

Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse

De premiestructuur van de Zorgverzekeringswet is inefficiënt. Nvolging van de recent ingevoerde premiestructuur in de Duitse zorgverzekering kan leiden tot substantiële kostenbesparingen en scherpere concurrentie tussen verzekeraars.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is gekozen voor een premiestructuur waarbij de uitgaven voor de helft worden gedekt uit inkomensafhankelijke premies, voor 45 procent uit nominale premies voor volwassenen en voor vijf procent uit belastingmiddelen ter dekking van de zorgkosten van kinderen tot 18 jaar die geen nominale premies hoeven te betalen. Deze premiestructuur kan worden gezien als een politiek compromis tussen de grotendeels, 85 procent, inkomensafhankelijke premies in de voormalige ziekenfondsverzekering en de volledig nominale premies in de voormalige particuliere ziektekostenverzekering. In de aanloop naar de Zvw was een belangrijk punt van debat of de premie volledig inkomensafhankelijk of volledig nominaal zou moeten worden vastgesteld (Tweede Kamer, 2009). In de kabinetsreactie op de recente evaluatie van de Zvw wordt gesteld dat de grens destijds in het midden is gelegd omdat op die manier de budgettaire en koopkrachteffecten zo veel mogelijk konden worden gemitigeerd en de werkgeversbijdrage kon worden gehandhaafd (Tweede Kamer, 2009). Een belangrijke overweging was voorts, aldus de kabinetsreactie, dat het er vanuit het oogpunt van concurrentie volgens het CPB weinig toe deed hoe hoog de nominale premie was. Ten slotte speelde mee dat een substantiële hoogte van de nominale premie nodig werd geacht om de burgers te laten beseffen dat zorg niet gratis is. De veronderstelling was dat dit bij de burgers zou leiden tot een kostenbewuster gebruik van medische zorg. Voor deze veronderstelling bestond en bestaat overigens geen empirische steun. Zo blijkt uit onderzoek naar consumptieverschillen tussen voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden dat deze verschillen vooral zijn toe te schrijven aan verschillen in gezondheid en eigen risico, en niet aan een kostenbewuster gedrag van particulier verzekerden (Van Vliet *et al.*, 1986). Ook theoretisch is de veronderstelling weinig plausibel omdat de betaling van de premie losstaat van de individuele zorgconsumptie, zowel qua hoogte als qua moment van betaling.

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

WYNAND P.M.M. VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

Zorgtoeslag

Om voor de ziekenfondsverzekerden de koopkrachteffecten van de verdrievoudiging van de nominale premie te beperken, werd een inkomensafhankelijke zorgtoeslag ingevoerd. De zorgtoeslag wordt betaald uit belastingmiddelen en heeft geleid tot een extra collectieve geldstroom naast de zorgpremies die wordt begroot op circa 4,7 miljard euro in 2011 (Tweede Kamer, 2010). In 2009 kregen circa 5,5 miljoen huishoudens maandelijks een zorgtoeslag uitgekeerd (Belastingdienst, 2010). De zorgtoeslag wordt berekend als het verschil tussen de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico en een wettelijk bepaald normatief deel van het inkomen. Doordat de zorgkosten en dus de premies veel sneller stijgen dan de inkomens, neemt zowel het gemiddelde bedrag van de zorgtoeslag als het aantal rechthebbenden jaarlijks toe, waardoor het totale bedrag aan zorgtoeslagen met circa 7,5 procent per jaar groeit (Werkgroep Toeslagen, 2010).

Knelpunten premiestructuur Zvw

De hoge nominale premie heeft als ongunstig neveneffect dat het een sterke stimulans geeft aan vooral mensen met een laag inkomen om hun zorgpremie niet te betalen of zich in het geheel niet te verzekeren. In weerwil van diverse maatregelen om het aantal wanbetalers en onverzekerden terug te dringen, is het aantal wanbetalers met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden toegenomen van 190.000 in 2006 tot 318.000 eind 2009, ofwel tot 2,4 procent van de volwassen Nederlandse bevolking (CBS, 2010). Ongeveer 86.000 wanbetalers hebben in de afgelopen vier jaar nog nooit premie betaald. Bovendien is er nog een onbekend aantal verzekerden dat een betalingsachterstand van minder dan zes maanden heeft. De eerste zes maanden premie-achterstand komt voor rekening van de zorgverzekeraar. Daarna krijgen zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie voor de gedeerde premie-inkomsten. Deze zogenaamde wanbetalersbijdrage bedroeg in 2008 circa 230 miljoen euro (Ministerie van VWS, 2010). Daarnaast waren er in 2009 ruim 150.000 verzekeringsplichtigen onverzekerd (Ministerie van VWS, 2010). De toename van het aantal wanbetalers heeft, in combinatie met de verdrievoudiging van de nominale premie ten opzichte van de voormalige Ziekenfondswet, geleid tot een zeer sterke toename van de premiederving tot naar schatting een half miljard euro per jaar (Van de Ven en Schut,

2010). Daar moet nog een onbekend bedrag aan incassokosten voor zorgverzekeraars en overheid bij worden opgeteld. Tenslotte betalen wanbetalers geen zorgpremie, maar ontvangen wel een zorgtoeslag. Bovendien gaat het systeem van zorgtoeslagen gepaard met jaarlijks zestig miljoen euro uitvoeringskosten, een forse taakverzwaring voor de Belastingdienst, een niet verwaarloosbaar fraude-risico en vraagt het extra inspanningen van miljoenen burgers.

Een ander ongunstig neveneffect van de gekozen premiestructuur is dat een hoger nominaal premiedeel leidt tot minder sterke stimuli voor premieconcurrentie. Bij dezelfde absolute doelmatigheidsverschillen tussen verzekeraars betekent een hoger nominaal premiedeel dat de relatieve premieverschillen afnemen (kader 1). Uit economisch-psychologisch onderzoek is bekend dat mensen sterker op dezelfde absolute prijsverschillen reageren als de relatieve verschillen groter zijn (Tversky en Kahneman, 1981). Dit is bevestigd in experimenteel onderzoek in de context van de Nederlandse zorgverzekering (Schut en Laske-Aldershof, 2001). Uit empirisch onderzoek in de Verenigde Staten blijkt bovendien dat verzekerden zeer prijsgevoelig zijn bij een premieverhoging, wanneer de zelf te betalen premie aanvankelijk gelijk is aan nul (Buchmueller en Feldstein, 1997).

Efficiëntere premiestructuur

De nadelen van de huidige premiestructuur kunnen worden ondervangen door niet vijftig procent maar honderd procent van de verwachte zorguitgaven te

Kader 1

Relatieve versus absolute premieverschillen

Stel de nominale maandpremie van zorgverzekeraar A bedraagt 90 euro en die van verzekeraar B 100 euro, dankzij het feit dat verzekeraar A per verzekerde 10 euro doelmatiger werkt. Het absolute premieverschil is dus 10 euro en het relatieve verschil 10 procent. Stel dat de inkomensafhankelijke premie sterk wordt verhoogd, waardoor alle verzekeraars hun nominale maandpremie met 80 euro kunnen verlagen. Als gevolg hiervan zal de maandpremie van verzekeraar A dalen tot 10 euro en van verzekeraar B tot 20 euro. Het absolute verschil in premie van 10 euro blijft gelijk want doelmatigheidsverschillen komen uitsluitend tot uitdrukking in de hoogte van de nominale premie. Maar het relatieve premieverschil is toegenomen van 10 tot 50 procent. Aangezien verzekerden niet alleen gevoelig zijn voor absolute maar ook voor relatieve premieverschillen, zal verzekeraar A als gevolg van deze verandering naar verwachting extra verzekerden winnen. De premieconcurrentie zal hierdoor toenemen.

SINDS 1916

dekken uit inkomensafhankelijke premies. In die situatie is de gemiddelde nominale premie die zorgverzekeraars in rekening moeten brengen gelijk aan nul. Bij ondoelmatige verzekeraars moeten verzekerden een nominale premie bijbetalen, terwijl doelmatige verzekeraars hun verzekerden premie kunnen teruggeven. Naar verwachting zullen burgers bij een gemiddelde zorgpremie van nul maximaal premiegevoelig zijn, wat de concurrentie tussen de zorgverzekeraars op scherp zal zetten. Zorgverzekeraars zullen terughoudend zijn met het vragen van een extra premie om te voorkomen dat verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar als zij moeten bijbetalen. Dit stimuleert verzekeraars tot doelmatigere zorginkoop.

Bij de voorgestelde premiestructuur kan de inkomensafhankelijke zorgtoeslag worden afgeschaft. De inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage dient dan gemiddeld te worden verhoogd met het bedrag van de huidige gemiddelde nominale jaarpremie. Afhankelijk van de politieke voorkeuren kunnen de individuele inkomensafhankelijke bijdragen worden gecorrigeerd voor de herverdelingseffecten die gepaard gaan met het afschaffen van de zorgtoeslag, waartoe door de Werkgroep Toeslagen (2010) enkele mogelijkheden zijn uitgewerkt. Op die manier kunnen de herverdelingseffecten zo veel mogelijk worden beperkt en kunnen werkgeversbijdragen ongewijzigd blijven.

Door de afschaffing van de zorgtoeslag kan de collectieve geldstroom met bijna vijf miljard euro worden gereduceerd en wordt er tevens fors bespaard op de uitvoeringskosten. Tegelijkertijd wordt ook het probleem van de wanbetalers en onverzekerden opgelost. Er is immers geen enkele financiële reden meer waarom iemand wanbetaler of onverzekerd zou willen zijn als men bij een keuze voor een doelmatige zorgverzekeraar zelfs geld terug kan krijgen. Het oplossen van het probleem van de premiederving levert structureel circa een half miljard euro per jaar aan extra inkomsten op, waardoor de inkomensafhankelijke premie minder hoeft te worden verhoogd.

Nieuwe premiestructuur Duitse zorgverzekering

Hoewel experimenteel onderzoek aantoont dat mensen gevoelig zijn voor relatieve verschillen ten opzichte van een bepaald referentiepunt, zullen sceptici zich afvragen of verzekerden zich in de praktijk zo zullen gedragen als in een experiment. Zo stelt het kabinet op basis van de eerdergenoemde CPB-studie "dat er geen bewijs is voor meer bewust consumentengedrag bij een lagere premie en dat een relatief premieverschil niet de bepalende factor is voor het keuzegedrag van de consument" (Tweede Kamer, 2009).

In 2009 is in de Duitse ziekenfondsverzekering een nieuwe premiestructuur ingevoerd die aan deze twijfel een einde kan maken. Sinds 2009 worden namelijk de totale verwachte uitgaven van de Duitse ziekenfondsen gedekt door een uniforme inkomensafhankelijke premie. Deze was in 2010 14,9 procent van het bruto inkomen tot een inkomensgrens van 3.750 euro per maand. Deze inkomensafhankelijke bijdragen worden gestort in een *Gesundheitsfonds* van waaruit de ziekenfondsen voor hun verzekerden een risicogerelateerde bijdrage ontvangen die vergelijkbaar is met het Nederlandse systeem van risicoverevening. In principe moeten de risicogerelateerde bijdragen gemiddeld voldoende zijn om de uitgaven te dekken. Ziekenfondsen met hogere uitgaven dan de ontvangen vereveningsbijdragen lijden verlies, wat zij kunnen compenseren door hun verzekerden een extra premie te vragen. Zij kunnen hierbij kiezen tussen een nominale en een inkomensafhankelijke maandpremie. De extra inkomensafhankelijke premie mag maximaal een procent van het maandinkomen te bedragen en is in 2010, vanwege de wettelijk bepaalde bruto inkomensgrens van 3.750 euro, gemaximeerd op 37,50 euro per maand. De hoogte van de nominale premie mogen ziekenfondsen zelf bepalen maar voor nominale premies hoger dan acht euro per maand geldt een wettelijk maximum van een procent van het bruto maandinkomen. Verzekeraars dienen zelf een inkomenstoets uit te voeren als zij een hogere premie dan acht euro willen vragen. Uit oogpunt van administratiekosten is daarom een maandpremie van acht euro voor ziekenfondsen het meest aantrekkelijk. Ziekenfondsen met lagere uitgaven dan de ontvangen vereveningsbijdragen maken winst en kunnen hun verzekerden hiervan laten meeprofiteren in de vorm van een premieruggave.

Scherpe premieconcurrentie in Duitsland

In 2009 bleken de Duitse ziekenfondsen te beducht voor ledenverlies om hun verzekerden een extra premie te vragen. Slechts één ziekenfonds ging in het laatste kwartaal van 2009 over tot het berekenen van een nominale maandpremie van acht euro. Van de circa tweehonderd ziekenfondsen waren er vijf die hun verzekerden een premie van vijf tot tien euro per maand teruggaven.

Een substantieel deel van de ziekenfondsen met hogere uitgaven dan de vereveningsbijdragen leed verlies. De Duitse regering besloot bovendien om per 1 juli 2009 de inkomensafhankelijke bijdrage te verlagen van 15,5 tot 14,9 procent en deze in 2010 op hetzelfde niveau te handhaven. Het gevolg hiervan was dat in 2010 niet langer honderd maar 98 procent van de uitgaven gedekt kon worden uit de inkomensafhankelijke bijdragen, waardoor een toenemend aantal ziekenfondsen in de financiële problemen kwam (Welt Online, 2010). De toenemende financiële problemen leidden tot een fusiegolf waardoor het aantal ziekenfondsen terugliep van 202 medio 2009 tot 163 medio 2010 (GKV Spitzenverband, 2010). Niettemin zag een tiental ziekenfondsen zich genoodzaakt in de loop van 2010 hun verzekerden een extra premie in rekening te brengen. In de meeste gevallen gaat het hierbij om een premie van acht euro per maand (tabel 1). Duitse ziekenfondsen zijn net als Nederlandse zorgverzekeraars gehouden aan een acceptatieplicht. Terwijl de contractduur in Nederland meestal een jaar is, kunnen Duitse verzekerden elke maand overstappen. Wel moeten zij vervolgens bij hun nieuwe ziekenfonds minimaal achttien maanden blijven, tenzij dit nieuwe ziekenfonds de premie aanpast.

Tabel 1 laat zien dat de beslissing om een positieve premie te heffen bij nagenoeg alle tien ziekenfondsen die daar in 2010 toe zijn overgegaan, heeft geleid tot een forse daling van het aantal verzekerden. In totaal hebben zij bijna een miljoen van hun oorspronkelijk aantal van circa elf miljoen verzekerden verloren, hetgeen neerkomt op een verlies van 8,4 procent. Een van de grootste Duitse ziekenfondsen, DAK uit Hamburg met meer dan zes miljoen verzekerden, incasseerde een verlies van ruim driehonderdduizend verzekerden gedurende de eerste vijf maanden na de invoering van een zorgpremie van acht euro per maand (Welt Online, 2010). Het ziekenfonds BKK Gesundheit verloor in dezelfde

Een van de grootste Duitse ziekenfondsen incasseerde een verlies van ruim driehonderdduizend verzekerden gedurende de eerste vijf maanden na de invoering van een zorgpremie van acht euro per maand

periode zelfs bijna twintig procent van zijn circa een miljoen verzekerden. Een ziekenfonds dat vanwege dreigende insolventie zijn premie moest verhogen tot het wettelijk maximum van een procent van het bruto maandinkomen, zag zijn verzekerdenbestand zelfs met bijna veertig procent inkrimpen.

Van de vijf ziekenfondsen die in 2009 hun verzekerden een premie teruggaven, waren er in augustus 2010 nog twee over, waarvan een klein regionaal en een middelgroot landelijk werkend ziekenfonds. Dit lijkt een gevolg van het feit dat de Duitse overheid in 2010 niet

langer honderd procent maar circa 98 procent van de verwachte uitgaven dekt. Het landelijk werkende ziekenfonds HKK uit Bremen, dat zijn verzekerden per maand vijf euro teruggeeft, zag zijn verzekerden in 2010 met 7,2 procent toenemen (1A Krankenversicherung, 2010).

Met ingang van 2011 wil de Duitse regering de inkomensafhankelijke premie verhogen van 14,9 naar 15,5 procent. Tegelijkertijd heeft zij voorgesteld de wettelijke begrenzing van de extra premie tot een procent van het maandinkomen af te schaffen en alleen nog nominale premies toe te staan. In plaats daarvan zouden verzekerden recht moeten krijgen op een zorgtoeslag als het gemiddelde van de nominale premies van alle ziekenfondsen hoger uitvalt dan twee procent van hun bruto inkomen (Welt Online, 2010).

De verwachting is dat de Duitse ziekenfondsen die niet genoeg hebben aan de vereveningsbijdrage uit het Gesundheitsfonds de komende jaren onder steeds grotere druk zullen komen te staan om een nominale premie in te voeren. Een probleem voor de Duitse ziekenfondsen is dat zij veel minder mogelijkheden hebben dan de Nederlandse zorgverzekeraars om de zorgkosten te beïnvloeden omdat veel contractonderhandelingen plaatsvinden op collectief niveau met regionale verenigingen van zorgaanbieders. De verwachting is dan ook dat veel financieel zwakke ziekenfondsen binnen afzienbare termijn failliet gaan of worden overgenomen (Welt Online, 2010).

Relevantie voor de Nederlandse zorgverzekering

Een belangrijk verschil met Duitsland is dat Nederlandse zorgverzekeraars veel meer mogelijkheden hebben om via zorginkoop de zorgkosten te beïnvloeden. Versterking van de concurrentie tussen zorgverzekeraars via een aanpassing van de premie-structuur is daarom relevanter in Nederland dan in Duitsland. Thans maken Nederlandse zorgverzekeraars nog maar beperkt gebruik van de mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop (NZa, 2010). Een

Tabel 1

Procentueel verlies aan verzekerden in 2010 bij alle publiek toegankelijke Duitse ziekenfondsen met een extra maandpremie.

Ziekenfondsen naar omvang (aflopend)	Hoogte extra maandpremie (in euro)	Datum invoering maandpremie	Ledenverlies per 1-8-2010 ten opzichte van datum invoering (in procenten)
1	8	1-2-2010	5,2
2	8	1-3-2010	7,6
3	8	1-2-2010	18,0
4	8	1-2-2010	10,8
5	1 procent bruto maandinkomen	1-1-2010	38,0
6	8	1-4-2010	2,0
7	8	1-1-2010	8,2
8	1 procent bruto maandinkomen	1-1-2010	19,1
9	8	1-4-2010	9,1
10	8	1-1-2010	7,5
Totaal ledenverlies alle tien ziekenfondsen (in procenten)			8,4
Totaal ledenverlies ziekenfondsen met 8 euro maandpremie (in procenten)			7,7

Bron: Bundesversicherungsamt

grotere prijsgevoeligheid van verzekerden kan hen aansporen om deze mogelijkheden effectiever te benutten. De NZa constateert dat de aanvankelijk forse prijsgevoeligheid van verzekerden kort na invoering van de Zvw sinds 2008 sterk is gedaald en dat er sprake is van afnemende prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars (NZa, 2009). Uit recent onderzoek blijkt dat een belangrijke reden waarom verzekerden niet van verzekeraar veranderen, is dat zij onvoldoende premieverschillen ervaren (Van Beest *et al.*, 2010). De onderzoekers stellen dat een verdere stagnatie van het overstapgedrag slechts kan worden voorkomen indien de gepercipieerde premie- en kwaliteitsverschillen toenemen.

Via een aanpassing van de premiestructuur naar Duits voorbeeld kunnen de gepercipieerde premieverschillen fors worden vergroot. In plaats van de inkomensafhankelijke premie te stellen op honderd procent van de verwachte kosten van de basisverzekering, zou ook een iets lager percentage, bijvoorbeeld 99 procent, kunnen worden gekozen om verzekeraars extra aan te sporen tot doelmatige zorginkoop. Immers, evenals in Duitsland zullen zorgverzekeraars hun uiterste best willen doen om te voorkomen dat zij hun verzekerden een positieve nominale premie moeten vragen.

De grote mate van prijsgevoeligheid van verzekerden na invoering van de Zvw lijkt grotendeels een incidenteel effect van de voor iedere Nederlander sterk gewijzigde keuzesituatie. Bij de voorgestelde aanpassing van de premiestructuur gaat het echter om een structurele vergroting van de prijsgevoeligheid. Door de verlaging van het nominale premiedeel tot gemiddeld nul worden de relatieve premieverschillen immers structureel vergroot en zal ook de prijsgevoeligheid op een structureel hoger niveau komen te liggen.

De voorgestelde premiestructuur is moeilijk te rijmen met de huidige wettelijke mogelijkheid om deelnemers aan een collectief contract een procentuele premiekorting te verlenen. Om verschillende redenen lijkt afschaffen van de collectiviteitskorting echter niet bezwaarlijk of zelfs wenselijk. Ten eerste lijken collectiviteiten niet te resulteren in doelmatigere zorginkoop en daarmee niet te leiden tot het beoogde doel (Boone *et al.*, 2010). In de tweede plaats blijkt dat collectiviteiten een sterk negatief effect hebben op de verzekerdenmobiliteit (Boonen *et al.*, 2009). Ten slotte hebben collectiviteiten als nadeel dat zij kunnen worden gebruikt als instrument voor risicoselectie (Roos en Schut, 2009). Collectiviteiten zijn namelijk niet gebonden aan een acceptatieplicht en kunnen deelnemers weigeren die voor verzekeraars een ongunstig risico vormen. Op die manier kan de acceptatieplicht van de Zvw worden omzeild. Daarnaast kunnen collectiviteiten zich ook specifiek richten op verzekerden die ten opzichte van de risicoverevening gunstige risico's zijn. Via hoge premiekortingen voor gunstige risico's kan het verbod op premiedifferentiatie naar risico worden uitgehold.

Conclusie

De ervaringen in Duitsland geven aan dat verzekerden zeer gevoelig zijn voor premieverschillen rond een gemiddelde nominale zorgpremie van nul. Door een aanpassing van de premiestructuur van de zorgverzekeringen naar Duits model, waarbij de overheid het inkomensafhankelijke deel verhoogt van 50 tot 99 of 100 procent van de verwachte zorgkosten, kunnen zorgverzekeraars sterk worden aangespoord tot doelmatige zorginkoop. Bovendien kan dan, zonder inkomenshervreiding, de inkomensafhankelijke zorgtoeslag worden afgeschaft. Hiermee worden niet alleen substantiële uitvoeringskosten uitgespaard maar wordt ook het rondpompen van bijna vijf miljard euro aan collectieve middelen overbodig. Ten slotte verlost een nominale premie van gemiddeld nul de verzekeraars en overheid van de groeiende wanbetalersproblematiek en het probleem van onverzekerden.

LITERATUUR

- 1A Krankenversicherung (2010) *Flucht der Versicherten. Die Gewinner und Verlierer der Zusatzbeiträge*. Bericht op www.1a-krankenversicherung.de/nachrichten, 27 juli.
- Beest, F. van, C. Lako en E. Sent (2010) *Waarom consumenten niet veranderen van zorgverzekeraar*. ESB 95(4589), 426–428.
- Belastingdienst (2010) *Beheersverslag 2009*. Verslag op www.belastingdienst.nl/download.
- Boone, J., R. Douven en I. Mosca (2010) *Collectiviteiten en doelmatige zorginkoop*. ESB, 95(4595), 614–617.
- Boonen, L.H.M.M., T. Laske-Aldershof en F.T. Schut (2009) *Het effect van CQ-informatie op de keuze voor een zorgverzekeraar*. IBMG onderzoeksrapport, 2009(04).
- Buchmueller, T.C. en P.J. Feldstein (1997) *The effect of price on switching among health plans*. *Journal of Health Economics*, 16(2), 231–247.
- CBS (2010) *Wanbetalers Zorgverzekeringwet 31 december 2009*. Bericht op www.cbs.nl, 30 maart.
- GKV-Spitzenverband (2010) *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Stand: 21.07.2010. Berlijn: GKV-Spitzenverband.
- Ministerie van VWS (2010) *VWS-verzekerdenmonitor 2010*. Den Haag: VWS.
- NZa (2009) *Monitor zorgverzekeringmarkt 2009*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2010) *Monitor zorginkoop zorgverzekeraars*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Roos, A.F. en F.T. Schut (2009) *Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof (2001) *Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel*. ESB, 86(4333), 860–863.
- Tversky, A. en D. Kahneman (1981) *The framing of decisions and the psychology of choice*. *Science*, 211(4481), 453–458.
- Tweede Kamer (2009) *Herziening zorgstelsel*. 29.689(282) en 32.123 XVI(282).
- Tweede Kamer (2010) *Rijksbegroting 2011. Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 32.500(2).
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (2010) *Is de Zorgverzekeringwet een succes? TPEdigitaal*, 4(1), 1–24.
- Vliet, R.C.J.A. van, en W.P.M.M. van de Ven (1986) *Consumptieverschillen tussen ziekenfondsen en particulier verzekerden nader onderzocht. Overzicht van empirische bevindingen*. *Gezondheid en Samenleving*, 7(2), 81–94.
- Welt Online (2010) *Krankenkassen befürchten 'Todesspirale'*. Bericht op <http://www.welt.de/wirtschaft>, 30 juli.
- Werkgroep Toeslagen (2010) *Toeslagen. Rapport brede heroverwegingen*, 17.