

# Advies commissie macrobeheersinstrument

*Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium*

5 juni 2012

Barbara Baarsma (voorzitter)  
Flip de Kam  
Robin Linschoten  
Weijer VerLoren van Themaat  
Marco Varkevisser

*Ondersteunend secretariaat:*  
Bart van de Gevel

## Samenvatting

Door het wettelijk recht op zorg kan vooraf geen volledige zekerheid worden geboden dat zorguitgaven onder alle omstandigheden binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg blijven. Wel zijn aanvullende maatregelen mogelijk om marktpartijen maximaal te prikkelen binnenskaders te blijven. Hierdoor kan de overheid de uitgaven voor medisch-specialistische zorg en op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg (cGGZ) aanzienlijk beter beheersen dan nu het geval is. Een verstorend macrobeheersinstrument hoeft dan zelden of nooit te worden toegepast, en gaat zo daadwerkelijk als *ultimum remedium* functioneren. Om dit realiseren beveelt de commissie het volgende aan:

- Maak een onafhankelijke en zo geobjectiveerd mogelijke raming van de te verwachten zorguitgaven.
- Maak vervolgens transparant hoe het Budgettair Kader Zorg financieel wordt vertaald naar dekkaders voor medisch-specialistische zorg en cGGZ.
- Stel de budgettaire ruimte voor medisch-specialistische zorg en cGGZ vooraf op jaarbasis vast en verdeel deze over de zorgverzekeraars op basis van de kenmerken van hun verzekerdenbestand.
- Maak voor zorg die tot de basisverzekering behoort het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste.
- Haal het contracteerproces fors naar voren, door verzekeraars te verplichten om zes weken voor 1 januari de contracten met zorgverleners te hebben afgesloten.
- Zorg dat zorgverzekeraars contracteren op basis van transparante criteria en verschillende aanbieders gelijke kansen geven om voor een contract in aanmerking te komen.
- Bouw het transitiebedragmodel zo snel mogelijk af, maak verzekeraars zo snel als verantwoord volledig risicodragend voor medisch-specialistische zorg en cGGZ, en voer integrale tarieven in, waar ook de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten onderdeel van zijn.
- Overweeg – alleen in het geval zorgverzekeraars de aan hen toebedeelde rol als kritische inkoopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken – het BKZ te verhogen of zorgverzekeraars te verbieden meer te contracteren dan het BKZ toestaat.

## 1. Inleiding

De commissie kreeg opdracht te zoeken naar een alternatief instrument om de uitgaven voor medisch-specialistische zorg beheersbaar te houden. Zo mogelijk zou dit instrument ook inzetbaar moeten zijn bij de uitgaven voor op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg. De commissie is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede op initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Centra (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).<sup>1</sup> In dit advies identificeert de commissie het probleem (§2), geeft zij haar uitgangspunten (§3) en presenteert zij het gevraagde alternatief (§4). Enkele op dit moment van kracht zijnde versturende regelingen moeten zo snel mogelijk verdwijnen (§5). De geadviseerde aanpak is niet volledig waterdicht. De commissie geeft ook aan hoe om te gaan met overgebleven risico's ten aanzien van de beheersbaarheid van de zorguitgaven voor medisch-specialistische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ) (§6).

## 2. Spanning tussen geregleerde marktwerking en uitgavenplafonds

In 2006 werd een nieuw zorgverzekeringsstelsel van kracht. Sindsdien verplicht de Zorgverzekeringswet (Zvw) iedere ingezetene een basisverzekering tegen ziektekosten af te sluiten bij een van de in ons land actieve particuliere zorgverzekeraars. De grondgedachte achter het nieuwe stelsel is dat meer (geregleerde) marktwerking de zorg doelmatiger maakt. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunst van verzekeringsnemers. Wat het basispakket betreft zijn de concurrentiewapens daarbij de kwaliteit van de ingekochte zorg en een zo laag mogelijke premie. Om de premie laag te houden zullen zorgverzekeraars scherp moeten onderhandelen bij de inkoop van voldoende zorg.

Het nieuwe stelsel is nog volop in ontwikkeling. Met ingang van 1 januari 2012 is het aantal producten van medisch-specialistische zorg, waar verzekeraars en zorgverleners met elkaar over onderhandelen, teruggebracht van 30.000 naar 4.400. Deze verandering staat bekend onder de naam DOT, wat staat voor 'DBC's op weg naar transparantie'.<sup>2</sup> Het doel is om via de vereenvoudiging van het DBC-systeem te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen. Bij de onderhandelingen over DOT-zorgproducten maken partijen afspraken over prijs en hoeveelheid van ingekochte zorg: prestatiebekostiging.

Over ongeveer 70% van de omzet op het gebied van medisch-specialistische zorg onderhandelen partijen in alle vrijheid (het vrije segment). Voor ongeveer 25% van de medisch-

---

<sup>1</sup> Zie het instellingsbesluit van de minister van VWS van 4 april 2012 (nr. CZ/IPZ-3108414), en het document 'Definitieve opdrachtformulering alternatief macrobeheersinstrument medisch-specialistische zorg' van 13 februari 2012.

<sup>2</sup> DBC staat voor diagnosebehandelcombinatie: een eenheid van gecontracteerde medisch-specialistische zorg.

specialistische zorg geldt nog een maximumtarief (het gereguleerde segment). Slechts voor een beperkt deel (ongeveer 5%) ontvangen ziekenhuizen nog een budget van de overheid; de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage. Deze geldt met name voor de academische component en traumazorg.

Parallel aan de invoering van prestatiebekostiging gaan zorgverzekeraars voor medisch-specialistische zorg meer financieel risico lopen. Nu ontvangen zij achteraf nog kostencompensatie uit het Zorgverzekeringsfonds wanneer hun uitgaven tegenvallen. Deze compensatie vormt onderdeel van het risicovereveningsstelsel. Dit stelsel beoogt zorgverzekeraars financieel te compenseren voor verzekerden met in verhouding hoge ziektekosten. Zo wordt voorkomen dat verzekeraars ‘dure’ klanten werven en voor hen geen goede zorg inkopen. Idealiter vindt deze verevening plaats voordat verzekeraars zorg gaan inkopen. Bij het vaststellen van de vereveningsbijdragen vooraf, ontvangen verzekeraars ten laste van het Zorgverzekeringsfonds een normbedrag op basis van kenmerken van hun verzekerdenbestand, zoals leeftijd, geslacht, postcode, medicijngebruik, diagnose en historische kosten. Omdat de voorspellende waarde van het hiervoor gebruikte vereveningsmodel nog verder verbeterd kan worden, wordt voornamelijk mede achteraf verevend, op basis van de werkelijk gemaakte kosten. Het nadeel van verevening achteraf is dat zij de prikkel voor zorgverzekeraars verzwakt om zorg tegen zo scherp mogelijke prijzen in te kopen. Verliezen worden immers voor een deel alsnog aangezuiverd. Om deze reden ligt het in de bedoeling dat de compensatie achteraf met ingang van 2015 (nagenoeg) volledig vervalt.

Bij de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg wil de minister met ingang van 2013 eveneens prestatiebekostiging invoeren. Ook hier gaan verzekeraars dan met zorgverleners afspraken maken over prijs en hoeveelheid zorg. Hierbij gaan twee maximumtarieven gelden: een standaard maximumtarief en een hoger maximumtarief bij zwaardere vormen van zorg.<sup>3</sup> Het regeerakkoord van het kabinet-Rutte bepaalde dat verzekeraars in 2015 volledig risicodragend zullen zijn voor de cGGZ.<sup>4</sup>

De invoering van dit stelsel, waarbij de door zorgverzekeraars uitgeoefende inkoopvraag naar zorg bepalend is voor de omzet van zorgverleners, gaat gepaard met de nodige onzekerheden en risico's voor zorginstellingen, verzekeraars en overheid. Daarom heeft de minister voor de overgangsfase op 4 juli 2011 een convenant afgesloten met ziekenhuizen en zorgverzekeraars: het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. In aanvulling op dit convenant is een aantal overgangsmodellen van kracht. Die modellen dienen om de risico's voor overheid en partijen uit het zorgveld te beperken. Ook voor de cGGZ geldt een overgangsmodel en wordt op dit moment onderhandeld over een convenant dat de uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg de komende jaren moet beheersen.

---

<sup>3</sup> Tweede Kamerstuk 25 424 nr. 160, p. 2.

<sup>4</sup> Tweede Kamerstuk 32 417 nr. 14.

Bij de medisch-specialistische zorg en de cGGZ heeft de overheid dus in beginsel afscheid willen nemen van het vroegere model waarbij een macrobudget voor de sector gold.<sup>5</sup> Dat is echter nog niet gelukt. Gereguleerde marktwerking biedt op zichzelf geen garantie dat de uitgaven in beide sectoren onder een bepaalde drempel blijven.<sup>6</sup> Omdat de zorguitgaven voor 90% collectief worden gefinancierd, wenst de overheid de kosten van de zorg op macroniveau te blijven beheersen via het Budgettaire Kader Zorg (BKZ). Het BKZ bestrijkt de zorguitgaven voor zover die worden gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet. Het BKZ stelt een bovengrens aan de uitgaven. De minister heeft aangegeven dat de invoering van prestatiebekostiging binnen het raamwerk van het BKZ moet passen.<sup>7</sup>

Dit levert spanningen op. Zo is het maar de vraag of de uitkomst van vrije afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners binnen het bij gelegenheid van de kabinetsformatie voor vier jaar vastgestelde budgettaire kader blijft. De bij een formatie betrokken politici wensen talrijke prioriteiten te honoreren. Dus zijn zij allicht geneigd de toekomstige stijging van de zorguitgaven aan de krappe kant te ramen. De kans op overschrijdingen van het BKZ neemt daarmee toe. Hoe ruimer dit kader bij de formatie wordt bemeten, hoe kleiner de kans is dat het later wordt overschreden. Daarnaast bestaat spanning tussen enerzijds het socialeverzekeringskarakter van het Nederlandse zorgstelsel en anderzijds het hanteren van een budgettaire plafond voor de collectief gefinancierde zorguitgaven. Het rechtstreeks begrenzen van de collectieve zorguitgaven wringt met het bestaande stelsel, waarbij verzekerden recht hebben op zorg. Desondanks heeft de minister met vertegenwoordigers van de aanbieders van medisch-specialistische zorg en zorgverzekeraars het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten, waarin is vastgelegd dat de hoeveelheid verleende zorg jaarlijks met niet meer dan 2,5% toeneemt.

De minister heeft voorts via de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in 2012 een generiek macrobeheersinstrument (mbi) geïntroduceerd, dat bij overschrijdingen van de macrobudgettaire middelen kan worden ingezet. Met het mbi kan de Nederlandse Zorgautoriteit overschrijdingen terughalen door ziekenhuizen te korten naar rato van hun markt-aandeel.<sup>8</sup> Over de dreigende inzet van dit instrument is veel te doen. Van diverse kanten is

---

<sup>5</sup> Om de gewijzigde beleidsopvattingen te markeren is in de hoofdtekst gekozen voor een zwart-wit presentatie. In feite geldt voor de medisch-specialistische zorg en de cGGZ als achtervang nog steeds een macrobudget.

<sup>6</sup> Opmerking verdient dat voor medisch-specialistische zorg ook onder het oude systeem van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen de macro-uitgaven niet op voorhand vaststonden. Binnen het FB-model was het budget voor ziekenhuizen grotendeels variabel en vond achteraf nog nacalculatie plaats. Ten aanzien van cGGZ geldt eveneens dat in de oude situatie vooraf geen zekerheid bestond over de macro-uitgaven, aangezien voor de overheveling naar de Zvw ook in AWBZ reeds sprake was van het “boter bij de vis” principe.

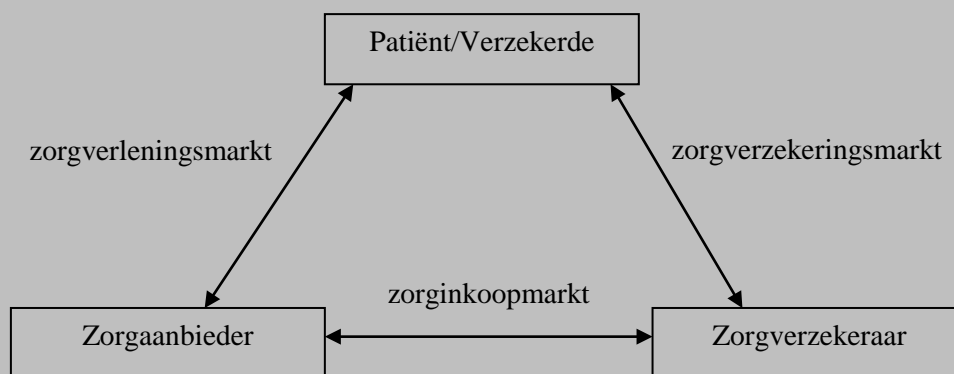
<sup>7</sup> Tweede Kamerstuk 32 620, nr. 6, p. 6.

<sup>8</sup> Technisch gezien is sprake van een ex ante omzetplafond voor de gehele medisch-specialistische zorg. Wordt dit plafond overschreden, dan worden alle zorgaanbieders uit deze deelsector gekort op basis van een vooraf vastgesteld aandeel; zie art. 50, lid 2 in verbinding met art. 37, lid 1 Wmg. Overigens is het de

opgemerkt dat de gekozen vormgeving perverse prikkels meebrengt, omdat goed gedrag wordt bestraft.<sup>9</sup> Beperkt een individueel ziekenhuis zijn extra productie in 2012 tot 2,5%, dan wordt het immers toch gekort wanneer de totale ziekenhuisproductie dit jaar met bijvoorbeeld 4% groeit. De ‘goeden’ moeten in dat geval dus lijden met de ‘kwaden’. Een ziekenhuis dat de productie met 7,5% uitbreidt, zal ook na de generieke korting (met 1,5%) nog altijd 6% omzetgroei realiseren. Onder de aannemelijke veronderstelling dat een hogere productie voor instellingen tot meer winst leidt, ervaart elk ziekenhuis dus een prikkel om de productie vooraf zoveel mogelijk op te voeren. Die uitkomst staat haaks op wat beleidsmakers willen. De commissie is daarom gevraagd een alternatief te bedenken.

### Marktwerving in het Nederlandse zorgstelsel

Binnen de zorgsector is de gereguleerde marktwerving op twee fronten bezig met een opmars. Volgens de Zorgverzekeringswet moet iedereen in Nederland zich verplicht verzekeren voor het basispakket. Op deze *zorgverzekeringsmarkt* concurreren zorgverzekeraars met elkaar om zoveel mogelijk verzekerden te werven. Dat kan door voor hun verzekerden de beste kwaliteit zorg in te kopen, aan verzekerden de laagste nominale premie in rekening te brengen, en via hun dienstbetoon (telefonische bereikbaarheid en dergelijke). Op de *zorginkoopmarkt* concurreren zorgverleners – zoals ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra – met elkaar om contracten binnen te halen voor de levering van zorg, die zorgverzekeraars moeten inkopen voor hun verzekerden.



---

bedoeling om na de invoering van prestatiebekostiging in de cGGZ eenzelfde procedure te gaan volgen; zie Tweede Kamerstuk 25 424, nr. 160, p. 4.

<sup>9</sup> Zie voor uiteenzettingen hoe een korting achteraf leidt tot ongewenste gedragseffecten: Centraal Planbureau (2011), Canoy et al. (2011), Groot en Maassen van den Brink (2010) en Schut, Van de Ven en Varkevisser (2010; 2011). Belangrijkste nadeel is dat de dreiging met een korting *across the board* opwaartse druk zet op prijzen en productie. Tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders kreeg de commissie de bevestiging dat deze effecten zich ook in de praktijk voordoen.

### 3. Uitgangspunten

De commissie meent dat in beginsel de zorgverzekeraars eerstverantwoordelijk zijn voor (het beheersen van) de groei van de zorguitgaven. Zij gaan over de bestedingen in de zorg. Het ligt daarom niet voor de hand om zorgverleners te korten, wanneer het BKZ is of dreigt te worden overschreden omdat zorgverzekeraars de aan hen toebedeelde taak als kritische inkopers van doelmatige zorg kennelijk onvoldoende oppakken. Zorgverleners en zorgverzekerden zijn vanzelfsprekend wel medeverantwoordelijk voor een beheerste ontwikkeling van de (collectieve) zorguitgaven.<sup>10</sup> Zo zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en transparantie hierover richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid.

Bovendien veroorzaakt het macrobeheersinstrument, ongeacht zijn precieze vormgeving, zoals gezegd verstoringen. Daarom is het belangrijk alles op alles te zetten om te voorkomen dat het mbi wordt ingezet. Door een aantal aanpassingen, vooral bij de contractering van zorg, valt dit doel te bereiken. Daarmee wordt het mbi een *ultimum remedium* in de ware zin van het woord. Overigens kan niet volledig uitgesloten worden dat ook in dat geval partijen in enigerlei mate op de dreigende inzet van het mbi zullen anticiperen.

Bij de zoektocht naar een alternatieve oplossingsrichting heeft de commissie de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De aanpak moet logisch passen binnen het Nederlandse zorgstelsel, dat gereguleerde marktwerking kent.
- De kans op overschrijding van het Budgettair Kader Zorg moet worden geminimaliseerd door vooraf zoveel mogelijk waarborgen voor uitgavenbeheersing in te bouwen.
- De aanpak sluit zoveel mogelijk aan bij de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. Het contracteren van zorg vormt in een stelsel met gereguleerde concurrentie het belangrijkste instrument voor uitgavenbeheersing.
- Bij de zorginkoop moet sprake zijn van een gelijk speelveld. Dit betekent dat alle aanbieders van medisch-specialistische zorg en cGGZ op een gelijke en transparante manier in aanmerking komen voor een contract met een zorgverzekeraar.
- Uiteindelijk blijft de mogelijkheid bestaan om als *ultimum remedium* een macrobeheersinstrument in te zetten, maar toepassing van dit mbi moet in de praktijk zelden of nooit nodig zijn.
- Het alternatief moet juridisch geoorloofd en uitvoerbaar zijn. Het moet minder verstorend werken dan het bestaande mbi.

---

<sup>10</sup> Niet alle overschrijdingen van het BKZ kunnen zonder meer op het conto van de zorgverzekeraars worden geschreven. Zo hebben de verzekeraars een zorgplicht voor hun verzekerden.

#### 4. De oplossingsrichting

Om kortingen achteraf – een instrument dat niet goed past in het Nederlandse stelsel dat is gebaseerd op gereguleerde marktwerking – te voorkomen en de collectieve zorguitgaven toch op een passende manier te kunnen beheersen, adviseert de commissie vier stappen te zetten (zie figuur 1):

1. De aan het macrokader voor medisch-specialistische zorg en cGGZ ten grondslag liggende raming moet worden opgesteld door een onafhankelijke partij, zoals het Centraal Planbureau. Het streven is een zo geobjectiveerd mogelijke raming van de te verwachten zorguitgaven op te stellen.<sup>11</sup>
2. Met inachtneming van deze raming wordt door de coalitiepartijen in het regeerakkoord het Budgettaire Kader Zorg voor een gehele kabinetsperiode vastgesteld. Wanneer het BKZ knapper is dan de uitgavenraming aanwijst, moet bij de kabinetsformatie op een transparante manier worden aangegeven welk beleid hieraan ten grondslag ligt (bijvoorbeeld maatregelen om overbehandeling tegen te gaan, verkleining van het pakket collectief verzekerde zorg, of hogere eigen betalingen van zorgverzekerden).
3. Binnen de grenzen van het aldus vastgestelde BKZ, wordt vooraf op jaarbasis in de ministerraad besloten wat de budgettaire ruimte voor medisch-specialistische zorg en cGGZ is en wordt deze ruimte vervolgens over de zorgverzekeraars op basis van de kenmerken van hun verzekerdenbestand verdeeld.  
In het geval de zorgverzekeraars de hun toebedeelde rol als kritische inkopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken, kan de regering overwegen het BKZ te verhogen of een wettelijke contracteerruimte op te leggen. Voor het laatste geval kan in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden vastgelegd dat verzekeraars niet meer medisch-specialistische zorg en cGGZ mogen contracteren dan de vastgestelde kaders.
4. Voor medisch-specialistische zorg en cGGZ die tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet behoort, wordt het sluiten van overeenkomsten (contracten) tussen zorgverzekeraars en zorgverleners een vereiste. Verzekeraars kunnen vervolgens door innovatieve omzetcontracten met zorgverleners te sluiten het risico op overschrijding van het kader voor medisch-specialistische zorg en cGGZ bijna volledig uitsluiten, en tegelijkertijd voldoen aan hun wettelijke zorgplicht.  
Verzekeraars rapporteren vóór eind oktober van jaar t het resultaat van door hen afgesloten inkoopcontracten voor jaar t+1 aan de Nederlandse Zorgautoriteit. De NZa beoordeelt of verzekeraars niet meer gecontracteerd hebben dan ze blijktens het hun

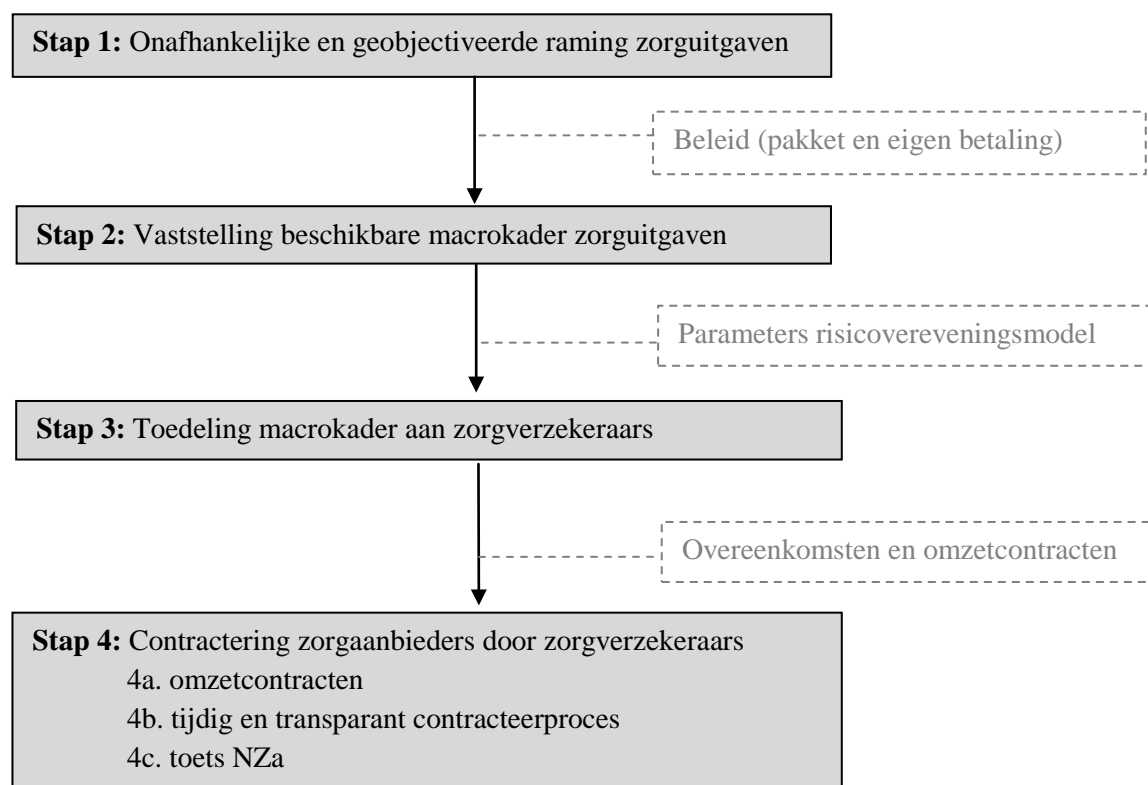
---

<sup>11</sup> Op dit moment maakt het Centraal Planbureau de richtinggevende raming van de te verwachten zorguitgaven. In het verleden bleken deze ramingen te laag te zijn. Intern hanteert het Ministerie van VWS hogere groeicijfers, die bij het opstellen van het BKZ slechts voor driekwart worden gehonoreerd (Algemene Rekenkamer, 2012, p. 13). Tegen deze achtergrond bepleit de commissie het gebruik van zo geobjectiveerd mogelijke ramingen.

toegewezen budget te besteden hebben. Dit betekent dat het contracteerproces in de tijd aanzienlijk wordt vervroegd. Zes weken voor 1 januari van jaar t+1, bij het openbaar maken van modelovereenkomsten, moet duidelijkheid bestaan over de zorg die een verzekeraar heeft gecontracteerd voor jaar t+1.

Bij selectieve of gedifferentieerde contractering dient de verzekeraar aan verzekeringsnemers op basis van objectieve (kwaliteits)criteria aan te kunnen geven waarom bepaalde aanbieders wel en andere niet zijn gecontracteerd (selectieve inkoop) of waarom bij bepaalde aanbieders meer wordt gecontracteerd dan bij andere (gedifferentieerde inkoop). Ook in de richting van de zorgaanbieders dient het contracteerproces te verlopen op basis van transparante, vooraf gepubliceerde criteria, waarbij alle aanbieders die aan de gestelde criteria voldoen een gelijke kans hebben op contractering.<sup>12</sup> Dit geldt in het bijzonder voor nieuwe toetreders zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC's), omdat deze juist belangrijk zijn voor de beoogde concurrentie, dynamiek en vernieuwingsgerichtheid in het stelsel.

**Figuur 1: Uitgavenbeheersing medisch-specialistische zorg en cGGZ in vier stappen**



<sup>12</sup> Dit betekent niet dat zorgverzekeraars verplicht zijn om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder om een overeenkomst te sluiten (omgekeerde contracterplicht). Zorgverzekeraars blijven vrij om te kiezen met welke tegenpartijen zij wel of geen overeenkomst sluiten (selectief contracteren) of minder contracteren (gedifferentieerde inkoop), mits de bij het inkoopbeleid gebruikte criteria objectief en transparant zijn en niet-discriminerend worden toegepast.



De commissie merkt op dat haar oplossingsrichting leidt tot betere beheersing van de zorguitgaven, maar niet noodzakelijk ook tot grotere efficiëntie. Voor dat laatste is waarschijnlijk meer nodig, zoals het verbeteren van de werking van de zorginkoopmarkt. Een en ander valt buiten de reikwijdte van dit advies. Daarnaast bestaat bij elke vorm van uitgavenbeheersing het risico dat wachtlijsten ontstaan of bestaande wachttijden langer worden. Dit geldt ook bij de hier naar voren gebrachte oplossingsrichting. Een financieel krap bemeeten Budgettair Kader Zorg zal onvermijdelijk leiden tot groeiende wachtlijsten, zolang zorgverzekeraars zorg inkopen binnen de aan hen op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte. De toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg en cGGZ – en daarmee de zorgplicht van zorgverzekeraars – kan dan in het gedrang komen. De vier stappen worden hieronder nu puntsgewijs toegelicht.

### **Ruilvoetmutaties**

Een nieuw aantredend kabinet maakt nominale afspraken over de meerjarige ontwikkeling en samenstelling van de collectieve uitgaven, op basis van de dan verwachte ontwikkeling van lonen en prijzen. Vervolgens worden deze meerjarencijfers (de uitgavenplafonds, waaronder het BKZ) gedefleerd met de dan beschikbare raming van de prijs van de nationale bestedingen. Bij het voorbereiden van de begrotingen voor latere jaren uit de kabinetsperiode worden de gedefleerde uitgavenplafonds weer verhoogd conform de meest actuele raming van de prijs van de nationale bestedingen.

Wanneer lonen en prijzen van de collectieve uitgaven onder de plafonds en de prijs van de nationale bestedingen zich anders ontwikkelen dan bij het opstellen van het regeerakkoord werd verwacht, ontstaan ruilvoetmutaties voor de collectieve sector.

Neem aan dat de prijs van de nationale bestedingen zich volgens de verwachting ontwikkelt, maar dat de lonen in de collectieve sector sterker toenemen dan waarmee eerder is gerekend. Dan ontstaat een ruilvoetverlies, dat noopt tot aanvullende bezuinigingen om de uitgaven onder de plafonds te houden. Een flinke verbetering van de cao voor de zorg beperkt dus (beneden het plafond) de ruimte voor andere zorguitgaven (dan de arbeidskosten).

Bij het opstellen van een realistische raming van de zorguitgaven kan met ruilvoetmutaties geen rekening worden gehouden, omdat een volledig juiste inschatting van de ontwikkeling van lonen en prijzen (bij het opstellen van het regeerakkoord tot vier jaar vooruit!) per definitie niet mogelijk is.

### ***Stap 1: Onafhankelijke en geobjectiveerde raming van de zorguitgaven***

De aan het macro-uitgavenkader voor medisch-specialistische zorg en cGGZ ten grondslag liggende raming dient te worden opgesteld door een onafhankelijke partij, zoals het Centraal Planbureau (CPB). Conform de bestaande begrotingssystematiek wordt het budgettai-

re kader aan het begin van de kabinetsperiode voor de gehele periode vastgesteld en in beginsel niet meer verhoogd.<sup>13</sup> Voor overschrijdingen moet de minister van VWS binnen het BKZ compensatie vinden. Het streven een zo geobjectiveerd mogelijke raming van de te verwachten uitgaven op te stellen, is niet zonder problemen. Zorgverleners hebben namelijk aanzienlijke invloed op aantal en duur van de behandelingen. Veel zorg wordt verleend volgens door de beroepsgenoten vastgestelde richtlijnen. Wanneer de opvattingen verschuiven welke aandoeningen voor behandeling in aanmerking komen, kunnen de uitgaven onverwacht stijgen. Zorgverleners beschikken verder over discretionaire beleidsruimte wanneer en hoe lang zij behandeling in concrete gevallen noodzakelijk achten.

### **Een ander ritme voor de cyclus van het (begrotings)beleid**

De commissie wil het contracteren van medisch-specialistische zorg in de tijd aanzienlijk naar voren halen. Dit heeft gevolgen voor de beleidscyclus en de werkwijze van het Ministerie van VWS. Uiterlijk in het voorjaar van jaar  $t$  moeten zorgverzekeraars weten welke veranderingen in het verzekerd pakket en de eigen betalingen van de Zorgverzekeringswet in jaar  $t+1$  van kracht zullen zijn. Het laatste moment om die veranderingen in de begrotingscyclus mee te nemen is het moment waarop de *Voorjaarsnota jaar  $t$*  het parlement bereikt (uiterlijk eind mei van jaar  $t$ ).

Compensatie voor verwachte en/of geconstateerde overschrijdingen van (deelsectoren van) het BKZ die na april jaar  $t$  aan het licht komen, kunnen dus niet meer worden verwerkt in de begrotingstukken voor jaar  $t+1$ , die op de derde dinsdag van september jaar  $t$  bij het parlement worden ingediend.

Ogenschijnlijk bemoeilijkt dit het handhaven van de budgetdiscipline. Maar grote tegenvallers worden ook nu doorgaans pas laat in de loop van het kalenderjaar zichtbaar. Compensatie wordt noodgedwongen met geruime vertraging gezocht. De voorstellen van de commissie verkleinen de kans op tegenvallers in de toekomst aanzienlijk, zodat de begrotingsdiscipline per saldo in belangrijke mate zal verbeteren.

### **Stap 2: Vaststelling beschikbare macrokader zorguitgaven**

Bij de kabinetsformatie betrokken partijen kunnen besluiten het Budgettair Kader Zorg krapper te maken dan de raming van de toekomstige zorguitgaven aangeeft. In dat geval moet transparant zijn via welke maatregelen zij de zorguitgaven denken te kunnen verlagen, bijvoorbeeld door het verzekerde pakket te beperken en eigen betalingen van zorgver-

<sup>13</sup> Wel wordt het uitgavenplafond van het BKZ jaarlijks verhoogd in lijn met de prijsstijging van de nationale bestedingen.

zekerden op te voeren.<sup>14</sup> De commissie ziet hierbij geen rol voor vooraf ingeboekte efficiëntiewinsten, omdat de realisatie daarvan te onzeker is.

De verwachte opbrengst van de voorgestelde maatregelen moet, net zoals nu te doen gebruikelijk is, worden getoetst door het CPB. Dit, om te voorkomen dat het kabinet de opbrengst van bepaalde maatregelen te rooskleurig inboekt, en vervolgens het macrobeheersinstrument nodig heeft om alsnog de ingeboekte opbrengst binnen te halen.

Verder moet op een transparante manier worden aangegeven hoe het BKZ doorvertaald is naar de specifieke uitgavenkaders voor medisch-specialistische zorg en cGGZ. Aan deze voorwaarde is volgens de Algemene Rekenkamer op dit moment niet voldaan.<sup>15</sup>

### ***Stap 3: Toedeling macrokader aan zorgverzekeraars***

Het voor medisch-specialistische zorg en cGGZ beschikbare macrokader dient vervolgens, zoals in feite nu ook al gebeurt, jaarlijks vooraf met behulp van het risicovereveningsmodel in jaar  $t$  aan de verschillende zorgverzekeraars te worden toebedeeld. Hierdoor is bij elke verzekeraar van tevoren bekend hoeveel hij, gegeven de kenmerken van zijn verzekerdenbestand, kan besteden voor de inkoop van medisch-specialistische zorg en op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg in jaar  $t+1$ . Dit bedrag kan via de uiteindelijke eveningsbijdrage nog wel wijzigen, wanneer een correctie nodig is doordat verzekerden elk jaar rondom de jaarwisseling naar een andere zorgverzekeraar mogen overstappen (zie bij stap 4c).

Wat te doen als verzekeraars gezamenlijk niet binnen het gewenste jaarkader blijven? Volgens de commissie is de regering dan aan zet, en heeft zij daarbij twee opties: (1) het verhogen van het Budgettair Kader Zorg of (2) het wettelijk vastleggen dat verzekeraars niet meer mogen contracteren dan de contracteerruimte die aan hen op basis van het ex ante risicovereveningsmodel is toebedeeld (wettelijk vastgestelde contracteerruimte). Deze laatste optie is volgens de commissie juridisch mogelijk, maar dient pas te worden overwogen nadat blijkt dat de zorgverzekeringmarkt onvoldoende werkt. Vooralsnog gaat de commissie – op grond van het feit dat (i) de kostencompensaties achteraf steeds verder worden teruggeschroefd en (ii) het door de commissie geadviseerde stringente contracteerbeleid de zorguitgaven veel beter beheersbaar maakt – namelijk uit van voldoende disciplinerende werking van premieconcurrentie op de zorgverzekeringmarkt.

Tegelijk erkent de commissie dat het zorgverzekeraars dus vrij staat om meer zorg te contracteren dan binnen het BKZ voor medisch-specialistische zorg en cGGZ is voorzien. Ook al ontvangen de verzekeraars hiervoor niet langer (achteraf) geld uit het Zorgverzekerings-

---

<sup>14</sup> Het BKZ stelt een grens aan de netto zorguitgaven: de bruto zorguitgaven, verminderd met de opbrengst van eigen betalingen. Hogere eigen betalingen ontlasten dus het BKZ.

<sup>15</sup> Tweede Kamer 33 060 nr. 2. pp. 12-13.

fonds, zij kunnen voor de financiering uit andere bronnen putten. Zo kunnen zij de nominale premie verhogen, positieve beleggingsresultaten inzetten, hun beheerskosten beperken, eenmalig ‘tafelzilver’ verkopen en interen op aanwezige reserves. Zorgverzekeraars zijn zich er natuurlijk van bewust dat zij na een premieverhoging klanten kwijtraken. Dit beperkt hun armslag om extra zorg in te kopen. Dit gaat echter niet op als een verzekeraar aan zijn verzekerden kan aantonen dat de hogere premie leidt tot betere zorg en dat de eigen verzekerden in het ziekenhuis eerder aan de beurt zijn. De kans dat concurrentiedruk alleen niet voldoende zekerheid biedt dat verzekeraars binnen de aan hen toebedachte kaders blijven, is groter wanneer het macrobudget te krap is bemeten en wachtlijsten ontstaan.

Het opleggen van een wettelijke contracteerruimte is voor de commissie daarom een ‘stok achter de deur’ in het geval de zorgverzekeraars de hun toebedeelde rol als kritische inkoopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken.

#### **De stok achter de deur: zorgverzekeraars mogen niet meer contracteren dan het BKZ toestaat**

Om te bereiken dat de uitgaven aan medisch-specialistisch zorg en cGGZ binnenskaders blijven, kan via een aanpassing van de Wmg worden verboden dat verzekeraars meer basiszorg contracteren dan het hun toegewezen kader toestaat. Zo’n verbod is Europees rechtelijk toegestaan, omdat het beperkt blijft tot de uitgavenkant. Aangezien de voorgestelde maatregelen de tariefvrijheid van verzekeraars intact laten en geen maximering van de premie tot gevolg hebben, zijn ze niet strijdig met artikel 29 van de Derde Schaderichtlijn.

Mocht dit onverhoopt toch het geval zijn, dan lijkt de aanbevolen wettelijke maatregel in beginsel te rechtvaardigen vanwege het – door het Hof van Justitie erkende – algemene belang van het financiële evenwicht van het zorgstelsel. In deze uitzondering voorziet artikel 54 lid 1 van de Derde Schaderichtlijn.<sup>16</sup> Bovendien zullen de voorgestelde maatregelen zonder discriminatie gelden voor alle in Nederland werkzame zorgverzekeraars.

Een wettelijke beperking van de contracteerruimte zal zo moeten worden vormgegeven, dat zorgverzekeraars te allen tijde aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Dit betekent dat, als de verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg, de zorgverzekeraar de benodigde zorg kan leveren. Mocht het door de commissie aanbevolen verbod in de Wmg worden opgenomen, dan is het raadzaam een clause toe te voegen met de strekking dat de budgettaire limiet nooit kan leiden tot het niet voldoen aan de zorgplicht.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> HvJ EU, (C-169/07) 10 maart 2009, *Hartlauer*, r.o. 47. Uit Van de Ven et al. (2009, pp. 59-60) volgt dat het onzeker is of het financieel evenwicht wel een algemeen belang is waarop de verzekering betrekking heeft. Dit belang is volgens het Evaluatierapport eerder een dwingende reden van algemeen belang, die een belangrijke rol speelt ingeval van strijd met het bredere vrije verkeer van verzekeringsdiensten en vrije vestiging.

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld door de verbodsbepaling te laten voorafgaan door de formulering “Niettegenstaande de zorgplicht van artikel 11, lid 1 Zvw.”

#### **Stap 4: Contractering zorgaanbieders door zorgverzekeraars**

##### 4a. Omzetcontracten

Alleen wanneer zorgverzekeraars omzetcontracten sluiten met zorgverleners zijn zij in staat de kosten te beheersen, en te blijven binnen de aan hen op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte voor medisch-specialistische zorg en de cGGZ. Om dit te realiseren moet aan twee voorwaarden zijn voldaan: (i) voor zorg gedekt door de Zorgverzekeringswet worden contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste, en (ii) het sluiten van omzetcontracten wordt verplicht gesteld.

Aan de eerste voorwaarde kan worden voldaan door, in aanvulling op de voorgenomen aanpassing van artikel 13 Zvw die het mogelijk maakt om bij zorg verleend door niet-gecontracteerde aanbieders geen vergoeding te geven,<sup>18</sup> de zorgplicht van artikel 11 Zvw te beperken tot naturazorg. Voor naturapolissen geldt dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders contracten moeten sluiten om hun zorgplicht waar te kunnen maken, want deze impliceert in dat geval namelijk een wettelijke plicht tot het leveren van zorg. Hiervoor is een wetswijziging nodig. Een alternatief is om op grond van artikel 12 Zvw medisch-specialistische zorg en cGGZ aan te wijzen als vormen van zorg die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de zorgaanbieder een zorgcontract is gesloten (overeenkomstenplicht): *“Bij algemene maatregel van bestuur kunnen ter bescherming van het algemeen belang vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de aanbieder van de desbetreffende zorg of dienst een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de aanbieder bij hem in dienst is.”* Beide varianten waarbij zorgverzekeraars vooraf met aanbieders moeten contracteren, maken toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt op zich zelf niet gemakkelijker. Daarmee komen ook de vrij verkeer-regels in beeld.<sup>19</sup> Buitenlandse zorgverzekeraars zijn dan immers ook verplicht met lokale zorgaanbieders te contracteren, met als mogelijk gevolg dat het vrije verkeer van diensten wordt beperkt. De commissie beveelt daarom aan om deze verplichting ter toetsing voor te leggen aan de Europese Commissie.

Tevens kan het sluiten van omzetcontracten op grond van artikel 45 Wmg verplicht worden gesteld. De preambule van de Wmg noemt als een van de doelen van deze wet expliciet beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. Artikel 45 Wmg luidt als volgt: *“De*

---

<sup>18</sup> Tweede Kamer 29 689. nr. 383.

<sup>19</sup> In de MvT bij de Zvw is aangegeven dat de Europese Commissie niet kan uitsluiten *“dat een verplichting voor verzekeraars om zorg in natura te leveren in conflict is met de bepalingen over het vrij verkeer van diensten. Een dergelijke verplichting zou een belangrijke barrière kunnen opwerpen voor niet-Nederlandse verzekeraars, omdat zij dan moeten contracteren met lokale zorgaanbieders. De verplichting om zorg in natura te leveren zou, gezien uitspraken van het Europees Hof van Justitie, in strijd kunnen zijn met de beginselen van proportionaliteit en noodzakelijkheid.”* Het voorstel de basisverzekering te beperken tot naturapolissen, komt in zekere zin op een verplichting neer. *Kamerstukken II*, vergaderjaar 2003-2004, 29763, nr. 3, p. 23-24.

*zorgautoriteit kan, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten.”* Het is de vraag of het praktisch dan wel wenselijk is een verplichting tot het sluiten van omzetcontracten onder deze bepaling te schuiven. De Nederlandse Zorgautoriteit is hier het bevoegde orgaan. De NZa zal deze bevoegdheid, vanwege het ingrijpende karakter ervan, alleen gebruiken als zij in het kader van haar uitoefening van het markttoezicht algemene, structurele marktbelemmeringen constateert. Gelet op het voorafgaande lijkt het uit wetssystematisch oogpunt wenselijker zo'n algemene verplichting voor zorgverzekeraars op te nemen bij de andere algemene verplichtingen die zijn geregeld in paragraaf 4.2 Wmg.

### **Vergoeding van niet-gecontracteerde zorg**

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

Het alternatief is medisch-specialistische zorg en cGGZ aan te wijzen als vormen van zorg die slechts op basis van een zorgcontract mogen worden verstrekt of vergoed. Dan bedraagt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg nul euro. Aan deze optie kleeft het bezwaar dat zorgverzekeraars zwakker staan bij onderhandelingen met zorgaanbieders, omdat polissen met selectief ingekochte zorg voor verzekerden in dat geval erg onaantrekkelijk kunnen zijn.

Bovenstaande aanbevelingen betekenen niet dat verzekerden niet langer terecht zouden kunnen bij ongecontracteerde aanbieders van medisch-specialistische zorg of cGGZ-zorg. Wie dat willen, kunnen zich hiervoor via een aanvullende polis verzekeren.<sup>20</sup> Deze privateverzekerde zorg valt buiten de Zorgverzekeringswet en is daarmee niet relevant voor het BKZ.

Door alleen gecontracteerde medisch-specialistische zorg en cGGZ-zorg onderdeel te maken van het basispakket van de Zorgverzekeringswet wordt voorkomen dat het beroep op ongecontracteerde zorg in het buitenland leidt tot overschrijding van het uitgavenkader. Op dit moment telt zorg die in het buitenland wordt verleend mee voor het BKZ, maar vervol-

<sup>20</sup> Voor deze aanvulling geldt dan niet regulering als het verbod op premiedifferentiatie, de risicoverevening en een acceptatieplicht.

gens blijven buitenlandse zorgverleners buiten schot bij eventuele ombuigingsmaatregelen. Bij de oplossingsrichting van de commissie moeten verzekeraars ruim voor het begin van het kalenderjaar contracten afsluiten, zowel met Nederlandse als met in aanmerking komende buitenlandse zorgverleners.

#### **Acute medisch-specialistische zorg in het buitenland**

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

#### 4b. Tijdig en transparant contracteerproces

Voor effectieve uitgavenbeheersing is goede en tijdige contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders essentieel. In de huidige situatie worden contractonderhandelingen pas gedurende het lopende kalenderjaar afgerond. Dat is onwenselijk. Het contracteerproces moet in de tijd aanzienlijk worden vervroegd. Zorgverzekeraars zullen in jaar t duidelijk naar de buitenwereld moeten communiceren welke aanbieders van medisch-specialistische zorg zij voor jaar t+1 hebben gecontracteerd en welke objectieve criteria zij bij hun zorginkoopbeleid hebben gehanteerd. Die duidelijkheid moeten zij uiterlijk half november van jaar t verschaffen, zodat verzekerden voldoende tijd hebben om eventueel naar een andere verzekeraar over te stappen.

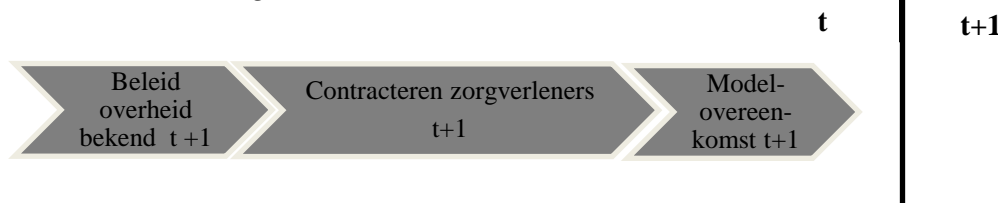
Verzekeraars dienen contracten met zorgverleners dus zes weken voor 1 januari, bij het openbaar maken van modelovereenkomsten, te hebben afgerond. Dit is volgens de commissie ook nodig om de nominale Zvw-premie goed te kunnen vaststellen en om tijdig gedifferentieerd of selectief zorg te kunnen inkopen (figuur 2). Dit vergt eenmalig een administratieve inhaalslag en een culturomslag in het contracteerproces. De commissie heeft zowel van verzekeraars als zorgverleners begrepen dat zo'n vervroegde contractering van zorg in principe mogelijk is. Dit proces betekent ook voor de overheid een omslag, aangezien vóór juni in jaar t de regelgeving rond moet zijn voor jaar t+1. De ruimte om bij de laatste besluitvorming over de rijksbegroting voor jaar t+1 (in augustus van jaar t) nog maatregelen te nemen ten aanzien van medisch-specialistische zorg en cGGZ-zorg vervalt daarmee (grotendeels).

## Figuur 2: Contracteerproces naar voren halen

*Huidige situatie*



*Toekomstige situatie*



Tijdens het contracteerproces dienen de verschillende typen aanbieders van medisch-specialistische zorg<sup>21</sup> en cGGZ-zorg op een gelijke en transparante manier in aanmerking te komen voor een contract. Dit geldt in het bijzonder voor nieuwe toetreders zoals ZBC's, omdat kleinschalige gespecialiseerde aanbieders van medisch-specialistische zorg over het algemeen in staat zijn kwalitatief goede zorg te leveren tegen een aantrekkelijke prijs en als 'luis in de pels' van de reguliere ziekenhuizen de beoogde dynamiek en vernieuwingsdrang verder kunnen stimuleren.<sup>22</sup> Het is aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit om alert te zijn op signalen van mogelijk misbruik van inkoopmacht door de zorgverzekeraars en indien nodig (preventieve) maatregelen te nemen.

Bij dit gedifferentieerde of selectieve contracteerproces speelt objectieve kwaliteitsinformatie een belangrijke rol. Ten eerste, omdat dit verzekeraars in staat stelt om zowel op prijs als kwaliteit afspraken te maken. Ten tweede, omdat verzekeringsnemers zo de gedifferentieerde of selectieve inkoop van de zorgverzekeraar kunnen beoordelen en op basis hiervan hun keuze voor een zorgverzekeraar kunnen bepalen. Per 2013 komt er een Kwaliteitsinstituut, ondergebracht bij het College voor Zorgverzekeringen, dat verantwoordelijk wordt voor het openbaar maken van deze informatie. Het vergaren en openbaar maken van kwaliteitsinformatie ligt primair bij het veld, maar waar dit uitblijft of niet snel genoeg gaat, kan het instituut zijn doorzettingsmacht gebruiken. Overigens verwacht de commissie dat de aanbevolen oplossingsrichting – om het contracteerproces aanzienlijk belangrijker te maken en fors te vervroegen – partijen zal prikkelen om mee te werken aan het bijeenbrengen van objectieve kwaliteitsinformatie, en een impuls zal geven aan de vorming van het kwaliteitsdossier.

<sup>21</sup> Dit betreft universitair medische centra, topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

<sup>22</sup> Bij de medisch-specialistische zorg luiden ZBC's momenteel de noodklok omdat zij slechts in (zeer) beperkte mate door zorgverzekeraars worden gecontracteerd en daardoor in financiële problemen raken. Zie bijvoorbeeld 'Privéklinieken luiden noodklok over zorgcontracten' (Severt, 2012) en 'Privéklinieken op zwart zaad' (Trouw, 2012).



### **Schadejaar versus kalenderjaar**

Een complicatie die op zich los staat van vervroegd contracteren, maar die wel gelijktijdig opgelost dient te worden, is het verschil in boekjaren die zorgverzekeraars en zorgverleners hanteren. Ziekenhuizen werken met kalenderjaren en zorgverzekeraars met schadejaren. Een schadejaar loopt van het moment van openen van een DBC tot aan het sluiten ervan. Daar waar het kalenderjaar vast ligt, kan de duur van een schadejaar variëren. Het Budgettair Kader Zorg sluit aan op het begrip schadejaar.

Om contractering en administratieve afwikkeling beter op elkaar te kunnen afstemmen, is het gewenst dat een eenvoudige aansluiting tussen de begrippen schadejaar en kalenderjaar wordt gerealiseerd. Daarnaast is het gewenst dat zorgaanbieders verzekeraars zo spoedig mogelijk informeren over de kosten van afgesloten DBC's en, voor zover de DBC's aan het einde van het kalenderjaar nog niet zijn afgesloten, verzekeraars zo spoedig mogelijk na het einde van het kalenderjaar informeren over onderhanden werk.

Zorgverzekeraars moeten (volledig) risicodragend worden over de uitgaven: dus (vrijwel) geen compensatie achteraf.<sup>23</sup> Zij kunnen dit risico vervolgens beheersen via het contracteerproces en de hieruit voortvloeiende bekostiging. Eén mogelijkheid is op de traditionele manier afspraken te maken over zowel prijs als hoeveelheid ingekochte zorg. Nog beter lenen zich hier waarschijnlijk contracten voor waar verzekeraars het risico op hoge(re) uitgaven delen met de zorgaanbieders. Zorgmarktadvies en Pels Rijcken & Droogleevoer Fortuijn (2011) hebben onderzoek gedaan naar innovatieve contractvormen. Zij geven een overzicht van de voor- en nadelen van verschillende contractvormen, en concluderen dat binnen de bestaande wet- en regelgeving veel mogelijk is. Deze bevinding sterkt de commissie in haar opvatting dat verzekeraars met deze contracten in staat moeten zijn om effectief de kosten te beheersen en tegelijkertijd hun zorgplicht in te vullen.<sup>24</sup>

#### 4c. Toets Nederlandse Zorgautoriteit

Verzekeraars rapporteren het resultaat van de contractonderhandelingen aan de NZa en deze instantie beoordeelt of een verzekeraar via contracten voldoende afgedekt heeft dat hij niet meer besteedt dan de op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte. Dit kan gebeuren in het verlengde van de controle die de NZa nu al op de modelovereenkomsten doet.

<sup>23</sup> Om risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt tegen te gaan en de kwaliteit van ingekochte zorg te waarborgen, dient de afbraak van compensaties achteraf hand in hand te gaan met (i) betere risicoverevening vooraf en (ii) grotere transparantie door de beschikbaarheid van betere kwaliteitsindicatoren.

<sup>24</sup> Een contract dat zich hiervoor in het bijzonder lijkt te lenen is een lump-sum afspraak met doorleverplicht. Bij dit contract heeft het ziekenhuis de zekerheid van een omzetgarantie, maar draagt het wel het opwaartse volumerisico. Deze risicodeling is vanuit een maatschappelijk oogpunt efficiënt als het ziekenhuis ook het beste in staat is om dit volume op een goede manier te beheersen. Voor 2012 heeft het Hagaziekenhuis met Menzis een dergelijke lump-sum afspraak gemaakt (Van Aartsen, 2011).

### **Contractering in de praktijk**

Bij prestatiebekostiging declareren zorgverleners de geleverde prestaties (DOT-zorgproducten voor medisch specialistische zorg en DBC's voor cGGZ) achteraf. Een DOT-zorgproduct of DBC loopt maximaal een jaar. De bedragen die verzekeraars uiterlijk half november van jaar t hebben gecontracteerd voor jaar t+1 leiden – afgezien van uitgekeerde voorschotten – dus voor een aanzienlijk deel pas tot definitieve betalingen in jaar t+2. Met dit tempoverschil moet bij de toewijzing van budgetten rekening worden gehouden. Wanneer zorgverleners te veel declareren, en de zorgverzekeraar constateert dit pas in een laat stadium, dan moet hij de uitbetaalde 'overmaat' van de zorgverlener kunnen terugvorderen.

Het is theoretisch denkbaar dat half november van jaar t nog te weinig contracten zijn afgesloten voor zorgverlening in jaar t+1. In de praktijk zal deze situatie zich naar het oordeel van de commissie niet snel voordoen. Het zou immers betekenen dat een zorgverzekeraar in jaar t+1 een deel van zijn zorgplicht verzaakt, omdat in bepaalde regio's onvoldoende medisch-specialistische zorg en/of cGGZ is ingekocht. Omgekeerd zal de directie van een ziekenhuis of GGZ-instelling niet willens en wetens aankoersen op financiële problemen, omdat voor jaar t+1 geen of veel te weinig omzet is gegarandeerd. Mochten zich onverhoopt toch situaties voordoen waarbij zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen, dan beschikt de Nederlandse Zorgautoriteit over bevoegdheden om de ontstane patstelling te doorbreken. Zo kan de NZa zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht, die weigeren een contract te tekenen, op grond van de Wmg verplichten akkoord te gaan met een redelijk verzoek van een zorgverzekeraar.

Vervolgens kunnen verzekerden kiezen voor een zorgverzekeraar. Dit leidt tot mutaties tussen verzekeraars. Zo is dit jaar 6% van de verzekerden overgestapt naar een andere verzekeraar.<sup>25</sup> Het inkoopbeleid ligt echter niet in handen van de 26 risicodragende zorgverzekeraars, maar op het niveau van vier concerns: Achmea, CZ, Menzis en VGZ. Daarnaast hebben de kleine verzekeraars hun inkoop gebundeld in Multizorg. Hierdoor zijn op dit moment vijf inkopers actief. Het aantal overstappende verzekerden en de noodzaak al gesloten contracten daarvoor aan te passen ligt op dit niveau een stuk lager dan 6%.

De commissie acht de onzekerheid over het aantal overstappers onderdeel van het ondernemersrisico van een zorgverzekeraar. Verzekeraars zijn in staat dit risico bij de contractonderhandelingen met zorgaanbieders te betrekken. Zo kunnen zij binnen een contract met het ziekenhuis een clausule opnemen, waarbij een contract beperkt of uitgebreid kan worden op basis van winst of verlies van het aantal verzekerden. Wel kan de NZa dus alleen beoordelen of de contractering op orde is op basis van de populatie in jaar t en niet die van jaar t+1. Hierdoor bestaat een risico dat achteraf onvoorziene overschrijdingen plaatsvinden door mutaties in het aantal verzekerden per verzekeraar. Ervan uitgaande dat scherper

---

<sup>25</sup> Vektis (2012).

inkopende verzekeraars een lagere premie kunnen offeren, waardoor zij hoogstwaarschijnlijk hun aantal verzekeringnemers zien groeien, denkt de commissie dat dit probleem in de praktijk een betrekkelijk beperkte omvang zal hebben.

### **Functionele omschrijving van zorgaanspraken en budgettering**

De aanspraken van verzekerden op zorg worden steeds meer ‘functioneel’ omschreven. Zo hebben verzekerden geen aanspraak op ziekenhuiszorg, maar op medisch-specialistische zorg. Die kan formeel alleen worden verleend door ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra of diagnostische centra en de daar werkzame medisch specialisten. Dankzij de functionele omschrijving van de aanspraak kunnen verzekeraars deze zorg bij elk van de genoemde instellingen inkopen. Zij kunnen dus in zee gaan met de zorgverlener die de laagste prijs met vergelijkbare kwaliteit in rekening brengt.

De commissie stelt voor uit het Budgettair Kader Zorg een gemaximeerd bedrag af te zonderen voor de inkoop van medisch-specialistische zorg. Een deel van deze zorg kan echter ook in de ‘eerste lijn’ worden verleend door huisartsen, vroedvrouwen en zo verder: kleine chirurgische ingrepen, kleine diagnostiek, thuisbevallingen, zorg voor mensen met diabetes. Deze zorg in de eerste lijn is vaak goedkoper. Verzekeraars kunnen – gegeven het toegewezen budget – dus meer medisch-specialistische zorg inkopen wanneer zij zorg in de eerste lijn in de plaats stellen van zorg in de tweede lijn (‘substitutie’). Het beleid van de overheid is hierop ook gericht. Verzekeraars ervaren een prikkel om dit beleid te effectueren.

De commissie neemt aan dat ook andere zorgverleners te maken krijgen met een deelbudget uit het BKZ. Het is denkbaar dat substitutie op substantiële schaal ertoe leidt dat in de tweede lijn minder medisch-specialistische zorg wordt gecontracteerd (dan het deelbudget voor dit type zorg toestaat), maar dat budgetten voor de eerste lijn in dit geval (dreigen te) worden overschreden.

Een actueel voorbeeld is dat wanneer huisartsen meer zorg voor chronisch zieken voor hun rekening nemen, waardoor mensen minder snel in het ziekenhuis belanden, het financieel kader voor huisartsen wordt overschreden en huisartsen worden gekort. Dit ontmoedigt vormen van doelmatige substitutie. Om dit te voorkomen moet het mogelijk zijn dat verzekeraars kunnen schuiven met deelbudgetten binnen het BKZ, tot het bedrag waarmee aantoonbaar zorg is overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn.

De commissie is gevraagd om een voorstel van het Ministerie van VWS te toetsen op toegevoegde waarde en uitvoerbaarheid.<sup>26</sup> Dit voorstel van VWS ligt in lijn met de oplossingsrichting die de commissie wijst, maar het verschilt daarvan op een aantal wezenlijke punten. Zo ligt in het VWS-voorstel het toetsingsmoment pas in maart van het jaar t+1 en

<sup>26</sup> Definitieve opdrachtformulering alternatief macrobeheersinstrument medisch-specialistische zorg van 13 februari 2012, p. 3.

blijft ook ongecontracteerde zorg deel uitmaken van het basispakket. De commissie is er stellig van overtuigd dat een toets in maart van jaar t+1 te laat is. Op dit tijdstip hebben verzekerden hun keuze voor een zorgverzekeraar namelijk al gemaakt en is de ruimte om contracten aan te passen beperkt. De commissie stelt daarom voor om al in oktober van het voorafgaande jaar t te toetsen, zodat verzekerden nog een goed geïnformeerde afweging kunnen maken bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Daarnaast is het volgens de commissie alleen mogelijk om de kosten vooraf te beheersen, wanneer zorg verstrekt en vergoed wordt op basis van omzetcontracten. Bovendien geeft de commissie als stok achter de deur ter overweging mee om, in het geval zorgverzekeraars de aan hen toebedeelde rol als kritische inkopers van doelmatige zorg onvoldoende waar (kunnen) maken, ze te verbieden meer omzet bij zorgaanbieders te contracteren dan hun dekkader toelaat. Dit zou verzekeraars dwingen aan uitgavenbeheersing mee te werken.

## 5. **Kans op overschrijdingen groot in overgangsfase naar vraagsturing**

Gesprekken met vertegenwoordigers van zorgverleners en zorgverzekeraars hebben de commissie duidelijk gemaakt dat op dit moment nog van kracht zijnde overgangsregelingen op weg naar volledige prestatiebekostiging enkele flinke belemmeringen bevatten voor een effectieve uitgavenbeheersing. Bij de geschetste oplossingsrichting is het belangrijk deze belemmeringen zo snel als verantwoord is uit de weg te ruimen. Het betreft het transitiebedragmodel, de kostencompensaties achteraf en het beheersmodel medisch specialisten.

In 2012 en 2013 geldt voor medisch-specialistische zorg een zogenaamd transitiebedragmodel. Dit houdt in dat bij instellingen tijdelijk omzetverschillen door de komst van prestatiebekostiging worden verrekend via een transitiebedrag (kan zowel positief als negatief zijn). Dit bedrag is voor een individueel ziekenhuis het verschil tussen de omzet volgens het oude systeem, berekend via een 'schaduwbudget', en de omzet op basis van DOT-zorgproducten. In 2012 geldt er een verrekeningspercentage van 95% en in 2013 van 70%. In 2014 zou dit 'vangnet' volledig moeten zijn weggehaald. Verzekeraars lopen op het schaduwbudget geen financieel risico, en op het contracteren van prestaties wel. Zij hebben hierdoor een prikkel om bij ziekenhuizen de prestaties (DOT-zorgproducten) scherp in te kopen en ziekenhuizen tegemoet te komen via het schaduwbudget. Dit vergroot de kans op overschrijding van het macrokader.<sup>27</sup> De commissie beveelt daarom aan het transitiebedragmodel zo snel mogelijk af te breken.

Deze aanbeveling geldt ook voor de cGGZ waar het de bedoeling is om met ingang van 2013 de registratie van AWBZ-parameters<sup>28</sup> af te schaffen en alle zorgaanbieders te bekostigen op basis van DBC's. Om een behoedzame overgang mogelijk te maken, zal dat jaar een transitiebedragmodel van kracht zijn voor de huidige gebudgetteerde instellingen. Het ver-

<sup>27</sup> Het transitiebedragmodel roomt anderzijds te hoge opbrengsten eveneens af.

<sup>28</sup> AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en is een volksverzekering voor langdurige zorg.

schil tussen wat zij onder het nieuwe systeem voor hun zorg krijgen en wat zij onder het oude systeem voor die zorg zouden hebben gekregen, wordt hierdoor tot op zekere hoogte tijdelijk gedempt.

Ten tweede is het belangrijk dat verzekeraars risicodragend zijn, zodat overschrijdingen van de aan hen op grond van het risicovereveningsmodel toebedachte bestedingsruimte daadwerkelijk ten laste van hun exploitatieresultaat komen. Wel is het dan essentieel dat de risicoverevening vooraf verder wordt verbeterd.<sup>29</sup> Vooral voor de cGGZ is een adequate ex ante risicoverevening nog geen realiteit.<sup>30</sup> De risicodragendheid van verzekeraars neemt toe, doordat in de periode 2012-2014 de verevening achteraf bijna volledig verdwijnt. Wel worden dure geneesmiddelen nog nagecalculeerd en is verevening achteraf voor de cGGZ nog voor een groot deel van kracht. Het is essentieel dat verzekeraars op den duur volledig risicodragend worden. Een situatie van vrije prijzen in combinatie met risicoverevening achteraf is ongewenst. Dit maakt de kans op overschrijdingen wel heel groot. De commissie adviseert aan de verevening achteraf zo snel mogelijk een einde te maken.

Ten derde vormt het beheersmodel medisch specialisten een flinke belemmering voor het gedifferentieerd of selectief contracteren door zorgverzekeraars doordat het de status quo bestendigt. Dit model budgetteert de honoraria van vrijgevestigd specialisten per instelling. Omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen zijn hierdoor moeilijk te realiseren.<sup>31</sup> Dit beperkt verzekeraars in hun mogelijkheden gedifferentieerd en selectief te contracteren en het verstoort het gelijke speelveld, doordat het de status quo bestendigt. Door als uitgangspunt de situatie in 2009 te nemen hebben nieuwe toetreders, zoals zelfstandige behandelcentra, geen gelijke kans, zeker wanneer zij de afgelopen jaren (snel) zijn gegroeid. Voor de door de commissie geadviseerde oplossingsrichting is het daarom essentieel dat zo snel mogelijk integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg worden ingevoerd. Bij integrale tarieven omvat de vergoeding die een zorgverlener afsprekt met de zorgverzekeraar ook de beloning van de vrijgevestigde specialisten. In het convenant Bekostiging vrij gevestigd specialisten 2012-2014 hebben de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS inderdaad vastgelegd dat er per 2015 integrale tarieven komen.<sup>32</sup>

## **6. Onverhoopte overschrijdingen**

De door de commissie geadviseerde oplossingsrichting minimaliseert de risico's dat de budgettaire dekkingsgraden voor medisch-specialistische zorg en de cGGZ worden overschreden. In het geval van omzetcontracten geldt immers dat wanneer een zorgverlener meer

---

<sup>29</sup> Stam en Van de Ven (2008) en Van de Ven (2011).

<sup>30</sup> WOR (2011).

<sup>31</sup> Er is overigens wel ruimte om meer specialisten in loondienst aan te nemen, aangezien deze niet onder het beheersmodel vallen.

<sup>32</sup> Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 165.

zorg levert dan contractueel met de zorgverzekeraar is overeengekomen, de hiermee verband houdende meerkosten voor eigen rekening van de zorgaanbieder komen.

Ook bij de oplossingsrichting van de commissie blijft zorg een verzekerd recht, houdt de zorgverzekeraar zorgplicht en blijft dus altijd een risico bestaan op overschrijdingen van het uitgavenkader. De commissie verwacht dat zorgverzekeraars beter dan de overheid in staat zijn om dit risico met zorgverleners te delen. Zorgverleners beschikken over de beste informatie om dit risico te beheersen.

Mocht zich – ook na inzet van de stok achter de deur (verbod voor verzekeraars om meer te contracteren dan het BKZ toestaat, zie stap 3 hierboven) – onverhoopt een overschrijding van de budgettaire deelkaders voordoen, dan komt deze volledig voor rekening van de betrokken zorgverzekeraars: zij zullen hun nominale premie moeten verhogen of interen op hun reserves. Voor de overschrijding van het Budgettair Kader Zorg biedt dit geen oplossing, terwijl een premieverhoging de collectievelastendruk opdrijft. Om de zorguitgaven weer in overeenstemming te brengen met het budgettair kader ligt het volgens de commissie voor de hand om eerst kritisch te kijken naar de reikwijdte van het verzekerde pakket en de hoogte van eigen betalingen. Stringenter pakketbeheer in combinatie met scherpere indicatiestelling, vermindering van de praktijkvariatie tussen behandelend artsen en richtlijnconform handelen om overbehandeling tegen te gaan zijn andere voor de hand liggende stappen op weg naar verantwoorde kostenbeheersing. Verder zou in dit geval goed moeten worden uitgezocht waar de overschrijdingen zich precies hebben voorgedaan en hoe dat kwam. Bij het constateren van marktfalen valt te overwegen de op deelmarkten ingevoerde vrije-prijsvorming weer (tijdelijk) terug te draaien.

Wordt uiteindelijk besloten toch het ook in de Wmg opgenomen macrobeheersinstrument als *ultimum remedium* in te zetten, dan geniet in principe gerichte toepassing op de veroorzakers van de overschrijding de voorkeur (het vervuiler betaalt principe). Bij het ontwerpen van een gedifferentieerd mbi adviseert de commissie om de optimale vormgeving ervan te laten uitwerken door een team van technische (internationale) experts, zoals ook is gebeurd bij veilingen van schaarse rechten (zoals de frequenties voor commerciële radio en mobiele telefonie). De vormgeving van zo'n gedifferentieerd instrument is immers uiterst complex, omdat bij veldpartijen allerlei speltheoretische overwegingen gelden en gedragseffecten zijn te verwachten. Mocht echter blijken dat een dergelijke gedifferentieerde toepassing van het mbi dermate duur en complex is om te ontwerpen en het dermate lang duurt voordat het kan worden ingevoerd dat de kosten van een gedifferentieerd mbi niet opwegen tegen de baten ervan, dan kan worden besloten het mbi toch generiek toe te passen. Bij deze afweging dient rekening te worden gehouden met de verwachting dat na invoering van de geadviseerde maatregelen de budgetoverschrijding, indien al aanwezig, geringer zal zijn dan in de huidige situatie. In dat geval zouden te behalen baten bij de toepassing van een (gedifferentieerd) mbi namelijk beperkter zijn.

De commissie is gevraagd te kijken naar een gedifferentieerde inzet van het kortingsinstrument, waarbij de 'claw back' door de overheid gebaseerd is op de keuzes die verzekeraars bij hun contractering hebben gemaakt. De commissie merkt op dat haar voorstellen volledig aansluiten bij de contractering van verzekeraars. Het is volgens de commissie juridisch mogelijk om voor zorg die behoort tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste te maken en – mocht de inzet van deze stok achter de deur nodig worden geacht – verzekeraars te verbieden meer te contracteren dan het budgettair kader toestaat. Deze oplossingen aan de voorkant van het contracteerproces zijn sterk te prefereren boven de toepassing van kortingen achteraf.

## **Bijlage 1: Samenstelling en werkwijze**

De commissie macrobeheersinstrument heeft haar werkzaamheden verricht van 16 maart tot 25 mei 2012. Om tot dit advies te komen is de commissie als volgt te werk gegaan. De commissie heeft kennisgenomen van de standpunten en de inbreng van betrokken partijen (ZN, NVZ, NFU, ZKN en GGZ Nederland). Daarnaast heeft zij een aantal vertegenwoordigers gesproken van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, ZBC's, GGZ-instellingen, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Ministerie van Financiën en het Centraal Planbureau (zie bijlage 2 met de lijst van geconsulteerde personen). Tevens heeft de commissie kennis genomen van relevante literatuur. De gesprekspartners zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van dit advies.

### *Commissiesamenstelling:*

Mevr. B.E. Baarsma (voorzitter)  
Dhr. C.A. de Kam  
Dhr. R.L.O. Linschoten  
Dhr. I.W. VerLoren van Themaat  
Dhr. M. Varkevisser

### *Ondersteunend secretariaat:*

Dhr. B.J.C. van de Gevel



**Bijlage 2: Geconsulteerde personen**

Dhr. K. Noorlag	(NZa)
Dhr. H van Wieren	(NZa)
Dhr. G. Huffmeijer	(Haga Ziekenhuis)
Dhr. H. Feenstra	(Martini ziekenhuis)
Dhr. H. Büller	(Erasmus MC)
Dhr. R. Pijnenburg	(CZ)
Dhr. M. Akkerman	(Achmea)
Dhr. F. Schaepkens	(Achmea)
Dhr. P. Knapen	(GGZ WNB)
Mevr. M. van Putten	(GGZ NHN)
Dhr. L. Winter	(MC Groep)
Dhr. J. Dekker	(Equipe zorgbedrijven)
Dhr. B. Malenstein	(Bergman Clinics)
Dhr. E. Koesveld	(Ministerie van Financiën)
Dhr. J. van den Berg	(Ministerie van Financiën)
Dhr. P. Bijl	(Centraal Planbureau)
Dhr. R. Douven	(Centraal Planbureau)

## **Literatuur**

- Aartsen, C. van (2012). 'HagaZiekenhuis en Menzis sluiten eerste contract 2012'. Zorgvisie.  
<http://www.zorgvisie.nl/Financien/12820/HagaZiekenhuis-en-Menzis-sluiten-eerste-contract-2012.htm>
- Algemene Rekenkamer (2012). Uitgavenbeheersing in de zorg. Den Haag: Tweede Kamerstuk vergaderjaar 2011-2012. Den Haag. Tweede Kamerstuk 33 060 nr. 2.
- Canoy, M.F.M. et al. (2011). 'Zorgkosten onder controle'. in C.A. de Kam en J.H.M. Donders (red.). Jaarboek Overheidsfinanciën 2011. Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën. Sdu Uitgevers. Den Haag. blz. 85-102.
- CPB (2011). 'Kostenbeheersing door een macrobudget?'. in CPB Policy Brief 2011/06, Centraal Planbureau, Den Haag, blz. 15.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2010). 'Het 'prisoner's dilemma' voor ziekenhuizen'. column in het Financieel dagblad. 23 februari 2010.
- Ministerie van AZ (2010). 'Regeerakkoord VVD-CDA'. Den Haag: Tweede Kamerstuk 32 417 nr. 14. 30 september 2010.
- Ministerie van VWS (2010). 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Den Haag: Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 165. 15 december 2010.
- Ministerie van VWS (2011). 'Zorg die loont'. Den Haag: Tweede Kamerstuk 32 620. nr. 6. 14 maart 2011
- Ministerie van VWS (2012). 'Voorhangbrief invoering prestatiebekostiging tweedelijns curatieve GGZ'. Den Haag: Tweede Kamerstuk. 25 424, nr. 160. 21 februari 2012
- Ministerie van VWS (2012). 'Herziening Zorgstelsel'. Den Haag. Tweede Kamerstuk 29 689 nr. 383. 26 maart 2012.
- Ministerie van VWS (2012). 'Besluit Commissie macrobeheersinstrument'. nr. CZ/IPZ-3108414. Den Haag, 4 april 2012.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011). 'Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen'. ESB 96(4610) 13 mei 2011.
- Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven en M. Varkevisser (2010). 'Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen'. ESB 95(4587) 11 juni 2010.
- Severt, S. (2012). 'Privéklinieken luiden noodklok over zorgcontracten'. Het Financiële Dagblad, 25 april 2012.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2008). 'De harde kern in de risicoverevening'. ESB, 93(4529): 104-107.
- Trouw (2012). 'Privéklinieken op zwart zaad'. 18 mei 2012.

- Van de Ven, W.P.M.M. et al. (2009). 'Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag'. ZonMw-programma evaluatie wetgeving: deel 27. Den Haag.
- Van de Ven, W.P.M.M. (2011). 'Risicoverevening nog niet op orde', ESB, 96(4607): 221.
- Vektis (2012). 'Verzekerden in beweging 2012', Zorgthermometer, jaargang 17, april 2012.
- WOR (2011). 'Advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening 2012', WOR 580.
- Zorgmarktadvies en Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn (2011), 'Innovatieve Inkoop Medisch Specialistische Zorg, Contractvormen'.