

Zorgsparen reduceert zorgkosten

In de Verenigde Staten kiezen miljoenen mensen voor zorgsparen in combinatie met een eigen risico. Ook voor Nederland is dit concept interessant omdat hiermee het zorggebruik kan worden afgeremd, de verzekerbaarheid van zorg buiten het basispakket kan worden vergroot en zowel de totale zorgkosten als het aandeel collectief gefinancierde zorgkosten kunnen worden verlaagd.

**KAYLEIGH
VAN WINSEN**
Promovenda aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

**RICHARD
VAN KLEEF**
Universitair docent
aan de Erasmus Uni-
versiteit Rotterdam

**WYNAND
VAN DE VEN**
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Nederlanders houden van verzekeren. In 2010 waren ze, met een jaarbedrag van ruim 4300 euro per persoon, het op één na best verzekerde volk ter wereld (Swiss Re, 2011). Ook in de gezondheidszorg valt deze hoge verzekeringsgraad op. In 2012 heeft immers slechts zeven procent van de Nederlanders gekozen voor een vrijwillig eigen risico in de basisverzekering en heeft 88 procent een aanvullende verzekering afgesloten (Vektis, 2012). Onderzoek wijst echter uit dat voor ten minste de helft van de bevolking het kiezen voor een vrijwillig eigen risico van vijfhonderd euro achteraf gezien financieel aantrekkelijk was geweest (Ecorys, 2011). Voor deze mensen zou de premiekorting, behorende bij het vrijwillig eigen risico, hoger zijn geweest dan de extra zorgkosten die zij uit eigen portemonnee hadden moeten betalen. Daarnaast is een groot deel van de verzekerden vermoedelijk financieel beter af zonder aanvullende verzekering (Consumentenbond, 2011).

Een belangrijk nadeel van verzekeren is moreel risico: het gebruiken of verschaffen van meer of duurdere medische diensten, veroorzaakt doordat de verzekering de kosten vergoedt (Van de Ven, 2009). Als gevolg hiervan stijgen de premies en neemt de verzekerbaarheid af (Berliner, 1982).

Zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico kan als nieuw product moreel risico verminderen in zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering.

ZORGSPAREN IN DE VERENIGDE STATEN

In Amerika is zorgsparen bekend onder de naam Health Savings Accounts (HSA's) en in januari 2011 hadden 11,4 miljoen Amerikanen een HSA (AHIP, 2011). Een HSA bestaat uit een ziektekostenverzekering met een hoog eigen risico gekoppeld aan een spaarrekening die kan worden ingezet om de zorgkosten onder het eigen risico te betalen. De verzekerde ontvangt rente over het saldo en behoeft onder bepaalde voorwaarden over de bijdragen aan de spaarrekening geen belasting te betalen. Om aan deze voorwaarden te voldoen moet een HSA een eigen risico van minimaal 1200 dollar voor individuen of 2400 dollar voor gezinnen per jaar (2012) hebben. Tevens geldt een jaarlijks maximum aan eigen betalingen van 6050 dollar voor individuen en 12.100 dollar voor gezinnen (2012). Omdat de verzekerde eigenaar is, kan bij het wisselen van werkgever of verzekeraar de spaarrekening worden meegenomen. Een HSA wordt individueel of via een collectiviteit verkregen. Bij een collectiviteit kan zowel de werkgever als de werknemer bijdragen aan de spaarrekening, terwijl anders alleen het individu stortingen mag doen. De jaarlijkse bijdragen aan de spaarrekening mogen niet hoger zijn dan het gekozen eigen risico en niet hoger zijn dan 3100 dollar voor individuen of 6250 dollar voor gezinnen (2012). Het saldo kan gebruikt worden voor zowel in aanmerking komende zorguitgaven als niet-zorguitgaven, zoals een reparatie van de auto. Over betalingen voor niet in aanmerking komende goederen of diensten wordt belasting betaald en verzekerden onder de 65 jaar betalen een boete (Hurley en Guindon, 2008; Lo Sasso *et al.*, 2010; AHIP, 2011).

Lo Sasso *et al.* (2010) hebben onderzoek gedaan naar het effect van HSA's op zorguitgaven en vergeleken daarbij HSA's met traditionele verzekeringen in Amerika zoals *preferred provider organizations* (PPO's). Bij een PPO-verzekering is

de eigen betaling voor de verzekerde lager wanneer hij naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan wanneer hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (Folland *et al.*, 2010). In het onderzoek hadden HSA-verzekerden in 2007 een gemiddeld eigen risico van 1689 dollar, terwijl traditionele verzekeringen gemiddeld een eigen risico van 447 dollar hadden. Het onderzoek wijst uit dat HSA-verzekerden gemiddeld vijf tot zeven procent minder uitgaven aan gezondheidszorg dan verzekerden in traditionele verzekeringen. Dit effect was groter voor farmacie-uitgaven dan voor ziekenhuis-uitgaven. HSA-verzekerden gaven zes tot negen procent minder uit aan medicijnen dan verzekerden in traditionele verzekeringen. Dit komt overeen met de verwachting dat een eigen risico vooral de uitgaven vermindert die de verzekerde zelf kan beïnvloeden. De onderzoekers toonden tevens aan dat het gevonden verschil niet beïnvloed was door selectie. Uit ander onderzoek van 2002 tot 2009 onder 2,3 miljoen verzekerden blijkt dat HSA-verzekerden ongeveer vijftien procent minder incidentele huisartsbezoeken, negen procent lagere totale zorguitgaven en twintig procent minder bezoeken aan de huisartsenpost hadden dan PPO-verzekerden. Ook gaven HSA-verzekerden meer uit aan preventie en gingen ze minder vaak naar de spoedeisende hulp (Aetna, 2010).

In beide onderzoeken is echter niet gekeken naar het effect van HSA's op gezondheid. Een grootschalig experiment dat zowel het effect van eigen betalingen (zonder HSA) op de totale ziektekosten als het effect op gezondheid heeft onderzocht is het RAND-experiment. Dit experiment is uitgevoerd in de periode 1974–1982 onder circa 7700 personen jonger dan 62 jaar in de Verenigde Staten. Uit dit onderzoek bleek dat het verminderde zorggebruik als gevolg van eigen betalingen geen significant effect had op de gezondheidstoestand van verzekerden, behalve voor slechtzienden en personen uit de lage inkomensgroepen met hoge bloeddruk. Verzekerden met het hoogste eigen risico hadden 31 procent lagere zorguitgaven dan verzekerden met een volledige verzekering. Het hoogste eigen risico per huishouden was circa twee keer de gemiddelde ziektekosten per persoon in dat jaar (Brook *et al.*, 1983; Bakker, 1997). Deze resultaten hebben dus betrekking op veel hogere eigen risico's dan nu in Nederland het geval is, zodat voor Nederland geen (sterke) gezondheidseffecten te verwachten zijn.

De laatste jaren bestaat een toenemende belangstelling voor het invoeren van zorgsparen in Nederland, maar vooral voor AWBZ-zorg en ouderenzorg die niet onder de AWBZ valt (Hussem *et al.*, 2011). Naar zorgsparen voor de curatieve zorg, zoals in de Verenigde Staten, wordt echter nog niet gekeken. Twee denkbare toepassingen in Nederland zijn zorgsparen in combinatie met het vrijwillig eigen risico in de basisverzekering, en zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico in de aanvullende verzekering.

ZORGSPAREN IN DE BASISVERZEKERING

In de basisverzekering zou zorgsparen kunnen worden ingevoerd door het vrijwillig eigen risico te combineren met een zorgspaarrekening waarop de premiekorting wordt gestort. De spaarrekening wordt vervolgens aangewend voor uitgaven die onder het vrijwillig eigen risico vallen. De verzekeraar kan hierbij worden gemachtigd om deze betalingen af te boeken. De financiering van de zorgspaarrekening kan worden vorm-

gegeven zoals gepresenteerd in tabel 1, waar de verzekerde heeft gekozen voor een basisverzekering met een vrijwillig eigen risico van 500 euro. Dat wil zeggen dat de verzekerde, in ruil voor de premiekorting, maximaal 500 euro per jaar zelf moet betalen (bovenop het verplicht eigen risico). De premiekorting van 300 euro wordt gestort op de zorgspaarrekening (kolom 2). Gedurende bijvoorbeeld vijf jaar spaart de verzekerde maximaal 1500 euro (kolom 3). Wanneer de verzekerde in het eerste jaar zorg consumeert van bijvoorbeeld 200 euro die ten laste komt van het vrijwillig eigen risico (kolom 4), wordt dit betaald van de zorgspaarrekening en houdt de verzekerde aan het einde van het kalenderjaar 100 euro over (kolom 5). Voor de daaropvolgende jaren verloopt de financiering op dezelfde manier.

De verwachting is dat bij toepassing van zorgsparen meer mensen voor een vrijwillig eigen risico kiezen dan nu

Zonder zorgsparen kan iemand die een vrijwillig eigen risico van 500 euro per jaar kiest plotseling geconfronteerd worden met een forse rekening die hij op dat moment niet kan betalen. Zorgsparen kan dit liquiditeitsprobleem beperken. De verwachting is daarom dat bij deze toepassing van zorgsparen meer mensen voor een vrijwillig eigen risico kiezen dan nu. Dit heeft een aantal voordelen. Allereerst zorgt het vrijwillig eigen risico voor een remgeldeffect. Dit is de remmende werking van eigen betalingen op zorggebruik doordat de verzekerde in sterke mate de prijs van zorg ervaart.

Financiering van zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico van 500 euro per jaar (bedragen in euro)

TABEL 1

	Premie-korting	Totaal gestorte premie-korting op de zorgspaarrekening	Zorgkosten die onder het vrijwillig eigen risico vallen (maximaal 500 euro, ter illustratie)	Saldo aan het einde van het kalenderjaar
Jaar 1	300	300	200	100
Jaar 2	300	600	100	300
Jaar 3	300	900	500	100
Jaar 4	300	1200	0	400
Jaar 5	300	1500	200	500

Verzekeraarbaarheid van zorg buiten het basispakket KADER 1

Sommige zorgvormen die in 2012 door de regering VVD-CDA uit het basispakket zijn gehaald, zijn door een aantal zorgverzekeraars niet opgenomen in aanvullende pakketten, bijvoorbeeld de vergoeding van dieetadvisering. Hierdoor ontstaat een welvaartsverlies voor risicoaverse mensen die zich wel willen verzekeren voor deze zorgvormen. Mogelijke redenen waarom verzekeraars deze zorgvormen niet altijd opnemen in aanvullende verzekeringen zijn moreel risico en averechtse selectie. Averechtse selectie houdt in dat verzekerden met een laag ziekterisico minder verzekeringsdekking kopen dan verzekerden met een hoog ziekterisico. Twee signalen duiden op de aanwezigheid van een averechtse-selectiespiraal op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Ten eerste kiezen steeds minder mensen voor een aanvullende verzekering, namelijk 92 procent in 2006 en 88 procent in 2012 (Vektis, 2012). Ten tweede kiezen de verzekerden die wel een aanvullende verzekering afsluiten voor pakketten met een minder uitgebreide dekking (Zorgvisie, 2012). Wanneer deze averechtse-selectiespiraal zich verder doorzet kan dit betekenen dat niet alleen zorgvormen die uit het basispakket worden gehaald minder verzekeraar worden, maar ook zorgvormen die op dit moment in de aanvullende pakketten zitten. Door een vrijwillig eigen risico in combinatie met zorgsparen in de aanvullende verzekering te introduceren kan zowel moreel risico als averechtse selectie afnemen en de verzekeraarbaarheid van zorgvormen worden vergroot (Berliner, 1982). Dit leidt tot welvaartswinst voor risicoaverse mensen die zich voor dergelijke zorgvormen willen verzekeren.

Hierdoor wordt moreel risico flink verminderd en zullen de totale zorguitgaven dalen. Uit onderzoek blijkt dat voor een gemiddelde verzekerde het remgeldeffect van een toename van het eigen risico van 220 euro naar 720 euro resulteert in een daling van de totale zorgkosten met circa zes procent (Bakker, 1997). Daarnaast zullen de collectief gefinancierde zorguitgaven, oftewel het netto Budget Kader Zorg (BKZ), afnemen. De Kam (2009) definieert de netto BKZ-uitgaven als de door de overheid vastgestelde bruto BKZ-uitgaven

verminderd met de eigen betalingen van zorggebruikers. Gegeven deze definitie dalen de collectief gefinancierde zorguitgaven door enerzijds het remgeldeffect en anderzijds de financieringsverschuiving van de verzekeraar naar de burger die ontstaat bij het kiezen voor een eigen risico. Uit onderzoek van het Ministerie van Financiën (2010) blijkt dat de financieringsverschuiving bij een vrijwillig eigen risico van 500 euro neerkomt op gemiddeld 220 euro per persoon. Ten slotte biedt zorgsparen in combinatie met het vrijwillig eigen risico in de basisverzekering de overheid de mogelijkheid om hogere vrijwillige eigen risico's dan de huidige 500 euro in te stellen. De overheid kan namelijk betaalbaarheidsproblemen voor de burger voorkomen door bijvoorbeeld te bepalen dat een verzekerde het vrijwillig eigen risico slechts mag verhogen bij een bepaald minimum bedrag op zijn zorgspaarrekening. De zorgverzekeraar kan dit eenvoudig controleren. Als uiteindelijk niet alleen meer mensen voor een vrijwillig eigen risico kiezen maar ook nog eens meer mensen voor een hoger eigen risico kiezen, zullen het remgeldeffect en de financieringsverschuiving nog hoger uitkomen.

ZORGSPAREN IN DE AANVULLENDE VERZEKERING

Naast zorgsparen in de basisverzekering kan het ook worden toegepast in de aanvullende verzekering. Momenteel kunnen verzekerden verschillende soorten aanvullende verzekeringen kiezen, onder andere met een variërende dekking. Een verzekeringsvorm tussen volledig wel en niet verzekeren in wordt echter niet aangeboden. Dit kan worden gerealiseerd door het aanbieden van een vrijwillig eigen risico in de aanvullende verzekering. Bij een dergelijk eigen risico vergoedt de verzekeraar zodra het bedrag aan eigen risico is overschreden. Ook in de aanvullende verzekering kan zorgsparen vervolgens worden geïntroduceerd om verzekerden te stimuleren te sparen voor de zorgkosten onder het vrijwillig eigen risico. De vormgeving van zorgsparen in de aanvullende verzekering kan gelijk zijn aan de vormgeving van zorgsparen in de basisverzekering (tabel 1). Ook bij deze toepassing van zorgsparen treedt

Premiekorting bij een vrijwillig eigen risico KADER 2

Verzekeraars kunnen verzekerden stimuleren te kiezen voor een vrijwillig eigen risico in combinatie met zorgsparen door het geven van een hogere premiekorting dan nu. De premiekorting die wordt verkregen bij het kiezen voor een vrijwillig eigen risico bestaat uit drie componenten, namelijk de eigen betalingen, de reductie in moreel risico en het selectie-effect (Van Kleef et al., 2006a). Wanneer het risicovereeningssysteem perfect zou corrigeren voor verschillen in gezondheid zouden de kostenverschillen tussen verzekerden met een vrijwillig eigen risico en zonder een vrijwillig eigen risico veroorzaakt door gezondheidsverschillen (het selectie-effect), volledig worden afgedragen aan het risicovereeningsfonds en niet tot uitdrukking kunnen komen in de premiekorting. Echter, omdat het Nederlandse risicovereeningssysteem niet optimaal corrigeert voor gezondheidsverschillen, bestaat er nog een aanzienlijk selectie-effect (Van Kleef et al., 2006b). Dit doet vermoeden dat de huidige premiekorting die verzekeraars aan verzekerden geven hoger zou kunnen zijn dan nu het geval is, waardoor het kiezen voor een vrijwillig eigen risico aantrekkelijker wordt en meer voordelen behaald kunnen worden (Van Kleef, 2008).

Zorgsparen en hoogrisicoverzekerden KADER 3

Zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico lijkt onaantrekkelijk voor hoogrisicoverzekerden zoals chronisch zieken en ouderen, omdat de verwachte eigen betaling hoger is dan de premiekorting. Een eerste manier om zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico ook aantrekkelijk te maken voor hoogrisicoverzekerden is het introduceren van een verschoven eigen risico, waarbij het startpunt van het eigen risico afhangt van relevante risicokenmerken van de verzekerde (Van Kleef et al., 2007). Een alternatief is het toestaan van het differentiëren van de premiekorting naar risicogroepen (Van Kleef et al., 2005). Het kiezen voor een vrijwillig eigen risico wordt hierdoor ook aantrekkelijk voor hoogrisicoverzekerden omdat zij een premiekorting krijgen die aansluit bij hun verwachte eigen betalingen.

het remgeldeffect op en wordt moreel risico gereduceerd, waardoor de totale zorguitgaven afnemen. Tevens neemt de verzekeraar toe van zorgvormen die niet tot het basispakket behoren (kader 1).

ZORGSPAREN AANTREKKELIJK MAKEN

Zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico biedt dus grote voordelen in zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. De transactiekosten die gepaard gaan met het afsluiten van zorgsparen, waaronder administratiekosten, vormen echter een nadeel. Naar verwachting zullen de voordelen ruimschoots opwegen tegen dit nadeel en zullen verzekeraars, mede door concurrentie, hieraan een efficiënte uitvoering weten te geven. De kosten blijven daardoor beperkt. Hoeveel mensen kiezen voor vrijwillig zorgsparen hangt mede af van de aantrekkelijkheid ervan. Allereerst zou de aantrekkelijkheid van zorgsparen vergroot kunnen worden doordat verzekeraars verzekerden de mogelijkheid bieden om het verschil tussen het vrijwillig eigen risico en de premiekorting voor te financieren. Hierdoor zijn eventuele zorgkosten onder het vrijwillig eigen risico maximaal afgedekt. Ten tweede kunnen verzekeraars verzekerden de mogelijkheid bieden om, naast te sparen voor het vrijwillig eigen risico, ook te sparen voor het verplicht eigen risico in de basisverzekering. Het verplicht eigen risico wordt immers aangewend alvorens het vrijwillig eigen risico wordt aangewend. Door tevens te sparen voor het verplicht eigen risico zijn verzekerden voorbereid op alle mogelijke uitgaven onder het eigen risico. Ten derde zouden verzekeraars het voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering mogelijk kunnen maken om zorgsparen voor beide verzekeringen te combineren. Hierdoor heeft de verzekerde één zorgspaarrekening voor beide eigen risico's en kan de verzekerde het gespaarde bedrag voor het ene eigen risico bij een tekort ook gebruiken voor het andere eigen risico. Ten vierde kunnen verzekeraars de premiekorting laten toenemen met het aantal jaren dat de verzekerde een vrijwillig eigen risico in combinatie met zorgsparen heeft (kader 2). De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid een hogere premiekorting te geven aan verzekerden op basis van het aantal kalenderjaren dat zij een vrijwillig eigen risico hebben. Ten vijfde kan het gespaarde bedrag worden geoormerkt door in het zorgspaarcontract op te nemen dat verzekerden een bonusstorting krijgen wanneer zij het gespaarde bedrag slechts gebruiken voor zorguitgaven. Ten zesde kan de overheid zorgsparen in combinatie met een vrijwillig eigen risico aantrekkelijk maken voor ouderen en chronisch zieken door invoering van een verschoven eigen risico of door een risicoafhankelijke premiekorting toe te staan (kader 3). Ten slotte zou de aantrekkelijkheid van zorgsparen kunnen worden vergroot door het verstrekken van belastingvoordelen, zoals in de Verenigde Staten.

CONCLUSIE

Nederlanders zijn uitgebreid verzekerd tegen zorguitgaven. Een nadeel hiervan is moreel risico, met als gevolg hogere premies en verminderde verzekeraarbaarheid van zorgvormen die niet tot het basispakket behoren. Om dit tegen te gaan kan zorgsparen in combinatie met het vrijwillig eigen risico in de basisverzekering en een vrijwillig eigen risico in de aanvullende

de verzekering worden geïntroduceerd. Bij zorgsparen in zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering wordt de verkregen premiekorting op een zorgspaarrekening gestort en gebruikt om de zorgkosten onder het vrijwillig eigen risico te betalen. Dit leidt tot een aantal voordelen, zoals minder moreel risico, een daling van de totale zorguitgaven, een daling van het aandeel collectief gefinancierde zorguitgaven en toenemende verzekeraarbaarheid van zorgvormen die niet tot het basispakket behoren.

LITERATUUR

- Aetna (2010) *Aetna HealthFund consistently delivers meaningful savings and engaged members*. Hartford: Aetna, Inc.
- AHIP (2011) *Health savings accounts and account-based health plans: research highlights*. Washington: America's Health Insurance Plans.
- Bakker, F. (1997) *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berliner, B. (1982) *Limits of insurability of risks*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Brook, R.H., J.E. Ware, W.H. Rogers, E.B. Keeler, A.R. Davies, C.A. Donald, G.A. Goldberg, K.N. Lohr, P.C. Mastay en J.P. Newhouse (1983) Does free care improve adults' health? *The New England Journal of Medicine*, 309, 1426–1434.
- Consumentenbond (2011) *Geldgids december 2011*. Den Haag: Consumentenbond.
- Ecorys (2011) *Evaluatie naar het verplicht eigen risico: eindrapport*. Rotterdam: Ecorys.
- Folland, S., A.C. Goodman en M. Stano (2010) *The economics of health and health care*. Cranbury, NJ: Pearson Education, Inc.
- Hurley, J.E. en G.E. Guindon (2008) Medical savings accounts: promises and pitfalls. In: Jonsson, E. en M. Lu (red.) *Financing health care: new ideas for a changing society*. Weinheim: Wiley-VCH, 125–147.
- Hussem, A., N. Kortleve en W. Brouwer (2011) Verplicht zorgsparen als beleids optie. *ESB*, 96(4613), 409–410.
- Kam, F. de (2009) Gezondheidszorg en openbare financiën. In: Schut, E. en F. Rutten (red.) *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 51–81.
- Kleef, R.C. van (2008) *Voluntary deductibles and risk equalization: a complex interaction*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2005) Premiekorting bij een eigen risico: geen verbod op differentiatie. *ESB*, 90(4459), 203–205.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2006a) Premium rebate in exchange for a voluntary deductible in social health insurance with risk equalization: community-rated or risk-rated? *Journal of Risk and Insurance*, 73(3), 529–550.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2006b) Premiekorting bij een eigen risico: solidariteit versus doelmatigheid. *ESB*, 91(4487), 253–255.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2007) Een effectiever eigen risico in de zorg. *ESB*, 92(4515), 459–461.
- Lo Sasso, A.T.L., M. Shah en B.K. Frogner (2010) Health savings accounts and health care spending. *Health Services Research*, 45(4), 1041–1060.
- Ministerie van Financiën (2010) *Curatieve zorg 2.0: rapport brede heroverwegingen*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Swiss Re (2011) *World insurance in 2010*. Zürich: Swiss Reinsurance Company Ltd.
- Vektis (2012) *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2012*. Zeist: Vektis.
- Ven, W. van de (2009) De rol van zorgverzekeringen. In: Schut, E. en F. Rutte (red.) *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 129–176.
- Zorgvisie (2012) *Achmea zal niet alle ziekenhuizen contracteren*. Artikel op www.zorgvisie.nl.