

De AWBZ op een tweesprong

Om de doelmatigheid binnen de AWBZ te vergroten, kunnen delen ervan worden overgeheveld naar zorgverzekeraars of naar gemeenten. Overheveling naar zorgverzekeraars is alleen zinvol indien zij ook financieel risico gaan lopen. Dit laatste vereist een vorm van risicoverevening, te weten indicatieverevening, met normbedragen gebaseerd op onafhankelijke indicaties. Overheveling naar zorgverzekeraars leidt tot betere kwaliteitsborging, maar zonder aanvullende maatregelen juist tot minder doelmatigheids-winst dan overheveling naar gemeenten.

SANDER KOOPMAN

Senior beleidsmedewerker bij de Nederlandse Zorgautoriteit

MARC POMP

Eigenaar van en onderzoeker bij Marc Pomp Economische Beleidsanalyse

Vrijwel alle politieke partijen hebben in hun verkiezingsprogramma's plannen opgenomen om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) anders te organiseren. Het besef dat hervormingen van de AWBZ noodzakelijk zijn voor kostenbeheersing is snel gemeengoed geworden. Over de aard van de gewenste hervormingen lopen de meningen echter uiteen. Naast de omvang van het verzekerde pakket draait het belangrijkste meningsverschil om de vraag wat in de plaats moet komen van de huidige regionale zorgkantoren. Afgezien van de SP en de PVV willen alle partijen de zorgkantoren afschaffen. CDA, D66 en VVD bepleiten in hun verkiezingsprogramma's uitvoering van een groot deel van de AWBZ door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden, terwijl de PvdA meer heil ziet in overheveling van een flink deel van de AWBZ naar gemeenten.

Ook de Taskforce Beheersing Zorguitgaven (TF) kwam onlangs met de aanbeveling om delen van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen (Taskforce Beheer-

ing Zorguitgaven, 2012). De langdurige GGZ kan volgens de TF naar de Zvw. De functies begeleiding en extramurale zorg lenen zich volgens de TF goed voor overheveling naar de WMO. Wat betreft de extramurale verpleging stelt de TF dat voor beide opties, overheveling naar WMO en naar Zvw, iets te zeggen valt. Voor de overige AWBZ, de zwaardere ouderenzorg en gehandicaptenzorg, bepleit de TF handhaving van de status quo, dus de AWBZ uitgevoerd door niet-risicodragende zorgkantoren. Deze rest-AWBZ omvat dan 13,6 miljard euro, gerekend in prijzen en volumes van 2011.

In de doorrekening van de verkiezingsprogramma's door het Centraal Planbureau (CPB, 2012) is de optie van overheveling naar zorgverzekeraars bij geen enkele partij terug te vinden. De reden is dat het CPB ervan uitgaat dat voor risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars een vermogensbuffer van dertig miljard euro moet worden opgebouwd. Op korte termijn leidt dit tot hogere AWBZ-premies, op langere termijn juist tot lagere premies ten opzichte van het huidige omslagstelsel. Bij niet-risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars is die buffer niet nodig, maar dan is er ook geen doelmatigheidswinst. Volgens het CPB nemen de uitvoeringskosten dan toe met een half miljard euro in 2017. Overheveling van delen van de AWBZ naar de WMO zou volgens het CPB vijf procent besparingen opleveren. Het CPB heeft deze uitgangspunten van tevoren kenbaar gemaakt aan de partijen. VVD, CDA en D66 hebben daarom ten behoeve van de doorrekening door het CPB hun plannen aangepast. In plaats van overheveling naar zorgverzekeraars kiezen zij nu voor overheveling naar gemeenten of naar een niet nader gespecificeerde landelijke kernvoorziening, wat volgens het CPB eveneens vijf procent aan besparingen oplevert.

Het uitgangspunt van het CPB dat risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars een vermogensbuffer van dertig miljard euro moeten aanhouden, wordt niet gedeeld door Zorgverzekeraars Nederland (Hasekamp, 2012). Ook in een eerdere analyse van Bovenberg en Gradus (2008) wordt deze randvoorwaarde niet genoemd. Als zorgverzekeraars delen

van de AWBZ gaan uitvoeren op een vergelijkbare manier als nu het geval is bij de Zvw, dus met een jaarlijkse overstapmogelijkheid voor verzekerden, een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, valt moeilijk in te zien waarom voor de AWBZ wel kapitaaldekking nodig is en voor de Zvw niet. Er mag daarom van uit worden gegaan dat de optie van overheveling naar zorgverzekeraars nog niet definitief van tafel is. De vraag blijft daarom relevant wat de voor- en nadelen zijn van beide overhevelingsopties.

ONDERHANDELINGSMACHT

Overheveling van delen van de AWBZ kan in beide gevallen leiden tot een versterking van de onderhandelingspositie van zorgaanbieders. Immers, zorgkantoren vormen de enige inkooporganisatie in de regio, wat een sterke onderhandelingspositie aan de inkoopkant garandeert. Overheveling naar gemeenten of zorgverzekeraars vermindert de concentratie aan de inkoopzijde. Concurrentie tussen aanbieders is daarom nodig om te voorkomen dat hun onderhandelingspositie te sterk wordt.

Op dit moment verschilt de concurrentie tussen deelsectoren binnen de AWBZ. De ouderenzorg, met tien miljard euro (2011) goed voor ongeveer de helft van de totale jaarlijkse AWBZ-uitgaven, kent het minst geconcentreerde aanbod. De (potentiële) concurrentie tussen aanbieders is er zodanig dat zorginkopers over een goede onderhandelingspositie beschikken.

De twee andere grote deelsectoren binnen de AWBZ zijn de gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Voor deze deelsectoren geldt op dit moment dat het aanbod zeer sterk geconcentreerd is, met als mogelijk gevolg een zwakke onderhandelingspositie van inkopers (NZa, 2012a). Het lijkt daarom verstandig om bij de overheveling van zorg te beginnen met de ouderenzorg.

RISICODRAGENDHEID

Als zorgverzekeraars of gemeenten geen risico lopen over de overgehevelde AWBZ, ontbreekt het hun aan een doelmatigheidsprikkel. Dat lijkt een open deur, maar toch is deze eis in het verleden bij het overhevelen van zorg niet altijd gesteld. Zo is in 2008 de kortdurende GGZ van maximaal een jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw, maar nog steeds lopen zorgverzekeraars nauwelijks risico over deze zorg.

Schut en Van de Ven (2010) hebben betoogd dat zorgverzekeraars voorlopig de AWBZ niet risicodragend kunnen uitvoeren, omdat er geen zicht is op een goed risicovereveningsmodel voor de AWBZ. Overheveling van de AWBZ naar risicodragende zorgverzekeraars zou hen ertoe aanzetten AWBZ-gebruikers te werven. Dit gaat ten koste van toegankelijkheid en kwaliteit.

Als Schut en Van de Ven gelijk hebben, dan valt de zorgverzekeraarsoptie af, want overheveling leidt dan niet tot een doelmatigheidsprikkel. Er resteert dan slechts één voordeel ten opzichte van uitvoering door gemeenten, of ten opzichte van de huidige situatie met zorgkantoren: investeringen in de AWBZ die resulteren in lagere Zvw-uitgaven worden aantrekkelijker voor zorgverzekeraars. Denk aan investeren in betere medische zorg in verpleeghuizen zodat duurdere ziekenhuisopnamen minder vaak nodig zijn. Hier staat een aantal nadelen tegenover. Ten opzichte van het huidige model met zorgkantoren hebben individuele zorgverzekeraars een zwakkere

onderhandelingspositie ten opzichte van aanbieders en komt samenwerking met de gemeente moeilijker tot stand. Ook wordt het voor zorgverzekeraars gemakkelijker om de kosten van hun Zvw-verzekerden te laten neerslaan in de AWBZ. En hoe beter zij hierin slagen, des te kleiner de doelmatigheidsprikkel in de Zvw. De reden is dat een zorgverzekeraar zich niet meer hoeft in te spannen om de kosten in de Zvw te verlagen als hij deze kosten kan laten neerslaan in de AWBZ waarover hij geen risico loopt.

Ideale ex ante risicoverevening, gebaseerd op objectieve kenmerken van de verzekerde en niet op het feitelijke zorggebruik of van de indicatie, is inderdaad niet haalbaar. Deze ideale risicoverevening zou de zorgverzekeraar niet alleen prikkelen om een gegeven zorgvraag zo doelmatig mogelijk in te kopen, maar ook om zorgvraag te voorkómen door preventie. Te denken valt aan investeringen in mobiliteitsvoorzieningen waardoor ouderen minder snel in het verpleeghuis belanden.

Wel haalbaar is indicatieverevening. Dit houdt in dat onafhankelijke indicaties het belangrijkste vereveningskenmerk vormen (NZa, 2012b). De uitvoerder ontvangt dan een normbedrag per verzekerde op basis van een onafhankelijke indicatie. Voor indicatieverevening is nodig dat aan een tweetal voorwaarden is voldaan. Zo niet, dan resulteert indicatieverevening in stijgende kosten en sterke selectieprikkels. Risicodragende uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars is dan niet haalbaar. Óf aan deze voorwaarden is voldaan valt op dit moment niet te zeggen.

De eerste voorwaarde is dat de risico's van 'indicatie-inflatie' en van het uitlokken van extra zorgvraag beheersbaar moeten zijn. Deze risico's ontstaan doordat verzekeraars belang hebben bij een zo hoog mogelijke indicatie, en bij het aanboren van latente vraag stimuleren dat verzekerden die in aanmerking komen voor een indicatie, deze ook daadwerkelijk aanvragen. Bij invoering van indicatieverevening is de beleidstrend richting het delegeren van indicatiestelling naar aanbieders daarom riskant. De tweede voorwaarde is dat groepen gebruikers met een identiek normbedrag ex ante redelijk kostenhomogeen moeten zijn. Dit wil zeggen dat binnen de groep patiënten met een identiek normbedrag de spreiding in voor de zorgverzekeraar voorspelbare kosten beperkt is. Zo niet, dan ontstaat een selectieprikkel voor zorgverzekeraars. Dit pleit dus tegen een indicatiesysteem met slechts een klein aantal categorieën, zoals wel is bepleit onder verwijzing naar het Duitse model (Gradus en Van Asselt, 2011).

Risicodragende uitvoering door gemeenten vergt een verdeelmodel ter bepaling van het AWBZ-budget per gemeente. Een dergelijk verdeelmodel is eenvoudiger te realiseren dan het risicovereveningsmodel voor zorgverzekeraars, omdat bij overheveling naar gemeenten het tegengaan van voorspelbare verliezen minder noodzakelijk is. De reden is dat gemeenten minder goed dan verzekeraars in staat zijn om te reageren op imperfecties in het vereveningsmodel door risicoselectie. Gemeenten kunnen inwoners niet dwingen om te verhuizen, en omgekeerd kunnen AWBZ-gebruikers veel minder gemakkelijk van woonplaats wisselen dan van zorgverzekeraar. Als de risicoverevening imperfect is, levert risicoselectie door te beknibbelen op kwaliteit een gemeente daarom ook minder op dan een zorgverzekeraar. Het verdeelmodel voor gemeenten kan daarom gebaseerd zijn op meer globale kenmerken van de bevolking, zoals leeftijd en sociaal-economische status,

aangevuld met gegevens over Zvw-gebruik. Indicaties hoeven hierin geen of een geringere rol te spelen.

DOELMATIGHEIDSWINST

Het is aannemelijk dat de doelmatigheid van de ouderenzorg gebaat is bij zowel betere afstemming met de gemeente als betere afstemming met de Zvw. Kwantificering van deze twee bronnen van potentiële doelmatigheidswinst is bij de huidige stand van kennis niet mogelijk.

Vanuit doelmatigheidsperspectief is het wenselijk dat er ruimte is om op een doelmatige manier te voorzien in een gegeven zorgvraag. Zo is het wenselijk dat zorggebruikers en uitvoerders afspraken kunnen maken om, ondanks een indicatie voor intramurale zorg, te investeren in extra voorzieningen in de eigen woonomgeving als dat opname kan voorkomen. De vraag is dan of deze flexibiliteit verschilt tussen overheveling naar zorgverzekeraars en overheveling naar gemeenten. Het CPB meent van wel: “Bij een verzekering ligt de nadruk meer op het recht op zorg op basis van zeer gedetailleerde landelijk uniforme criteria, bij een voorziening meer op de omvang van het beschikbare budget en de behoefte van elke individuele cliënt: meer maatwerk, minder regels.” (CPB, 2012). Over deze aannahme is discussie mogelijk. Als de zorgverzekeraar een doelmatiger alternatief biedt waar de patiënt mee akkoord gaat, is er geen reden om dat in een AWBZ-verzekeringsspolis te verbieden. Een alternatief waar de patiënt niet mee akkoord gaat, valt in een verzekeraarsmodel af. Gemeenten hebben meer ruimte om dergelijke alternatieven wel door te zetten.

Omdat indicaties bij risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars een belangrijk vereveningscriterium moeten

zijn, hebben zij geen prikkel om te investeren in preventie. Zorgverzekeraars hebben er immers geen belang bij om te voorkomen dat verzekerden een indicatie ontvangen, integendeel. Omdat indicaties bij uitvoering door gemeenten geen verdeelkenmerk hoeven te zijn, is de verwachting dat de preventieprikkel sterker is bij uitvoering door gemeenten dan bij uitvoering door zorgverzekeraars.

BORGING VAN KWALITEIT EN TOEGANKELIJKHEID

Invoering van risicodragendheid in de AWBZ kan ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Dat geldt zowel bij uitvoering door verzekeraars als bij uitvoering door gemeenten. Bij uitvoering door verzekeraars is er een extra risico ten opzichte van uitvoering door gemeenten, omdat bepaalde groepen AWBZ-gebruikers waarschijnlijk voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw (Schut en Van de Ven, 2010). Dit levert zorgverzekeraars een prikkel op om (potentiële) AWBZ-gebruikers weg te houden door te beknipten op de kwaliteit van de AWBZ-zorg of door wachtlijsten te laten oplopen. Deze selectie van winstgevend verzekerden is bij uitvoering voor eigen verzekerden waarschijnlijk gemakkelijker dan bij de huidige regionale representatie in de vorm van zorgkantoren.

Hier staat tegenover dat in het verzekeraarsmodel stemmen met de voeten en reputatie-effecten een kwaliteitsprikkel opleveren. In het gemeentemodel ontbreken deze mechanismen, maar gemeentelijke politici hebben te maken met een electoraat. Naarmate ouderenzorg een belangrijker onderdeel wordt van het gemeentelijke takenpakket, zal dit thema ook prominenter figureren in de gemeentelijke verkiezingen. In hoeverre dit een prikkel tot kwaliteitsverbetering oplevert, hangt mede af van de voorkeuren van het electoraat.

Voor de borging van kwaliteit en toegankelijkheid is het tevens relevant dat overheveling van de ouderenzorg naar de gemeenten zou betekenen dat zij er een zeer omvangrijke taak bij krijgen. Op dit moment ontvangen de gemeenten in totaal 27 miljard euro van het Rijk, via het gemeentefonds en andere uitkeringen. Overheveling van de ouderenzorg zou dit bedrag met ruim tien miljard euro doen toenemen. De omvang van dit bedrag betekent dat gemeenten een groot belang krijgen bij doelmatige uitvoering van de ouderenzorg omdat een beperkte doelmatigheidswinst al resulteert in een forse meevalter binnen de gemeentelijke begroting. De keerzijde is echter dat een kleine tegenvaller of een kleine onvolkomenheid in het verdeelmodel de gemeentefinanciën al flink uit het lood doet slaan. Door de beperkte vrijheid om zelf belasting te heffen, hebben gemeenten weinig ruimte om eventuele tegenvallers op te vangen. Dit brengt risico's met zich mee voor kwaliteit en toegankelijkheid.

Zorgverzekeraars hebben daarentegen wel een manier om tegenvallers te ondervangen, namelijk via de nominale Zvw-premie – waarbij is aangenomen dat een nominale AWBZ-premie voorlopig niet aan de orde is. Dit vereist wel dat het financiële schot tussen de overgehevelde AWBZ en Zvw verdwijnt, zodat verzekeraars Zvw-middelen mogen inzetten voor AWBZ en vice versa. Ontschotting is echter alleen verantwoord indien zorgverzekeraars risicodragend worden gemaakt voor de overgehevelde AWBZ. Immers, zolang zorgverzekeraars minder risico lopen in de overgehevelde AWBZ dan in de Zvw, bestaat het risico dat zij AWBZ-middelen zullen inzetten om Zvw-uitgaven te verlagen. Een

Samenvattend oordeel¹

TABEL 1

	Gemeente	Zorgverzekeraar
Uitgavenbeheersing		
Preventieprikkel	+	-
Afstemming met WMO	+	-
Afstemming Zvw	-	+
Risico indicatie-inflatie	+	-
Flexibel kunnen invullen indicaties (i.p.v. een nauw omschreven verzekerd recht)	+	-
Tegengaan concentratie op zorgverzekeringmarkt	+	-
Kostenbesparingen komen ten goede aan de burger	-	+
Kwaliteit en toegankelijkheid		
Voorkómen selectie winstgevend verzekerden	+	-
Mogelijkheid tekorten aan te vullen via nominale premie	-	+
Stemmen met de voeten	-	+
Borging via democratisch proces	+	-
Reputatiemechanisme	-	+
Zorg is verzekerd recht	-	+
Voldoende schaal	-	+

¹ +/– : gunstige respectievelijk ongunstige score ten opzicht van alternatief.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

hypothetisch voorbeeld: een verzekeraar zou in de verleiding kunnen komen om een deel van zijn AWBZ-budget in te zetten voor speciale huisarts-assistenten voor eenzame ouderen, zodat huisartsen meer tijd hebben voor activiteiten die het beroep op de tweede lijn verminderen. Dit zou ten koste gaan van de middelen die beschikbaar zijn voor de AWBZ met risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid.

Verder is het voor de kwaliteit relevant dat gemeenten alternatieven die niet de voorkeur genieten van de zorggebruiker eenvoudiger kunnen doorzetten dan verzekeraars.

Geconcludeerd kan worden dat in beide modellen invoering van risicodragendheid aanvullend beleid vergt in de vorm van verdere versterking van het kwaliteitstoezicht en transparantie van kwaliteit.

DOORGEVEN DOELMATIGHEIDSWINST AAN BURGER

Een belangrijk doel van de hervorming van de AWBZ is het beheersen van de uitgavengroei. Doelmatigheidsprikkel kunnen aan uitgavenbeheersing bijdragen, maar garanderen niet dat besparingen resulteren in lagere premies. Daarvoor zijn aanvullende stappen nodig. Een mogelijke aanpak is het periodiek meten van de kosten per AWBZ-gebruiker, en vervolgens de normuitkeringen baseren op een landelijk gemiddelde. Dit stelt echter hoge eisen aan de vergelijkbaarheid van de kosten en vereist correctie voor niet-beïnvloedbare verschillen in kosten tussen zorgverzekeraars of gemeenten. De dataverenisten hiervoor zijn aanzienlijk.

Bij uitvoering door concurrerende verzekeraars zorgt concurrentie ervoor dat kostenbesparingen worden doorgegeven aan de burger. Als het financiële schot met de Zvw verdwijnt, slaan overwinsten in de AWBZ via concurrentie op de Zvw-markt namelijk neer in lagere Zvw-premies. Hierbij doet het er niet toe of de overwinsten zijn ontstaan door doelmatig in te kopen of door overindicatie. In het gemeentemodel werkt dit mechanisme niet. Gemeenten kunnen eventuele besparingen inzetten om belastingen te verlagen, maar ook om andere gemeentelijk taken te financieren. Welke mix van lastenverlaging en alternatieve uitgaven gemeenten zullen kiezen laat zich niet voorspellen.

CONCLUSIES

De analyse leidt tot een aantal beleidsaanbevelingen. Allereerst is overheveling van de AWBZ naar zorgverzekeraars slechts zinvol als er op korte termijn uitzicht is op risicodragende uitvoering. Zo niet, dan resulteert overheveling naar zorgverzekeraars waarschijnlijk in hogere zorguitgaven dan het huidige zorgkantoormodel. Zorgverzekeraars krijgen dan meer dan nu mogelijkheden om kosten neer te laten slaan in de AWBZ in plaats van in de Zvw, met als gevolg een zwakere doelmatigheidsprikkel. Om zorgverzekeraars voldoende risicodragend te maken is het essentieel dat de onafhankelijke indicatiestelling goed is geborgd.

Ten tweede dienen nieuwe schotten in de financiering te worden voorkomen. Overheveling van de lichtere ouderenzorg naar zorgverzekeraars of gemeenten in combinatie met handhaving van zwaardere ouderenzorg in een afgeslankte AWBZ is een voorbeeld van zo'n nieuw schot. Bij ouderen neemt de zorgvraag doorgaans toe met de jaren. Preventie, bijvoorbeeld in de vorm van mobiliteitsvoorzieningen, ondersteuning van mantelzorg en investeringen in e-health kunnen dit afremmen

en uitstellen. Maar de prikkel hiertoe ontbreekt wanneer alleen de zwaardere ouderenzorg achterblijft in de AWBZ.

De analyse leidt niet tot een eenduidige voorkeur voor gemeenten of zorgverzekeraars. Tabel 1 vat de voor- en nadelen van overheveling naar gemeenten respectievelijk zorgverzekeraars samen. De effecten zijn onderverdeeld in effecten op uitgavenbeheersing enerzijds, en effecten op kwaliteit en toegankelijkheid anderzijds. De tabel veronderstelt dat indicatieverevening bij zorgverzekeraars mogelijk is. Een '+' staat voor een gunstige score ten opzichte van het alternatief en een '-' andersom.

De prikkel tot uitgavenbeheersing is het sterkst bij uitvoering door gemeenten, doordat alleen dan een preventieprikkel aanwezig is. Cruciaal hierbij is de veronderstelling dat bij uitvoering door zorgverzekeraars onafhankelijke indicaties een essentieel vereveningskenmerk zijn, terwijl dit bij uitvoering door gemeenten niet het geval is. Ook is hierbij aangenomen dat het niet goed mogelijk is om via aanvullend beleid zorgverzekeraars te stimuleren om te investeren in preventie.

Anderzijds lijkt de kwaliteit het beste geborgd te zijn bij uitvoering door individuele zorgverzekeraars. Hierbij is aangenomen dat de prikkel tot risicoselectie die het gevolg is van voorspelbare Zvw-verliezen op AWBZ-verzekerden, valt op te lossen.

De voorkeur tussen beide uitvoeringsmodellen zou moeten afhangen van politieke voorkeuren tussen uitgavenbeheersing enerzijds en kwaliteit en toegankelijkheid anderzijds. Rechtse partijen, die meer belang hechten aan uitgavenbeheersing, zouden volgens de analyse voorstander moeten zijn van uitvoering door gemeenten, terwijl linkse partijen, die een groter belang hechten aan kwaliteit en toegankelijkheid, voorstander zouden moeten zijn van uitvoering door zorgverzekeraars. Opmerkelijk genoeg kiezen partijen ter linkerzijde van het politieke spectrum echter juist voor uitvoering door gemeenten, terwijl aan de rechterzijde de voorkeur uitgaat naar uitvoering door zorgverzekeraars. Dit is verklaarbaar uit ideologische opvattingen over markt versus overheid. Uit de analyse blijkt eens te meer dat een keuze voor de markt niet altijd 'rechts' is en een keuze voor de overheid niet altijd 'links'.

LITERATUUR

- CPB (2012) *Keuzes in kaart, 2013–2017*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Bovenberg, L. en R. Gradus (2008) *Duurzame langdurige zorg*. ESB, 93(4539), 426–428.
- Gradus, R. en E.J. van Asselt (2011) *De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland*. ESB, 96(4607), 202–204.
- Hasekamp, P. (2012) *Dicteert het CPB de keuzes voor de zorg?* Artikel op www.skiپر.nl, 6 juni.
- NZa (2012a) *Marktscan intramurale AWBZ – weergave van de markt 2010–2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012b) *No risk, no gain – uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars*. Research paper, september. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Pomp, M., E. Mot en R. Douven (2006) *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*. CPB Document, 122.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2010) *Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstendig*. ESB, 95(4591), 486–489.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) *Naar beter betaalbare zorg*. Rapport, juni. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.