

Risicoverevening voor de ouderenzorg

Anders dan de twee voorgaande kabinetten wil het nieuwe kabinet de inkoop van ouderenzorg nog slechts voor een klein deel overhevelen naar zorgverzekeraars. Deze koerswijziging is mede ingegeven door de onzekerheid of verzekeraars voor ouderenzorg op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt. Een empirische analyse wijst echter uit dat adequate risicoverevening voor ouderenzorg haalbaar is. Het huidige beleidsvoorstel moet daarom zorgvuldig vergeleken worden met dit alternatief.

PIETER BAKX
Promovendus aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

EDDY VAN DOORSLAER
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

ERIK SCHUT
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Nederland geeft in vergelijking met andere landen relatief veel uit aan langdurige zorg, maar krijgt daar wel universele toegang tot een breed pakket aan langdurige zorgvoorzieningen voor terug (OESO, 2011). De financiële houdbaarheid van het huidige systeem staat echter onder druk. Naast de vergrijzing wordt ook de huidige organisatie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als oorzaak aangewezen: die biedt onvoldoende prikkels voor doelmatigheid. Regionale zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van langdurige zorg maar dragen geen financieel risico en burgers kunnen niet van zorgkantoor wisselen als zij ontevreden zijn over de ingekochte zorg. De afgelopen twee kabinetten waren om deze redenen van plan om de inkoop van langdurige zorg grotendeels in handen te geven van de zorgverzekeraars (Tweede Kamer, 2010).

REGEERAKKOORD

Het nieuwe kabinet breekt radicaal met de lijn van de twee voorgaande kabinetten. In het regeerakkoord is afgesproken de AWBZ volledig te ontmantelen. Als gevolg van de kabi-

netplannen wordt de ouderenzorg (verpleging, verzorging en thuiszorg) versnipperd over de centrale overheid (circa 50 procent), gemeenten (circa 45 procent) en de zorgverzekeraars (circa 5 procent). De intramurale zorg wordt een landelijke voorziening, de extramurale verzorging gaat naar de gemeenten en de extramurale verpleging naar de zorgverzekeraars. De beoogde opdeling heeft belangrijke nadelen omdat zowel zorgverzekeraars als gemeenten belang zullen hebben bij het vervangen van extramurale door intramurale zorg, die zij zelf niet hoeven te betalen. Dit staat haaks op het streven om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Daarnaast is er veel overlap in het gebruik van verpleging en verzorging, waardoor er zowel voor zorgverzekeraars als voor gemeenten ongewenste financiële prikkels ontstaan voor (ondoelmatige) substitutie van verpleging naar verzorging en omgekeerd.

In het regeerakkoord wordt als reden voor het onderbrengen van de intramurale zorg in een aparte landelijke voorziening aangegeven dat het hier gaat om “echt onverzekerbare risico’s” waarbij de doelgroep een brede levenslange zorgvraag heeft die door instellingen wordt geleverd (Rijks-overheid, 2012). Het is juist dat ouderenzorg privaat moeilijk verzekeraar is (Brown en Finkelstein, 2007; Barr, 2010). Maar een verplichte sociale verzekering is flexibeler dan een private verzekering en kan ook dekking bieden tegen privaat onverzekerbare risico’s (Barr, 2010): precies om die reden is in 1968 de AWBZ ingevoerd. Dit is dus geen valide reden om de verzekering om te vormen tot een voorziening.

Het echte probleem is het gebrek aan doelmatigheidsprikkels binnen de AWBZ. De huidige zorgkantoren, die namens de zorgverzekeraars per regio ouderenzorg inkopen, lopen namelijk geen enkel financieel risico. Het is echter onduidelijk of binnen een sociale verzekering verzekeraars op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt voor de ouderenzorg. Financieel risico kan de verzekeraars aansporen tot risicoselectie: het aantrekken van cliënten voor wie de uitgaven naar verwachting kleiner zijn dan de inkomsten. Risicoselectie beperkt niet alleen de toegang tot zorg voor voor-

spelbaar verliesgevende patiënten. Het vermindert ook prikkels tot doelmatigheid en eerlijke concurrentieverhoudingen. Wanneer gebruikers van ouderenzorg voorspelbaar verliesgevend zijn, kunnen zorgverzekeraars met relatief veel van deze zorgvragers in hun bestand niet op gelijke voet concurreren. Dit klemmt temeer omdat het huidige aandeel van verzekerden met een AWBZ-indicatie over verzekeraars een factor 10 verschilt (Tweede Kamer, 2012). De kans op risicoselectie was de achilleshiel van de plannen van de vorige twee kabinetten om de uitvoering van de langdurige zorg in handen te geven van de zorgverzekeraars.

RISICODRAGENDE ZORGVERZEKERAARS

Voor de curatieve zorg die vergoed wordt op grond van de Zvw zijn zorgverzekeraars bijna volledig risicodragend (Van Kleef *et al.*, 2012). Zorgverzekeraars ontvangen bovenop een nominale premie een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze vereveningsbijdrage is afhankelijk van de voorspelde ziektekosten van hun verzekerden en heeft als voornaamste doel om risicoselectie te ontmoedigen door alle verzekerden voor verzekeraars financieel even aantrekkelijk te maken. Om ziektekosten zo goed mogelijk te voorspellen is er in de afgelopen twintig jaar een uitgebreide set objectieve indicatoren ontwikkeld, waartoe gegevens uit de verzekerdenadministraties worden gecombineerd met gegevens uit diverse andere bronnen. Hoewel het vereveningsmodel in de loop der jaren sterk is verbeterd, zijn er nog steeds identificeerbare subgroepen waar zorgverzekeraars voorspelbaar verlies op lijden (Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, 2012; Van Kleef *et al.*, 2012).

Ook voor de ouderenzorg zou een vereveningsmodel uitkomst bieden. De SER (2012) stelt bijvoorbeeld als strikte randvoorwaarde voor de uitvoering van ouderenzorg door zorgverzekeraars dat er “reëel uitzicht moet zijn dat zij op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt [waarbij] sprake moet zijn van een goed werkend systeem van risicoverevening”. Zolang niet aan deze randvoorwaarde is voldaan, is uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig (Schut en Van de Ven, 2010; Koopman en Pomp, 2012).

Het is om twee redenen de vraag of, net als voor de Zvw, voor de ouderenzorg een adequaat vereveningsmodel kan worden ontwikkeld. Ten eerste zijn uitgaven aan ouderenzorg sterker geconcentreerd binnen een bepaalde groep en sterker gecorreleerd over tijd dan curatieve-zorguitgaven. Ten tweede dienen er op individueel niveau voldoende gegevens beschikbaar te zijn (Stam *et al.*, 2011; Koopman en Pomp, 2012). Ten slotte is het onduidelijk in hoeverre de vereveningscriteria op basis van de beschikbare gegevens kunnen voldoen aan de gangbare eisen van meetbaarheid, validiteit, stabiliteit, adequate prikkels, eenvoud en transparantie en verevenende werking (Van de Ven en Ellis, 2000). Risicoverevening op basis van de huidige indicatiestelling is wellicht eenvoudiger te realiseren dan verevening op basis van verzekerdenkenmerken (Koopman en Pomp, 2012). Het nadeel van deze vorm van verevening is echter dat dit leidt tot een opwaartse druk op de indicatiestelling en minder prikkels voor preventie.

RISICOVEREVENINGSMODEL OUDERENZORG

De haalbaarheid van een adequaat risicovereveningsmodel voor de ouderenzorg is tot op heden niet empirisch onder-

zocht. Door de koppeling van microgegevensbestanden met informatie over zowel de curatieve als de langdurige zorg is het nu voor het eerst mogelijk een inschatting te maken van de haalbaarheid van risicoverevening voor de ouderenzorg. Kader 1 beschrijft de data.

De uitgaven aan ouderenzorg in de onderzoekspopulatie zijn veel schever verdeeld dan uitgaven aan curatieve zorg. Slechts vijf procent gebruikt ouderenzorg, maar deze gebruikers maken veel kosten: gemiddeld ongeveer 15.000 euro per jaar. Uitgaven zijn positief gecorreleerd over de tijd: voor personen die in het voorgaande jaar ook ouderenzorg ontvingen zijn de verwachte uitgaven aan ouderenzorg hoger dan voor niet-gebruikers, net als de absolute grootte van de standaarddeviatie. Dit geeft aan dat ook voor gebruikers uitgaven in de toekomst hoogst onzeker zijn.

De invloed van ex ante risicoverevening op de prikkels voor risicoselectie voor verzekeraars kan worden gekwantificeerd door te berekenen welke eenvoudig identificeerbare subgroepen van de populatie voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn voor een verzekeraar indien verzekeraars voor iedereen dezelfde verzekeringspremie (moeten) rekenen. De subgroepen zijn geïdentificeerd op basis van of het gebruik van langdurige zorg in het verleden; of de uitgaven aan curatieve zorg of de informatie over ziekenhuisopnames. De geanalyseerde subgroepen zijn van voldoende omvang ($n \geq 300$) en voor deze subgroepen is het voorspelde verlies substantieel (≥ 1000 euro) en statistisch significant ($p < 0,05$).

De linkerkolom in tabel 1 laat voor vijftien van de gevormde subgroepen zien dat bij een uniforme premie zonder risicoverevening het voorspelbare verlies aanzienlijk is en kan oplopen tot ruim 85.000 euro per jaar (Bakx *et al.* 2012). Zonder risicoverevening is risicoselectie binnen de ouderenzorg dus zeer winstgevend. Vervolgens is stapsgewijs geanalyseerd wat het effect is van het toevoegen van extra vereveningskenmerken. De tweede kolom van tabel 1 (demografisch model) laat zien dat toevoeging van demografische kenmerken – leeftijd, geslacht en een indicator voor eenpersoonshuishoudens – het voorspelbare verlies voor alle subgroepen reduceert,

Data

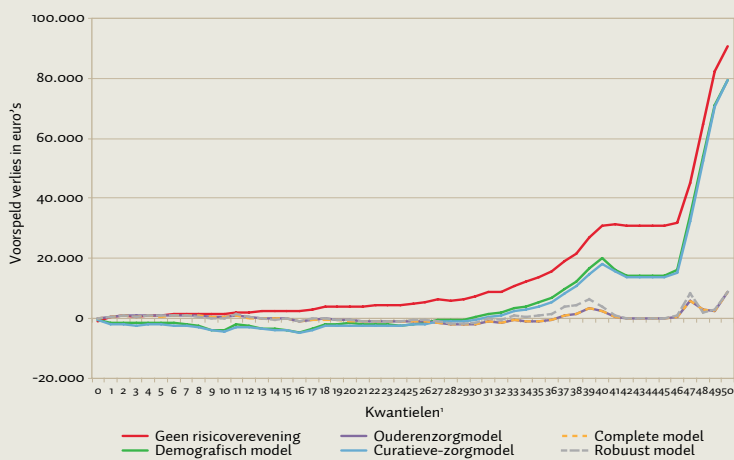
KADER 1

Gegevens over potentiële vereveningskenmerken zijn ontleend aan verschillende door het CBS op individueel niveau gekoppelde databestanden van het Centraal Administratie Kantoor (CAK), Vektis, de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), de Landelijke Medische Registratie (LMR) en het Doodsoorzakenregister. Deze dataset bevat informatie over gebruik van AWBZ-zorg in natura uit de periode 2004–2005, uitgaven aan curatieve zorg, informatie over ziekenhuisopnames en demografische kenmerken uit de periode 2002–2005. De individuele kosten van ouderenzorg zijn berekend door het gebruik van ouderenzorg te vermenigvuldigen met de destijds geldende maximumtarieven voor de diverse vormen van zorg. De beschikbaarheid van informele zorg wordt benaderd door het type huishouden (eenpersoons- of meerpersoonshuishouden) op te nemen. Beperkingen worden niet op populatieniveau gemeten en kunnen daarom alleen door middel van gebruik van ouderenzorg in het verleden en uitgaven aan hulpmiddelen en andere typen curatieve zorg benaderd worden.

Vanwege databeperkingen bevat de steekproef alleen ziekenfondsverzekerden uit 2004 die niet in datzelfde jaar overleden zijn en ouder zijn dan 18 jaar en voor wie de administratieve informatie gekoppeld kon worden. De onderzoekspopulatie bestaat uit 5.719.934 personen.

Voorspeld verlies per individu voor subgroepen gebaseerd op uitgaven in het voorgaande jaar¹

FIGUUR 1



¹Kwantiel 0: geen uitgaven; kwantiel 50: hoogste uitgaven

maar dat de voorspelde verliezen niettemin substantieel blijven. Kolom 3 van tabel 1 (ouderenzorgmodel) laat zien dat toevoeging van vereveningskenmerken op basis van gebruik van ouderenzorg in het verleden, waaronder de kenmerken waarop de eerste vijf subgroepen in tabel 1 zijn gebaseerd, de voorspelbare verliezen wél fors reduceert. Voor verzekerden met een ziekenhuisopname voor astma en COPD verdwijnt

het voorspelbare verlies van bijna 4000 euro bij het demografische model zelfs volledig in het ouderenzorgmodel. Niettemin zijn er ook subgroepen – zoals verzekerden met een opname voor een gebroken heup of beroerte – waar de voorspelde verliezen op ouderenzorg nog steeds fors zijn.

Door toevoeging van ouderenzorg in het verleden neemt de voorspelkracht van het model sterk toe: de verklaarde variantie (R²) stijgt van 0,23 tot 0,73. Toevoeging van kenmerken over het gebruik van curatieve zorg, waaronder de kenmerken waarop de middelste vijf subgroepen in tabel 1 zijn gebaseerd, heeft daarentegen vrijwel geen invloed op de voorspelkracht van het vereveningsmodel. Niettemin blijkt uit de vierde kolom van tabel 1 (curatieve zorgmodel) dat de toevoeging van dergelijke vereveningskenmerken bij diverse subgroepen – bijvoorbeeld met opname voor een gebroken heup, een beroerte of hartfalen – leidt tot een forse daling van de voorspelbare verliezen op ouderenzorg. In kolom 5 van tabel 1 zijn alle beschikbare vereveningskenmerken gecombineerd in een compleet model. Voor veel subgroepen leidt dit model tot een zeer sterke reductie van de voorspelbare verliezen, al blijven deze voor sommige subgroepen (bijvoorbeeld ziekte van Parkinson) substantieel.

Niet alle vereveningskenmerken voldoen echter aan de eis van adequate prikkels voor doelmatigheid. Dit geldt bijvoorbeeld voor het kenmerk ‘Thuiszorg ontvangen op de laatste dag van 2004’ (tabel 1). Terwijl één uur thuiszorg op de laatste dag van 2004 slechts 14 euro kost, verhoogt dit criterium de vereveningsbijdrage ten opzichte van het demografische

Voorspelde verliezen per individu voor vijftien subgroepen gebaseerd op zorggebruik in het verleden, in euro's per jaar

TABEL 1

	Geen risicoverevening	Demografisch model	Ouderenzorgmodel ¹	Curatieve-zorgmodel ¹	Complete model ¹	Robuust model ¹	Omvang subgroep
Demografische kenmerken	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Gebruik van ouderenzorg in het verleden	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	
Uitgaven aan curatieve zorg in het verleden	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	
Subgroepen gebaseerd op gebruik van ouderenzorg in het verleden							
Thuiszorg ontvangen op de laatste dag van 2004	10.078*	2459*	-	1669*	-	876*	172.291
Verpleeghuis: 1-90 dagen gecombineerde zorg	31.009*	23.310*	-	20.888*	-	21.005*	10.546
Verpleeghuis: 91-180 dagen gecombineerde zorg	51.350*	42.482*	-	39.803*	-	-	3853
Verpleeghuis: 181-365 dagen gecombineerde zorg	71.408*	61.349*	-	59.290*	-	-	4359
Verpleeghuis: 366 dagen gecombineerde zorg	85.868*	74.655*	-	74.693*	-	-	12.439
Subgroepen gebaseerd op eerdere uitgaven aan curatieve zorg in het verleden							
Één jaar hoge (top 15%) hoge kosten: medicijnen	2832*	572*	130*	-	-	28*	701.221
Vijf jaar hoge (top 15%) kosten: medicijnen	3448*	742*	147*	-	-	-	381.160
DKG 4 (o.a. beroerte, hartinfarct, angina pectoris)	10.172*	6865*	1145*	-	-	-	11.358
DKG 10 (o.a. chronische huidinfectie, chronische complicaties diabetes, nieuwvormingen urinewegen en alvleesklier)	7602*	5840*	3275*	-	-	-	5365
Vijf jaar hoge (top 15%) kosten: ziekenhuiszorg	4031*	2321*	393*	-	-	-	57.597
Subgroepen gebaseerd op informatie over ziekenhuisopnames							
Gebroken heup	21.225*	12.029*	9167*	-950*	-1229*	3205*	6433
Ziekte van Parkinson	21.093*	17.566*	6486*	13.817*	5730*	7650*	510
Beroerte	10.840*	7288*	2219*	1109*	327*	1271*	11.998
Hartfalen	10.054*	3806*	745*	858*	182	637*	8147
Astma en COPD	6128*	3721*	122	876*	-78	26	8035

* Significant op vijfprocentniveau.

¹ Cel is leeg als de subgroep is opgenomen in het vereveningsmodel: het voorspelde verlies is dan per definitie gelijk aan nul.

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

model met 2609 euro. Als deze subgroep opgenomen wordt in het vereveningsmodel zou dat overrapportage en overbehandeling kunnen stimuleren. Hetzelfde probleem doet zich onder meer voor bij het kenmerk 1–90 dagen verpleeghuiszorg. Wanneer alle kenmerken waarvoor een dergelijk probleem geldt uit het complete model worden weggelaten ontstaat een uit oogpunt van adequate prikkels robuust model. Tabel 1 illustreert dat dit robuuste model in vergelijking met het complete model niet alleen leidt tot grotere voorspelde verliezen voor de uit het vereveningsmodel verwijderde subgroepen, maar ook voor andere subgroepen. Het voorspelde verlies voor de subgroep ‘beroerte’ stijgt bijvoorbeeld van 327 euro naar 1271 euro. Figuur 1 laat niettemin zien dat voor het complete en het robuuste vereveningsmodel de oppervlakte tussen de grafiek en de x-as vrijwel gelijk is: beide modellen reduceren de voorspelde verliezen voor kwantielen gebaseerd op ouderenzorguitgaven in 2004 bijna even sterk.

Wat betreft vereveningskenmerken op basis van zorggebruik in het verleden bestaat er dus een afweging tussen de prikkels voor doelmatigheid en de verevenende werking. Ook het robuuste vereveningsmodel bevat nog kenmerken op basis van zorggebruik in het verleden, wat uit oogpunt van prikkels voor efficiëntie niet ideaal is. Een dergelijk model verhoogt echter de doelmatigheid en vermindert risicoselectie ten opzichte van ex post compensatie (geen financieel risico) wanneer verzekeraars concurreren op kwaliteit (Marchand *et al.*, 2003). Daarnaast kan de negatieve invloed op prikkels voor doelmatigheid mogelijk verder verminderd worden door in de toekomst informatie over gebruik van ouderenzorg uit meerdere jaren te combineren.

CONCLUSIE

Door individuele gegevens uit beschikbare databestanden over het gebruik van curatieve en langdurige zorg en overige kenmerken te combineren, is het mogelijk de risicoverevening voor ouderenzorg zo vorm te geven dat voorspelbare verliezen op relevante subgroepen sterk worden gereduceerd. Dit vereist wel dat gebruik van ouderenzorg in het verleden wordt opgenomen als vereveningscriterium. Hoewel dit uit het oogpunt van adequate prikkels voor doelmatigheid niet optimaal is, zijn er op populatieniveau – anders dan indicatiegegevens – geen betere indicatoren beschikbaar van de individuele behoefte aan ouderenzorg. De sterke samenhang tussen uitgaven aan ouderenzorg en curatieve zorg betekent niet alleen dat gegevens over gebruik van curatieve zorg van belang zijn voor goede risicoverevening in de ouderenzorg, maar dat ook het omgekeerde geldt: kenmerken op basis van gebruik van ouderenzorg kunnen de risicoverevening in de curatieve zorg verbeteren. Dit is van belang omdat bij het huidige vereveningsmodel zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies lijden van ruim vijfhonderd euro per jaar op de curatieve zorgkosten van verzekerden die de voorgaande twee jaar een AWBZ-indicatie hebben gekregen (Tweede Kamer, 2012).

Ondanks de forse vermindering van de voorspelbare verliezen op ouderenzorg als gevolg van het risicovereveningsmodel resteren er, net als binnen de Zvw, ook na toepassing van het meest complete vereveningsmodel, nog steeds subgroepen waarop verzekeraars voorspelbaar verlies lijden. Het is niet duidelijk of deze voorspelbare verliezen groter of kleiner zijn dan in de Zvw, omdat een vergelijking op basis van de

op dit moment beschikbare informatie niet goed mogelijk is.

De resultaten stemmen optimistisch over de haalbaarheid van adequate risicoverevening voor ouderenzorg, al is voor een definitief oordeel nader onderzoek nodig naar de mogelijkheden voor een verdere reductie van voorspelbare verliezen. Wanneer dit oordeel positief uitvalt, zouden verzekeraars een effectieve rol kunnen spelen bij de inkoop van ouderenzorg. Maar dan is er tevens meer duidelijkheid nodig of gereguleerde concurrentie in de ouderenzorg werkt en wenselijk is. De recente overheveling van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw biedt niet alleen kansen voor kwalitatieve, maar ook kwantitatieve evaluatie van de effecten van de uitvoering door zorgverzekeraars, net zoals de overheveling van huishoudelijke hulp naar de WMO het mogelijk maakt om de effecten van dit alternatief te evalueren (De Klerk *et al.*, 2010). Wanneer uit deze evaluaties blijkt dat uitvoering door zorgverzekeraars belangrijke voordelen biedt ten opzichte van de status quo en ten opzichte van uitvoering door de landelijke overheid en gemeenten, en nader onderzoek uitwijst dat adequate risicoverevening inderdaad haalbaar is, is een herbezinning op de huidige kabinetsplannen extra op zijn plaats.

LITERATUUR

- Bakx, P., F.T. Schut en E. van Doorslaer (2013) *Can risk adjustment prevent risk selection in a competitive long-term care insurance market?* iBMG Working Paper, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Barr, N. (2010) Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4), 359–374.
- Brown, J.R. en A. Finkelstein (2007) Why is the market for long-term care insurance so small? *Journal of Public Economics*, 91(11), 1967–1991.
- Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012) *Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet*. Den Haag: Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw.
- CPB (2012) *Actualisatie analyse economische effecten financieel kader Regeerakkoord*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: kwantificering modelverbeteringen 1993–2011. *TSG*, 90(5), 312–326.
- Klerk, M. de, R. Gilsing en J. Timmermans (2010) *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007–2009*. Den Haag: SCP.
- Koopman, S. en J.M. Pomp (2012) De AWBZ op een tweesprong. *ESB*, 97(4645), 600–603.
- Marchand, M., M. Sato en E. Schokkaert (2003) Prior health expenditures and risk sharing with insurers competing on quality. *Rand Journal of Economics*, 34(4), 647–669.
- OESO (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Parijs: OESO.
- Rijksoverheid (2012) *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PvdA*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2010) Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstendig. *ESB*, 95(4591), 486–489.
- SER (2012) *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg*. SER Advies, 12(06).
- Stam, P., J.-P. Heida, L. Boonen en X. Koolman (2011) *De haalbaarheid van een ex-ante risicovereveningsmodel voor de AWBZ-ouderenzorg*. Den Haag: SiRM.
- Tweede Kamer (2010) *Programmabrief Langdurige Zorg*. 30597(186).
- Tweede Kamer (2012) *Herziening zorgstelsel*. 29689(380).
- Ven, W.P.M.M. van de, en R.P. Ellis (2000) Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer A.J. en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics, Volume 1A* Amsterdam: North Holland, 755–845.