

Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig

Het voorstel om de AWBZ te laten uitvoeren door concurrerende zorgverzekeraars is niet verstandig. Zorgverzekeraars hebben geen financieel belang bij investeringen in goede AWBZ-zorg omdat AWBZ-zorggebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn. Bovendien ontbreekt vooralsnog elk perspectief op adequate stimuli tot doelmatige zorginkoop.

De toekomst van de volksverzekering voor langdurige zorg, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), staat volop ter discussie. Oorzaak is de jarenlange onvrede bij kabinet en parlement over het functioneren van de AWBZ en twijfels over de houdbaarheid op lange termijn, mede gelet op de vergrijzing van de bevolking. Veelgenoemde problemen zijn de zeer globaal omschreven aanspraken op zorg, de weinig eenduidige indicatiestelling, de inconsistente bekostigingssystematiek en de risicoloze uitvoering door de regionale zorgkantoren (Sociaal Economische Raad, 2008). In navolging van een advies van de SER (2008) heeft het kabinet als een onderdeel van de oplossing voor deze problemen voorgesteld om de regionale zorgkantoren op te heffen en de uitvoering van de AWBZ vanaf 2012 te laten plaatsvinden door

de concurrerende zorgverzekeraars, mits tegen die tijd aan bepaalde randvoorwaarden kan worden voldaan (Tweede Kamer, 2008; 2009).

Weliswaar hebben de zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet (Zvw) uitvoeren, momenteel ook formeel de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ, in de praktijk hebben zij de uitvoering gemandateerd aan 32 regionale zorgkantoren. Deze voeren per regio namens alle zorgverzekeraars de AWBZ uit. De zorgkantoren zijn verbonden aan een van de zorgverzekeraars, meestal de grootste in de regio. Het probleem met de zorgkantoren is dat zij geen enkel financieel risico lopen en weinig externe stimuli ondervinden om hun best te doen voor de verzekerden in hun regio. Als de concurrerende zorgverzekeraars zelf voor hun eigen verzekerden de AWBZ gaan uitvoeren, zijn de verzekerden niet langer aangewezen op het ene zorgkantoor in de regio, maar krijgen zij keuzevrijheid. Van het kunnen stemmen met de voeten mag volgens het kabinet worden verwacht dat de wensen en behoeften van cliënten meer centraal zullen komen te staan (Tweede Kamer, 2009). Andere voordelen zijn een betere afstemming tussen Zvw-zorg, bijvoorbeeld huisarts en ziekenhuis, en AWBZ-zorg, bijvoorbeeld

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

WYNAND P.M.M. VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

thuiszorg en verpleeghuis, en een enkel loket voor alle verzekerde zorg (Tweede Kamer, 2009). Het kabinet zou uiterlijk 1 april 2010 een definitief besluit nemen over een uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars vanaf 2012. Na de val van het kabinet is dit dossier door de Tweede Kamer controversieel verklaard. Het demissionaire kabinet heeft echter aangegeven “de besluitvorming terzake verder voor te bereiden, opdat een nieuw kabinet na de zomer van 2010 hierover een beslissing kan nemen” (Tweede Kamer, 2010). De uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars is echter niet verstandig (Schut en Van de Ven, 2010). Zorgverzekeraars hebben namelijk geen financieel belang bij investeringen in goede AWBZ-zorg omdat AWBZ-zorggebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn voor de Zvw. Bovendien ontbreekt vooralsnog elk perspectief op adequate stimuli tot doelmatige zorginkoop.

Zorgverzekeraars en AWBZ

Krachtens de Zvw ontvangen zorgverzekeraars voor verzekerden met hoge verwachte Zvw-uitgaven een compensatie op basis van de risicoverevening. Deze compensatie blijkt echter onvoldoende voor tal van groepen verzekerden die relatief oververtegenwoordigd zijn binnen de groep AWBZ-zorggebruikers (tabel 1). Na toepassing van de risicoverevening lijden zorgverzekeraars bijvoorbeeld een voorspelbaar verlies van ruim 1.100 euro per persoon, afgezien van ex-post compensaties, op verzekerden die drie jaar geleden hulp hebben gehad van de thuiszorg. Omdat het aannemelijk is dat de groep AWBZ-zorggebruikers voorspelbaar verliesgevend is voor de Zvw, zal de uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars averechtse gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit en cliëntgerichtheid van de AWBZ-zorg. Zorgverzekeraars hebben dan immers geen stimulans om dergelijke verzekerden aan te trekken via goede en cliëntgerichte AWBZ-zorg. Integendeel, een zorgverzekeraar die de reputatie heeft om de beste AWBZ-zorg in te kopen zal geconfronteerd worden met een oververtegenwoordiging van AWBZ-zorggebruikers die verliesgevend zijn voor de Zvw. Het is dan ook goed voorstelbaar dat een aantal zorgverzekeraars zal besluiten om de AWBZ niet langer uit te voeren. In dat geval moeten de betreffende verzekerden zich voor de uitvoering van de AWBZ aanmelden bij een concurrerende zorgverzekeraar die de AWBZ wel uitvoert (AWBZ, artikel 9, lid 2). Het is duidelijk dat van een betere afstemming van Zvw-zorg en AWBZ-zorg en van het één-loket-voordeel dan niets terecht komt. De conclusie is dat het argument dat uitvoering van de AWBZ door de concurrerende zorgverzekeraars de AWBZ klantgericht maakt, niet valide is zolang de risicoverevening in de Zvw niet op orde is.

Kritische verzekerden

Concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt alleen tot goede kwaliteit zorg als voldoende verzekerden

geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van de ingekochte zorg, in staat zijn om de kwaliteit te beoordelen en, indien zij daar niet tevreden over zijn, bereid en in staat zijn om van zorgverzekeraar te veranderen. Een belangrijke vraag is of aan deze voorwaarden wordt voldaan voor de verschillende vormen van langdurige AWBZ-zorg.

Binnen de AWBZ kunnen vier hoofdgroepen van cliënten worden onderscheiden (Werkgroep Langdurige zorg, 2010): circa 320.000 ouderen met een somatische aandoening; circa 70.000 ouderen met een psychogeriatrische aandoening; ruim 100.000 verstandelijk gehandicapten; en ruim 80.000 chronisch psychiatrische patiënten. In 2008 verbleven van de ongeveer 600.000 cliënten er ruim 250.000 in een intramurale AWBZ-instelling, terwijl de overige extramurale zorg ontvingen.

Voor de zorg voor ouderen met psychogeriatrische aandoeningen, chronisch psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, samen bijna de helft van de AWBZ-zorggebruikers, is het niet waarschijnlijk dat voldoende cliënten zich kunnen opstellen als kritische verzekerden, al kunnen vertegenwoordigers van cliënten in de gehandicaptenzorg, zoals ouders of andere familieleden, verzekeraars wellicht effectief onder druk zetten (Van de Ven en Schut, 1994). Bovendien is de groep gebruikers relatief beperkt en is het niet waarschijnlijk dat de 99 procent overige verzekerden geïnteresseerd zullen zijn in de kwaliteit van deze zorg, omdat de kans klein is dat zij daar ooit een beroep op zullen moeten doen. Verreweg de meeste verzekerden zullen wat deze vormen van zorg betreft daarom uitsluitend geïnteresseerd zijn in de laagste premie. Ook ten aanzien van ouderen met somatische beperkingen valt te betwijfelen of zij voldoende bereid en in staat zijn tot een kritische keuze van een zorgverzekeraar. De verzekerdenmobiliteit onder ouderen is namelijk erg laag (Boonen *et al.*, 2009). Van de groep 70-plus verandert circa drie procent in drie jaar van zorgverzekeraar, tegenover ruim tien procent van de gehele bevolking (Vektis, 2010). Wellicht dat ouderen meer geneigd zullen zijn om van zorgverzekeraar te veranderen als dat belangrijke gevolgen heeft voor hun AWBZ-zorg, maar het is zeer de vraag of de druk die hier vanuit gaat voldoende zal zijn om zorgverzekeraars ervan te weerhouden vooral op prijs in te kopen.

De conclusie is dat sterk valt te betwijfelen of voldoende verzekerden, in het bijzonder de gebruikers van langdurige zorg, bereid en in staat zijn om zorgver-

Tabel 1

Voorspelbaar verlies op de Zvw-uitgaven bij de vereveningsformule van 2007 voor subgroepen verzekerden die relatief oververtegenwoordigd zijn binnen de groep AWBZ-zorggebruikers (in euro, 2007).

Aan AWBZ-zorggebruikers gerelateerde kenmerken	Omvang subgroep (percentage verzekerden)	Voorspelbaar verlies per verzekerde ¹
Zorggebruik drie jaar geleden		
Hulp gehad van thuiszorg	2,2	1.152
Zelf gerapporteerde aandoeningen drie jaar geleden		
Incontinentie	7,7	500
Gewrichtsslijtage van heupen of knieën	16,3	401
Chronische gewrichtsontsteking	6,1	725
Zeven of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	2,9	1.461
Functionele beperkingen drie jaar geleden		
Beperkt in het horen	4,8	308
Beperkt in beweeglijkheid	14,9	653
Fysieke-gezondheidsindicatie drie jaar geleden		
Slechtste score fysiek functioneren	10,0	1.140
Slechtste score algemene gezondheid	10,0	919
Mentale-gezondheidsindicatie drie jaar geleden		
Slechtste score sociaal functioneren	10,0	649
Slechtste score geestelijke gezondheid	10,0	297

¹ Zonder generieke verevening en nacalculatie; exclusief vaste kosten ziekenhuisverpleging.

Bron: Stam en Van de Ven, 2007

zekeraars, ook bij perfecte risicoverevening in de Zvw en in de AWBZ, effectief onder druk te zetten om goede en doelmatige AWBZ-zorg in te kopen.

Financieel risico zorgverzekeraars

Als derde aandachtspunt is van belang of zorgverzekeraars financieel risico gaan lopen over de inkoop van langdurige zorg.

Wanneer zorgverzekeraars AWBZ-zorg voor eigen verzekerden inkopen zonder dat zij over de inkoop financieel risico lopen, hebben zij geen enkele stimulans om kritisch te bezien of de verzekerden de zorg echt nodig hebben of om een afweging te maken tussen prijs en kwaliteit. Daarnaast hebben zij een financiële stimulans om, waar mogelijk, zorg die zich op het grensvlak van Zvw en AWBZ bevindt, te vergoeden vanuit de AWBZ-middelen. Het is duidelijk dat deze optie slecht scoort op criteria als doelmatigheid en financiële houdbaarheid. Op dit moment geldt een dergelijke situatie voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) die vanaf 2008 niet langer ten laste van de AWBZ maar ten laste van de Zvw komt. Aangezien er geen adequate risicokenmerken beschikbaar zijn voor een ex-ante risicoverevening van ggz-kosten, werden in 2008 en 2009 alle ggz-kosten volledig nagecalculeerd. Zorgverzekeraars liepen over de ggz-uitgaven dus geen enkel financieel risico. Uit een rapportage van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2010) blijkt dat de ggz-uitgaven in de Zvw in 2008 met 1,1 miljard euro zijn toegenomen tot 3,8 miljard euro, een stijging van veertig procent. Het CVZ schat dat ruim 500 miljoen euro een gevolg is van extra gebruik van ggz-zorg; de overige kostenstijging betreft een eenmalige boekhoudkundige lastenverschuiving (Zorgvisie, 2010).

De conclusie is dat uitvoering van de AWBZ door concurrerende zorgverzekeraars die geen financieel risico lopen, geen doelmatige en houdbare optie is. Het kabinet stelde de introductie van een zekere mate van risicodragendheid voor de zorgverzekeraars dan ook als voorwaarde voor de uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars (Tweede Kamer, 2009). Een voorwaarde voor risicodragendheid is dat in de AWBZ, net als in de Zvw, een systeem van ex-ante risicoverevening wordt ingevoerd. De risicodragende zorgverzekeraars ontvangen dan voor elke AWBZ-verzekerde een vereveningsbijdrage gebaseerd op de verwachte kosten, gegeven iemands risicokenmerken. Cruciaal is de vraag of het mogelijk is een systeem van ex-ante risicoverevening voor de AWBZ te ontwikkelen dat hoogrisico-verzekerden voldoende compenseert, en zo ja hoe. Onderstaand worden twee manieren besproken om vorm te geven aan ex-ante risicoverevening, met als conclusie dat thans geen enkel perspectief bestaat op een goed functionerende ex-ante risicoverevening in de AWBZ.

Risicoverevening op basis van verzekerdenkenmerken

Een manier die nauw aansluit bij de systematiek van de Zvw is het vooraf verevenen van risico's op basis van objectief meetbare verzekerdenkenmerken die de toekomstige zorgbehoefte voorspellen, zoals leeftijd, geslacht en zorggebruik in het verleden, in combinatie met de diagnose. Of een dergelijk systeem haalbaar is voor de AWBZ-zorg is onbekend. Een praktisch probleem is dat in de AWBZ een administratie op individueel niveau die nodig is voor risicoverevening, voornamelijk ontbreekt.

Het is ook nog onduidelijk welke gegevens bruikbaar en nodig zijn voor de ex-ante risicoverevening om de individuele AWBZ-kosten te voorspellen. Duidelijk is wel dat vanwege de specifieke kenmerken van de AWBZ-kostenverdeling aan een systeem van risicoverevening in de AWBZ hogere eisen moeten worden gesteld dan in de Zvw (Van de Ven, 2005). De kosten van AWBZ-zorg zijn hoog en geconcentreerd bij een relatief kleine groep gebruikers: slechts een paar procent van de bevolking. Voorts zijn, nadat een verzekerde voor AWBZ-zorg is geïndiceerd, de kosten per individuele verzekerde voor een zorgverzekeraar in hoge mate voorspelbaar. Om risicoselectie te voorkomen moet de voorspelkracht van de ex-ante risicoverevening dus aan zeer hoge eisen voldoen. Ook kunnen er tussen zorgverzekeraars zeer grote verschillen bestaan of ontstaan in het percentage AWBZ-cliënten en dus in de gemiddelde AWBZ-kosten per verzekerde. Zo zal een internetverzekeraar die zich speciaal richt op jongeren, onaantrekkelijk zijn voor AWBZ-cliënten, en daarom nauwelijks zulke cliënten hebben. Om te

voorkomen dat een zorgverzekeraar die geen AWBZ-cliënten heeft, op basis van algemene verzekerdenkenmerken, zoals bijvoorbeeld leeftijd en geslacht, toch een hoge vereveningsbijdrage ontvangt, moet de ex-ante risicoverevening aan zeer hoge eisen voldoen. Op dit moment is onbekend in hoeverre een systeem van risicoverevening voor AWBZ-uitgaven aan die hoge eisen kan voldoen. Wel kan voor de drie belangrijkste cliëntgroepen op voorhand een inschatting worden gemaakt van de haalbaarheid van adequate risicoverevening.

Voor de ouderenzorg geldt dat de individuele uitgaven sterk afhankelijk zijn van de aanwezigheid van een sociaal netwerk van ondersteuners, zoals partners, kinderen, burens en andere mantelzorgers. Het objectief vaststellen van de precieze mate van sociale ondersteuning is een lastige zaak: wellicht is de partner vaak afwezig, hebben de kinderen een druk gezin, of is er een slechte relatie met de burens. Bovendien is deze vaststelling manipuleerbaar. Het lijkt niet waarschijnlijk dat dit subjectieve risicokenmerk adequaat als een objectief meetbaar en niet-manipuleerbaar kenmerk in een vereveningsmodel kan worden opgenomen. Vanaf het moment dat een verzekerde definitief in een intramurale instelling verblijft zijn de uitgaven voor intramurale zorg in verzorgings- en verpleeghuizen relatief goed voorspelbaar. Voor extramurale ouderenzorg lijkt dit minder goed mogelijk omdat de individuele zorgbehoefte een grote variatie vertoont, wat mede samenhangt met de grote variatie in de beschikbaarheid van informele zorg. Een suggestie zou dan kunnen zijn om te starten met uitsluitend risicoverevening voor de intramurale zorg. Een complicerende factor hierbij is echter dat intramurale en extramurale zorg gedeeltelijk substitueerbaar zijn.

Bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten is het van belang een onderscheid te maken tussen volwassenen en jongeren (IBO-werkgroep AWBZ, 2006). Voor volwassenen is de zorgvraag doorgaans hoog en stabiel en vormen gegevens over zorggebruik in het verleden daarom waarschijnlijk een goed vereveningskenmerk. Voor jongeren is de zorgvraag echter wisselend en sterk afhankelijk van de beschikbare ondersteuning vanuit gezin en gemeenten. Voor deze groep lijkt een adequate risicoverevening problematisch. De zorgbehoeften van chronisch psychiatrische patiënten worden gekenmerkt door een grote mate van variatie: de zorgvraag is soms kort en hevig en soms beperkt tot crises, soms kortdurend herhaald maar soms ook langdurig permanent (IBO-werkgroep AWBZ, 2006). De haalbaarheid van een adequaat systeem van risicoverevening voor deze zorg lijkt daarom gering. Deze verwachting wordt gescremd door de problemen om adequate risicoverevening te realiseren voor de ggz die van de AWBZ naar de Zvw is overgeheveld.

Risicoverevening op basis van indicaties

Gegeven de huidige centrale indicatiestelling voor de AWBZ-aanspraken is het de vraag welke rol is

weggelegd voor algemene vereveningskenmerken die de toekomstige zorgbehoefte voorspellen, indien iemands werkelijke zorgbehoefte via een goede indicatiestelling bekend is (Van de Ven, 2005). Indien indicaties als kenmerk in de ex-ante risicovereeniging worden opgenomen, kan zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de indicatie een hogere vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars worden uitgekeerd. Voor een verzekerde die in januari is geïndiceerd krijgt een verzekeraar dan onmiddellijk een hogere vereveningsbijdrage. Dit heeft als gevolg dat de zorgverzekeraars, gegeven de samenstelling van hun portefeuille, niet langer het financiële risico lopen voor het verschil tussen de werkelijke prevalentie en de op basis van algemene vereveningskenmerken voorspelde prevalentie van het aantal zorggebruikers. De wenselijkheid hiervan hangt mede af van de mate waarin zorgverzekeraars expliciet de mogelijkheid en de instrumenten hebben om de werkelijke prevalentie van zorggebruikers binnen hun verzekerdenbestand te beïnvloeden. Als zorgverzekeraars via het stimuleren van preventie, bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen, de toekomstige zorgbehoefte zouden kunnen reduceren, wordt de stimulans tot preventie gereduceerd indien verevend wordt op basis van de indicatiestelling, zoals bijvoorbeeld een gebroken heup. Een verzekeraar die veel aan valpreventie doet heeft dan hogere preventiekosten dan een verzekeraar die dit niet doet, terwijl beide zorgverzekeraars voor gebroken heupen worden gecompenseerd. Bij een verevening op basis van uitsluitend algemene vereveningskenmerken, zoals leeftijd, die de toekomstige zorgbehoefte voorspellen, kan valpreventie voor een zorgverzekeraar zeer kosteneffectief zijn. Zo'n globale verevening kan echter leiden tot substantiële voorspelbare winsten en verliezen.

Het al dan niet gebruiken van indicatiestelling als een vereveningskenmerk moet per afzonderlijke indicatie zorgvuldig worden afgewogen. Voor zover indicaties worden gebruikt als vereveningskenmerk, is er uiteraard alleen sprake van financieel risico voor zorgverzekeraars als de vereveningsbijdragen die zij ontvangen niet per definitie gelijk zijn aan de bedragen die zorgaanbieders ontvangen. Van belang is dus welke vrijheid de zorgverzekeraars hebben om enerzijds te onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de zorg, en anderzijds om de AWBZ-aanspraken van hun verzekerden, gegeven een indicatie, nader te concretiseren, bijvoorbeeld in een verzekeringsreglement. Voor een adequate verevening op basis van indicaties is vereist dat de indicaties eenduidig en niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars en verzekerden. Ook moeten de normbedragen zodanig zijn dat verzekeraars binnen een groep cliënten met eenzelfde indicatie niet op eenvoudige wijze voorspelbaar winst- en verliesgevend verzekerden kunnen identificeren. Thans zijn normbedragen per AWBZ-indicatie uitsluitend beschikbaar voor de intramurale AWBZ-zorg en niet voor extramurale AWBZ-zorg. Deze normbedragen lijken vooralsnog niet volledig te voldoen

aan de genoemde voorwaarden (NZa, 2009). Voor extramurale AWBZ-zorg lijken de vereiste voorwaarden nog lastiger omdat de indicaties sterk afhankelijk zijn van de subjectieve inschatting van de beschikbaarheid van informele zorg. De conclusie is dat vanwege de specifieke kenmerken van de AWBZ-kostenverdeling aan een systeem van risicovereeniging in de AWBZ hogere eisen moeten worden gesteld dan in de Zvw, en dat thans geen enkel perspectief bestaat op een goed functionerende ex-ante risicovereeniging in de AWBZ. Daarom is het, zeker in de komende jaren, niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt voor de uitvoering van de AWBZ.

Conclusie

Het voorstel om per 2012 de zorgkantoren op te heffen en de AWBZ te laten uitvoeren door concurrerende zorgverzekeraars is niet verstandig. Vanwege imperfecties in de risicovereeniging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn AWBZ-zorggebruikers voor zorgverzekeraars naar verwachting fors verliesgevend voor de Zvw en daarmee onaantrekkelijke klanten. Een zorgverzekeraar heeft nu dus geen enkel financieel belang bij de reputatie dat hij de beste AWBZ-zorg heeft ingekocht. Integendeel. Het argument dat uitvoering van de AWBZ door de concurrerende zorgverzekeraars de AWBZ vanwege het stemmen met de voeten klantgericht maakt, is dus niet valide zolang de risicovereeniging in de Zvw niet op orde is. Daarnaast valt het sterk te betwijfelen of voldoende gebruikers van langdurige AWBZ-zorg bereid en in staat zijn om verzekeraars, ook bij perfecte risicovereeniging in de Zvw en AWBZ, effectief onder druk te zetten om goede en doelmatige zorg in te kopen. Ten slotte is het, zeker op korte termijn, niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars op een verantwoorde manier risicodragend kunnen worden gemaakt voor de uitvoering van de AWBZ.

In plaats van de uitvoering van de gehele AWBZ over te laten aan de concurrerende zorgverzekeraars, valt te overwegen om conform het advies van de SER (2008) uitsluitend de relatief kortdurende, op herstel gerichte AWBZ-zorg naar de Zvw over te hevelen. Voor deze vormen van zorg is de meerwaarde van een integrale uitvoering door zorgverzekeraars het grootst en spelen bovengenoemde bezwaren het minst.

LITERATUUR

- 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).
- CVZ (2010) *Lasten Zvw 2006-2009*. Overzicht op www.cvz.nl/zorgcijfers/zvw-lasten+2006-2009/zvw-lasten+2006-2009.html.
- IBO-werkgroep AWBZ (2006) *Toekomst AWBZ*.
- Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005(4).
- NZa (2009) *Voortgangsrapportage invoering zzp's. Rapportage over de periode 1 januari 2009 - 30 juni 2009*. Utrecht: NZa.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2010) *Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ? Netspar Economische Adviezen*, 32.
- SER (2008) *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*. *SER-Advies*, 08(03).
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) *Evaluatie risicovereeniging: prikkel tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel-2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Tweede Kamer (2008) *Toekomst AWBZ*. *Kamerstuk*, 30597(15).
- Tweede Kamer (2009) *Toekomst AWBZ*. *Kamerstuk*, 30597(73).
- Tweede Kamer (2010) *Toekomst AWBZ*. *Kamerstuk*, 30597(138).
- Vektis (2010) *Zorgthermometer 2010: verzekerden in beweging*. *Zorgthermometer*, 15(april).
- Ven, W.P.M.M. van de en F.T. Schut (1994) *Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? Social Science and Medicine*, 39(10), 1459-1472.
- Ven, W.P.M.M. van de (2005) *Second opinion risicovereeniging AWBZ*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Werkgroep Langdurige zorg (2010) *Langdurige zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Zorgvisie (2010) *Overheveling ggz pakt ruim 1 miljard duurder uit*. Bericht op www.zorgvisie.nl, 26 februari.