

Hoe beïnvloedt gereguleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?

Sylvia Meijer, Rudy Douven en Bernard van den Berg

Een belangrijke doelstelling van het nieuwe zorgstelsel is om via gereguleerde concurrentie de zorg efficiënter te organiseren. Dit artikel bespreekt de eerste stappen die in de Nederlandse ziekenhuismarkt zijn gezet. Via een literatuurstudie worden mogelijke competitieve effecten uit de ziekenhuismarkt in de VS in kaart gebracht en vervolgens besproken met zeven ziekenhuisdirecteuren. We concluderen dat gereguleerde concurrentie tot sterke prijsconcurrentie heeft geleid. De ziekenhuizen gaven aan dat het genereren van omzet een belangrijke doelstelling is. Dit kan de totale zorguitgaven opdrijven, temeer daar het moeilijk is voor verzekeraars om de hoeveelheid behandelingen dat een ziekenhuis uitvoert goed te beoordelen.

1 Inleiding

Sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 wordt centrale overheidssturing in het Nederlandse zorgstelsel geleidelijk vervangen door een gedecentraliseerd stelsel van gereguleerde concurrentie. Centrale idee van het systeem van gereguleerde concurrentie is dat zorgverzekeraars de relatief zwakke marktpositie van consumenten in de gezondheidszorg komen versterken door namens hun klanten zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Doordat verzekerden eenmaal per jaar kunnen wisselen van zorgverzekeraar worden zorgverzekeraars geprikkeld om zorg met een gunstige prijs-kwaliteitverhouding in te kopen voor hun verzekerden. Idee is dat dit mechanisme zorgaanbieders prikkelt prestatie- en vraaggericht te werken en dat zorgaanbieders met elkaar gaan concurreren om gunstige contracten met zorgverzekeraars af te kunnen sluiten. Op deze manier zouden er doelmatigheidswinsten behaald kunnen worden in de sector. De centrale vraag in dit artikel is welke ontwikkelingen er de afgelopen vier jaar zijn waar te nemen op de Nederlandse ziekenhuismarkt. Welke processen zijn

er door geregleerde concurrentie in gang gezet en in hoeverre heeft geregleerde concurrentie bijgedragen aan de beoogde doelmatigheidswinst.

Om te bepalen welke (aan concurrentie gerelateerde) processen mogelijk hebben plaatsgevonden op de Nederlandse markt, is eerst onderzocht welke effecten in de Verenigde Staten (VS) een belangrijke rol spelen. De VS kent een lange traditie van marktwerking, en er is ook relatief veel empirisch onderzoek gedaan naar de effecten van concurrentie in de ziekenhuiszorg. In Nederland is de empirische informatie nog zeer schaars en daarom is er in deze analyse voor gekozen om de gevonden effecten in de VS voor te leggen aan zeven bestuursvoorzitters van diverse Nederlandse ziekenhuizen. Een analyse via interviews kent beperkingen. Zo is niet alleen het aantal interviews dat is gehouden beperkt, maar nog belangrijker, het is moeilijk na te gaan in hoeverre de antwoorden die de bestuursvoorzitters geven objectief zijn en niet gekleurd worden door andere belangen.

In onze analyse onderscheiden we drie verschillende relaties. De eerste relatie is die tussen de verzekeraar en het ziekenhuis (de zorginkoopmarkt), de tweede is de onderlinge relatie tussen ziekenhuizen (concurrentie tussen ziekenhuizen), en de derde relatie is die tussen het ziekenhuis en de consument (de zorgverleningsmarkt).

2 Onderzoeksresultaten uit de VS

Zorginkoopmarkt. De meerderheid van de Amerikanen, ongeveer zestig procent van de bevolking, is verzekerd via hun werkgever (Getzen 2007). In de meeste gevallen contracteren werkgevers ‘managed care organizations’ (MCO’s). Er bestaan verschillende typen MCO’s, maar zij hebben gemeen dat zij de keuzevrijheid van de patiënt beperken. Voor verzekerden die aangesloten zijn bij een MCO is er dus geen volledig vrije artskeuze, maar is er een door de verzekeraar bepaald netwerk van zorgaanbieders waaruit ze kunnen kiezen. Dit sturen van verzekerden naar netwerken van zorgaanbieders geeft verzekeraars een sterkere onderhandelingspositie tegenover zorgaanbieders. Immers, inefficiënte of dure zorgaanbieders kunnen worden uitgesloten van het netwerk. Ook de versterkte onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten gevolge van veel fusies, en het vertragen van de diffusie van nieuwe medische technologie draagt volgens Cutler and Sheiner (1997) bij aan het drukken van kosten. Vooral in de jaren tachtig en negentig wisten MCO’s de prijzen laag te houden en de uitgavengroei van ziekenhuiszorg te beperken (Cutler, McCellan en Newhouse 2000). Gebieden met relatief veel MCO’s waren hier

over het algemeen succesvoller in dan gebieden met een lage concentratiegraad (Konetzka e.a. 2008).

Echter, door een combinatie van groeiende economische welvaart en matige premiestijgingen nam het aantal verzekerden van de striktere typen MCO's af aan het einde van de jaren negentig ('managed care backlash'). Veel verzekerden vonden het netwerk van zorgaanbieders te beperkt en prefereerden meer keuze, ook al betekende dit een hogere premie (Getzen 2007).

Concurrentie tussen ziekenhuizen. Tot de komst van de MCO's concurreerden ziekenhuizen nauwelijks op prijs. Concurrentie vond onder andere plaats op het gebied van kwaliteit. In sommige gebieden leidde dit tot een 'medical arms race', waarbij concurrerende ziekenhuizen gezamenlijk veel meer nieuwe technologie aanschafte dan nodig was. Dit leidde vooral in gebieden met relatief veel ziekenhuizen tot aanzienlijke prijsstijgingen (Robinson en Luft 1985).

Ook werd specialisatie toegepast door ziekenhuizen om zich te kunnen onderscheiden van hun concurrenten. Specialisatie kan enerzijds leiden tot hogere kosten wanneer een ziekenhuis zijn machtspositie daarmee versterkt, maar anderzijds ook tot een efficiëntere productie en dus lagere kosten (Syverson 2006). Een onderzoek toont aan dat specialisatie de kosten van ziekenhuizen kan drukken en tevens omringende ziekenhuizen kan aanzetten om doelmatiger te gaan werken (Schneider e.a. 2007).

Waarschijnlijk als gevolg van toenemende concurrentie vonden in de jaren negentig in de VS fusiegolven bij ziekenhuizen plaats. Enerzijds kunnen fusies leiden tot kostenbesparingen als gevolg van schaalvoordelen. Zo bleek uit een onderzoek dat het sluiten van ziekenhuizen kostenbesparend werkte bij omringende ziekenhuizen wanneer het minst efficiënte ziekenhuis uit de omgeving werd gesloten (Lindrooth e.a. 2003). Anderzijds is bekend dat veel ziekenhuizen hun prijzen ten overstaande van verzekeraars en MCO's verhoogden vanwege hun toegenomen marktmacht. Dit gedrag lijkt onafhankelijk te zijn van de rechtsvorm van het ziekenhuis (Koning e.a. 2007).

Voorts concurreren Amerikaanse ziekenhuizen niet alleen met elkaar maar ondervinden zij ook concurrentie van zelfstandige (dagbehandeling-) klinieken ('outpatient care'). Inmiddels is deze markt in de VS bijna net zo groot als de ziekenhuismarkt zelf (PWC 2002). Tot slot concurreren ziekenhuizen om personeel. Een ernstig tekort aan personeel (met name verpleegkundigen) in bepaalde delen van de VS deed de concurrentie om arbeidskrachten toenemen. Dit resulteerde in hogere lonen en betere arbeidsvoorwaarden (Forrest e.a. 2002)

Zorgverleningmarkt. In de VS hangt de omzet van een ziekenhuis af van het aantal behandelingen dat ze uitvoert. Verder worden ook de meeste specialisten in de VS betaald via een ‘fee-for-service’ systeem. Bij dit systeem krijgen specialisten per behandeling betaald. Een uitgebreide beschrijving van de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingssystemen in de VS laten we buiten beschouwing, en we concentreren ons hier op twee ongewenste effecten die omzetgerelateerde financieringssystemen met zich meebrengen: aanbodgeïnduceerde vraag en ‘upcoding’. Aanbodgeïnduceerde vraag wil zeggen dat artsen of specialisten hun productie opvoeren door meer en/of duurdere zorg te verlenen dan nodig is. In de praktijk is er ruimte voor artsen om de vraag te sturen. Ten eerste is er asymmetrische informatie, de arts heeft als gevolg van zijn opleiding meer kennis dan de patiënt en kan deze informatie gebruiken om meer of duurdere zorg te verlenen. Ten tweede is er moral hazard; de consument wil meer en/of duurdere zorg, en deze zorg zal verleend worden wanneer dat ook in het belang is van de arts. Het tweede effect ‘upcoding’ heeft te maken met het registratiesysteem van artsen waarbij behandelingen vergoed worden via een systeem van Diagnosis Related Groups (DRG’s). Wanneer een arts bij het registreren van zijn behandelingen uit meerdere DRG’s kan kiezen, zal de arts eerder een duurder DRG registreren. Uit Amerikaans onderzoek van Silverman en Skinner (2001) blijkt dat ‘upcoding’ leidt tot hogere zorgkosten. Ook blijkt ‘upcoding’ vaker voor te komen als het inkomen van de codeur afhangt van het administreren van DRG’s, zoals het geval is als artsen zelf coderen en ook nog eens gehonoreerd worden door middel van ‘fee-for-service’ (Steinbusch 2007). Omzetgerelateerde financieringssystemen kunnen leiden tot een overproductie van zorg en worden in de VS vaak als belangrijke reden genoemd voor de relatief hoge zorguitgaven (Zuckerman 2009).

Er spelen –met het oog op de Nederlandse situatie– nog een tweetal interessante ontwikkelingen in de VS. Ten eerste kiezen patiënten in de VS (met uitzondering van de meest strikte vormen van MCO’s) hun eigen specialist, zonder verwijzing van een huisarts. Door het ontbreken van de ‘eerste lijn’ concurreren ziekenhuizen in de VS dus directer om patiënten. Dit zou wel eens uitgavenverhogend kunnen werken. Cutler en Sheiner (1997) laten zien dat strikte vormen van MCO’s de kosten konden drukken door de poortwachterfunctie juist neer te leggen bij huisartsen. Ten tweede is de VS bij uitstek het land waar zeer hoge schadeclaims worden toegekend. In de zorg heeft dat geleid tot een trend waarbij artsen steeds vaker (onnodige) behandelingen voorschrijven om te voorkomen dat ze voor de rechter gedaagd worden. Deze trend wordt ‘defensive medicine’ genoemd (Kessler en McCellan 1996). Daarnaast lopen de claims, zowel in aantallen als in geclaimde bedragen, jaarlijks op. Dit heeft tot gevolg dat de verzeke-

ringspremies voor artsen en ziekenhuizen in de VS de afgelopen decennia enorm zijn gestegen (PWC 2001).

3 Eerste ervaringen in Nederland

Niet alle Amerikaanse ontwikkelingen treden op in Nederland. In de VS is er reeds langere tijd sprake van vraagsturing waarbij de zorguitgaven per hoofd ver boven die van Nederland uitstijgen. Nederland komt uit een systeem van aanbodsturing dat zich mede kenmerkte door wachtlijsten. Bepaalde effecten uit de VS doen in meer of mindere mate hun intrede in de Nederlandse ziekenhuissector. Welke dit zijn en hoe deze effecten ingrijpen op de ziekenhuismarkt wordt hieronder per deelmarkt uiteengezet. Bij de analyse maken we gebruik van interviews die we gehouden hebben met de bestuursvoorzitters van ziekenhuizen. Daarnaast spiegelen we hun commentaren aan empirische bevindingen uit de Nederlandse literatuur.

Zorginkoopmarkt. Momenteel zijn ziekenhuisbehandelingen verdeeld over twee segmenten; een A- en een B-segment. In het A-segment hebben alle behandelingen een vaste prijs (vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit) en beperken onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen zich tot het volume en de kwaliteit. Daarentegen kan men in het B-segment naast volume en kwaliteit, ook onderhandelen over de prijs.

Uit de interviews volgde dat ziekenhuizen de onderhandelingen in het B-segment ingaan met een eigen prijs. Deze prijs is gebaseerd op een eigen kostprijsmethode, de schoningsprijzen, ontwikkeld door de Nederlandse Zorgautoriteit en de geobserveerde prijzen van hun concurrenten. Veel ziekenhuizen differentiëren daarbij hun prijzen naar verzekeraar. Volgens de bestuursvoorzitters is het marktaandeel van de zorgverzekeraar in het ziekenhuis daarbij een belangrijke factor. Dit komt overeen met empirisch onderzoek van Halbersma e.a. (2007), waaruit blijkt dat een hoge verzekeraarsconcentratie een significant negatief effect heeft op ziekenhuismarges. Naast marktaandeel speelt ook de kwaliteit van behandelingen, de ‘preferred provider’ status, en de omgang met een verzekeraar een rol. Alle bestuursvoorzitters geven aan dat er flink over de prijs wordt onderhandeld. Dit lijkt overeen te komen met de resultaten die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in hun ziekenhuismonitor publiceert (NZA 2009). Volgens de NZA (2009) laten de prijzen in het B-segment een reële daling zien.

Het gevaar van het nieuwe omzetgerelateerde financieringssysteem bij zorgaanbieders is dat het volume dreigt toe te nemen (Berg 2008). Deze vrees wordt tijdens onze interviews niet weggenomen. Enkele responden-

ten wekken de suggestie dat het niet de taak is van verzekeraars om zich met het volume te bemoeien. Anderen geven aan dat volume een ondergeschikte rol speelt in de onderhandelingen. Wel wordt er melding van gemaakt dat enkele verzekeraars het volume proberen te beïnvloeden door bepaalde vormen van volumerestricties te hanteren. Degressieve tarieven en maximumlimieten werden als voorbeelden genoemd. In hoeverre deze afspraken de zorguitgaven in de praktijk drukken en/of het gedrag van de specialisten beïnvloeden bleef echter onduidelijk. De laatste cijfers laten relatief hoge omzetcijfers zien. De omzet in het A-segment is met 5% gestegen gedurende 2005-2007 en in het B-segment met 6% (NZa 2009). Gegeven de lage prijsontwikkeling komt deze stijging dus vooral voor rekening van het volume.

Er blijkt veel onvrede te bestaan bij de bestuursvoorzitters over de (toepassing van) kwaliteitsmetingen van verzekeraars. Zorgverzekeraars zouden vaak hun eigen globale kwaliteitscriteria gebruiken om ziekenhuizen te ordenen op kwaliteit. Volgens de geïnterviewden neemt daardoor de totale transparantie in de markt af. Tevens vraagt men zich af of kwaliteitsbeoordelingen per specialisme of per geografische markt niet vruchtbaarder is. De kwaliteit binnen ziekenhuizen kan immers per vakgroep verschillen. Slechts een enkele bestuurder stelt dat de huidige kwaliteitsmetingen van verzekeraars motiveren om actief de kwaliteit te verbeteren.

Voor 2006 onderhandelden ziekenhuizen met een regionale verzekeraar, die alle andere verzekeraars representeerde. In het nieuwe zorgstelsel dienen ziekenhuizen onderhandelingen te voeren met iedere verzekeraar afzonderlijk. Ondanks dat een reeks fusies onder zorgverzekeraars ervoor heeft gezorgd dat er nog maar vijf onderhandelaars zijn, liggen volgens veel bestuursvoorzitters de transactiekosten ten gevolge van de gescheiden onderhandelingen hoger dan in het verleden. Dit wordt nog eens versterkt doordat het eenjarige contracten betreft. Naast hoge transactiekosten blijken eenjarige contracten de ontwikkelingen van kwaliteitsverhogende afspraken als garanties op specifieke behandelingen in de weg te staan.

Verzekeraars geven een korting op de nominale premie of schelden de verplichte eigen bijdrage van 155 euro kwijt wanneer een verzekerde naar een door de verzekeraar aangewezen ziekenhuis gaat ('preferred providership'). Uit de interviews volgde dat dit sturen van patiënten door middel van selectief contracteren nog geen grote vlucht heeft genomen. Patiënten laten zich moeilijk sturen, zeker in gebieden met relatief weinig ziekenhuizen. Hierdoor verdwijnt voor verzekeraars ook de prikkel om in zulke contracten te investeren. Uit de interviews volgde wel dat er angst bestaat bij sommige ziekenhuizen om patiënten te verliezen wanneer verzekeraars hun ziekenhuis uitsluiten als voorkeursaanbieder.

Concurrentie tussen ziekenhuizen. Alle ondervraagden gaven aan zich te willen onderscheiden op kwaliteit. Dit wordt gevolgd door service, technologische voorsprong, naamsbekendheid en prijs. Daarbij gaf het merendeel aan technologie in te zetten als een middel om meer patiënten aan te trekken. Sommige ziekenhuizen gaven aan dat ze het aanschaffen van nieuwe technologie afstemden met andere ziekenhuizen. De aanschaf van nieuwe technologie wordt hier dus gebruikt om de speerpunten en/of onderzoeksvelden van het ziekenhuis af te bakenen en zich te onderscheiden van hun concurrenten. Dit gedrag duidt er op dat in sommige gebieden ziekenhuizen zich specialiseren in overleg met andere ziekenhuizen. Ofschoon één bestuursvoorzitter aangaf bewust dezelfde nieuwe technologie aan te schaffen als zijn directe concurrenten, waren de signalen uit de interviews die duiden op een ‘medical arms race’ schaars.

In Nederland heeft, net als in de VS, ook een fusiegolf plaatsgevonden. In de afgelopen twaalf jaar is het aantal ziekenhuizen teruggelopen van 117 tot 93 (NZa 2009). Op dit moment valt twintig procent van de Nederlandse ziekenhuismarkt te classificeren als ‘sterk geconcentreerd’. Wat deze fusies met het prijsniveau van deze ziekenhuizen heeft gedaan, is nog niet systematisch onderzocht en kwam ook niet uit de interviews naar voren.

Ziekenhuizen blijken de meeste Zelfstandige Behandel Centra (ZBC) zelf op te zetten. Als belangrijkste reden wordt genoemd het behouden van de specialisten en van de patiënten uit de regio. Ook het aantrekken van patiënten uit de grenzen van het verzorgingsgebied blijkt de oprichting van ZBC's te stimuleren. Volgens de NZa (2009) is het aantal ZBC's dat actief is in het B-segment meer dan verdubbeld in drie jaar, van 57 in 2006 naar 125 in 2009. Net als in de VS zien we in Nederland dus een aanzienlijke toename van ‘outpatient care’. Opmerkelijk is dat de meeste geïnterviewden suggereren dat de echte slag om de patiënt nog niet is losgebarsten. Volgens de respondenten wordt het merendeel van de patiënten niet gestuurd door de verzekeraar maar komen ze via de huisarts of via de spoedeisende hulp bij een ziekenhuis terecht.

Uit de interviews kwam ook risicoselectie door ziekenhuizen naar voren. Volgens sommige geïnterviewden is er een trend ontstaan, waarbij voor een gegeven diagnose de complexere patiënten door algemene ziekenhuizen worden verwezen naar topreferente en academische centra. Omdat de marge op een gemiddelde patiënt ook al niet groot is, stellen topreferente en academische centra dat zij door deze risicoselectie in toenemende mate verlies lijden bij de behandeling van complexe patiënten. Dit zou betekenen dat de huidige tarieven voor deze behandelingen te laag zijn.

Zorgverleningmarkt. Door de invoering van het DBC-systeem is de bekostiging van ziekenhuizen transparanter geworden. Dit geeft alle partijen meer inzicht in welke behandelingen bij ziekenhuizen plaatsvinden en tegen welke prijs een behandeling wordt uitgevoerd. De interviews concentreerden zich voornamelijk op de productieprikkels die het nieuwe bekostigingssysteem met zich meebrengt. De ziekenhuisvoorzitters gaven aan dat het vergroten van hun productie een belangrijke doelstelling is. Hun belang is dus gelijk aan het belang van de vrijgevestigde specialisten. Ook zij zijn gebaat bij meer productie omdat de hoogte van hun inkomen rechtstreeks samenhangt met de hoogte van hun productie. De respondenten gaven aan dat ze goed in de gaten hielden of hun specialisten wel voldoende produceerden. Recentelijk onderzoek laat zien dat er sprake is van een sterke arbeidsproductiviteits- en volumestijging bij ziekenhuizen (Prismant 2009). Meer productie in ziekenhuizen hoeft geen probleem te zijn, maar is dit wel wanneer het gaat om productie van onnodige zorg. Recent onderzoek laat zien dat het aantonen van aanbodgeïnduceerde vraag of upcoding een lastige empirische kwestie is (Pomp 2009). De bestuursvoorzitters zelf zullen ook niet snel beamen dat er in hun ziekenhuis sprake is van een toename van onnodige zorg.

Verder sluiten de nieuwe taken en plichten, die de ZVW voor burgers in petto had, aan bij de tendens van de ‘mondig wordende patiënt’. Dit zou, net als in de VS, tot meer schadeclaims kunnen leiden, zowel in aantallen als in de hoogte van de geclaimde bedragen. Minder dan de helft van de bestuurders geeft aan te maken te hebben met een stijging van claims. Op landelijk niveau is tevens bekend dat het absolute aantal claims de afgelopen jaren is gedaald (Medirisk 2009; Centramed 2007, 2008). Nader onderzoek is nodig om te bepalen of deze afname in claims verband houdt met een toename van ‘defensive medicine’, het feit dat medisch specialisten extra testen en behandelingen uitvoeren om te voorkomen dat zij vervolgd worden.

4 Conclusie

De introductie van gereguleerde concurrentie in de ziekenhuissector heeft veel nieuwe ontwikkelingen in gang gezet op zowel de zorginkoopmarkt tussen ziekenhuizen onderling, als op de zorgverleningmarkt. Dit werd bevestigd door onze interviews met zeven Nederlandse bestuursvoorzitters. Hoewel het om een zeer beperkt aantal interviews gaat en een analyse via interviews sterke beperkingen kent, omdat de geïnterviewden hun eigen

belangen in het antwoord zullen laten meewegen, trekken we toch een voorzichtige conclusie.

Uit de interviews kwam het beeld naar voren dat verzekeraars een sterke invloed kunnen uitoefenen op de prijs van een behandeling in het B-segment, maar dat dit in veel mindere mate geldt voor het volume. Verzekeraars lijken nog weinig grip te hebben op het volume. Dit zou kunnen leiden tot een opwaartse druk op de zorguitgaven, temeer omdat ziekenhuizen (en ‘fee-for-service’ medisch specialisten) baat kunnen hebben bij meer productie. Idealiter zou een toename van de concurrentie op de ziekenhuismarkt leiden tot een situatie waarbij de productie van de meer efficiënte ziekenhuizen toeneemt, ten koste van de ziekenhuizen die minder efficiënt zijn. Wanneer het volume in deze ‘ideale’ markt gelijk blijft, leidt deze concurrentie tot een doelmatiger zorgverlening inclusief lagere totale zorguitgaven. Dit ideaal wordt echter niet bereikt wanneer concurrentie het volume ook op andere manieren beïnvloedt. Wanneer het volume stijgt als gevolg van een snellere diffusie van nieuwe medische technologie hoeft er geen probleem te zijn. Er is echter wel een probleem wanneer meer concurrentie leidt tot een toename van upcoding en aanbodgeïnduceerde vraag.

Auteurs

Sylvia Meijer is beleidsmedewerker bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) in Utrecht, e-mail: smeijer@npcf.nl; Rudy Douven is wetenschappelijk medewerker op het Centraal Planbureau (CPB) in Den Haag, e-mail: R.Douven@cpb.nl; Bernard van den Berg is universitair docent aan de Vrije Universiteit (VU) in Amsterdam, e-mail: Bernard.van.den.Berg@falw.vu.nl

Literatuur

- Berg, M., 2008, Grip op volume, *Medisch Contact*, vol. 63(40): 1647-50.
- Centramed, 2007, Jaarverslagen 2007, Centramed, Voorburg.
- Centramed, 2008, Jaarverslagen 2008, Centramed, Voorburg.
- Cutler, D.M., M. McCellan en J.P. Newhouse, 2000, How does managed care do it?, *RAND Journal of Economics*, vol. 31(3): 526-48.
- Cutler, D.M. en L. Sheiner, 1997, Managed care and the growth of medical expenditures, Working Paper 6140, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.
- Forrest, S., M. Goetghebeur en J. Hay, 2002, Forces influencing inpatient hospital costs in the United States, Working Paper, University of Southern California.
- Getzen, T.E., 2007, *Health economics and financing*, 3rd edition, John Wiley and Sons.
- Halbersma, R., M. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen, 2007, Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands, NZA-Research Paper 6, Utrecht.
- Kessler, D.P. en M. McCellan, 1996, Do doctors practice defensive medicine?, Working Paper nr. 5466, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.
- Konezka, R.T., J. Zhu, J. Sochalski en K.G. Volpp, 2008, Managed care and hospital cost containment, *Inquiry - Excellus Health Plan*, vol. 45(1): 98.
- Koning, P., J. Noailly en S. Visser, 2007, Do not-for-profits make a difference in social services? A survey study, *The Economist*, vol. 155(3): 251-70.
- Lindrooth, R.C., A.T. Lo Sasso en G.T. Bazzoli, 2003, The effect of urban hospital closure on markets, *Journal of Health Economics*, vol. 22(5): 691-712.
- Medirisk, 2009, website, <http://www.medirisk.nl/overmedirisk/bedrijfsinformatie/Pages/default.aspx>
- NZa, 2009, Monitor Ziekenhuiszorg 2009, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- PWC, 2002, The Factors Fueling Rising Healthcare Cost, Paper for the American Association of Health Plans, Price Waterhouse Coopers, Washington DC.
- Pomp, M., 2009, Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie? Marc Pomp Economische Beleidsanalyse, Breda.
- Prismant, 2009, Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen 1998-2007, Utrecht.
- Robinson, J.C. en H.S. Luft, 1985, The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care, *Journal of Health Economics*, vol. 4(4): 333-56.
- Schneider, J.E., 2007, Effects of specialty hospitals on the financial performance of general hospitals: 1997-2004, *Inquiry - Excellus Health Plan*, vol. 44(3): 321-34.
- Silverman, E. en J. Skinner, 2001, Are for-profit hospitals really different? Medicare upcoding and market structure, Working Paper 8133, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.

- Steinbusch, P., J. Oostenbrink, J. Zuurbier en F. Schaepkens, 2007, The risk of upcoding in in casemix systems: a comparative study, *Health policy*, vol. 81(1): 289-99.
- Syverson, C., 2006, Prices, spatial competition, and heterogeneous producers: an empirical test, Working Paper 12231, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.
- Vektis, 2009, Schadelast medisch specialistische zorg, Eindrapportage, Vektis, Zeist.
- Zuckerman, M., 2009, Cost control, not coverage, is the key to health reform, *Financial Times*, donderdag 20 augustus 2009.