

Macrorisico en efficiëntie van zorgverzekeraars

In het nieuwe zorgstelsel wordt het risico dat de totale zorguitgaven hoger of lager uitvallen dan de geraamde zorguitgaven afgedekt door de overheid via de macrona- calculatie, een ex-post compensatiemechanisme. Door de macrona- calculatie af te bouwen worden de verzekeraars verantwoordelijk voor het macrorisico en worden de doel- matigheidsstimuli van verzekeraars vergroot. In plaats van macrona- calculatie kan een onderlinge verevening tussen verzekeraars plaatsvinden waardoor het gelijke speelveld blijft behouden.

Het nieuwe zorgstelsel is in 2010 zijn vijfde jaar ingegaan. De belangrijkste doelstelling van het nieuwe zorgstelsel is om verzekeraars en zorgaanbieders te stimuleren om de zorg efficiënter te organiseren zodat consumenten uiteindelijk betere zorg voor minder geld krijgen. In de praktijk zijn de zorguit- gaven de afgelopen jaren echter sterk gestegen en de verwachting is dat het aandeel van de collectieve zorguitgaven als percentage van het bbp ook in de toekomst zal stijgen; van 8,7 procent in 2008 naar 9,8 procent in 2010 (CPB, 2009). Dat betekent dat consumenten een steeds groter aandeel van hun inkomen aan zorg uitgeven. Minister Klink heeft in zijn beleidsagenda voor 2010 daarom aangegeven de efficiëntiestimuli voor verzekeraars te willen vergroten door het achteraf compenseren van zorgverzekeraars te verminderen. Er zijn momenteel een aantal verschillende zoge- noemde ex-post compensatiemechanismen in de Zorgverzekeringswet aanwezig, waaronder de macrona- calculatie. Dit mechanisme is in 2006 ingevoerd, tegelijkertijd met de introductie van de Zorgverzekeringswet, en wordt in VWS (2007) gepre- senteerd als een inherent onderdeel van het nieuwe zorgstelsel.

Macrona- calculatie

De zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet worden betaald door de zorgverzekeraars. Deze ontvangen hun inkomsten voor ongeveer de helft uit nominale premies en voor de helft uit het zorgverzekerings- fonds van de overheid. Het zorgverzekeringsfonds wordt betaald via inkomensafhankelijke bijdragen van verzekerden. In de meeste gevallen lopen deze betalingen via de werkgever. Zorgverzekeraars krijgen voorafgaande aan het nieuwe jaar een budget toebe- deeld uit het zorgverzekeringsfonds van de overheid, waarbij rekening wordt gehouden met het risico- profiel van hun verzekerdenpopulatie. Dit gebeurt via

de zogenoemde ex-ante risicoverevening. De bereke- ning van de ex-ante budgetten is mede gebaseerd op een raming van de totale zorguitgaven van de overheid. Macrona- calculatie vindt plaats wanneer de totale zorguitgaven achteraf afwijken van de raming. Bij hogere feitelijke totale zorguitgaven worden de ex-ante budgetten van verzekeraars door de overheid achteraf opgehoogd, en als ze lager uitvallen dan worden de ex-ante budgetten gekort. Bijvoorbeeld, in de Ziekenfondswet lag de jaarlijkse ramingsfout van de zorguitgaven gedurende 1996–2004 tussen de –10 en +60 euro per volwassen verzekerde (Douven en Schut, 2006). In macrotermen gaat het om bedragen in de orde van grootte tussen de 130 miljoen euro, die de overheid terugkrijgt van verzeke- raars, en 780 miljoen euro, die de overheid achteraf uitkeert aan zorgverzekeraars. Voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt heeft macrona- calculatie belangrijke gevolgen. Deze concurrentie wordt een nulsomspel waarbij verzekeraars afgerekend worden op hun relatieve winst.

Kader 1 geeft een getallenvoorbeeld met en zonder macrona- calculatie. Zonder macrona- calculatie gaat het om een absoluut prestatiemechanisme en is de winst van een verzekeraar alleen afhankelijk van zijn absolute prestatie. Met macrona- calculatie gaat het om de relatieve prestatie van een verzekeraar en maakt deze winst op de zorginkoop wanneer zijn prestatie beter is dan de gemiddelde verzekeraar in de markt. Bijvoorbeeld, wanneer de zorgkosten over de hele linie sneller stijgen dan iedereen had verwacht dan komen die kosten bij een absoluut prestatiemechanisme voor rekening van de zorg- verzekeraars. Bij een relatief prestatiemechanisme, zoals macrona- calculatie, neemt de overheid dit macrorisico voor haar rekening en heeft een derge- lijke stijging nauwelijks gevolgen voor de financiële afrekening van zorgverzekeraars, omdat de relatieve prestaties niet veranderen.

Macrorisico

De totale zorgkosten zijn ieder jaar aan onzeker- heid onderhevig. Macrorisico wordt voor iedere verzekeraar gedefinieerd als de variantie van zijn totale zorgkosten rond zijn verwachte kosten. Het is onduidelijk hoe groot dit macrorisico in de praktijk voor verzekeraars is. In de praktijk kan men stellen dat het macrorisico dat verzekeraars lopen kleiner is dan de hierboven genoemde variantie in de jaarlijkse ramingsfout van de overheid. De ramingsfout hoeft namelijk niets te zeggen over het macrorisico dat individuele verzekeraars lopen. Immers, verzekeraars

JAN BOONE EN RUDY DOUVEN

Hoogleraar aan de Univer- siteit van Tilburg en weten- schappelijk medewerker bij het Centraal Planbureau

hebben verschillende verzekerdenpopulaties en additionele private informatie over kostenontwikkelingen in de zorg, waardoor ze beter de zorguitgaven van hun eigen verzekerdenpopulatie kunnen inschatten. Er zijn gemeenschappelijke risico's die alle verzekeraars in gelijke mate treffen, zoals bijvoorbeeld een onverwachte griep-epidemie, of ziekenhuizen die over de hele linie meer produceren dan werd verwacht. Macronaïcalculatie hoeft het macrorisico van verzekeraars niet te verkleinen, maar dat zal wel het geval zijn wanneer de gemeenschappelijke risico's groter zijn dan de verzekeraarspecifieke risico's. In de praktijk is het uitermate lastig om beide risico's te isoleren omdat de meeste zowel een gemeenschappelijke als een verzekeraarspecifieke component hebben.

Het verkleinen van macrorisico's bij verzekeraars heeft als voordeel dat ze een kleinere opslag op hun premie zullen hanteren om dit risico af te dekken. En groter macrorisico kan ook leiden tot een verhoging van de solvabiliteitsseisen voor verzekeraars, die door De Nederlandsche Bank bepaald worden. Verzekeraars zullen dan hogere reserves moeten aanhouden, wat kan leiden tot een premieverhoging omdat bijvoorbeeld verzekeraars hun reserves op peil dienen te brengen. Een ander voordeel is dat het de transparantie in de markt vergroot. Minder transparantie geeft verzekeraars meer ruimte om via stilzwijgende kartels hogere premies en winsten na te streven. Bijvoorbeeld in de Ziekenfondswet wilde de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de transparantie vergroten door zelf ramingen van de totale zorguitgaven te maken. De vraag ontstond of dit gedrag van ZN niet concurrentieverstorend werkte. De NMa besloot toen dat ZN eerst een verslag aan de NMa moest uitbrengen over de berekening van hun zorguitgaven (Douven en Schut, 2006).

Een goede reden voor de overheid om risico's bij verzekeraars weg te nemen is wanneer het risico's betreft die de overheid zelf introduceert. Zo zouden alle verzekeraars verlies lopen wanneer de overheid gedurende een verzekeringsjaar de samenstelling van het basispakket vergroot of de budgetten van zorgaanbieders verhoogt. Door de spelregels voorafgaande aan een nieuw verzekeringsjaar goed vast te leggen kan de overheid dit echter voorkomen. Mocht de overheid toch onverhoopt willen ingrijpen dan kan zij ook achteraf een correctie toepassen. Een instrument als macronaïcalculatie is minder gericht omdat hierbij alle zorgkosten worden nagecalculeerd. Macronaïcalculatie heeft alleen voordelen wanneer er grote gemeenschappelijke onvoorziene risico's voor verzekeraars optreden. Deze risico's waren wellicht groot bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006, omdat verzekeraars moesten wennen aan de nieuwe omgeving. Hoewel er bij de ziekenhuis-

Minder transparantie geeft verzekeraars meer ruimte om via stilzwijgende kartels hogere premies en winsten na te streven

zorg nog grote onzekerheden bestaan rondom het nieuw in te voeren financieringssysteem, lijken deze risico's al minder groot voor andere delen in de zorg, zoals de paramedische, huisartsen- of geneesmiddelenzorg. Dit blijkt ook uit het feit dat de overheid in deze delen van de zorg vrijwel alle andere ex-post mechanismen om risico's op te vangen, zoals de bandbreedteregeling en de nacalculatie, heeft afgeschaft (VWS, 2009). In een private verzekeringsmarkt is het dragen van risico's ook de primaire taak van verzekeraars en niet van de overheid.

Kader 1

Wat is macronaïcalculatie?

Een eenvoudig getallenvoorbeeld illustreert de kern van het betoog. Beschouw twee modellen, een zonder en een met macronaïcalculatie, waarbij alle verzekerden een identiek risicoprofiel hebben. Verzekeraars spelen jaarlijks een herhaald spel.

Stel dat de overheid vooraf zorguitgaven raamt van gemiddeld 2.000 euro per verzekerde. Verzekeraars ontvangen dan voor iedere verzekerde vijftig procent van dit bedrag, dus een bedrag van 1.000 euro uit het zorgverzekeringsfonds. Veronderstel dat verzekeraars een premie van 1.100 euro stellen voor iedere verzekerde, dat is 1.000 euro voor de verwachte zorguitgaven en 100 euro voor de beheerskosten.

Model 1: Absoluut prestatiemechanisme, zonder macronaïcalculatie.

Zonder macronaïcalculatie maakt een verzekeraar winst op zijn zorgkosten wanneer zijn feitelijke zorgkosten lager uitvallen dan 2.000 euro per verzekerde.

Wanneer bijvoorbeeld zijn zorgkosten 1.900 euro per verzekerde blijken te zijn, maakt deze verzekeraar 100 euro winst per verzekerde op de verwachte zorguitgaven; bij zorguitgaven van 2.100 euro maakt deze 100 euro verlies per verzekerde. Omdat de inkomsten van verzekeraars vooraf vastliggen zal een verzekeraar op elke euro die hij op de zorguitgaven weet te besparen, bijvoorbeeld via onderhandelingen met zorgaanbieders, ook een euro winst maken.

Model 2: Relatief prestatiemechanisme, met macronaïcalculatie.

Bij een relatief prestatiemechanisme liggen de inkomsten van een verzekeraar niet vast maar hangen deze af van de resultaten van andere verzekeraars.

Stel bijvoorbeeld dat de gemiddelde zorgkosten van een verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent, 2.100 euro bedragen en voor alle andere verzekeraars gemiddeld 2.000 euro per verzekerde. In model 1 zou dan de verzekeraar met dertig procent marktaandeel een verlies maken op de zorguitgaven van 100 euro per verzekerde terwijl de andere verzekeraars quitte spelen. Met macronaïcalculatie pakt dit plaatje anders uit. De overheid constateert achteraf dat ze een foute raming gemaakt heeft en dat de gemiddelde zorguitgaven 30 euro per verzekerde hoger zijn uitgevallen dan geraamd. In dat geval krijgen alle verzekeraars 30 euro per verzekerde extra uit het zorgverzekeringsfonds. De verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent maakt dus geen verlies van 100 euro maar van 70 euro op de zorgkosten. De andere verzekeraars maken een winst van 30 euro per verzekerde op de zorgkosten. De afwegingen veranderen dus bij verzekeraars bij het stellen van een premie. Een verzekeraar moet bij het stellen van de premie vooral inschatten in hoeverre zijn eigen zorgkosten afwijken van de gemiddelde zorgkosten in de markt.

Ongunstige neveneffecten

Het nadeel van een relatief prestatiemechanisme als macronacalculatie is opportunistisch gedrag, in dit geval het gevaar dat verzekeraars zich minder zullen inspannen om de regierol op zich te nemen en de kosten te beheersen. Er bestaan verschillende ongunstige neveneffecten.

Minder individuele doelmatigheidsstimuli

Een eerste ongunstig neveneffect van macronacalculatie is dat grote verzekeraars minder individuele doelmatigheidsstimuli ondervinden omdat ze, in tegenstelling tot kleine verzekeraars, voor een belangrijk deel de totale zorguitgaven zelf bepalen. Wanneer bijvoorbeeld een verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent een investering doet om tien euro per verzekerde op zijn zorgkosten te besparen, wordt zijn besparing met drie euro gereduceerd omdat ook de totale zorguitgaven dalen door de macronacalculatie (kader 1). Deze afname van doelmatigheidsstimuli is in Nederland een probleem geworden omdat door fusies de

Kader 2

Een alternatief voor macronacalculatie.

Vereveningsbijdragen aan verzekeraars kunnen op verschillende manieren achteraf worden aangepast. Het volgende getallenvoorbeeld illustreert een alternatief voor macronacalculatie.

Stel dat de overheid vooraf een raming maakt van de totale zorguitgaven van gemiddeld 2.000 euro per persoon, terwijl aan het einde van een verzekeringsjaar de uiteindelijke zorguitgaven gemiddeld 2.060 euro per persoon blijken te bedragen. Dit betekent een ramingsfout van drie procent, hetgeen ongeveer overeenkomt met de gemiddelde ramingsfout in de laatste jaren van de Ziekenfondswet. Stel verder dat er twee verzekeraars, A en B, zijn met een gelijke omvang van de populatie, maar dat verzekeraar A een goedkopere populatie heeft dan B omdat deze laatste bijvoorbeeld meer ouderen in zijn bestand heeft. Veronderstel verder de volgende kostenverhouding tussen verzekeraars $A : B = 0,9 : 1,1$.

Bij een raming van 2.000 euro per persoon wordt de gemiddelde vereveningsbijdrage per persoon voor verzekeraar A 1800 euro, en verzekeraar B 2.200 euro. Wanneer achteraf de totale zorguitgaven hoger blijken uit te vallen, en 2.060 euro per persoon blijken te zijn, dan worden na macronacalculatie de vereveningsbijdragen 1.854 versus 2.266 euro. Omdat verzekeraars zelf de hoogte van de bedragen, via het stellen van hun nominale premie, kunnen bepalen, gaat het hier niet om de hoogte van de bedragen zelf maar om de verschillen tussen de vereveningsbijdragen. Het verschil was eerst 400 (= 2.200–1.800) euro, terwijl het juiste verschil 412 (= 2.266–1.854) euro had moeten zijn. Door een verkeerde raming vooraf wordt er dus een fout van 12 (= 412–400) euro in de spreiding van de vereveningsbijdragen gemaakt. Omdat het bij de bovenstaande correctie van de vereveningsbijdragen alleen om verschillen gaat, kunnen die echter op meerdere manieren achteraf worden gecorrigeerd. Zo is het ook mogelijk om een voor de overheid budgetneutrale berekening maken, waarbij het verschil 412 euro is en de hoogte van de oorspronkelijke raming van gemiddeld 2.000 euro per persoon niet wordt aangetast. In dat geval worden de ex-ante budgetten achteraf, respectievelijk 1.794 euro voor verzekeraar A en 2.206 euro voor verzekeraar B. In het alternatief raamt de overheid dus vooraf 2.000 euro per persoon en krijgt verzekeraar A vooraf 1.800 euro en verzekeraar B 2.200 euro per verzekerde. Aan het einde van een jaar dient verzekeraar A dan 6 euro per verzekerde terug te betalen aan verzekeraar B. De verzekeraars lopen in dit voorbeeld nu zelf het macrorisico van de te lage raming van 60 euro per persoon en moeten daar vooraf rekening mee houden bij hun premiestelling. Om quitte te spelen met hun zorgkosten zullen ze dan vooraf hun premie 60 euro hoger moeten zetten dan de overheid raamt.

zorgverzekeringsmarkt vooral bestaat uit een viertal grote zorgverzekeraars, waarvan de grootste een marktaandeel heeft van 29 procent (NZa, 2009a). VWS (2007) hanteert het standpunt dat macronacalculatie niet ten koste gaat van de individuele stimulus tot doelmatige zorginkoop van verzekeraars, omdat het de relatieve positie, of ook wel concurrentieverhoudingen, tussen verzekeraars niet aantast. Bijvoorbeeld de verzekeraar met een marktaandeel van dertig procent maakt door zijn investering weliswaar maar zeven euro per verzekerde winst en geen tien euro, maar daar staat tegenover dat andere verzekeraars door de macronacalculatie een verlies lijden van drie euro per verzekerde. De relatieve positie tussen verzekeraars verandert niet omdat zonder macronacalculatie de grote verzekeraar een winst maakt van tien euro per verzekerde en de andere verzekeraars geen winst of verlies maken op de actie. Hoewel dit argument klopt zal een verzekeraar ook beslissingen nemen op basis van zijn absolute financiële resultaat. Aan het einde van het boekjaar wordt immers de rekening opgemaakt en dat zal een verzekeraar zo veel mogelijk winstgevend willen afsluiten.

Spillovers

Bij individuele doelmatigheidsstimuli is het uitgangspunt dat verzekeraars alle doelmatigheidswinst zelf kunnen behouden. In de zorg bestaan er echter veel spillovers. In het algemeen zullen zorgaanbieders bij het behandelen van hun patiënten niet snel differentiëren naar verzekeraar. Dit verkleint de individuele doelmatigheidsstimuli voor verzekeraars omdat doelmatige zorgaanbieders ook doelmatiger zullen werken voor andere verzekeraars, waardoor hun relatieve positie niet verbetert (Chernew *et al.*, 2004). Zo merkt de NZa (2009b) in haar laatste ziekenhuismonitor op dat zorgaanbieders voordelen die zij met een bepaalde zorgverzekeraar afspreken, vaak ook aan verzekerden van andere zorgverzekeraars geven. Bij spillovers zijn de individuele doelmatigheidsstimuli van verzekeraars al gering, maar deze worden door macronacalculatie nog verder verzwakt (Armstrong en Sappington, 2007). Wanneer bijvoorbeeld iedere verzekeraar gelijk vertegenwoordigd is in een ziekenhuis, zorgt de macronacalculatie ervoor dat geen enkele van de verzekeraars winst maakt wanneer het ziekenhuis over de hele linie gezien minder ineffektieve behandelingen uitvoert. Het individueel bestrijden van ineffektieve behandelingen, wanneer andere verzekeraars door meelifersgedrag evenredig mee profiteren, levert dan alleen maar verlies op voor een verzekeraar. Deze maakt immers geen winst maar moet wel de kosten van de investering zelf dragen.

Impliciete samenwerking

Een ander nadeel van macronacalculatie is dat het een signaal geeft aan zorgverzekeraars dat ze hun kosten toch wel gecompenseerd krijgen wanneer de totale zorguitgaven uit de hand lopen (VWS, 2007).

Shleifer (1985) merkt op dat er bij relatieve prestatieschema's zoals macronaïcalculatie, meer risico's bestaan op impliciete samenwerking tussen partijen dan bij absolute prestatieschema's. Dit gevaar kan zich voordoen na verloop van tijd als onderhandelingen jaarlijks terugkeren. Verzekeraars vangen via onderlinge signalen het gedrag van hun concurrenten op en kunnen dan besluiten om bijvoorbeeld het volume of de prijs in hun onderhandelingen met zorgaanbieders niet al te hard aan te pakken. Als alle zorgverzekeraars dit gedrag vertonen, loopt niemand een financieel risico en kunnen zorgaanbieders makkelijk ongelimiteerd produceren of hoge prijzen zetten.

Premiestelling

Macronaïcalculatie verstoort niet alleen de doelmatigheidsstimuli van verzekeraars maar kan ook hun premiestelling verstoren. Hoewel het winstgevend is om verzekeren te winnen van inefficiënte concurrenten, wordt de premiestelling aan de marge verstoord door macronaïcalculatie. Wanneer een verzekerde overstapt van een dure verzekeraar naar een goedkopere, ofwel een verzekeraar die efficiëntere afspraken gemaakt heeft met zorgaanbieders, dan zullen de totale zorguitgaven afnemen en zal er minder macro worden nagecalculeerd. Omdat de winst van de nieuwe verzekeren voor de efficiënte verzekeraar voor een deel teniet wordt gedaan door het lagere bedrag dat de verzekeraar ontvangt via de macronaïcalculatie zal hij zijn premie minder scherp zetten. Er is aanvullend onderzoek nodig om te zien in hoeverre deze theoretische mogelijkheid in de praktijk ook optreedt.

Vereveningsbijdragen

Naast het afdekken van macrorisico was het motief voor de minister om macronaïcalculatie in te voeren om een gelijk speelveld tussen verzekeraars te creëren (VWS, 2007). Om dit technische argument goed te begrijpen dient te worden teruggekeerd naar de bepaling van de ex-ante budgetten van de risicoverevening in de Ziekenfondswet. De overheid bepaalde de ex-ante budgetten aan zorgverzekeraars via een raming van de totale zorguitgaven vooraf. In de praktijk bleek de raming van de zorguitgaven af te wijken van de feitelijke zorguitgaven en dus was er mogelijk een fout gemaakt bij de bepaling van de ex-ante vereveningsbijdragen.

Macronaïcalculatie corrigeert die mogelijke fout omdat de ex-ante budgetten achteraf worden nagecalculeerd op basis van de gerealiseerde zorguitgaven. Hoewel dit argument klopt kunnen vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars op meerdere manieren achteraf worden gecorrigeerd. Kader 2 laat zien dat er naast macronaïcalculatie ook een onderlinge verevening tussen verzekeraars als alternatief

Macronaïcalculatie verstoort niet alleen de doelmatigheidsstimuli van verzekeraars maar kan ook hun premiestelling verstoren

mogelijk is om het gelijke speelveld te waarborgen. Bij dit alternatief gaat het om veel kleinere bedragen en wordt achteraf alleen de spreiding van de ex-ante vereveningsbijdragen gecorrigeerd maar niet de hoogte. Dit alternatief is budgetneutraal voor de overheid, en verzekeraars lopen het volledige risico over de totale zorguitgaven. In essentie zijn we dan weer terug bij een model met een absoluut prestatiemechanisme. Het lijkt verstandig om in dit alternatief de correctie alleen toe te passen wanneer het om substantiële bedragen gaat. Merk op dat in het alternatief wel de doelmatigheidsstimuli toemen maar dat het gelijke speelveld behouden blijft.

Conclusie

Macronaïcalculatie is bedoeld om gemeenschappelijke macrorisico's van verzekeraars te verkleinen. Nu het zorgstelsel ten dele in een stabielere omgeving terecht komt zullen de macrorisico's van verzekeraars afnemen en is de noodzaak voor macronaïcalculatie kleiner. Het afbouwen van macronaïcalculatie vergroot de doelmatigheidsstimuli van verzekeraars en dat kan bijdragen aan een efficiëntere zorg. Macronaïcalculatie verkleint de doelmatigheidsstimuli van verzekeraars omdat ze van elke kostenstijging door efficiëntieverlies een deel terugkrijgen via de macronaïcalculatie. Het afschaffen van de macronaïcalculatie kan leiden tot hogere solvabiliteitseisen voor verzekeraars wanneer de DNB inschat dat het macrorisico van verzekeraars toeneemt. Dit kan leiden tot een opslag op de premie. De overheid kan het macrorisico van zorgverzekeraars verkleinen door een transparant beleid te voeren en de spelregels voorafgaande aan een nieuw verzekeringsjaar helder vast te leggen. Mocht gedurende een jaar de overheid toch de spelregels veranderen, zoals bijvoorbeeld voor incidentele gebeurtenissen als het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep, dan komen die kosten wel voor rekening van de overheid. De afbouw van macronaïcalculatie kan het gelijke speelveld tussen verzekeraars verstoren maar dit kan weer rechtgetrokken worden via een onderlinge verevening tussen verzekeraars.

LITERATUUR

- Armstrong, M. en D.E.M. Sappington (2007) Recent developments in the theory of regulation. In: Armstrong M. en R.M. Porter (red.) *Handbook of industrial organization. Volume 3*, Amsterdam: North-Holland, 1561-1700.
- Chernew, M.E., W.P. Wodchis, D.P. Scanlon en C.G. McLaughlin (2004) Overlap in HMO physician networks, *Health Affairs*, 23(2), 91-101.
- CPB (2009) *Macro economische verkenning*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Douven, R.C.M.H. en F.T. Schut (2006) Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars. *ESB*, 91(4485), 272-275.
- NZa (2009a) *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2009*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2009b) *Ziekenhuismonitor 2009*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Shleifer, A. (1985) A theory of yardstick competition. *The RAND Journal of Economics*, 16(3), 319-327.
- VWS (2007) *Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS (2009) *Risicovereveningssysteem 2010*. Kamerstuk, 5 oktober.