening zullen brengen zodat er na de omzetheffing nog een voordelige marge overblijft. Aldus ontstaat het risico dat het macrobudget leidt tot een spiraal van prijsverhogingen. Bovendien zullen ziekenhuizen in meer concurrerende regio's, bijvoorbeeld in de Randstad, minder gemakkelijk hun prijzen kunnen verhogen dan ziekenhuizen in minder concurrerende regio's, terwijl zij wel het risico lopen om met een vergelijkbare omzetheffing te worden geconfronteerd. De meest concurrerende ziekenhuizen kunnen zich dus het minst wapenen tegen een dreigende omzetheffing en worden daardoor het meest gedupeerd. Aangezien juist de meest concurrerende ziekenhuizen doorgaans de kleinste marges hebben, kan dit voor hen leiden tot faillissementen of overnames. Dit leidt dus uiteindelijk tot minder concurrentie. Aldus ontkracht het macrobudget de prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen. Voorts bestaat ook het risico dat een omzetheffing ten gevolge van de prijsverhogingen in het vrije segment zal leiden tot een verschraling van de meer complexe zorg in het gereguleerde segment, omdat daar de prijzen gemaximeerd zijn en een omzetheffing de marges dus steeds geringer of zelfs negatief zal maken. Een financieel gezonde bedrijfsvoering kan ziekenhuizen ertoe aanzetten om voor zover mogelijk hun omzet in het gereguleerde segment te verminderen en hun omzet in het vrije segment, waar een extra risico-opslag kan worden gevraagd, te vergroten. Het recente besluit van het Academisch Ziekenhuis Maastricht om bepaalde onrendabele vormen van topzorg af te stoten (Baltesen, 2010), laat zien dat de veronderstelling omtrent dergelijk strategisch gedrag niet irreëel is. Een verdringing van complexe zorg kan leiden tot toenemende wachtlijsten voor

deze zorg en een toenemende vlucht naar het buitenland. Aannemende dat buitenlandse ziekenhuizen niet onder het Nederlandse macrobudget zullen vallen, betekent dit dat op die manier ook het macrobudget kan worden omzeild en dus niet effectief is. Ten slotte maakt de permanente dreiging van onzekere omzettingen investeringen onaantrekkelijk en duur. Investeerders zullen een hogere rente eisen. Ook verlaagt deze dreiging de prikkel voor nieuwe zorgaanbieders en investeerders om tot de markt toe te treden.

Meer ruimte voor vrije prijzen

Nieuw ten opzichte van de plannen van Klink is dat Schippers tegelijkertijd de ruimte voor vrije prijzen wil verdubbelen en wil omschakelen naar het volledig nieuwe productclassificatiesysteem DOT. Beide maatregelen zullen de nadelen van een macrobudget fors vergroten. Door de toename van de omvang van het vrije prijssegment nemen immers de mogelijkheden en daarmee ook de budgettaire gevolgen van anticiperende prijsverhogingen toe. Ziekenhuizen worden dus nog afhankelijker van de gedragsreacties van andere ziekenhuizen en zullen zich hiertegen willen indekken. Hierdoor stijgt zowel de kans dat het macrobudget wordt overschreden als de uiteindelijke omvang van deze overschrijding. Het risico op prijsverhogingen wordt nog extra vergroot doordat zorgverzekeraars als gevolg van de overschakeling op een ander productclassificatiesysteem naar verwachting de eerstkomende jaren over onvoldoende informatie zullen beschikken om de door ziekenhuizen gehanteerde vraagprijzen te kunnen beoordelen. Zij kunnen de prijzen immers niet vergelijken met de contractprijzen uit het verleden en beschikken evenmin over de bij ziekenhuizen aanwezige kostprijsinformatie. Tegelijkertijd zal de ziekenhuiszorg waarvan de prijzen gereguleerd zijn, sterk onder druk komen te staan. Bij prijsverhogingen in het vrije segment zullen de

Kader 1

Ziekenhuisconcurrentie in Engeland

In Engeland worstelen achtereenvolgende regeringen met de invoering van meer concurrentie binnen de publieke National Health Service (NHS). In de periode 1991–1997 hadden *local health authorities* de taak om contracten te sluiten met concurrerende ziekenhuizen, waarbij zowel de prijs als de kwaliteit van zorg onderhandelbaar was. Uit onderzoek blijkt dat de invoering van concurrentie weliswaar leidde tot minder wachttijden voor planbare zorg, maar ook tot een lichte stijging van het percentage overleden patiënten na een spoedeisende opname voor een hartaanval (Propper *et al.*, 2008).

Nadat in de daaropvolgende periode de ruimte voor ziekenhuisconcurrentie werd teruggebracht, werd in 2006 een hernieuwde poging gedaan om concurrentie tussen ziekenhuizen te bevorderen. Deze keer binnen een regime van vaste prijzen. Met deze maatregel werd beoogd om ziekenhuizen te stimuleren via kwaliteitsverbeteringen patiënten aan te trekken. Hiertoe werden patiënten voorzien van betere informatie over de kwaliteit van ziekenhuiszorg en werden huisartsen verplicht om patiënten een keuze uit ten minste vijf ziekenhuizen voor te leggen. De eerste ervaringen met deze vorm van concurrentie zijn positief (Van Damme, 2011). Onderzoek laat zien dat de invoering van kwaliteitsconcurrentie in de daaropvolgende jaren gepaard ging met significant dalende sterftcijfers na ziekenhuisopname (Gaynor *et al.*, 2010). Daarnaast is de gemiddelde ligduur significant afgenomen. Hoe sterker de onderlinge concurrentie, hoe sterker ziekenhuizen blijken te worden gestimuleerd om hun kwaliteit te verbeteren. Het is echter de vraag in hoeverre deze gunstige effecten op lange termijn standhouden. Wegens de grote heterogeniteit van de ziekenhuisproductie en het gebrekkige inzicht bij de overheid in de kostenstructuur van ziekenhuizen is het voor de overheid erg lastig om de prijzen correct vast te stellen. Als de prijzen door de overheid onjuist worden vastgesteld, is de kans groot dat dit op termijn leidt tot risicoselectie en verschraling van verliesgevende zorgactiviteiten. De tijd moet uitwijzen of en in hoeverre deze negatieve effecten op termijn zullen optreden.

daaruit voortvloeiende omzettingen het financiële resultaat van het gereguleerde segment namelijk steeds verder doen verslechteren. De marges op complexe zorg zullen in dat geval voortdurend dalen, tenzij de overheid de gereguleerde maximumprijzen navenant verhoogt en zodoende bijdraagt aan een spiraal van prijsverhogingen. Gezien de druk op de overheidsfinanciën en de collectieve zorguitgaven in het bijzonder is dat echter weinig realistisch.

Minder vrije prijzen en een beperkter macrobudget

Hoewel de voorgenomen afschaffing van de huidige ziekenhuisbudgettering wenselijk is, is het onwenselijk om de ruimte voor vrije prijzen sterk te vergroten en tegelijkertijd een macrobudget voor de totale ziekenhuiskosten in te voeren. Het verdient de voorkeur om een macrobudget uitsluitend te hanteren voor het gereguleerde segment. Door de reikwijdte van het macrobudget op deze wijze te beperken worden anticiperende prijsverhogingen en negatieve afwentelings- en verdringingseffecten voorkomen. Wanneer besloten wordt om ziekenhuisprestaties waarvan de prijzen worden vrijgelaten buiten het macrobudget te laten, moet zorgvuldig worden afgewogen voor welke zorgproducten de verwachting reëel is dat zorgverzekeraars op korte termijn effectieve afspraken kunnen maken over prijs, volume en kwaliteit. Tot op heden lijken verzekeraars wel greep te hebben op de prijzen in het huidige vrije B-segment, maar minder op het volume en de kwaliteit van ziekenhuiszorg (NZa, 2011a). Het zou daarom beter zijn om alleen voor die zorgproducten waarvoor het risico op onredelijke prijs- en volumestijgingen beperkt is, bewust te kiezen voor een geliberaliseerd segment met prijzen die echt vrij zijn. Dus zonder de dreiging van een omzetting achteraf.

Advies NZa onvoldoende doordacht

Het is in dat opzicht opmerkelijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) na consultatie van de ziekenhuizen en zorgverzekeraars tot de conclusie is gekomen dat per 2012 een forse uitbreiding van het B-segment haalbaar is (NZa, 2011b). Als criteria om voor overheveling naar het B-segment in aanmerking te komen, hanteert de NZa ten eerste dat de productstructuur voldoende stabiel is, ofwel dat de DOT-producten voldoende medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn en ten tweede dat de machtsverhoudingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voldoende evenwichtig zijn. Hoewel de NZa aangeeft dat aan deze criteria bij 70 tot 85 procent van de ziekenhuisomzet kan worden voldaan, is op basis van de beschikbare documenten volstrekt onduidelijk waar deze conclusie op is gestoeld. Zo is de nieuwe DOT-structuur pas onlangs door de NZa (2011c) goedgekeurd en moet deze zich dus nog bewijzen. Ook hier geldt het argument dat de kans groot is dat ziekenhuizen na invoering van de nieuwe productstructuur de eerste jaren zullen beschikken over een forse informatievoorsprong op

de zorgverzekeraars. Daarnaast is het bij gebrek aan betrouwbare volumegegevens vooralsnog onduidelijk waar de sterke volumestijging in de ziekenhuiszorg in de afgelopen jaren door veroorzaakt is (NZa, 2011a). Aangezien zorgverzekeraars aan deze volumestijging kennelijk onvoldoende tegenwicht hebben kunnen bieden, is het de vraag of voldaan wordt aan het criterium dat er sprake is van evenwichtige machtsverhoudingen. Ten slotte is het merkwaardig dat de NZa in haar verkenning van de mogelijke uitbreiding van het B-segment op geen enkele manier rekening houdt met de potentiële invloed van het voorgestelde macrobudget. Al met al lijkt de conclusie dat het verantwoord is om het vrije segment per 2012 uit te breiden tot minimaal zeventig procent van de ziekenhuisomzet onvoldoende doordacht.

Risico overheidsfalen

Voor ziekenhuisproducten waarvoor de kans op onredelijke prijs- en volumestijgingen als gevolg van marktfalen op korte termijn te groot wordt geacht, is het raadzaam om de prijzen te maximeren en het volume in het gereguleerde segment te begrenzen door een macrobudget. Onder de voorwaarde dat de gereguleerde prijzen hoger zijn dan de marginale kostprijs, kunnen ziekenhuizen dan extra patiënten aantrekken door betere kwaliteit en service. Ervaringen in Engeland wijzen uit dat dit op korte termijn kan leiden tot effectieve kwaliteitsconcurrentie tussen ziekenhuizen (kader 1).

Een krap macrobudget kan die prikkel voor kwaliteitsconcurrentie beperken, maar daar staat budgettaire zekerheid tegenover. Een risico is dat de overheid de prijzen onjuist vaststelt, waardoor sommige zorgvormen en patiënten voorspelbaar winstgevend en andere voorspelbaar verliesgevend zijn. Een dergelijke vorm van overheidsfalen kan leiden tot risicoselectie en verschraving van verliesgevende zorgactiviteiten.

Om het risico van overheidsfalen te beperken is het wenselijk om naarmate zorgverzekeraars beter in staat blijken om effectieve afspraken te maken met ziekenhuizen over prijs, kwaliteit en volume van zorg, en er ook voldoende ervaringen zijn opgedaan met het nieuwe systeem van productclassificatie, het vrije segment geleidelijk uit te breiden. Recente ontwikkelingen geven aan dat zorgverzekeraars geleidelijk meer grip lijken te krijgen op het volume en de kwaliteit van zorg. Zo heeft zorgverzekeraar Achmea onlangs voor een periode van vijf jaar een innovatief contract met het Zwaans Medisch Centrum gesloten waarin een bonus-malussysteem voor het realiseren van concrete afspraken over kosten en kwaliteit is opgenomen (Piersma, 2011). Ook hebben verschillende zorgverzekeraars aangekondigd om met ingang van 2012 voor bepaalde vormen van zorg geen contracten meer te sluiten met ziekenhuizen die niet voldoen aan bepaalde kwaliteitsnormen, zoals een minimumaantal complexe kankeroperaties.

Tot slot

Vanwege de kritiek op het kabinetsvoornemen om een macrobudget voor de ziekenhuiszorg in te voeren, heeft het parlement na een debat hierover met minister Schippers op 19 april een motie aangenomen waarin het kabinet wordt opgeroepen om “te bezien of een verfijnder alternatief instrument mogelijk is en, zo ja, het macrobeheersinstrument op dat moment daardoor te vervangen” (Tweede Kamer, 2011b). In reactie op deze motie heeft de minister de Kamer het volgende laten weten (Tweede Kamer, 2011d): “Als wij een beter instrument kunnen hebben dan wij nu hebben, sta ik daar zeker voor open. Ik wil dat ook zeker bezien en er onderzoek naar doen.” De breed gesteunde motie en de reactie van de minister bieden de gelegenheid tot een fundamentele aanpassing van het kabinetsvoorstel. Hierbij zou voor de ziekenhuiszorg per deelmarkt ondubbelzinnig gekozen moeten worden voor prijsconcurrentie zonder macrobudget, of een macrobudget zonder prijsconcurrentie, omdat een combinatie van beide leidt tot het slechtste van twee werelden. Vrije prijzen zonder macrobudget impliceren voor de overheid onzekerheid over de macrokostenontwikkeling. Dit is inherent aan marktwerking. Vrije concurrentie impliceert dus niet alleen onzekerheid en risico's voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars, maar ook voor de overheid. Net als ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zal het kabinet daarom aan goed risicomanagement moeten doen. Zorgvuldiger dan tot nu is gebeurd, zal moeten worden nagegaan welke zorgvormen wel en welke niet op korte en langere termijn verantwoord geliberaliseerd kunnen worden. Vervolgens kan voor de ziekenhuisproducten die zich daarvoor lenen tot echte liberalisering worden overgegaan, dat wil zeggen de invoering van vrije prijzen zonder macrobudget.

LITERATUUR

- Baltesen, F. (2010) Ziekenhuis sluit afdelingen om verliezen. *NRC Handelsblad*, 13 december.
- Damme, E.E.C. van (2011) Betere zorg voor minder geld. *ESB*, 96(4604), 111.
- Gaynor, M., R. Moreno-Serra en C. Propper (2010) Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. *NBER Working Paper*, 16164.
- Leerink, B. (2011) Weg met de budgetten in de zorg. *Medisch Contact*, 66(6), 347-349.
- Nieuwenhuis, H. en B. Leerink (2011) Afschaffen instellingsbudgettering urgenter dan afschaffen macro-nacalculatie. *ESB*, 96(4601), 29.
- NVZ (2010) *Zorg voor baten: brancherapport algemene ziekenhuizen 2010*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- NZa (2011a) *Markscan medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2011b) *Verkenning maximale uitbreiding B-segment*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2011c) *Beoordeling productstructuur DOT*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Piersma, J. (2011) Nieuw ziekenhuiscontract levert besparing op van ruim 1 mrd. *Het Financieel Dagblad*, 4 april.
- Propper, C., S. Burgess en D. Gossage (2008) Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991-9. *Economic Journal*, 118(1), 138-170.
- 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 (2011a) *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 32620(6).
- Tweede Kamer (2011b) *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), motie van het lid Mulder c.s.*, 29248(193).
- Tweede Kamer (2011c) *Conceptverslag van een Algemeen Overleg over Dbc's/DOT's*, 6 april.
- Tweede Kamer (2011d) *Verslag 74e vergadering*, 14 april.
- Waarborgfonds (2010) *Jaarverslag 2010 van het Waarborgfonds voor de Zorgsector*. Jaarverslag op www.wfz.nl.