

Marktwerving in de zorg één jaar later

Het nieuwe zorgstelsel heeft geleid tot sterke prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt maar nog niet tot effectieve concurrentie tussen zorgaanbieders. Hiervoor zijn meer vrijheidsgraden en meer transparantie nodig.

In 2006 is de curatieve zorgsector drastisch hervormd met het oogmerk om meer ruimte te creëren voor marktwerking. De beoogde concurrentie dient zich primair af te spelen op twee markten: de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt moeten verzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden, terwijl zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt moeten concurreren om contracten met zorgverzekeraars. Nu de rook enigszins is opgetrokken kan een eerste balans worden opgemaakt. Wat is er in het eerste jaar in de zorg veranderd? Zijn op de zorgverzekerings- en de zorginkoopmarkt de onzichtbare handen daadwerkelijk uit de mouwen gestoken?

Concurrentie op de verzekeringsmarkt

Een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt is een noodzakelijke voorwaarde voor een goed functionerende zorginkoopmarkt. Zonder een geloofwaardige dreiging dat ontevreden verzekerden weglopen, zullen zorgverzekeraars zich niet inspannen om de zorg zo goed en doelmatig mogelijk voor hen te regelen.

In de aanloop naar het nieuwe zorgstelsel werd breed getwijfeld aan de bereidheid van verzekerden om te stemmen met de voeten. De geringe verzekerdenmobiliteit in de ziekenfondsverzekering gaf weinig reden voor optimisme. Sombere voorspellingen voorzagen dat de nominale premie ruim boven het door het kabinet geraamde bedrag van 1106 euro zou uitkomen.

Premieoorlog

Zorgverzekeraars waren echter bang dat de radicale veranderingen verzekerden zouden aanzetten om zich kritisch te bezinnen op de ooit gemaakte verzekeraarskeuze. Temeer daar veel ziekenfondsverzekerden voor het eerst ook konden kiezen voor een collectief contract. De angst om verzekerden te verliezen leidde in het najaar van 2005 tot een ware premieoorlog. De eerste zorgverzekeraar dook meteen fors onder de door de overheid geraamde premie en de rest volgde met vergelijkbaar scherpe premies. Bovendien werd aan collectiviteiten gemiddeld ook nog ruim zes procent premiekorting geboden, waardoor de gemiddelde premie ruim beneden het kostendekkende niveau uitkwam (NZa, 2006a).

Als gevolg van de premieoorlog lijdten de zorgverzekeraars in 2006 op de basisverzekering naar verwachting een verlies tussen 375 en 950 miljoen euro (Douven en Schut, 2006). Oktober 2006 maakte een van de grootste zorgverzekeraars, Achmea, bekend vijftien miljoen euro per maand te verliezen op de basisverzekering (NRC Handelsblad, 14 oktober 2006). De verliezen op de basisverzekering kunnen door de grotere concerns ruimschoots worden betaald uit vrijvallende reserves van de voormalige particuliere zorgverzekering (Douven en Schut, 2006).

Aardverschuiving verzekerden

De scherpe premieconcurrentie leidde in de eerste maanden van 2006 tot een aardverschuiving van verzekerden. Ongeveer 18 procent van alle Nederlanders wisselde van zorgverzekeraar (NZa 2006a). In vergelijking met de blijvers zijn overstappers relatief jong, gezond, hoog opgeleid, woonachtig in een grote stad en hebben zij een partner en kinderen. Collectiviteiten vormden een belangrijke

ERIK SCHUT

Hoogleraar gezondheids-economie, iBMG/ECRI, Erasmus Universiteit Rotterdam

katalysator voor de ongekeerde verze-kerden-mobiliteit. Bijna de helft (46 procent) van de verze-kerden heeft zich aangesloten bij een col-lectieve verzekering, waarvan circa tweederde via werkgevers en eenderde via een breed scala aan initiatiefnemers, zoals vakbonden, gemeenten, sportverenigingen, ouderenbonden en patiëntenverenigingen.

Uit een inventarisatie van de NZa (2006a) bleek dat premie de voornaamste reden was om van verzekeraar te wisselen. De zorgver-zeke-reaars die in 2006 marktaandeel wonnen hadden, op één uitzondering na, alle een lagere individuele premie dan de verliezers (Deloitte, 2006). Naast premie speelde bij de overstap vooral de dekking van de aanvullende verze-kering een belangrijke rol. Hoewel reputatie en dienstverlening een ondergeschikte reden waren om over te stappen, bleken zij de domi-nante reden om een zorgverzekeraar trouw te blijven. Vijf van de zes verzekeraars die naar het oordeel van verze-kerden het beste uit bus kwamen op het terrein van dienstverlening, hebben in 2006 verze-kerden gewonnen, terwijl vijf van de zes met het slechtste rapportcijfer verze-kerden verloren (Deloitte, 2006). De kwa-liteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg speelde noch voor de overstappers noch voor de blijvers een rol van betekenis. Terwijl de stelselherziening draait om de rol van de zorgverzekeraar als kritische inkoper van zorg, is deze rol voor verze-kerden dus vooralsnog onherkenbaar.

Voortzetting premieconcurrentie

Hoewel het percentage overstappers wegens de unieke omstandigheden in 2006 waar-schijnlijk *all-time high* is geweest, lijkt de markt allerminst tot rust gekomen. (Op grond van een enquête onder 600 respondenten verwacht TNS NIPO (2006) dat in 2007 circa vijf tot zeven procent van zorgverzekeraar zal wisselen.) Zo lijken verze-kerden zich inmid-dels veel bewuster van hun keuzemogelijk-heden en is ook de media-aandacht voor de premiestelling sterk gestegen. Bovendien blijkt dat bijna een kwart van de werkgevers de intentie heeft om in 2007 hun collectief contract bij een andere zorgverzekeraar onder te brengen (Aon, 2006).

Begin oktober heeft de regionale zorgverzekeraar DSW wederom als eerste haar premie voor 2007 bekend gemaakt. Met 1137 euro ligt deze premie net als in 2006 ruim onder de door het kabinet geraamde premie (1166 euro). DSW, dat zelf geen collectieve contracten aan-biedt, maakt het voor de concurrentie zo nagenoeg onmogelijk om substantiële collectiviteitskortingen te bieden zonder opnieuw forse verliezen te incasseren. Het lijkt er echter op dat in 2007 de resterende 'oorlogskassen' wederom zullen worden aangesproken om de premie-oorlog voort te zetten. Begin november zetten de meeste zorgverze-ke-reaars – waaronder alle grote – hun premie rond die van DSW, waardoor de gemiddelde premie in 2007 met circa 1150 euro opnieuw lager uitkomt dan de raming van het kabinet. Ondanks deze scherpe premie, worden ook in 2007 weer forse collectiviteitskortingen geboden. Zo kan bijvoorbeeld iedere Nederlander voor slechts 1025 euro (tien procent korting) via independer.nl een collectieve basispolis afsluiten. Mits individueel verze-kerden voldoende prijsgevoelig blijven, zullen de individuele contracten ook in de toekomst weinig marge overlaten om verliezen op collectieve contracten te dekken. Collectiviteitskortingen zullen daarom op den duur niet meer dan reële kostenvoordelen – zoals lagere incassokosten of een gunstig risicoprofiel – kunnen weerspiegelen.

Mogelijke reacties zorgverzekeraars

Wanneer de hevige concurrentie zich ook de komende jaren voortzet, zul-len zorgverzekeraars scherp op zowel kosten als reputatie moeten letten. Kostenbeheersing kunnen verzekeraars bereiken via besparingen op de bedrijfskosten, via beheersing van de zorgkosten en via risicoselectie.

In eerste instantie lijken zorgverzekeraars zich vooral te richten op reductie van hun bedrijfskosten. Zo kondigde Achmea bij de recente bekendmaking van de verliezen op de basisverzekering aan te gaan bezuinigen op kosten en personeel. Het wegvallen van het onderscheid ziekenfonds-particulier en de eenduidig afgebakende overstapperperiode maakt de verze-kerdenadministratie eenvoudiger. Ook de in 2006 aan-gekondigde fusies worden onder meer gemotiveerd door schaalvoor-de-len bij administratie, automatisering en inkoop, al moeten deze schaal-voordelen zich nog bewijzen. Bij bezuinigingen op de bedrijfskosten zullen zorgverzekeraars overigens moeten waken dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de dienstverlening, aangezien dit een belang-rijke factor is voor de loyaliteit van verze-kerden.

Beheersing van de zorgkosten is een stuk ingewikkelder want dat betekent dat zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt efficiëntere zorg voor hun verze-kerden moeten kunnen regelen. Dat vereist, zoals ver-derop zal worden toegelicht, voldoende inkoopmacht bij verzekeraars en voldoende concurrentie aan de aanbodzijde. De recente fusies tussen zorgverzekeraars worden mede beargumenteerd vanuit de noodzaak om overal op regionaal niveau voldoende inkoopmacht te verkrijgen. De kunst voor zorgverzekeraars zal zijn om kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing hand in hand te laten gaan. Efficiëntere zorg – in

één keer de juiste diagnose en therapie, geen dubbele diagnostiek, een goede coördinatie van zorg en optimale patiëntveiligheid – betekent vaak ook betere zorg. Het is echter niet alleen ingewikkeld om dit te realiseren, maar ook om de boodschap goed over te brengen aan verzekeren. Tot op heden zien verzekeren hun zorgverzekeraar nog niet als zorginkoper en hebben zorgverzekeraars zich ook nog nauwelijks als zodanig gemanifesteerd.

Een derde optie om kosten te beperken is risicoselectie. Zorgverzekeraars krijgen voor verzekeren met een voorspelbaar hoog ziekterisico een risicovereeningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (dat voornamelijk wordt gevuld door inkomensafhankelijke bijdragen van werkgevers, zelfstandigen en gepensioneerden). Hoewel het vereveningssysteem de afgelopen tien jaar enorm is verbeterd, zijn er voor zorgverzekeraars nog steeds betrekkelijk eenvoudig gunstige en ongunstige risicogroepen te identificeren (Van de Ven et al., 2005). In de voormalige ziekenfondsverzekering was de concurrentiedruk zo gering dat zorgverzekeraars geen sterke prikkel hadden om de mogelijkheden voor risicoselectie te benutten. De beperkte groep verzekeren die jaarlijks van ziekenfonds veranderde bleek per saldo niet winst- of verliesgevend (Van Vliet, 2005). De sterk toegenomen concurrentie zet echter veel meer druk op de ketel. Bovendien nemen dankzij de toenemende mobiliteit, de ruimere mogelijkheden voor polisdifferentiatie en de toenemende rol van collectiviteiten de mogelijkheden voor risicoselectie aanzienlijk toe. Een potentieel krachtig instrument voor risicoselectie vormt de aanvullende verzekering. Omdat voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht geldt, kunnen zorgverzekeraars via selectieve acceptatie op de aanvullende verzekering ongewenste klanten buiten de deur houden. Daarnaast bieden ook collectiviteiten mogelijkheden voor risicoselectie. Collectiviteiten van bijvoorbeeld sportverenigingen of ouderenbonden kunnen via zelfselectie van gezonde en fitte leden voor verzekeraars winstgevend zijn. Ook zouden collectiviteiten zelf een selectief acceptatiebeleid kunnen gaan toepassen. Tenslotte zouden ook tussenpersonen kunnen worden ingezet om gunstige risico's aan te trekken en ongunstige te weren. Risicoselectie brengt voor verzekeraars echter ook het gevaar van reputatieverlies met zich mee. Naarmate risicoselectie meer in het oog loopt, zal het voor zorgverzekeraars minder aantrekkelijk worden. Zo wordt het acceptatiebeleid bij de aanvullende verzekeringen al enkele jaren nauwlettend gevolgd door consumenten- en patiëntenorganisaties en de zorgautoriteit (De Bruijn et al., 2005, 2006, NZa, 2006a). Het feit dat het acceptatiebeleid in de etalage staat, lijkt effect te sorteren. In 2006 hebben zorgverzekeraars beloofd om – eenmalig – overstappers zonder selectie te accepteren op de aanvullende verzekering. Evaluaties van het acceptatiebeleid wijzen uit dat deze belofte gestand is gedaan (NZa, 2006a, De Bruijn en Schut, 2006). Inmiddels lijkt de 'eenmalige' belofte in 2007 te worden geprolongeed. Na kritische geluiden in een populair consumentenprogramma over mogelijke overstapperikelen bij de aanvullende verzekering, liet Zorgverzekeraars Nederland weten dat zorgverzekeraars onderling waren overeengekomen ook in 2007 "voor het merendeel van de aanvullende verzekeringspro-

ducten geen selectieprocedures te hanteren" (Wiegel, 2006).

Wegens de sterkere prikkels en toegenomen mogelijkheden voor risicoselectie, wordt thans hard gewerkt aan verdere verbetering van de vereveningssystematiek. Maar omdat het systeem waarschijnlijk nooit perfect zal worden, is het verstandig om tegelijkertijd het reputatiemechanisme zijn werk te laten doen door maatschappelijk ongewenst gedrag zoveel mogelijk transparant te maken.

Concurrentie op de zorginkoopmarkt

Concurrentie op de verzekeringsmarkt lijkt in 2006 dus goed op gang gekomen. Maar uiteindelijk is het allemaal begonnen om een goed functionerende zorginkoopmarkt: wordt de zorg er beter en doelmatiger op? Hebben zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden, prikkels en inkoopmacht om efficiëntere zorg af te dwingen?

Mogelijkheden

Zorgverzekeraars hebben op de zorginkoopmarkt thans zeer beperkte speelruimte. Weliswaar is de contracteervrijheid toegenomen, maar de prijzen zijn nog grotendeels gereguleerd. Slechts voor 5-10 procent van de ziekenhuiszorg – de routinematige zorg zoals staar-, knie- en heupoperaties – zijn de prijzen vrij onderhandelbaar; de overige ruim negentig procent van de ziekenhuiszorg wordt nog steeds betaald op grond van collectief onderhandelde budgetten. Ook de tarieven voor huisartsenzorg liggen nagenoeg volledig vast (slechts circa twee procent is vrij onderhandelbaar) en de kortingen op prijzen van geneesmiddelen die apothekers aan verzekeraars in rekening brengen worden via een convenant afgedwongen door de overheid. De meeste vrijheid is gecreëerd bij de fysiotherapie waar de prijzen sinds februari 2005 bij wijze van experiment voor een periode van twee jaar volledig zijn geliberaliseerd. Maar de fysiotherapie valt grotendeels buiten de basisverzekering. In het vrije segment van de ziekenhuiszorg, heeft marktwerking voor de nodige dynamiek gezorgd (Rosenberg, 2006). De NZa (2006b) constateert dat contractprijzen voor de vrijgegeven DBC's in 2006 gemiddeld slechts



0,5 procent zijn gestegen (en in reële termen zelfs met 0,8 procent gedaald). Daarbij is er overigens sprake van een grote variatie in contractprijzen per regio, per zorgaanbieder, per specialisme en per diagnose.

Aan de andere kant constateert de NZa dat vanwege de geringe omvang van het vrije segment de efficiëntieprikkels gering zijn en er bovendien ongewenste afwentelingseffecten plaatsvinden tussen het vrije en gereguleerde segment.

In een recente brief aan de Tweede Kamer (VWS, 2006) stelt het kabinet een drastische verruiming van vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg in het vooruitzicht. Met ingang van 2008 zouden vrije prijsonderhandelingen moeten kunnen plaatsvinden voor zeventig procent van de ziekenhuisproductie, waarbij de totale productie van een ziekenhuis overigens niet duurder mag zijn dan een door de NZa op basis van normprijzen vastgestelde limiet. Deze normprijzen worden bepaald op basis van de landelijk gemiddelde prijs- of kostenontwikkeling. Voorwaarde is dan wel dat er in 2008 sprake is van een 'stabiel' systeem van producttypering op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Bovendien zouden de kapitaallasten, die nu nog apart worden vergoed, tegen die tijd volledig in de DBC-prijzen moeten worden verdisconteerd. Wegens de ongelijke uitgangsposities in de kapitaalvoorraad en het weerstandsvermogen van ziekenhuizen, zal de invoering van integrale prijzen op zo'n korte termijn forse concurrentieverstorende effecten kunnen hebben. Hoewel de voorgestelde liberalisering van de ziekenhuisprijzen een enorme impuls voor marktwerking in de ziekenhuiszorg betekenen, lijkt een invoering in 2008 echter niet realistisch, temeer daar de feitelijke besluitvorming moet plaatsvinden in een nieuw kabinet.

Prikkels

Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt draait vooralsnog vooral om prijs en service. Zorgverzekeraars onderscheiden zich nog nauwelijks via de kwaliteit van de ingekochte zorg en worden daar door verzekerden ook niet op beoordeeld. Een belangrijk knelpunt is dat er weinig inzicht bestaat in kwaliteitsverschillen

in de zorg. Zolang de kwaliteit intransparant blijft, bestaat het risico dat zorgverzekeraars zich voornamelijk richten op het inkopen van zo goedkoop mogelijke zorg. Bovendien zullen verzekerden dan ook wantrouwig blijven staan tegenover zorgverzekeraars die selectief contracteren: zijn de geselecteerde zorgverleners niet alleen goedkoop maar ook goed? De ontwikkeling van adequate prestatie-indicatoren waarmee de afgelopen jaren is begonnen vormt dan ook een essentiële voorwaarde voor een goed functionerende zorginkoopmarkt (NZa, 2006b).

Inkoop- en verkoopmacht

Een derde vraag is of zorgverzekeraars voldoende inkoopmacht hebben om efficiëntere zorg af te dwingen. Gelet op de hoge marktconcentratie lijkt de inkoopmacht van zorgverzekeraars op het eerste gezicht eerder te groot dan te klein. Als gevolg van de in oktober 2006 door een NMA goedgekeurde fusie, zijn straks veertien van de ruim zestien miljoen Nederlanders verzekerd bij slechts zes grote zorgverzekeringsconcerns. De overige tien procent van de markt is grotendeels in handen van zeven veelal sterk regionaal georiënteerde zorgverzekeraars.

Relevanter dan de landelijke marktconcentratie is de concentratie op regionaal niveau en die is meestal nog aanzienlijk hoger. Maar daar tegenover staat vaak ook een hoge marktconcentratie aan de verkoopkant. Vooral op de regionale ziekenhuismarkten is de concentratiegraad hoog. Bovendien hebben zorgaanbieders nog een forse informatievoorsprong als het gaat om inzicht in kosten en kwaliteit. Zelfs in het vrije segment waar ziekenhuizen toenemende concurrentie te duchten hebben van zelfstandige behandelcentra (ZBC), hebben ziekenhuizen volgens de NZa (2006b) daarom een sterkere onderhandelingspositie dan de zorgverzekeraars. Wel weten verzekeraars met een groot aandeel in de ziekenhuisomzet lagere prijzen te bedingen.

De situatie ligt anders in de eerstelijnszorg, waar veel zorgverleners werkzaam zijn in kleinschalige, zelfstandige praktijken. Vooral zorgverleners die voor hun praktijk sterk afhankelijk zijn van één zorgverzekeraar en weinig of geen uitwijkmogelijkheden hebben, lijken kwetsbaar. Regionaal dominante zorgverzekeraars kunnen deze zorgverleners confronteren met een alles-of-niets keuze: acceptatie van de door de verzekeraar eenzijdig opgestelde contractvoorwaarden of helemaal geen contract. Een monopsonistische zorgverzekeraar zou hieraan zelfs meer inkoopmacht kunnen ontleen dan een 'tekstboek' monopsonist (Herndon, 2002). Klachten van fysiotherapeuten dat zorgverzekeraars hun inkoopmacht misbruiken door eenzijdig contracten op te leggen met tarieven onder de kostprijs, zijn door de NMa (2005) echter afgewezen. Ook de NZa (2006c) vond geen aanwijzingen misbruik van marktmacht door zorgverzekeraars bij de inkoop van fysiotherapie.

Er zijn dan ook verschillende redenen waarom de inkoopmacht van zorgverzekeraars in de praktijk minder groot is dan de hoge regionale marktaandeelen suggereren. Ten eerste moeten juist grote zorgverzekeraars breed contracteren om aan de wettelijke zorgplicht te kunnen voldoen. Kleinere zorgverzekeraars zouden zich daarentegen kunnen beperken tot het contracteren van zorgaanbieders met de meest gunstige prijs/kwaliteitsverhouding. Ten tweede blijkt het marktaandeel van

de zorgverzekeraar minder bepalend voor inkoopmacht dan de mogelijkheid om verzekerden te bewegen om van gecontracteerde zorgaanbieders gebruik te maken (Sorensen, 2003). Zonder geloofwaardige dreiging om "marktaandeel te verplaatsen" zal ook een grote zorgverzekeraar geen sterke onderhandelingspositie hebben: de patiënten komen immers toch wel (Varkevisser et al., 2006). De mogelijkheid om verzekerden te sturen naar preferente aanbieders hangt af van de voordelen die zorgverzekeraars daar tegenover kunnen stellen en de gevoeligheid van verzekerden voor dergelijke voordelen. In de apothekersmarkt wordt door diverse zorgverzekeraars al enige jaren geëxperimenteerd met uiteenlopende prikkels om van preferente apotheken gebruik te maken. Hoewel een deel van de verzekerden inderdaad gevoelig blijkt voor de zeer bescheiden prikkels, is de loyaliteit van verzekerden ten aanzien van apotheken waarschijnlijk minder sterk dan bij andere eerstelijnszorgverleners (Boonen en Schut, 2006).

Uit onderzoek van de NZa (2006a) blijkt dat bijna de helft van de verzekerden een polis heeft waarbij de vergoeding bij gebruik van niet-gecontracteerde zorgverleners tachtig of negentig procent van het wettelijke maximumtarief bedraagt. Tegelijkertijd constateert de NZa dat deze kortingen voornamelijk weinig effect sorteren omdat zorgverzekeraars in 2006, mede uit angst voor reputatieverlies, ruim hebben gecontracteerd. Naarmate verzekeraars beter duidelijk kunnen maken dat selectief contracteren niet alleen kan leiden tot goedkopere maar ook tot betere zorg, zullen meer verzekerden bereid zijn om van volledige keuzevrijheid van zorgverlener af te zien. Zo lang de kwaliteit van zorg echter niet beter inzichtelijk wordt gemaakt, zullen verzekerden wantrouwend blijven staan tegenover een inperking van hun vrijheid van artskeuze door de zorgverzekeraars.

Conclusie

De hervorming van het nieuwe zorgstelsel heeft geleid tot sterke prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. De vertaling daarvan naar de zorginkoopmarkt, waar het allemaal om begonnen is, moet echter nog grotendeels plaatsvinden. Om deze vertaalslag te realiseren zijn meer vrijheidsgraden en meer transparantie nodig. Naast de herordening van de care-sector, zou dit hoog op de agenda moeten staan van het volgende kabinet.

Een nieuw kabinet zou ook een keuze moeten maken tussen macro-budgettering en marktwerking. Een verruiming van de vrijheidsgraden op de zorginkoopmarkt leidt anders tot een steeds grotere politieke spagaat tussen onverenigbare ordeningsprincipes. Kenmerkend voor deze spagaat is de passage in de recente kabinetsnota over prijsliberalisatie in de ziekenhuissector waarin wordt gesteld dat "het verruimen van het segment van vrije prijsvorming de doelmatigheid in de ziekenhuiszorg moet vergroten en *dus (!)* niet mag leiden tot een overschrijding van het BKZ (Budgettair Kader Zorg)" (VWS, 2006). Een vergroting van de doelmatigheid impliceert echter alleen een verlaging van de prijs *per eenheid* van *gegeven kwaliteit*. Maar omdat dit een toename van het volume en/of de kwaliteit van de ziekenhuisproductie allerminst uitsluit, is

er geen enkele garantie dat de uitgaven binnen een bepaald budgettair keurslijf blijven.

LITERATUUR

- Aon (2006) *Tussen zorg en zekerheid: de hervorming van het zorg-, verzuim- en pensioenstelsel door de ogen van de werkgever*. Aon Consulting, Rotterdam.
- Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut (2006) *Sturen op de zorgmarkt*. ESB, 91, 226-228.
- Bruijn, D. de, F.J. Prinsze, F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven (2005) *Monitor Risicoselectie*. Onderzoek voor de NPCF. iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bruijn, D. de en F.T. Schut (2006) *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006*. Onderzoek voor de NPCF. iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Deloitte (2006) *Collectieve afhankelijkheid. Onderzoek naar de mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt*. Deloitte Consultancy, Amstelveen.
- Douven, R.C.M.H. en F.T. Schut (2006) *Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars*. ESB, 91, 272-275.
- Herndon J.B. (2002) *Health insurer monopsony power: the all-or-none model*, *Journal of Health Economics*, 21, 197-206.
- NMa (2005) *Besluit in zaak KNGF (nr. 5412)*. Den Haag.
- NZa (2006a) *De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006*. NZa io. Diemen/Utrecht.
- NZa (2006b) *Monitor Ziekenhuiszorg 2006. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006*. CTG/ZAio, Utrecht.
- NZa (2006c) *Monitor Fysiotherapie 2006, Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006*. CTG/ZAio, Utrecht.
- Rosenberg, E. (2006) *Patiënt in de watten*, *M/NRC Handelsblad*, oktober 2006, 16-33.
- Sorensen, A.T. (2003) *Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut*. *Journal of Industrial Economics*, 51, 469-490.
- TNS NIPO (2006) *Animo om (opnieuw) te switchen laag*. Onderzoek in opdracht van RTL Nieuws, 29 november.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.J. Prinsze, D. de Bruijn en F.T. Schut (2005) *Nieuw zorgstelsel vereist betere risico-verevening*. ESB, 90, 223-225.
- Vliet, R.C.J.A. van (2006) *Free choice of health plan combined with risk-adjusted capitation payments: are switchers and new enrollees good risks?* *Health Economics*, 15, 763-774.
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. van der Geest (2006) *Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'*. ESB, 91, 38-40.
- VWS, Ministerie van (2006) *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29248 (30).
- Wiegel, H. (2006). *Wetsvoorstel 30668. Brief aan de leden van de Vaste commissie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, 28 september 2006, ZN, Zeist.