



GOBIERNO DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

MINUTA PRIMAS NIVELADAS

Uno de los temas centrales en la reforma de la salud que se estudia actualmente, es la creación de un fondo solidario que garantice poder evitar la discriminación de sectores de la población con mayor riesgo en salud, específicamente las poblaciones de menores ingresos que no alcanzan a financiar un plan básico, los mayores de edad y las mujeres en edad fértil. La creación de este fondo implica pensar en la forma más adecuada de distribuirlo, es decir, cómo se harán llegar las compensaciones a las aseguradoras, de forma que éstas reciban por sus afiliados primas equivalentes o niveladas sin importar el sexo, la edad o su nivel de riesgo financiero o médico.

A través de esta minuta el Departamento de Estudios ha intentado indagar en los modelos teóricos de distribución de un fondo comunitario de este tipo, buscando en la experiencia internacional ejemplos de modelos utilizados en otros países con algún grado de éxito, como son el ajuste de riesgo, la capitación y los presupuestos históricos, entre otros.

Siendo el ajuste de riesgo un importante mecanismo para atenuar los problemas que pueden surgir en el uso de la asignación de recursos en salud a través de pagos prospectivos, parece fundamental detenerse en un análisis conceptual del mismo.

1. LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

A continuación es presentada una revisión de la literatura reciente a nivel internacional sobre diversas propuestas para el uso de mecanismos de ajuste de riesgo.

Un primer ejemplo se encuentra en la literatura de los Estados Unidos, país donde se han ideado interesantes modelos para la disminución de incentivos a la selección por parte de los aseguradores, por medio del empleo de sistemas voluntarios de ajuste de riesgo adecuadamente regulados.

El argumento teórico detrás de esta opción es que mientras más homogéneos sean los costos percibidos por los aseguradores dentro de una misma categoría, menos atractivo será para éstos seleccionar sólo aquellos asegurados con bajo riesgo.

En este país se observa una especial preocupación por el desarrollo y perfeccionamiento de esquemas de ajuste con una mayor capacidad explicativa de las diferencias de gasto entre individuos. Modelos de este tipo permiten dar cuenta de forma más ajustada de las mayores pérdidas y ganancias predecibles por los aseguradores, los cuales compensados en concordancia ven disminuidos sus incentivos a la selección.

- **Estados Unidos**

En Estados Unidos, hasta los años 80, las Health Maintenance Organizations (HMOs) que contrataban con la Health Care Financing Administration (HCFA) eran retribuidas basándose en sistemas de pago de “fee-for-service”¹. A mediados de los 80’s las HMOs comenzaron a incorporar contratos a riesgo. Los pagos a riesgo a las Managed Care Organizations (MCOs) correspondían a un per capita equivalente al 95% del AAPCC² de los beneficiarios de Medicare que participaban en el tradicional programa de fee-for-service.

Las variables de ajuste consideradas eran edad, sexo, calificación o no para programas sociales (welfare status), si el asegurado pertenecía o no a un hogar de ancianos (nursing home, institutional status) y finalmente una variable geográfica que intentaba corregir las diferenciales de precio de los insumos que se producían entre las distintas áreas.

Los estudios disponibles muestran que el AAPCC lograba explicar aproximadamente el 1% de la variabilidad total de los costos anuales entre los beneficiarios de Medicare³. Si bien, las variables de sexo y edad poseen la gran ventaja de ser de fácil obtención y utilización por los sistemas de ajuste, poseen el gran inconveniente de ser débiles predictores de los gastos individuales. Por tanto, los pagos realizados sobre la base de este tipo de variables produjeron una selección positiva hacia los más saludables y una negativa hacia los más enfermos⁴.

El AAPCC ha recibido enormes críticas lo que ha implicado una proliferación de estudios en busca de un mecanismo más preciso de ajuste de riesgo. Esta crítica es ciertamente relevante para Chile donde los modelos demográficos son los únicos que están siendo utilizados.

Existen modelos de ajuste de riesgo, que adicionalmente a las variables demográficas tradicionales –edad y sexo- incorporan el gasto del año anterior de los individuos. Debido a la alta correlación existente entre el gasto del año corriente y el inmediatamente anterior, los resultados de este tipo de modelos mejoran en forma sustantiva el grado de explicación de la varianza (el R^2 del modelo de regresión) desde el casi 1% explicado por los modelos demográficos hasta un rango de entre un 6% y un 10%⁵. Este aumento es muy significativo, ya

¹ Nos referimos a mecanismos que pagan por servicios sin ninguna intervención del asegurador para controlar costos.

² AAPCCC, adjusted average per capita cost calculation, no es otro que un cálculo del costo promedio ajustado per cápita.

³ Ver Newhouse (1986) y Ash et. al. (1989).

⁴ Ver Beebe et. al. (1985).

⁵ Ver Newhouse (1998) y van de Ven y van Vliet (1992).

que si se considera que la varianza predecible esperada es del orden de un 20%, estamos hablando de modelos que prácticamente explican un 50% de ella.

Entre los modelos basados en variables diagnósticas, existen dos vertientes que han pasado a ser los modelos más mencionados en esta área de investigación, tanto por su peso técnico como por su futura aplicabilidad. Estas dos vertientes corresponden a los sistemas de clasificación diagnóstica desarrolladas por Weiner y sus colegas en Johns Hopkins University y por Ash, Ellis, Pope y colegas en Boston University. Se trata, en el primer caso, de los sistemas de clasificación Ambulatory Care Group (ACG)⁶ y en el segundo, del Diagnostic Cost Group (DCG)⁷. El gran supuesto tras este tipo de aproximación es que las variables diagnósticas son buenas predictoras del gasto futuro de los individuos. Por tanto, todos estos estudios lo que hacen es buscar clasificaciones diagnósticas para ser utilizadas como variables independientes en la explicación del gasto individual.

- **Holanda**

La experiencia holandesa es también relevante para este análisis. La reforma holandesa, con su origen en los diseños emanados del Dekker Committee creado en 1986, introdujo un tipo de fondo solidario de redistribución de carácter público, correspondiente a un esquema de "seguro de segundo piso". La función de este fondo es recibir los aportes estatales de salud así como de los cotizantes del sistema (prima ligada al ingreso) y establecer el pago per cápita a cada aseguradora⁸ (ajustada por el riesgo de los afiliados).

El sistema, en concordancia con los postulados de competencia regulada, estableció la generación de un seguro a nivel nacional, pero con múltiples aseguradores que cumplen con el papel de pagadores del sistema. Estas compañías aseguradoras compiten entre sí bajo la supervisión del gobierno y reciben un pago prospectivo ajustado por riesgo de los afiliados. Dicho ajuste considera variables como la edad y el sexo, y su principal objetivo es evitar la selección de riesgo por parte de las aseguradoras.

La universalidad del sistema se concreta gracias a la obligatoriedad de la compra del seguro para todos los ciudadanos. La prima a cobrar se encuentra dividida en dos partes, la más importante de éstas se encuentra ligada al ingreso, mientras el resto corresponde a una prima plana. La primera de ellas es pagada al fondo central de redistribución, mientras la tarifa plana se paga directamente a las entidades aseguradoras.

Para evitar el descreme las aseguradoras deben recibir a todos aquellos que deseen comprar su seguro, sin discriminación alguna. La contrapartida de este requerimiento, es la obligación de los afiliados de permanecer al menos por dos años en la aseguradora inicialmente elegida, de forma tal de dar cierta estabilidad al sistema.

⁶ Weiner et. al. (1996).

⁷ Ellis et. al. (1996), Ash et. al. (1989), Pope et. al (1998), etc.

⁸ Que corresponden al "primer piso".

Holanda cuenta con un sistema de ajuste de riesgo basado principalmente en variables demográficas, de baja predictibilidad de la varianza individual con todo lo que ello significa en términos de reducción de incentivos para la selección. Las variables utilizadas para el ajuste son: edad, género, región e indicadores de discapacidad. La insuficiencia del sistema ha implicado que éste deba ser reforzado con una serie de medidas de regulación que comprometen significativamente el espacio de competencia, la que era de gran importancia en los postulados de la reforma. Recientemente se ha propuesto introducir mecanismos que buscan "truncar la pirámide de riesgo", los que aún no han sido implementados.

- **Colombia**

El caso de Colombia es, sin duda, el más representativo en cuanto al diseño e introducción de regulación e incentivos para hacer frente a la conmoción causada por los seguros de salud en Latinoamérica. En 1993, Colombia introdujo una reforma muy similar –en muchos aspectos- a la reforma holandesa de 1988. La *Ley #100* promulgada en ese año, determinó cambios fundamentales en el funcionamiento de la organización de la administración del seguro, incluyendo la competencia por seguros.

Esta reforma utiliza la separación de las funciones de provisión y de financiamiento de la compra, como instrumento para la creación de incentivos entre compradores y prestadores, de forma tal de lograr una mayor eficiencia - mayor contención de costos -. Para la concreción de este objetivo, la generación de competencia al interior de los mercados aseguradores y prestadores era esencial. La ley estableció la coexistencia de aseguradoras y proveedoras públicas y privadas, las que pueden entregar servicios tanto a los cotizantes (vía pay-roll-tax) que pagan 11% de sus salarios como a los indigentes, de acuerdo a la elección del consumidor.

La ley también estableció cobertura universal a través de dos clases de cobertura básica dependiendo del ingreso de los usuarios. Los cotizantes tienen acceso a una cobertura mínima definida por el *Plan Obligatorio de salud (POS)* mientras aquellos no cotizantes y/o indigentes acceden al *Plan Obligatorio Subsidiado de Salud (POS-S)*.

Los cotizantes pueden comprar cobertura adicional de estas instituciones aseguradoras sean éstas con o sin fines de lucro –*Empresas Promotoras de Salud (EPS)* o *Empresas Solidarias de Salud (ESS)* respectivamente -.

El nuevo sistema creó solidaridad entre los cotizantes del pay-roll-tax a través de un Fondo de Redistribución, el FSG. Este fondo recibe los aportes de los cotizantes así como los aportes del Gobierno Central y distribuye estos recursos entre las aseguradoras (EPS y ESS). La asignación de los recursos se hace sobre la base de un pago per cápita ajustado por riesgo a través del uso de variables demográficas (edad y sexo). El sistema es regulado por una agencia reguladora bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

En forma equivalente al caso holandés, una de las preocupaciones centrales de la reforma era el asegurar la solidaridad y equidad al interior del sistema. No existe razón para creer que el mecanismo de ajuste usado por Colombia prevenga un comportamiento seleccionador por las EPS y ESS. Desgraciadamente, no existe a la fecha una evaluación al respecto. La información es muy escasa y de hecho ha sido muy difícil encontrar alguna evidencia al respecto. Siendo Colombia la reforma más avanzada con respecto a multiseguros en competencia y mecanismos para reducir los problemas creados por ésta, es urgente evaluar la efectividad de los mecanismos en uso así como las opciones disponibles para mejorarlos.

Lo más probable es que la falta de evaluación del caso Colombiano, sea un signo claro de cómo los esfuerzos de reforma han subestimado severamente las complejidades tanto técnicas como institucionales que existen para controlar los problemas de la competencia de los seguros de salud.

En esta línea, Van de Ven et. al.⁹ han resaltado que las evidencias de descreme de mercado así como de selección de riesgos son fundamentales para el éxito de las reformas. La evidencia, sin embargo, no es del todo alentadora, para muchos es precisamente éste punto el más débil de las reformas realizadas tanto por el HCFA de EE.UU., las reformas holandesas y la reforma colombiana. Los mecanismos de ajuste de riesgo (aún los más simples) son intensivos en el uso de información, manejo informático técnico, etc. convirtiéndolo en un desafío importante para países como los nuestros.

2. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL AJUSTE DE RIESGO¹⁰

La característica central de cualquier sistema de ajuste de riesgo es el **subsidio** entregado por el patrocinador (sea el Estado, el empleador, una organización entre los aseguradores, etc.), a través de primas ajustadas por riesgo, directamente a cada consumidor o a los consumidores de mayor riesgo exclusivamente.

Este subsidio tiene muchas características entre las que destacan:

- Tiene un valor monetario, que depende únicamente de las características de riesgo del individuo, esto es, los factores de riesgos por los cuales se desea introducir elementos de solidaridad.
- El subsidio se define en función de un paquete mínimo o estandarizado de servicios médicos, una vez calculado el monto para un individuo determinado éste último puede usarlo ya sea para un plan específico con esta cobertura mínima o estándar, ya sea para otro tipo de planes de salud que mejoren esta cobertura.
- No es transferible entre consumidores.

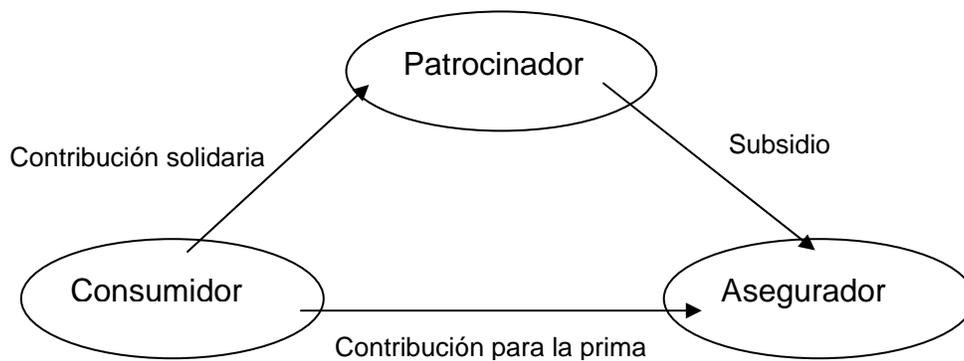
⁹ Van de Ven, W. et. al. (1994).

¹⁰ Van de Ven, W. et. al. (1999).

Otro aspecto central de un sistema de ajuste de riesgo son las **contribuciones solidarias** o pagos hechos por los consumidores para satisfacer las necesidades de salud de cualquier consumidor cubierto por el patrocinador, es decir, se trata de contribuciones que no están destinadas a financiar el plan de salud particular de cada consumidor. En otras palabras son pagos obligatorios realizados por los afiliados e independientes de las características del plan elegido por cada uno de ellos.

Un tercer elemento central en el ajuste de riesgo son las **contribuciones destinadas a financiar la prima del seguro** o el pago que hace cada afiliado para su propio plan de salud. El valor de la contribución para dicha prima será equivalente al valor total de la prima del plan elegido menos el valor del subsidio recibido.

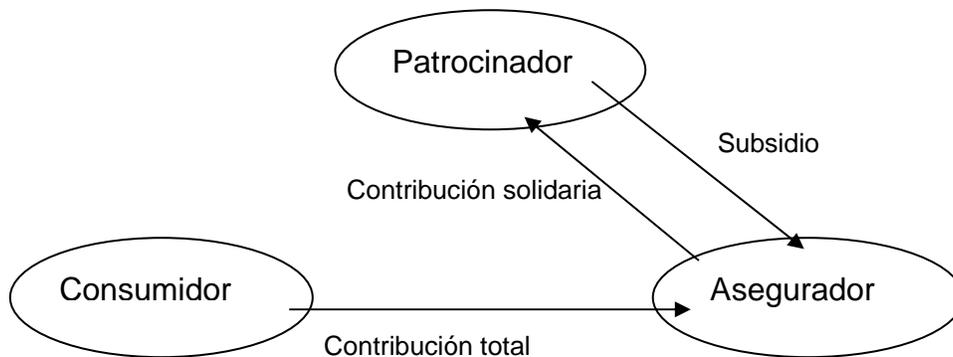
Los flujos de pagos entre el consumidor, el asegurador y el patrocinador pueden organizarse de diversas formas. El esquema usado por el sistema de ajuste de riesgo aplicado por el Medicare en EE.UU. y los fondos de enfermedad de Holanda, es el que se presenta a continuación:



Otra forma de organizar los flujos de pagos es que el subsidio sea pagado al consumidor como un voucher y este último paga la prima total al asegurador.

Una segunda alternativa es que el patrocinador también recoja la contribución para la prima y la transfiera al asegurador. Esta última modalidad es utilizada por algunas coaliciones de empleadores en EE.UU. que usan ajuste de riesgo.

Una tercera alternativa es la que se presenta a continuación:



En este caso el consumidor paga la contribución total al asegurador, es decir la que financia la prima y la solidaria, luego el asegurador se encarga de transferir las contribuciones solidarias al patrocinador. Para reducir los flujos monetarios cada asegurador netea con el patrocinador la diferencia entre las sumas de todas las contribuciones solidarias y los subsidios correspondientes a los afiliados con ese asegurador. Esta modalidad de flujos de pagos está siendo usada en los fondos de enfermedad obligatorios alemanes y suizos, así como en los seguros de salud voluntarios de Irlanda. Además corresponde a la modalidad propuesta por la White House Task Force on Risk Pooling en 1993.

Las distintas modalidades pueden resultar en respuestas diferentes por parte de los consumidores, en la medida que los ahorros de costos de los planes de salud tendrán un mayor efecto proporcional sobre una prima menor, es decir en el caso en que el consumidor sólo paga al asegurador la contribución destinada a financiar la prima. Si bien, la forma en que se organizan los flujos de pago a menudo guarda relación con cómo se calcula el subsidio, pueden en principio asumirse como independientes.

- **El cálculo del subsidio**

Para el cálculo del subsidio ajustado por riesgo la pregunta central es sobre qué costos se basará el subsidio, en otras palabras cuáles serán los costos aceptables. Estos pueden definirse como aquellos costos generados en la provisión de un paquete básico de beneficios específicos, que se caracteriza por contener sólo servicios médicamente necesarios y costo-efectivos. Ya que en la práctica un paquete como éste es difícil de costear, los subsidios suelen calcularse considerando los gastos observados más que en función del costo de las necesidades.

Los gastos observados son determinados por muchos factores, sin embargo, no todos son usados en el cálculo de un subsidio ajustado por riesgo. Idealmente, el subsidio debe ser ajustado sólo por aquellos factores de riesgo sobre los cuales la solidaridad es deseada. Por lo tanto, una tarea que la sociedad debe enfrentar es definir sobre qué factores de riesgo y en qué medida busca solidarizar.

Los factores de riesgo más comúnmente utilizados son los que aluden a características de los individuos como: sexo, edad y estado de salud. Otros factores considerados son los socioeconómicos como: estilo de vida, gustos, poder de compra, religión, raza, herencia étnica y densidad poblacional.

Asimismo, otras características usadas como factores son las del proveedor de servicios médicos, como por ejemplo prácticas médicas utilizadas y si existe o no sobreoferta de servicios, así como características propias del mercado en cuestión como los precios de los servicios médicos, los cuales muchas veces son exógenos.

Finalmente, están las características de los aseguradores en si, como su capacidad para negociar convenios o descuentos con proveedores, y las

características de los planes de salud como copagos, deducibles, prestaciones cubiertas, incentivos financieros a los proveedores, características de los contratos con ellos, etc. Obviamente, no todos estos factores son independientes, algunos son parcialmente endógenos a otros.

¿Deberían usarse todos estos factores para el cálculo del subsidio ajustado por riesgo? La respuesta variará dependiendo de las poblaciones, el contexto y el país.

Por ejemplo en EE.UU., como se usa el ajuste de riesgo a nivel de cada empleador (éste es quien patrocina el subsidio), se espera que el subsidio se ajuste por todas aquellas variables que afectan el gasto, de esta forma el cálculo de los subsidios varía mucho entre un empleador y otro.

En Europa en cambio, la solidaridad es un bien nacional apreciado, por lo que se observa una mayor estandarización de los beneficios y del cálculo de los subsidios entre un país y otro.

- **Criterios para seleccionar un modelo de ajuste de riesgo**

Los criterios para seleccionar un modelo de ajuste de riesgo propuestos por diversos autores pueden clasificarse bajo tres criterios más amplios mutuamente relacionados como son la existencia de incentivos apropiados, la imparcialidad o justicia implícita en el modelo y la viabilidad de su implementación.

1. Incentivos apropiados

Corregir la selección por riesgo y los problemas de “moral hazard” son la principal razón para utilizar mecanismos de ajuste de riesgo. Por lo tanto el criterio más importante para evaluar este tipo de modelos es evaluar en qué medida estos modelos generan los incentivos apropiados.

Existen muchas respuestas no deseadas al ajuste de riesgo. Las aseguradoras pueden usar una amplia gama de estrategias para atraer afiliados “rentables” y evitar que los no rentables se afilien, por ejemplo negando o restringiendo la cobertura, aplicando exclusiones para condiciones preexistentes, afiliando selectivamente o aconsejando en la desafiliación. Sin embargo, la forma más aconsejada para evitar este tipo de estrategias no deseadas es a través de la regulación y no debería pedírsele a un modelo de ajuste de riesgo resolver estos temas.

Si bien la regulación tendiente a abolir la selección, genera incentivos para que los planes manipulen las prestaciones y servicios ofrecidos, generando una sobreoferta para los afiliados rentables (cream skinning) y una oferta restringida (dumping) para los no rentables, los mecanismos de ajuste de riesgo permiten reducir los incentivos para que las aseguradoras inicien este tipo de prácticas. Incluso estos mecanismos pueden hacer que las compañías comiencen a competir por afiliados que antes del ajuste de riesgo eran no rentables, esto se

explica por el incremento en los pagos que las aseguradoras reciben por individuos que se supone gastarán más.

Aún cuando los subsidios ajustados por riesgo hacen que la selección deje de ser un problema, estos pagos pueden ser criticados pues pueden generar incentivos no adecuados en contra de actividades tendientes a mejorar la calidad de la salud. Por ejemplo una aseguradora que invierte en salud preventiva, mejorando el estado de salud general de su población podría enfrentar menores subsidios en el futuro. Un contra-argumento es que si bien enfrentará menores subsidios también deberá asumir menores gastos de salud.

Una solución a este problema es diseñar subsidios que efectivamente tomen en consideración las mejoras en la salud gracias a la prevención. Otra solución a este tema es proveer incentivos monetarios fijos por cada afiliado que se enrole en planes de prevención efectivos.

Cabe señalar que muy frecuentemente los modelos de ajuste de riesgo son evaluados en función de su capacidad predictiva, sin embargo, el objetivo del ajuste de riesgo no es la exactitud de la predicción, sino generar los incentivos apropiados y la justicia o imparcialidad necesaria en el establecimiento de un mecanismo de este tipo.

2. Imparcialidad

El nivel de imparcialidad involucrado en un modelo de ajuste de riesgo y la clase de factores de riesgo que se incluyan en él, considerados éstos como las dimensiones de la solidaridad deseada por la sociedad, dependen fundamentalmente de juicios de valor que varían de una sociedad a otra.

Existe cierto consenso en torno a que factores que reflejan básicamente gustos (por ejemplo: religión, preferencia por servicios médicos no costo efectivos) pueden tener poder predictivo, aunque no sean necesariamente justos y su uso para estimar subsidios ajustados por riesgo no podría clasificarse de imparcial.

Algo aún más complejos son los factores basados en estilos de vida. Por un lado, podría pensarse que el gasto en prestaciones médicas requeridas exclusivamente a consecuencia del hábito de fumar no deberían subsidiarse, porque estos gastos pueden ser inducidos por los individuos. Por otra parte, puede considerarse injusto no incluir dentro del subsidio los gastos médicos asociados al cáncer al pulmón y por ende que personas con este mal no reciban un tratamiento adecuado.

Otra clase de factores de ajuste discutible son las diferencias en los costos de los servicios médicos entre regiones, ya sea porque reflejan diferentes costos de vida, diferencias en los equilibrios de mercado, problemas de acceso a los servicios o subutilización de los mismos, etc.

Un sistema de ajuste de riesgo será generalmente considerado más justo o imparcial en la medida que prediga una proporción mayor de la variación en el

gasto en salud. Sin embargo, no es deseable mejorar la capacidad predictiva de un modelo en base a información que no guarda relación con el concepto de solidaridad que se busca o bien de información que proviene del uso de factores de riesgo que son expresión de un acceso deficiente a la salud o de la subutilización del sistema, esto podría derivar incluso en un mecanismo de ajuste de riesgo poco justo.

3. Viabilidad

La viabilidad tiene que ver con la capacidad del modelo de obtener información completa para todos los afiliados, sin agregar costos innecesarios en tiempo o dinero.

La información que es recolectada rutinariamente, estandarizada y comparable entre planes de salud diferentes, así como modelos fáciles de ser validados, tienen una mayor viabilidad que los modelos que requieren separar la recolección de información, la validación y el proceso.

Otro aspecto importante para contar con un modelo de ajuste de riesgo viable es la existencia de muestras representativas sobre las cuales desarrollarlo y con las cuales poder definir y testear los parámetros antes de la implementación del mismo.

Asimismo, es importante considerar que el ajuste de riesgo sólo será factible si es aceptado por consumidores, proveedores, aseguradores y patrocinador. Un factor que influirá en la aceptación del modelo tiene que ver con que este no comprometa la privacidad de consumidores y proveedores. Por ejemplo un modelo de ajuste de riesgo que requiera identificar a los portadores de SIDA o a los beneficiarios que sufren de enfermedades mentales puede resultar inaceptable para los consumidores, aun cuando tenga una alta capacidad predictiva y/u otras bondades como modelo.

La raza, etnia o religión de los beneficiarios son ejemplos de variables demográficas que pueden no resultar aceptables para hacer ajuste de riesgo debido a que pueden introducir imparcialidad al modelo.

Otra dimensión de la aceptación de un modelo de ajuste de riesgo tiene que ver con la credibilidad de los agentes médicos y administradores clínicos, ya que ellos son tomadores de decisiones muy importantes en la determinación del gasto en salud. Si los clínicos perciben que los pagos por riesgo no guardan relación con la realidad entonces esta apreciación minará la aceptación que este sector tenga del mecanismo de ajuste de riesgo.

Un último grupo que hay que considerar cuando se busca la aceptación del modelo son los actuarios, los que usualmente trabajarán para el patrocinador del subsidio o para los planes de salud y quienes estarán acostumbrados a estimar primas y pagos a proveedores en base a parámetros demográficos o experiencia previa. Un aspecto importante para ellos será la imparcialidad actuarial del modelo de ajuste de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ash, A.; Porell, F.; Gruenberg, L. et. al. (1989):** “Adjusting Medicare Capitations Payments Using Prior Hospitalization”. *Health Care Financing Review*, 10 (4).
- Beebe, J.; Lubitz, J. and Eggers, P. (1985):** “Using Prior Utilization Information to Determine Payments for Medicare Enrollees in HMOs”. *Health Care Financing Review*, 6(3).
- Ellis, R.; Pope, G.; Iezzoni, L.; Ayanian, J.; Bates, D.; Burstin, H. and Ash, A. (1996):** “Diagnosis-Based Risk Adjustment for Medicare Capitation Payments”. *Health Care Financing Review*, spring, vol. 17 #3.
- Newhouse, J. (1986):** “Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection”. *Journal of Economic Literature*, winter.
- Newhouse, J. (1998):** “Risk Adjustment: Where Are We Now”. *Inquiry*, 35, summer.
- Pope, G.; Adamache, K.; Khandker, R. and Walsh, E. (1998):** “Evaluating Alternative Risk Adjusters for Medicare”. *Health Care Financing Review*.
- Van de Ven, W. and van Vliet, R. (1992):** “Towards a Capitation Formula for Competing Health Insurers; an Empirical Analysis”. *Social Science and Medicine*, 34:1035-1048.
- Van de Ven, W.; van Vliet, R.; van Barneveld, E. and Lamers, L. (1994):** "Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands". *Health Affairs*, winter, N°13.
- Van de Ven, W. (1999):** “Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets”, *Hanbook of Health Economics*, Vol 1, Chapter 14, Elsevier Science B.V., 2000.
- Weiner, J.; Dobson, A.; Maxwell, S.; Coleman, K., Starfield, B. and Anderson, G. (1996):** “Risk-Adjusted Medicare Capitation Rates Using Ambulatory and Inpatient Diagnoses”. *Health Care Financing Review*, spring, vol. 17 #3.