

Naar een slimmer gebruik van eigen betalingen in de zorg

C. Folmer
E. Westerhout*

Samenvatting

De meeste zorgpolissen kennen eigen betalingen. Deze laatste beperken het oneigenlijk gebruik dat inherent is aan het verzekerd zijn: hoe hoger de verzekeringsgraad, hoe makkelijker je naar de dokter gaat. Tegelijkertijd verhogen eigen betalingen het financiële risico voor patiënten. Een stelsel waarin je een vast percentage van de gemaakte ziektekosten zelf betaalt, ruilt deze twee aspecten tegen elkaar af. Een dergelijk stelsel is daarom beter dan een stelsel van volledige verzekering of een stelsel zonder enige verzekering. Dit artikel laat zien dat een verdere verbetering mogelijk is door daarnaast een maximum te stellen aan de eigen betalingen. Dit maximum voorkomt dat mensen met hoge zorgkosten in de problemen komen. Toch is maximering van de eigen betalingen niet voor iedereen gunstig; vooral mensen met zorgkosten net beneden het maximum kunnen slechter af zijn.

Trefwoorden: gezondheidszorg, eigen bijdrage, ziektekosten.

1 Inleiding

Hervorming van de gezondheidszorg staat hoog op de politieke agenda. In de Verenigde Staten gaat het vooral om toegang tot de zorg (de *Obama care act*), in andere landen draait het meer om beheersing van de kosten. Reden voor deze aandacht is de explosieve groei van de uitgaven aan gezondheidszorg in het verleden (OECD, 2011). Als oorzaken van deze groei worden wel genoemd ontwikkelingen in de groei en leeftijdsstructuur van de bevolking (vergrijzing), economische groei (Hall en Jones, 2007) en medisch-technologische vooruitgang (Chandra en Skinner, 2012). Internationaal springt Nederland eruit. De groei van reële zorguitgaven in de periode 2000-2009 in Nederland was ruim boven het OESO-gemiddelde (De Kam en Donders, 2012).

Velen zien eigen betalingen als een doelmatige manier om de uitgaven aan zorg te beperken. Dit kan op verschillende manieren. In de praktijk komen zowel een eigen risico als een proportionele bijbetaling voor. Ook een versmalling van de basisverzekering kan als een vorm van eigen betalingen worden gezien (Douven en Van Ewijk, 2013). Of de voordelen van eigen betalingen groter zijn dan de nadelen is minder duidelijk. Een van de redenen hiervoor is dat eigen betalingen aan de ene kant het oneigenlijk gebruik (*moral hazard*) afremmen en aan de andere kant de risicodeling beperken. Anders gezegd: eigen betalingen remmen niet alleen het extra gebruik als gevolg van het verzekerd zijn, maar ook de solidariteit tussen verzekerden met hoge en lage kosten.

Dit artikel onderzoekt twee verschillende systemen van eigen betalingen. In het eerste betaalt de patiënt een vast percentage van de zorgkosten (tussen 0 en 100). In het tweede systeem wordt daarnaast een maximum aan de eigen betalingen gesteld. De analyse maakt gebruik van een numeriek simulatiemodel: de introductie van een maximale eigen betaling maakt de budgetrestrictie van de patiënt niet-lineair zodat het niet mogelijk is het model analytisch op te lossen (zie voor een toelichting Westerhout

en Folmer, 2013). De uitkomsten bevestigen de intuïtie dat een systeem met een maximale eigen bijdrage een hogere welvaart oplevert dan het lineaire systeem zonder maximum. Het eerste systeem bevat immers twee beleidsinstrumenten, een bijbetalingspercentage en een maximum, terwijl het tweede systeem alleen de procentuele bijbetaling als beleidsinstrument heeft. Gemiddeld is het welvaartsverschil niet groot, maar er zijn grote verschillen tussen patiënten met en patiënten zonder klinische kosten. Dit komt omdat invoering van een maximum aan eigen betalingen aanleiding geeft tot grote inkomensoverdrachten tussen de twee groepen. Verrassend is dat het zelfs zo kan zijn dat de patiënten met klinische kosten, voor wie de verzekeringsgraad toeneemt door de invoering van een maximum, er in feite op achteruit gaan. Dit komt omdat het bijbetalingspercentage hoger is in het systeem met een maximum. Het deel van de groep met uitgaven voor klinische zorg dat kosten heeft in de buurt van dit maximum zal dus meer moeten gaan betalen.

2 Effecten eigen betalingen

In vergelijking met andere landen maakt het Nederlandse zorgstelsel relatief weinig gebruik van eigen betalingen (Mot, 2013). Een groter deel van de zorguitgaven wordt dus door premies gedekt. Verkeerd hoeft dat niet te zijn: als de gemiddelde Nederlander meer afkerig is van risico dan de gemiddelde buitenlander, vertaalt zich dat in een grotere rol voor premies en een kleinere rol voor eigen betalingen. Het omgekeerde is echter ook waar: als de rol van eigen betalingen klein is doordat de economische effecten hiervan niet goed worden begrepen, dan is het mogelijk de efficiëntie van het stelsel door een slimmere vormgeving te vergroten.

Eigen betalingen hebben een groot aantal effecten. We onderscheiden directe en indirecte of gedragseffecten. Het meest in het oog springende directe effect is het financieringseffect. Dit houdt een vermindering van zorgpremies in. Hoe groter het aandeel van eigen betalingen in de financiering van de zorguitgaven, des te lager de premies kunnen uitvallen. Een tweede direct effect is dat van financiële onzekerheid. Hoe groter de rol van eigen betalingen, des te groter de financiële onzekerheid die verband houdt met toekomstige onverwachte ziektekosten. Eigen betalingen kunnen ook de toegankelijkheid tot de zorg beïnvloeden. Ze kunnen in principe zo hoog zijn dat in bepaalde gevallen de patiënt niet in staat is om zorg te betalen. Hieruit blijkt wel dat eigen betalingen de tegenhanger zijn van een verzekering. Verzekering maakt zorg voor brede groepen in de samenleving toegankelijk, eigen betalingen doen het omgekeerde. Het welhaast meest bekende gedragseffect van eigen betalingen is het *ex post moral hazard* effect. Eigen betalingen hangen een prijs aan het gebruik van zorgvoorzieningen, en dit dringt het gebruik ervan terug. Gerelateerd hieraan, maar niet hetzelfde, is het *ex ante moral hazard effect*. Dit effect benadrukt dat eigen betalingen het gebruik van zorg verminderen omdat ze stimuleren dat mensen voorkomen dat ze ziek worden (preventie).

Ook via de aanbieders van zorg kunnen gedragseffecten optreden. In de literatuur wordt vaak gewezen op aanbodgeïnduceerde vraag (*supplier-induced demand*), het verschijnsel dat zorgaanbieders meer of duurdere zorg verlenen dan in het belang van de patiënt is (zie Lapré et al. (2012)). Bestaat er een systeem van eigen betalingen, dan zal een dergelijk overaanbod van zorg minder snel optreden; patiënten hebben er dan immers een financieel belang bij aanbieders tot de orde te roepen. Nauw hieraan gerelateerd is het effect op de prijzen van zorgdiensten (Westerhout, te verschijnen).

Aanbieders van zorgdiensten kunnen, net als de aanbieders van elk willekeurig ander product, prijzen onnodig hoog vaststellen in het besef dat klantenverlies niet snel zal optreden. Bestaat er een systeem van eigen betalingen, dan zijn patiënten eerder geneigd met de voeten te stemmen zodat prijzen lager kunnen uitvallen. Het belang van dit effect is uiteraard ook van de marktstructuur afhankelijk, vooral het aantal producten waarvan de prijzen niet gereguleerd zijn.

Tot slot wijzen we nog op een dynamische vorm van *moral hazard*. Zoals gesteld verkleinen eigen betalingen de omvang van markten voor zorgdiensten doordat ze consumenten van deze diensten met een prijsprikkel confronteren. Een minder grote markt nu maakt innovatie minder rendabel. Dat kan zich op termijn vertalen in lagere of hogere zorguitgaven, afhankelijk van de vraag of de innovatie kostenverhogend of kostenverlagend is.

3 Een heterogene bevolking

Onze analyse weegt de belangrijkste twee effecten van eigen betalingen tegen elkaar af: het *ex post moral hazard* effect en het effect op de financiële onzekerheid. Daarvoor construeren we een model waarin patiënten op basis van hun gezondheidstoestand hun zorgvraag bepalen (in samenspraak met artsen die de diagnose stellen). De patiëntenbevolking is heterogeen wat betreft de gezondheidstoestand.

De data over zorggebruik suggereren dat het de moeite loont om de bevolking op te delen in drie groepen verzekerden. De eerste groep, groep 1, heeft geen kosten: de mensen zijn gezond of behelpen zichzelf. De tweede groep, groep 2, heeft wel kosten, maar een ziekenhuisopname is niet noodzakelijk. Personen in de derde groep, groep 3, maken gebruik van alle curatieve voorzieningen, inclusief de klinische hulp. Binnen groep 2 en 3 verschillen mensen wat betreft hun gezondheidstoestand of ziektebeeld en dientengevolge verschilt hun zorgvraag. Deze zorgvraag volgt uit een individuele afweging van de marginale baten van zorg en de financiële kosten, die samenhangen met het stelsel van eigen betalingen.

Twee nuanceringen zijn op hun plaats:

1. Groep 1 bestaat uit personen die geen kosten maken en dus geen declaraties indienen bij een verzekeraar. Hun behoefte aan zorg kan best positief zijn, maar ze redden zich met zelfmedicatie. Wanneer gaan ze naar de dokter? Dat hangt niet alleen af van de behoefte aan zorg, maar ook van de verwachte eigen bijdragen: als mensen meer zelf moeten betalen, zullen ze het bezoek aan een dokter (veelal de huisarts) langer uitstellen. De omvang van de groep zonder kosten hangt dus ook af van de verwachte eigen bijdrage.
2. De tweede nuancering betreft de omvang van de groep met klinische kosten. De veronderstelling is dat wanneer iemand positieve kosten heeft, er een vaste kans is op een ziekenhuisopname. Eenmaal in het ziekenhuis heeft de patiënt te maken met minimale kosten, waarop hij geen enkele invloed kan uitoefenen. Dit zijn kosten die nodig zijn om de diagnose te stellen. Deze minimale kosten hebben we terugvertaald naar een positief, minimaal zorggebruik voor personen in de derde groep.

4 De vraag naar zorg

De consument maximaliseert een doelstellingsfunctie met zorggebruik en consumptie van niet-zorg als argumenten. Het is gebruikelijk om te veronderstellen dat het zogenaamde marginale nut van consumptie daalt als de consumptie toeneemt, maar wel altijd positief blijft. Meer is dus altijd beter dan minder en bij een prijs van nul hoort een onbeperkt grote vraag. Dit laatste is discutabel voor gezondheidszorg. Stel dat de prijs van geneesmiddelen naar nul gaat, dan nog heeft het geen enkele zin om zoveel mogelijk medicijnen te gebruiken; dit is zelfs schadelijk. Daarom legt ons model op dat het marginale nut van zorgconsumptie vanaf een bepaald niveau zal gaan dalen.

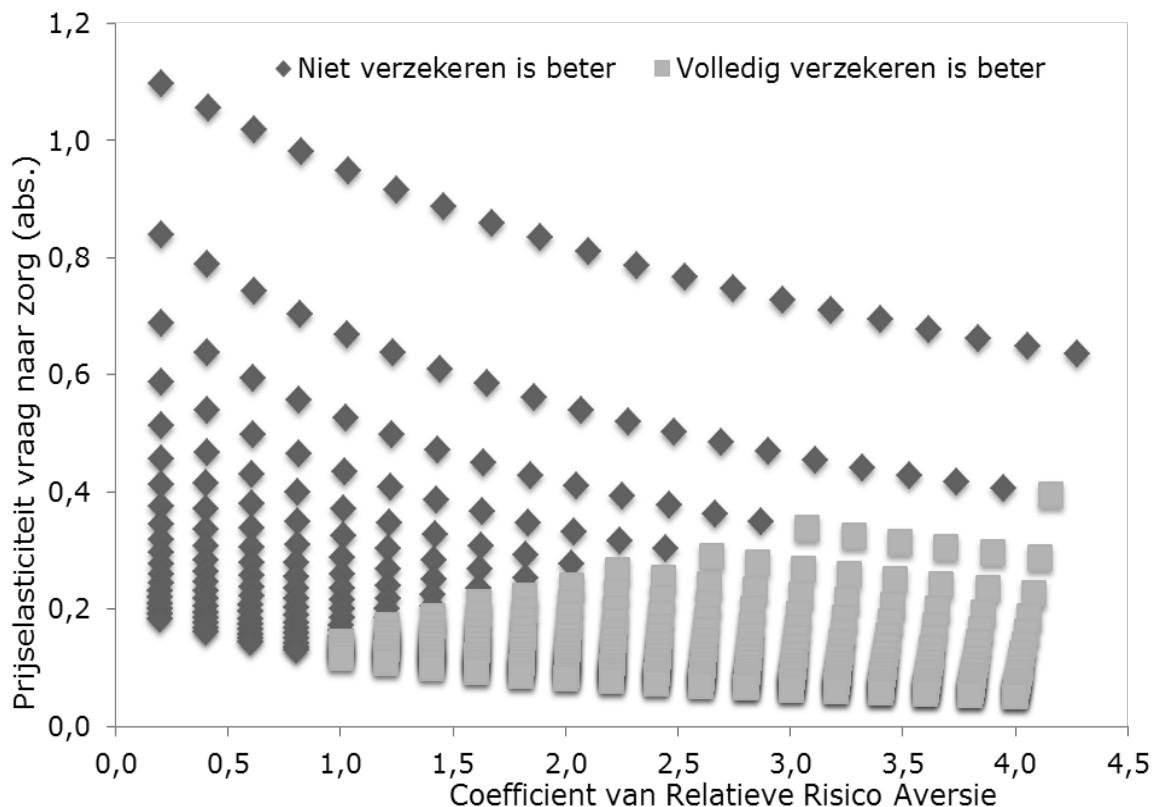
De introductie van eigen betalingen verlaagt de vraag naar zorg. Stel dat er een bijbetalingspercentage geldt van 30, dan is de effectieve prijs 30% van het tarief per consult, recept, verrichting of ligdag. Zodra de totale eigen betalingen het maximum overschrijden, is de effectieve prijs gelijk aan nul. Een maximum van 300 euro en een bijbetalingspercentage van 30% betekent dus dat de prijs gelijk is aan nul zodra de zorgkosten hoger zijn dan $300/0,3 = 1000$ euro per persoon.

In ons model veronderstellen we dat er een verplichte verzekering is die alle curatieve uitgaven dekt. De premie is kostendekkend en dus gelijk aan het verschil tussen de totale kosten aan curatieve zorg en de eigen betalingen. De premie en de parameters van het eigen betalingssysteem zijn hetzelfde voor alle verzekerden.

5 Is volledig verzekeren altijd beter dan niet verzekeren?

Intuïtief is het te begrijpen dat relatief gezonde mensen een voorkeur hebben voor een systeem met een grote rol voor eigen betalingen en relatief ongezonde patiënten voor een stelsel dat de zorgkosten financiert op basis van alleen premies. Kort gezegd, gezonde mensen willen geen verzekering, zieke mensen willen een volledige verzekering zonder eigen betalingen. De keuze tussen een stelsel met volledige verzekering en een stelsel zonder verzekering is dus niet op voorhand duidelijk. Uit de Angelsaksische literatuur (zie bijv. Feldstein, 1973 en Kowalski, 2011) blijkt steevast dat patiënten gemiddeld genomen liever geen verzekering hebben dan een volledige zorgverzekering. Ons model geeft het tegenovergestelde resultaat: volledig verzekeren is altijd nog beter dan helemaal niets. Onze analyse laat wel zien dat beide uitkomsten mogelijk zijn. Of een volledige verzekering dan wel geen verzekering beter uitpakt, hangt samen met de gekozen waarden voor prijselasticiteit en risicoaversie. Figuur 1 illustreert dit. Bij een prijselasticiteit van $-0,1$ en een relatieve risicoaversie van 2 is volledig verzekeren beter dan niet verzekeren. Indien de prijsgevoeligheid van de vraag naar zorg toeneemt, dan wordt *moral hazard* beter te bestrijden. Boven een bepaalde waarde van de prijselasticiteit is het dan optimaal om niet te verzekeren. Een soortgelijk verhaal geldt voor de mate van risicoaversie: naarmate mensen minder afkerig zijn van financieel risico, neemt de voorkeur voor niet verzekeren toe.

Figuur 1. Volledig verzekeren versus niet verzekeren.



6 Eigen betalingen

Er zijn twee centrale parameters in de onderzochte systemen van eigen betalingen. De eerste is het bijbetalingspercentage b , de tweede het maximum aan eigen betalingen m . Stel we hebben een volledige verzekering. Wat verandert er wanneer een enkelvoudig systeem wordt ingevoerd (b tussen 0 en 100 procent in combinatie met een 'oneindig hoge' waarde van m)? De zorgprijs voor patiënten in de groep met alleen poliklinische kosten stijgt, zodat ze minder zorg gaan gebruiken: ze gebruiken bijvoorbeeld wat minder medicijnen of ze stoppen na tien behandelingen fysiotherapie. In de groep met poliklinische en klinische kosten gebeurt hetzelfde, maar hier daalt de vraag per patiënt minder. De patiënt kan op het eerste traject van de kosten geen invloed uitoefenen; deze kosten corresponderen met de minimale vraag. Verder is de vraag naar zorg, inclusief klinische hulp minder prijsgevoelig dan de vraag naar eerstelijns en poliklinische hulp. De vraag naar zorg daalt dus in beide groepen. Er is ook nog een bijkomend effect: door de introductie van eigen betalingen stijgt de fractie personen die niet naar de dokter gaan. Ook dit drukt de totale vraag.

Stel dat we een gemengd systeem introduceren waarin ook de maximale bijbetaling variabel is. Bij een gegeven bijbetalingspercentage zal een lager maximum leiden tot minder eigen betalingen en een grotere vraag. Dat is gunstig voor de financiële solidariteit, maar de premies worden hoger. Maar omdat de effectieve zorgprijs nul wordt zodra de kosten boven het maximum uitkomen, is er ook extra vraag naar zorg als gevolg van *ex post moral hazard*.

7 Welvaartseffecten

Wat betekent de introductie van eigen betalingen voor de welvaart van de patiënt? Bij een gegeven gezondheid daalt de vraag naar zorg; dit is een verlies. Daartegenover staat dat ook de zorgkosten lager zijn; hierdoor daalt de zorgpremie. Voor mensen met relatief lage zorgkosten is het netto effect positief: hun zorgvraag verandert nauwelijks, terwijl de premie daalt. Patiënten met een hoge zorgvraag gaan er op achteruit: het voordeel van de lagere zorgpremie weegt niet op tegen het nadeel van de hogere eigen betalingen. Voor anderen is het netto effect niet op voorhand duidelijk: de welvaartswinst door lagere kosten staat tegenover het verlies als gevolg van een afname van de solidariteit. In het enkelvoudige systeem zal er dus zoets als een optimale waarde van de parameter b bestaan. Het gemengde systeem heeft een optimale combinatie van bijbetalingspercentage b en bijbetalingsmaximum m .

8 Twee stelsels met bijbetalingen

Om de eigenschappen van het enkelvoudige en het gemengde stelsel te onderzoeken moeten we numerieke waarden toekennen aan de parameters in het model. Deze waarden zijn voor een deel ontleend aan de literatuur, en voor een deel gebaseerd op gegevens over de Nederlandse curatieve zorg. De parameters van de verdeling van de behoefte aan zorg over patiënten zijn gebaseerd op het onderzoek van Van Vliet en Van der Burg (1996). Prijselasticiteiten van de vraag naar poliklinische en klinische zorg zijn geschat door Van Vliet (2001).

Tabel 1 vermeldt enkele uitkomsten van de analyse. De twee systemen zijn aangeduid met het enkelvoudige systeem (bijbetalingspercentage zonder maximale eigen betaling) en het gemengde systeem. De eerste regel vermeldt de centrale uitkomst, dat wil zeggen de resultaten bij de gekozen waarden van de modelparameters. In het enkelvoudige systeem is een bijbetalingspercentage van 30 optimaal, in het gemengde systeem is de optimale combinatie een percentage van 55 en een maximale bijbetaling van 3250 euro per verzekerde. De welvaart van de gemiddelde patiënt is in het gemengde systeem hoger dan in het enkelvoudige systeem. De toename (vertaald in een inkomenstoeslag) is op jaarbasis maar een paar tientjes, maar er zijn grote verschillen tussen patiënten binnen de groep met alleen poliklinische kosten (groep 2) en patiënten die ook klinische kosten hebben (groep 3). Voor de eerste groep is het enkelvoudige systeem beter, maar voor wie de zorguitgaven hoog zijn, is het gemengde systeem beter. Tabel 2 zet de procentuele verschillen tussen de twee systemen op een rijtje.

De gemiddelde zorgkosten zijn in het gemengde systeem iets hoger. Voor patiënten in groep 2 neemt de effectieve zorgprijs toe, waardoor hun vraag daalt. De eigen betalingen van een deel van de verzekerden in groep 3 blijven beneden het maximum van 3250 euro; voor hen neemt de effectieve zorgprijs dus ook toe en hun vraag daalt. Het resterende deel van groep 3 heeft een effectieve zorgprijs van nul en dit stuwt hun vraag op. Het netto effect binnen groep 3 is een toename in de kosten van 6,5%. De eigen betalingen in beide groepen nemen toe door een hoger bijbetalingspercentage, maar het effect in groep 3 is kleiner omdat een deel van de patiënten op het maximum bedrag uitkomt. De zorgpremie is in het gemengde systeem een stuk lager en de eigen betalingen hoger. Gemiddeld genomen is de impliciete inkomensoverdracht van relatief gezonden naar zieken binnen het enkelvoudige systeem groter dan in het gemengde systeem.

Tabel 1. Uitkomsten van het enkelvoudige systeem.

	Bijbetalingspercentage
Centrale uitkomst	30
<i>Modelparameter:</i>	
Risicoaversie 50%	55
Risicoaversie 150%	20
Prijselasticiteit 50%	20
Prijselasticiteit 150%	45
Variantie behoefte 50%	45
Variantiebehoefte 150%	10
Gemiddeld inkomen 50%	20
Gemiddeld inkomen 150%	40
Kans op opname 5% lager	30
Kans op opname 5% hoger	40

Tabel 2. Vergelijking tussen het enkelvoudige en het gemengde systeem.

	Gemengde systeem t.o.v. enkelvoudige systeem (%)
Zorgpremie	-19,7
Eigen betalingen, gemiddeld per verzekerde	39,9
Eigen betalingen, gemiddelde in groep 2	69,3
Eigen betalingen, gemiddelde in groep 3	17,6
Zorgkosten per verzekerde	1,5
Zorgkosten per verzekerde, groep 2	-5,2
Zorgkosten per verzekerde, groep 3	6,5

De uitkomsten zijn gevoelig voor de gekozen waarden van een aantal modelparameters:

1. de mate waarin patiënten afkerig zijn van risico;
2. de prijselasticiteit van de vraag naar zorg;
3. de variantie van de verdeling van de zorgbehoefte;
4. het gemiddelde inkomen per verzekerde;
5. de kans op een opname (het percentage van het aantal patiënten met positieve kosten dat in het ziekenhuis is opgenomen).

Tabel 3 geeft aan hoe de parameters van beide systemen veranderen als gevolg van wijzigingen in modelparameters. Per parameter zijn er twee varianten. Bij de eerste is de waarde 50% lager dan de centrale waarde; bij de tweede is de waarde 50% hoger. Bij de kans op een opname is de variatie iets anders. De centrale waarde is 9%; de varianten rekenen met 4% en 13%.

Tabel 3. Gevoeligheid uitkomsten van beide systemen voor gekozen waarden van modelparameters.

	Enkelvoudige systeem Bijbetalingspercentage	Gemengde systeem	
		Bijbetalingspercentage	Maximale eigen bijdrage
Centrale uitkomst	30	55	3.250
Modelparameter:			
Risico aversie 50%	55	70	7.100
Risico aversie 150%	20	85	1.100
Prijselasticiteit 50%	20	85	1.150
Prijselasticiteit 150%	45	65	5.500
Variantie behoefte 50%	45	45	7.500
Variantie behoefte 150%	10	60	2.450
Gemiddeld inkomen 50%	20	90	1.050
Gemiddeld inkomen 150%	40	60	4.300
Kans op opname 5% lager	30	45	3.500
Kans op opname 5% hoger	40	90	1.100

Veel resultaten zijn zoals verwacht. Een lagere risico-aversie leidt tot hogere eigen betalingen: zowel het percentage als het maximum gaan omhoog. Bij een lagere waarde van de prijselasticiteit gebeurt het omgekeerde: het bijbetalingspercentage (in het enkelvoudige systeem) en het maximum gaan omlaag. Wanneer de spreiding in de zorgbehoefte afneemt, lopen risico's tussen patiënten minder uiteen en gaan bijbetalingspercentage (in het enkelvoudige systeem) en maximum weer omhoog.

De variatie in uitkomsten is opvallend groot. In het enkelvoudige systeem loopt het bijbetalingspercentage uiteen van 10 naar 55 procent, in het gemengde systeem zijn de corresponderende cijfers 45 en 90 procent. De spreiding in het bijbetalingsmaximum is nóg groter; dit loopt uiteen van 1050 euro tot 7100 euro. Gegeven de onzekerheden over de precieze waarden van parameters als risicoaversie en prijselasticiteit van de zorgvraag onderstreept dit het illustratieve karakter van de berekeningen in dit artikel.

9 Conclusies

Dit onderzoek laat zien dat eigen betalingen een efficiënt gebruik van zorgdiensten kunnen combineren met een grote mate van solidariteit. Een stelsel met bijbetalingen tussen 0 en 100% van de zorgkosten scoort beter dan een stelsel met volledige verzekering of een stelsel zonder enige verzekering. Maximering van eigen betalingen maakt het stelsel nog efficiënter. Deze twee conclusies weerspiegelen een algemeen principe: hoe meer instrumenten worden ingezet, des te efficiënter het systeem van zorgverzekering. De numerieke simulaties hebben voornamelijk een indicatief karakter omdat ze zijn gebaseerd op parameters waarvan de precieze waarde moeilijk is vast te stellen en op aannames waarvan de validiteit nog moet worden onderzocht. De simulaties laten ook zien dat de uitkomsten sterk afhankelijk zijn van de waarden die voor parameters worden gekozen. Wel schetsen de simulaties een perspectief: er is nog veel te bereiken door op slimme wijze eigen betalingen in de zorg te gebruiken.

Kees Folmer en Ed Westerhout

* De auteurs zijn wetenschappelijk medewerker bij het Centraal Planbureau. Zij danken Paul Besseling, George Gelauff en Marcel Lever voor hun waardevolle suggesties.

Referenties

- Chandra, A. en J. Skinner (2012), Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care, *Journal of Economic Literature* 50, 645-680.
- Douven, R. en C. van Ewijk (2013), Curatieve zorg, in C. van Ewijk, A. van der Horst en P. Besseling (eds.), *Toekomst voor de zorg*, Centraal Planbureau, 174-191.
- Feldstein, M.S. (1973), The Welfare Loss of Excess Health Insurance, *Journal of Political Economy* 81, 251-280.
- Hall, R.E. en C.I. Jones (2007), The Value of Life and the Rise in Health Spending, *Quarterly Journal of Economics* 122, 39-72.
- Kam, C.A de. en J. Donders (2012), Zonder zorg vaart niemand wel, in F.T. Schut en M. Varkevisser (eds.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde, Preadviezen 2012, 7-44.
- Kowalski, A.E. (2011), *Estimating the Trade-off between Risk Protection and Moral Hazard with a Nonlinear Budget Set Model of Health Insurance*, mimeo.
- Mot, E. (2013), Het zorgstelsel in internationaal perspectief, in C. van Ewijk, A. van der Horst en P. Besseling (eds.), *Toekomst voor de zorg*, Centraal Planbureau, 20-45.
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011*, OECD indicators, doi: 10.1787/19991312.
- Vliet, R.C.J.A van en H. G. van der Burg (1996), *Verdelingsfuncties van kosten van zorg voorzieningen*, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vliet, R.C.J.A. van (2001), Effects of Price and Deductibles in Medical Care Demand, Estimated from Survey Data, *Applied Economics* 33, 1515-24.
- Westerhout, E.W.M.T (te verschijnen) Population Ageing and Health Care Expenditure Growth, in K. Hamblin and S. Harper (eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy*, Edward Elgar Publishing.
- Westerhout, E.W.M.T. en C. Folmer (2013), *Why it may hurt to be insured: the effects of capping coinsurance payments*, Discussion Paper 239, Centraal Planbureau, Den Haag.