



# Doelmatige zorg versus risicoselectie

Net voor het verstrijken van de deadline eind 2007 lanceerde zorgverzekeraar Univé een nieuwe zorgpolis op de markt. Deze ZEKUR-polis mag gerust een revolutie op de zorgverzekeringsmarkt worden genoemd. De vraag is waarom de ZEKUR-polis zo goedkoop kan worden aangeboden in vergelijking met andere polissen. Komt dit door een doelmatige zorgverlening of speelt risicoselectie een grote rol?

**D**e polis kan alleen via de internetsite worden afgesloten, is voornamelijk bedoeld voor iedereen die zich "jong en gezond" voelt, en is momenteel de goedkoopste polis in de markt. Zorginhoudelijk wijkt de door Univé geïntroduceerde ZEKUR-polis ook sterk af van andere polissen omdat het gecontracteerde zorgaanbod beperkt is. Geneesmiddelen worden alleen vergoed wanneer ze via de internetapotheeker van Univé worden besteld, en verzekerden kunnen alleen terecht in dertien ziekenhuizen in grote steden. Een verzekerde mag ook een andere zorgaanbieder kiezen dan Univé heeft gecontracteerd, maar dan moet de verzekerde wel twintig procent van de kosten van het geneesmiddel of ziekenhuisbehandeling bijbetalen. Alleen voor een aantal specifieke situaties, zoals spoedeisende zorg, kan de verzekerde wel

zonder bijbetaling in elk ziekenhuis terecht. Ook kent de polis volledige flexibiliteit met betrekking tot de contractduur. De verzekerde mag op elk moment zijn contract beëindigen en overstappen naar een andere polis. In de Tweede Kamer is er meerdere malen discussie geweest of de ZEKUR-polis de solidariteit niet aantast, of de verzekering de zorgplicht en de acceptatieplicht wel nakomt en of verzekerden niet te ver moeten reizen voor bepaalde zorg.

## De prijs van de polis

De ZEKUR-polis is op dit moment de goedkoopste basispolis in de markt en kost zo'n 933 euro per jaar. Daarmee is hij 42 euro goedkoper dan de een na goedkoopste basispolis, de Anderzorg-polis, die een jaarpremie van 975 euro kent. De gemiddelde premie, inclusief collectiviteitskortingen, die de verzekerde betaalt in de markt is door het CPB (CPB, 2007) geschat op 1.057 euro per jaar. De ZEKUR-polis ligt daarmee op jaarbasis meer dan honderdtwintig euro onder de prijs van een gemiddelde polis. Dat is zeker goedkoop te noemen. Volgens de informatie van Univé op haar eigen website is de ZEKUR-polis zo goedkoop omdat de verzekering alleen via internet is af te sluiten en omdat ze afspraken met geselecteerde zorgaanbieders hebben

**RUDY DOUVEN EN  
HEIN MANNAERTS**  
Wetenschappelijk mede-  
werkers bij het CPB

gemaakt. Deze argumenten suggereren dat het selectief contracteren van zorgaanbieders aanzienlijke kostenbesparingen kan opleveren. Een ander opmerkelijk aspect van de polis is de keuze voor gezonde jongeren als doelgroep. Het is bekend dat jongeren het sterkst reageren op prijs (Van Dijk et al., 2006). Hierdoor is een lage premie voor de verzekeraar bij uitstek een instrument om jongeren aan te trekken om zodoende de verzekerdenpopulatie te vergroten. Het ligt dus voor de hand dat verzekeraars juist bij jongeren de meeste kans maken om een polis met selectieve zorgaanbieders te verkopen. Gezien het feit dat voorkeurspolissen een cruciaal element zijn voor het verkrijgen van een doelmatige zorg kan de introductie van de ZEKUR-polis alleen maar worden toegejuicht. Echter, de vraag is of hier geen sprake is van impliciete risicoselectie.

### Doelmatige zorg

Het idee van het nieuwe zorgstelsel is dat concurrerende verzekeraars doelmatig hun zorg gaan inkopen waardoor de kosten van de gezondheidszorg in de hand kunnen worden gehouden.

De vraag is of de ZEKUR-polis levensvatbaar is puur op basis van het leveren van doelmatige zorg, zonder dat er risicoselectie plaatsvindt. Als er wordt uitgegaan van gemiddelde zorguitgaven van rond de achthonderd euro voor jongeren (zie kader) en een te overbruggen bedrag van honderdtwintig euro betekent dit dat Univé vijftien procent op de zorginkoop moet kunnen besparen. Is de ZEKUR-polis een mooi voorbeeld van doelmatige zorginkoop? Een paar aspecten wijzen daarop.

Doelmatigheid kan worden verkregen via lage beheerskosten en een doelmatige zorginkoop. De ZEKUR-polis is een internetpolis dus dat scheelt aan beheerskosten. De meeste winst moet echter komen van een doelmatige zorginkoop.

In tegenstelling tot bij veel andere polissen kunnen verzekerden bij de ZEKUR-polis hun geneesmiddelen alleen via de eigen internetapotheek bestellen. Dit is goedkoper dan het kopen van geneesmiddelen bij een buurtapotheek. Op websites van verschillende internetapothekers is te zien dat verzekerden een bonus kunnen krijgen van soms enkele euro's per receptmiddel wanneer geneesmiddelen via internet worden besteld. Door verzekerden te verplichten de geneesmiddelen bij de internetapotheek van ZEKUR af te nemen, kan Univé deze winsten internaliseren. Jongeren geven gemiddeld ongeveer honderdvierentwintig euro per jaar uit aan geneesmiddelen (SFK, 2007). Voor gezonde jongeren ligt dat bedrag waarschijnlijk aanzienlijk lager. Hoeveel de ZEKUR-polis daarop kan besparen via een internetapotheker is vooralsnog onduidelijk. Van der Geest en Heuts (2006) refereren aan een Amerikaans onderzoek waarbij vijf gewone receptgeneesmiddelen via internet 29 procent goedkoper werden verkocht dan bij lokale apotheken.

---

## Al met al is het onwaarschijnlijk dat de ZEKUR-polis levensvatbaar is

Iemand die kiest voor een basispolis met een internetapotheek ziet bewust af van vormen van persoonlijke service waar anderen juist grote behoefte aan hebben. Tegelijkertijd wordt de polis daardoor vooral geschikt voor een specifieke doelgroep, namelijk mensen die geen behoefte hebben aan die persoonlijke service. Streven naar doelmatige zorg en selectie liggen daarom dicht bij elkaar.

Een ander aspect van de ZEKUR-polis is het selectief contracteren van ziekenhuizen. Dit kan een belangrijk instrument zijn voor zorgverzekeraars om de kosten omlaag te brengen. Immers wanneer een ziekenhuis te hoge prijzen vraagt, kan de zorgverzekeraar besluiten om een ander ziekenhuis in de grote stad te kiezen. Dit dreigen met shoppen tussen ziekenhuizen versterkt de prikkels voor een doelmatige zorgverlening.

Of de selectieve contracten in de ZEKUR-polis veel winst opleveren in 2008 is de vraag. CBS-cijfers laten zien dat jongeren gemiddeld jaarlijks ongeveer vierhonderd euro uitgeven aan ziekenhuiszorg. Omdat selectieve contracten niet worden afgesloten voor alle vormen van ziekenhuiszorg, en het bij de ZEKUR-polis voor het merendeel gezonde jongeren betreft, zal het bedrag lager liggen. Om substantiële winsten over te houden betekent dit dat Univé behoorlijke kortingen met ziekenhuizen moet kunnen afspreken. Dat lijkt niet realistisch, temeer daar de winstmogelijkheden nog aanzienlijk worden beperkt door regulering. In 2008 kan maar voor twintig procent van de omzet van een ziekenhuis over de prijs worden onderhandeld en worden doelmatigheidswinsten via nacalculatie door de overheid voor een groot deel afgeroomd.

Wanneer we de website doornemen dan lijkt het erop dat de doelmatigheidswinst vooral van geneesmiddelen en ziekenhuizen moet komen. Bij de overige categorieën van zorgverleners, zoals huisartsen of tandartsen, mag de verzekerde vrij kiezen of sluit de ZEKUR-polis voor een groot deel aan bij de duurdere Zorg Geregeld Polis (1.091,40 euro per jaar). Al met al is het onwaarschijnlijk dat de ZEKUR-polis levensvatbaar is, puur op basis van een doelmatige zorg.

### Acceptatieplicht

Wie op 19 november 2007 de website van de ZEKUR-polis aanklikte zag dat kinderen niet welkom waren. Gezinnen met kinderen werden verwezen naar de Zorg Geregeld Polis van 1.091,40 euro per jaar. Dit was natuurlijk tegen de voorschriften van het Ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Immers in de Zorgverzekeringswet geldt een acceptatieplicht en dat betekent dat niemand, ook kinderen niet, geweigerd mag worden. Inmiddels heeft Univé de polis aangepast aan de letteren der wet. Op hun meest recente website valt te lezen dat gezinnen met kinderen wel kunnen kiezen voor de ZEKUR-polis, maar tussen de regels door kan men lezen dat het sterk wordt afgeraden.

Het specifiek richten op bepaalde doelgroepen bij een basispolis is nieuw. Sinds 2006 richten consumentengroepen, al dan niet met behulp van een verzekeraar, collectiviteiten op. Maar bij de ZEKUR-polis bepaalt de verzekeraar zelf de specifieke doelgroep en de bijbehorende premie. Voor deze premie geldt geen restrictie zoals dat bij collectiviteiten het geval is, want zij mogen maximaal tien procent korting krijgen op de premie van een bestaande basispolis.

Collectiviteiten voor bijvoorbeeld diabetici kunnen de doelmatige zorg vergroten omdat de verzekeraar samen met de vereniging voor diabetici de specifiek benodigde zorg zo goed mogelijk probeert te regelen. Recent onderzoek laat echter ook zien dat risicoselectie door en via collectiviteiten aantrekkelijk kan zijn (Schut en de Bruijn, 2007). Een belangrijke vraag is waarom de ZEKUR-polis zich richt op gezonde jongeren en het gezinnen wordt afgeraden om deze basispolis te kopen. Is de verzekeraar bevreesd voor reputatieschade omdat de aanbodbeperkingen, zoals het ontbreken van kinderziekenhuizen op de lijst van selectieve aanbieders, mogelijk een risico vormen voor kwetsbare groepen?

De ZEKUR-polis legt wel een specifieke eigenschap van de Zorgverzekeringswet bloot, namelijk het gratis verzekeren van kinderen. De meeste ouders zullen waarschijnlijk denken dat kinderen gratis zijn meeverzekerd op hun polis, maar dat is niet zo. Alle burgers in Nederland, en dus ook kinderen, hebben een individuele zorgverzekering en ouders kunnen voor hun kinderen dus een andere

## Veel winst te behalen bij jonge vrouwen zonder kinderwens

De ZEKUR-polis richt zich vooral op gezonde jongeren. Ongeveer 98 procent van de jongeren tussen de twintig en dertig jaar is niet chronisch ziek. In de onderstaande tabel is voor enkele groepen jonge niet-chronisch zieken aangegeven hoeveel ze gemiddeld naar verwachting in 2008 uitgeven aan zorg in de ZVW. De genoemde bedragen zijn berekend aan de hand van de normbedragen behorende bij de risicoverevening zoals die op 9 oktober 2007 zijn gepubliceerd in de Staatscourant.

tabel 1

Gemiddelde zorguitgaven in euro's

	man, 20–30 jaar	vrouw, 20–30 jaar
Regio 1, zelfstandig, SES 1	200	700
Regio 5, loondienst, SES 2	500	1000
Regio 10, uitkeringsgerechtigd, SES 3	900	1400

SES = Sociaaleconomische status

Genoemde bedragen zijn afgerond en exclusief de vaste kosten van ziekenhuizen

De tabel laat de normbedragen zien die verzekeraars voor jongeren ontvangen. Jonge mannen die als zelfstandige werken, in een stedelijk gebied wonen met relatief veel niet-westerse allochtonen (Regio 1), met een relatief hoog inkomen (SES 1), hebben gemiddelde verwachte zorguitgaven van tweehonderd euro. Jonge vrouwen in dezelfde categorie hebben gemiddeld vijfhonderd euro hogere zorguitgaven omdat, in tegenstelling tot jonge mannen, ze kinderen kunnen krijgen op die leeftijd. Uit de tabel volgt eveneens dat jonge mannen die in minder goedkope regio's wonen (Regio 5, 10), in loondienst of uitkeringsgerechtigd zijn, met een midden of laag inkomen (SES 2, 3), naar verwachting hogere zorguitgaven hebben. Ook voor deze groepen geldt weer dat jongere vrouwen naar verwachting gemiddeld ongeveer vijfhonderd euro meer aan zorg uitgeven. Wanneer we het verschil in normbedragen tussen jonge mannen en vrouwen toerekenen aan het krijgen van kinderen, dan bedraagt de gemiddelde winst voor een verzekeraar voor een jonge vrouw die geen kinderen krijgt in 2008 ongeveer vijfhonderd euro.

verzekering en zorgverzekeraar kiezen dan voor zichzelf. Terwijl ouders voor zichzelf een polis moeten kiezen met een optimale prijs-kwaliteitverhouding geldt dat niet voor kinderen. Omdat de zorgverzekering gratis is, kunnen kinderen het beste een polis kiezen met een zo breed en kwalitatief hoog mogelijk zorgaanbod en service, ongeacht de premie. De ZEKUR-polis is door de beperkingen in het zorgaanbod daarom niet aantrekkelijk voor kinderen.

### Risicoselectie als gevolg van imperfecte risicoverevening

In de Zorgverzekeringswet is een verzekeraar verplicht om elke verzekerde, ongeacht zijn verwachte zorguitgaven, voor dezelfde nominale premie te accepteren voor de basispolis. Omdat er voorspelbare verschillen bestaan tussen de zorgkosten van verzekerden loopt een verzekeraar voorspelbare verliezen op slechte risico's, zoals bij ouderen, gehandicapten of chronisch zieken.

De voorspelbaarheid van deze risico's maakt het voor verzekeraars aantrekkelijk om risicoselectie toe te passen, dat wil zeggen deze nadelige risico's te weren. De Zorgverzekeringswet kent daarom een systeem van risicoverevening. Het doel hiervan is om zorgverzekeraars te compenseren voor risico's en om een meer gelijke uitgangspositie voor concurrerende verzekeraars te creëren (Douven, 2005). De risicoverevening in Nederland is goed, maar zeker niet perfect. Stam en Van de Ven (2008) laten een lijst van verschillende subgroepen verzekerden zien, die in het verleden in aanraking zijn geweest met de zorg, waarop zorgverzekeraars nog steeds een voorspelbaar verlies per verzekerde maken van enkele honderden euro's per jaar. Bij de ZEKUR-polis komt een belangrijke vorm van risicoselectie om de hoek kijken, namelijk zelfselectie. De polis zal vooral goedkope jongeren aantrekken die geen ziekenhuis- of geneesmiddelenverleden hebben gehad. Immers, jongeren die in het verleden in een ziekenhuis zijn behandeld zullen

eerder een vrije keuze van een ziekenhuis prefereren, en dat geldt nog sterker voor jongeren die een goede behandeling hebben gehad in een ziekenhuis dat niet behoort tot een van de dertien geselecteerde ziekenhuizen. Dezelfde redenering gaat op voor geneesmiddelen. Jongeren die nu naar tevredenheid geneesmiddelen halen bij een buurtapotheker, zullen minder snel voor de polis kiezen dan jongeren die helemaal geen geneesmiddelen slikken. Jonge vrouwen zonder kinderwens lijken ook aantrekkelijk te zijn (zie kader). Het afraden van het meeverzekeren van kinderen en het ontbreken van een kinderziekenhuis op de lijst van zorgaanbieders helpen natuurlijk om vrouwen zonder kinderwens uit de totale populatie van jonge vrouwen te selecteren.

De crux van zelfselectie is dat de ZEKUR-polis, door de ingezette beperkingen in het zorgaanbod in combinatie met een specifieke doelgroepbenadering, de winstgevende gezonde jongeren en ouderen zichzelf laat uitsélectioneren. Voor een verzekeraar is dit zeker een winstgevende strategie en afhankelijk van het zelfselectieproces kan de winst flink oplopen.

### Beëindiging van ZEKUR-polis

De ZEKUR-polis is daarnaast uniek in de vrijheid die verzekerden hebben om hem op te zeggen. De verzekerde heeft de mogelijkheid om op ieder moment de ZEKUR-polis te beëindigen en, na een opzegtermijn van een à twee maanden, over te stappen op een andere polis. In een commerciële verzekeringsmarkt zijn dergelijke voorwaarden vrij uniek want verzekeringsmaatschappijen willen immers juist het tegenovergestelde: klanten werven voor een langere periode waarbij soms hindernissen, bijvoorbeeld via de kleine letters in de polisvoorwaarden, worden opgeworpen om snel overstappen te voorkomen.

In een brief aan de Minister van Volksgezondheid op 5 december 2007 beoordeelt de NZa de mogelijkheid om snel op te zeggen voornamelijk vanuit het perspectief van de verzekerde, en concludeert dat dit de keuzevrijheid van de verzekerde vergroot. Wel constateert de NZa ook mogelijke afwentelingproblemen van zorgkosten omdat deze na overstappen ten laste komen van de nieuwe zorgverzekering.

De cruciale vraag is hier echter welk belang een verzekeraar heeft om in zijn polis op te nemen dat opzegging op ieder moment mogelijk is. Welke verzekerden zullen de goedkoopste polis van Nederland per direct willen opzeggen? Dat zullen alleen degenen zijn die in aanraking komen met de zorg. Voor de verzekeraar snijdt het mes dan aan twee kanten: hij maakt winst op de verzekerden die geen zorg nodig hebben, en voor verzekerden die wel in aanraking komen met de zorg maken ze winst omdat er een positieve kans is dat deze kosten worden afgewenteld op concurrenten. Mocht een vrouw zonder kinderwens met een ZEKUR-polis (onverwacht) zwanger worden dan bestaat immers de kans, zeker wanneer ze hier op wordt geattendeerd door de verzekeraar, dat ze kiest om over te stappen naar een concurrent. Voor de vrouw kan dat ook aantrekkelijk zijn omdat

ze het selectieve zorgaanbod kan omzeilen en dan alsnog kan kiezen voor een polis met een breder zorgaanbod. Het kernidee van de nieuwe Zorgverzekeringswet is het verkrijgen van een doelmatige zorgverlening. De mogelijkheid om per direct op te kunnen zeggen leidt weliswaar tot minder zorgkosten voor Univé maar niet tot een doelmatige zorg. Vanuit het perspectief van de verzekeraar lijkt de enige reden risicoselectie.

### Jongere patiënten goedkoper

In de huidige financiering krijgen ziekenhuizen deels betaald op basis van geproduceerde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). In 2008 wordt voor tachtig procent van de markt (A-segment) de prijs van een DBC bepaald door de NZa. Voor de overige twintig procent van de markt (het B-segment), de meer planbare ziekenhuisopnamen, kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over de prijs van een DBC. De zorgzwaarte per DBC kan echter verschillen. Over het algemeen geldt dat voor dezelfde DBC een jongere patiënt voor een ziekenhuis goedkoper is dan een oudere, omdat oudere patiënten vaker extra complicaties met zich meebrengen. Ziekenhuizen zullen daarom welwillend staan tegenover een contract met een zorgverzekeraar waarbij ze voornamelijk jongeren moeten behandelen met relatief lage kosten ten opzichte van de vaste DBC-vergoeding in het A-segment. Voor verzekeraars bestaat dus de mogelijkheid om winst te maken door lagere prijzen in het B-segment uit te onderhandelen, met als argument dat hun verzekerden voor het ziekenhuis in het A-segment relatief goedkoop zijn. Naar verwachting zal begin 2009 voor vijftig procent van de ziekenhuiszorg een systeem van maatstafconcurrentie worden ingevoerd. Voor dat gedeelte van de zorg kunnen ziekenhuizen en verzekeraars vrij onderhandelen over volume en prijzen, onder de voorwaarde dat de gemiddelde DBC-prijs van een bepaald ziekenhuis niet boven een door de NZa bepaald prijsplafond uitkomt. Bij de bepaling van het prijsplafond wordt nog niet rekening gehouden met verschillen in kwaliteit, patiëntenpopulaties en regionale verschillen (Douven et al., 2007). Aangezien jonge patiënten gemiddeld goedkoper zijn dan de gemiddelde DBC-prijs kan een verzekeraar in 2009 die lagere prijs wel proberen uit te onderhandelen. Voor ziekenhuizen is het ook gunstig omdat ze vooral goedkope patiënten krijgen toebedeeld waardoor het makkelijker wordt om onder het prijsplafond te blijven. Deze vorm van leeftijdselectie gaat echter ten koste van andere ziekenhuizen, die de relatief duurdere patiënten zullen moeten behandelen en het dan moeilijker krijgen om onder het prijsplafond te blijven. Door het selecteren van jongeren anticipeert Univé mogelijk al op deze toekomstige ontwikkelingen.

---

## De mogelijkheid om per direct op te kunnen zeggen leidt weliswaar tot minder zorgkosten voor Univé maar niet tot een doelmatige zorg

### Conclusie

De ZEKUR-polis is een doorbraak in de zorgverzekeringsmarkt omdat Univé voor het eerst werk maakt van het selectief contracteren van zorgaanbieders, om zodoende zorgaanbieders te disciplineren en aan te zetten tot het leveren van doelmatige zorg. Het is belangrijk voor de werking van het zorgstelsel dat deze activiteiten van verzekeraars ook in de toekomst van de grond komen om zodoende gunstige contracten met ziekenhuizen te kunnen afsluiten. De ZEKUR-polis laat zien dat selectief contracteren ook leidt tot het aantrekken van kleine risico's die geen (doelmatige) zorg nodig hebben. De ZEKUR-polis is een slim in de markt gezette polis, die laat zien dat zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel zich kunnen gaan richten

op specifieke groepen. Dit is een positieve ontwikkeling omdat dit tot meer doelmatige zorg kan leiden. De ZEKUR-polis toont echter ook aan dat het kan leiden tot risicoselectie. Risicoselectie tast het gelijke speelveld en de solidariteit in de zorgmarkt aan omdat concurrerende verzekeraars worden opgezadeld met de ongunstige verliesgevendende risico's. Activiteiten van verzekeraars in de ZVW, zoals de ZEKUR-polis, moeten gericht zijn op het vergroten van doelmatige zorg. Vanuit dit gezichtspunt zijn er een aantal conclusies te trekken over de institutionele randvoorwaarden waaronder de verzekeraars opereren.

Ten eerste zou de wetgeving met betrekking tot het direct opzeggen van een zorgverzekering moeten worden aangepast. Het is niet te zien hoe dit aspect bijdraagt aan een doelmatige zorgverlening, terwijl het wel een instrument is voor risicoselectie. Een oplossing is een contractlengte van minimaal een jaar.

Ten tweede zou het Ministerie van VWS of de NZa moeten nagaan of er sprake is van risicoselectie en in hoeverre dit het gevolg is van imperfecties in de risicoverevening. Om risicoselectie op jonge vrouwen zonder kinderwens te voorkomen, zou kinderen krijgen moeten worden meegenomen in de risicoverevening. Een oplossing is om normbedragen die verzekeraars vooraf ontvangen achteraf te corrigeren met een normbedrag voor vrouwen die al dan niet kinderen krijgen. Ook ligt het voor de hand om de risicoverevening verder te verbeteren en de "harde kern" van voorspelbaar verliesgevendende verzekerden verder te reduceren (Stam en Van de Ven, 2008).

Ten derde verstoort het gratis verzekeren van kinderen in de ZVW de prijs-kwaliteitafweging van gezinnen. Immers, kinderen zijn gratis verzekerd waardoor gezinnen minder snel zullen kiezen voor een goedkopere polis met selectieve zorgaanbieders. Een oplossing is om gezinnen dezelfde prijs-kwaliteitkeuze te laten maken voor de basispolis van kinderen. Dit kan door een basispolis met een gemiddelde premie voor een kind gratis te maken, maar bij een goedkopere of duurdere basispolis voor kinderen krijgen gezinnen geld terug of leggen ze geld bij.

#### LITERATUUR

- CPB (2007) *Macro Economische Verkenning 2008*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Dijk, M. van, M. Pomp, R. Douven, T. Laske Aldershof, E. Schut, W. de Boer en A. de Boo (2006) *Consumer price sensitivity in health insurance*. CPB-Discussion Paper 56.
- Douven, R. (2005) *Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen*. *ESB*, 90(4465), 290-292.
- Douven, R., E.S. Mot en M. Pomp (2007) *Voor- en nadelen van een prijsplafond voor ziekenhuizen*. *ESB*, 92(4520), 631-633.
- Geest, L. van der en L. Heuts (2006) *Maatschappelijke effecten van internetfarmacie*. Utrecht: Nyfer.
- Schut, E. en D. de Bruijn (2007) *Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (EUR).
- SFK (2007) *Data en feiten 2007*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Stam, P. en W.P.M.M. van de Ven (2008) *De harde kern in de risicoverevening*. *ESB*, 93(4529), 104-107.