

# Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering

Voor ouderen en chronisch zieken vormt de aanvullende verzekering steeds meer een belemmering om voor de basispolis van zorgverzekeraar te veranderen. Dit is een ernstige beperking van de concurrentie op de markt voor de basispolissen. Naar verwachting zal dit probleem de komende jaren verder toenemen. Een effectieve oplossing is het samenvoegen van de basis- en aanvullende verzekering.

**V**oor het eind van 2011 mag iedereen weer van zorgverzekeraar wisselen. Verzekeraars zijn wettelijk verplicht iedereen voor de basisverzekering te accepteren. Naast de verplichte basisverzekering heeft 89 procent van de bevolking ook een vrijwillige aanvullende verzekering (Vektis, 2011), waarvoor geen acceptatieplicht geldt. Vrijwel alle zorgverzekeraars hanteren een koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering (Roos en Schut, 2008; 2010). Wettelijk is de verkoop niet gekoppeld, maar vanwege lagere transactiekosten en een goede afstemming van zorgvormen is koppelverkoop voor de verzekeraar aantrekkelijk. Een toenemend aantal verzekeraars biedt afzonderlijke aanvullende verzekeringen daarom alleen aan tegen een premieopslag van vijftientig tot honderd

procent of verkoopt geen afzonderlijke aanvullende verzekeringen. In 2011 heeft 99,8 procent van de verzekerden de aanvullende verzekering en de basispolis dan ook bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten (Vektis, 2011).

Een belangrijke doelstelling van de Zorgverzekeringswet is dat concurrerende zorgverzekeraars als belangenbehartigers van hun verzekerden kritisch zorg inkopen bij zorgaanbieders. De wettelijke acceptatieplicht voor de basisverzekering biedt ontevreden verzekerden de mogelijkheid een andere zorgverzekeraar te kiezen. Dit zou verzekeraars tot doelmatigheid en klantgerichtheid moeten stimuleren. Maar als mensen een aanvullende verzekering hebben, blijkt de kans dat ze overstappen veel geringer te zijn (Boonen *et al.*, 2011) en de groep verzekerden die zich gebonden voelt aan de huidige zorgverzekeraar is de afgelopen jaren toegenomen (Roos en Schut, 2008; 2010). In 2006 switchte achttien procent van de bevolking van zorgverzekeraar. Voor vier procent van de niet-switchers was de angst om elders voor de aanvullende verzekering niet geaccepteerd te worden een belangrijke reden om niet van zorgverzekeraar te wisselen. In 2009 is dit percentage gestegen tot zeven (Roos en Schut,

**DANIËLLE  
DUIJMELINCK**

Promovendus aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam

**WYNAND VAN DE VEN**  
Hoogleraar aan de Erasmus  
Universiteit Rotterdam

2008; 2010). Het is daarom zinvol om na te gaan hoe groot de belemmeringen ten aanzien van de aanvullende verzekering in 2011 zijn, die tot een lagere overstapkans leiden.

## Gebonden aan huidige zorgverzekeraar

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 bestond er nauwelijks een beperking van de keuzevrijheid van zorgpolis door de aanvullende verzekering. Er was toen sprake van een generaal pardon waar de media ruime bekendheid aan hebben gegeven (Roos en Schut, 2008). De zorgverzekeraars hebben toen toegezegd iedere verzekerde op non-selecte basis voor de aanvullende verzekering te zullen accepteren tegen de standaardvoorwaarden en standaardpremie, met uitzondering van de uitgebreide tandartsverzekering. In 2007 is deze toezegging eenmalig herhaald; daarna niet meer. Wel hebben de verzekeraars, zonder dat hiervoor een wettelijke plicht bestaat, in alle aanvullende polissen de clause van stilzwijgende verlenging van de verzekering opgenomen (Roos en Schut, 2009). Deze clause komt niet voor bij andere typen verzekering, zoals de autoverzekering, inbraakverzekering of brandverzekering. Zorgverzekeraars kunnen hoogrisicoverzekerden die zich als nieuwe cliënten aanmelden voor de aanvullende verzekering wel weigeren of alleen accepteren tegen een premieopslag. Dit betekent, gegeven de koppelverkoop van basis- en aanvullende verzekeringen, dat hoogrisicoverzekerden sterk gebonden kunnen zijn aan hun huidige zorgverzekeraar.

Uit recent onderzoek blijkt dat begin 2011 ongeveer tien procent van de volwassenen verwachtte dat een andere verzekeraar hen niet zal accepteren voor de aanvullende verzekering (Duijmelinck, 2011). Hoewel de vraagstelling in 2011 niet helemaal gelijk was aan die in 2006 en 2009, lijkt er in de afgelopen jaren duidelijk sprake te zijn van een toenemend aantal verzekerden die verwachten door een andere verzekeraar niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering. De belemmering om van zorgverzekeraar te veranderen wordt echter niet alleen veroorzaakt door de verwachting van non-acceptatie, maar ook door de ongunstige verwachtingen over de premie. Zo heeft ruim zestien procent van de volwassenen begin 2011 de verwachting geuit bij een

andere verzekeraar wel geaccepteerd te worden maar tegen een hogere premie dan andere verzekerden met dezelfde aanvullende verzekering (Duijmelinck, 2011). In totaal denkt dus ruim een kwart van de volwassenen dat hun huidige zorgverzekeraar de aanvullende verzekering tegen gunstigere voorwaarden afsluit dan een andere verzekeraar zal doen (tabel 1). Voornamelijk ouderen en verzekerden met een slechte of matige gezondheid voelen zich hierdoor, gezien de koppelverkoop van basis- en aanvullende verzekeringen, sterk gebonden aan hun huidige zorgverzekeraar. Zij zijn echter de verzekerden die bij uitstek veel gebruikmaken van de door de verzekeraar ingekochte zorg en dus belang hebben bij de mogelijkheid om van verzekeraar te veranderen.

Uit interviews met zes Nederlandse zorgverzekeraars is echter naar voren gekomen dat premiedifferentiatie en non-acceptatie voor de aanvullende verzekeringen in de praktijk nauwelijks voorkomen (Duijmelinck, 2011). Uitsluitend voor de topolissen worden hoogrisicoverzekerden soms geweigerd, maar zij worden wel geaccepteerd voor een gewone aanvullende verzekering. Overstapbelemmeringen bestaan dus feitelijk slechts in beperkte mate: er is dus een discrepantie tussen de verwachtingen van verzekerden en de realiteit volgens de verzekeraars. Vanwege het generaal pardon hebben alle hoogrisicoverzekerden in 2006 en 2007 de gelegenheid gekregen een geschikte aanvullende verzekering af te sluiten, en vanwege de clause van stilzwijgende verlenging hebben zij de mogelijkheid deze bij dezelfde zorgverzekeraar te behouden zolang zij bij deze verzekeraar de basispolis afsluiten. Dit heeft enerzijds tot gevolg dat iedereen toegang tot een aanvullende verzekering heeft gekregen en kan behouden, maar heeft anderzijds vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering tot gevolg dat de keuzevrijheid voor de basisverzekering voor een belangrijk deel is uitgehold omdat veel ouderen en chronisch zieken zich gebonden voelen aan hun huidige zorgverzekeraar. Hierdoor wordt het realiseren van concurrentie op de markt voor de basisverzekering als middel om de doelmatigheid te vergroten – een belangrijke doelstelling van de Zorgverzekeringswet – sterk belemmerd. Als ouderen en chronisch zieken die ontevreden zijn met de kwaliteit van de ingekochte zorg hun voorkeuren niet kenbaar maken door van verzekeraar te veranderen, hebben zorgverzekeraars een sterk verminderde prikkel om bij de zorginkoop en serviceverlening in te gaan op de specifieke preferenties van deze ouderen en chronisch zieken. Op termijn kan dit leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg voor hen (Van de Ven *et al.*, 2009). Naar verwachting zal dit probleem de komende jaren toenemen omdat door de stijgende zorgkosten meer zorgvormen zullen worden verwijderd uit het basispakket. De ervaring uit het verleden leert dat veel van de verstrekkingen die uit het basispakket worden verwijderd in de aanvullende verzekeringen worden opgenomen. De conclusie is dat het goedbedoeld creëren van toegankelijkheid tot de aanvullende verzekeringen heeft geleid tot een ernstig probleem. Gereguleerde concurrentie in de zorg kan niet succesvol zijn zonder een effectieve oplossing voor dit probleem.

## Onhaalbare oplossingsrichtingen

Een effectieve oplossing moet de feitelijke en gepercipieerde overstapbelemmeringen als gevolg van de aanvullende verzekering structureel wegnemen, ook in de komende jaren als het basispakket verder wordt beperkt en de aanvullende verzekeringen mogelijk worden uitgebreid. Voorts mogen eventuele wetswijzigingen die nodig zijn, niet in strijd zijn met de Europese regelgeving.

### Financieel onhaalbaar

In het verleden zijn verschillende oplossingsrichtingen genoemd, die door de financiële crisis echter minder realistisch zijn geworden. Een eerste oplossingsrichting die door de financiële crisis minder realistisch is geworden, betreft het beperken van het belang van de aanvullende verzekering door terughoudend te zijn met het beperken van het basispakket (Roos en Schut, 2008). Een tweede is het informeren van verzekerden over het nut en de noodzaak van een aanvullende verzekering (Van de Ven en Schut, 2010). De veronderstelling is dat verzekerden onvoldoende kennis zouden kunnen hebben van de kosten en het belang van de zorgvormen die door de aanvullende verzekering worden gedekt, en zij daarom onnodig veel waarde hechten aan een aanvullende verzekering.

Tabel 1

**Percentage verzekerden dat verwacht dat hun huidige zorgverzekeraar de aanvullende verzekering tegen gunstigere voorwaarden afsluit dan andere verzekeraars<sup>1</sup>.**

18–55 jaar	21,0
Ouder dan 55 jaar	32,6
Goede, zeer goede of uitstekende gezondheid	21,7
Slechte of matige gezondheid	53,1
Totaal	26,8

<sup>1</sup> Respondenten die antwoordden “weet niet” (28 procent) zijn buiten beschouwing gelaten.

Bron: Duijmelinck, 2011

SINDS 1916

In dat geval vormt de aanvullende verzekering onnodig een belemmering om te switchen van zorgverzekeraar. Een derde onrealistisch geworden oplossingsrichting is het wegnemen van de discrepantie tussen de verwachtingen van verzekerden en de daadwerkelijke werkwijze van verzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering. Dit kan door hoogrisicoverzekerden te informeren dat premiedifferentiatie en non-acceptatie in de praktijk nauwelijks voorkomen (Roos en Schut, 2010). Een vierde is het monitoren van het gedrag van zorgverzekeraars en het transparant maken van de resultaten (Roos en Schut, 2010). De veronderstelling is dat verzekeraars uit angst voor reputatieverlies zo weinig mogelijk verzekerden zullen weigeren voor de aanvullende verzekering en terughoudend zullen zijn met premiedifferentiatie.

Bij de huidige financiële crisis lijkt het realistisch te veronderstellen dat de noodzaak tot beperking van de collectieve zorguitgaven, en dus van het basispakket, de komende jaren sterk toeneemt. De eerste oplossingsrichting lijkt de komende jaren dus niet realistisch. En als in de komende jaren de basisverzekering verder wordt beperkt en de aanvullende verzekering wordt uitgebreid, zal een informatie-campagne die suggereert dat het afsluiten van een aanvullende verzekering wellicht niet nodig is, bij verzekerden ongeloofwaardig overkomen. Ten derde kan een eventuele uitbreiding van de aanvullende verzekeringen in de komende jaren leiden tot een stringenter acceptatie- en premiebeleid ten aanzien van de aanvullende verzekeringen dan het huidige acceptatie- en premiebeleid (Paolucci *et al.*, 2009). De oplossingsrichting om verzekerden te informeren dat premiedifferentiatie en non-acceptatie in de praktijk nauwelijks voorkomen, kan dus riskant zijn als in de toekomst de met concurrentie samenhangende actuariële wetmatigheden verzekeraars dwingen hun acceptatie- en premiebeleid voor aanvullende verzekeringen te wijzigen. Het monitoren van het gedrag van zorgverzekeraars en

#### Kader 1

### Mogelijke bezwaren

**Als een bezwaar tegen basisplus-polissen zou kunnen worden ingebracht dat zorgverzekeraars door de voorgestelde wetswijzigingen een groot aantal verschillende polissen aanbieden, wat de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt vermindert. Dit is echter geen reëel bezwaar. Elke denkbare basisplus-polis kan nu ook als afzonderlijke aanvullende verzekering worden aangeboden. Op de huidige verzekeringsmarkt wordt al een breed scala aan aanvullende pakketten aangeboden, bijvoorbeeld speciale vrouwenpolissen, jongerenpolissen en gezinspolissen. Wat dit betreft blijft de transparantie dus ongewijzigd. De transparantie zal daarentegen door de acceptatieplicht voor alle basisplus-polissen toenemen. Het huidige acceptatiebeleid met eventuele gezondheidsverklaringen en mogelijke uitsluitingen is niet transparant voor de consument. De transparantie kan nog verder worden vergroot door zorgverzekeraars te verplichten hun premietabel te publiceren.**

**Een tweede mogelijk bezwaar tegen basisplus-polissen is dat zorgverzekeraars de samenstelling van deze polissen kunnen gebruiken als nieuw instrument voor risicoselectie, zolang de risicoverevening nog niet op orde is (Van de Ven, 2011). Verzekeraars zouden uitsluitend polissen kunnen aanbieden die aantrekkelijk zijn voor verzekerden voor wie zij voldoende of te veel compensatie krijgen uit het eveneringsfonds. Dit is echter geen reëel bezwaar tegen basisplus-polissen omdat de huidige aanvullende verzekeringen, vanwege de koppelverkoop van basis- en aanvullende verzekeringen, exact hetzelfde instrument voor risicoselectie vormen (Roos en Schut, 2008).**

**Een derde mogelijk bezwaar tegen de voorgestelde basisplus-polissen is dat de mogelijkheid van premiedifferentiatie voor basisplus-polissen een instrument biedt om een extra premieverhoging te vragen voor groepen hoogrisicoverzekerden voor wie de risicoverevening onvoldoende compensatie biedt (Stam en Van de Ven, 2008). Ook dit is geen reëel bezwaar omdat de huidige aanvullende verzekeringen, vanwege de koppelverkoop van basis- en aanvullende verzekeringen, op dit moment exact hetzelfde instrument voor premiedifferentiatie bieden.**

het transparant maken van de resultaten is dan ook geen effectieve oplossingsrichting.

#### *Juridisch onhaalbaar*

Vanuit de aard van het probleem dienen zich nog twee oplossingsrichtingen aan. De eerste is om koppelverkoop tegen te gaan, door een verzekeraar te verbieden zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering aan te bieden, en de tweede is het invoeren van een wettelijke acceptatieplicht voor aanvullende verzekeringen en een verbod om contracten stilzwijgend tegen standaardvoorwaarden en standaardpremie bij een aanvullende verzekering te verlengen. In beide gevallen is dan niemand meer gebonden aan zijn huidige zorgverzekeraar. Een bezwaar tegen beide oplossingsrichtingen is echter dat zij zodanige beperkingen van de vrije bedrijfsvoering van private verzekeraars impliceren, dat zij in strijd zijn met de Europese schaderichtlijnen die een vrij verkeer van verzekeringsdiensten tussen de EU-lidstaten beogen.

### Aanpassing Zorgverzekeringswet

Een alternatief is een wettelijke acceptatieplicht voor de basispolis en de daaraan gekoppelde aanvullende verzekering. Dit kan worden gerealiseerd door de Zorgverzekeringswet aan te passen aan de huidige praktijk waarbij de verzekeraars de basis- en aanvullende verzekering in feite als één product verkopen. Concreet zou de Zorgverzekeringswet op vier punten kunnen worden gewijzigd.

#### *Basisplus-polissen*

Een eerste punt van wijziging is dat de Zorgverzekeringswet niet langer bepaalt dat de verplichte zorgverzekering het vaste basispakket moet bevatten, maar ten minste het basispakket. Op dit moment mogen zorgverzekeraars niet minder, maar ook niet meer zorgvormen aanbieden dan omschreven in de Zorgverzekeringswet. In de voorgestelde situatie mogen de zorgverzekeraars naast de basispolis ook diverse basisplus-polissen aanbieden die zowel het verplichte basispakket als aanvullende verstrekkingen bevatten.

#### *Acceptatieplicht*

Een tweede onderdeel dat kan worden gewijzigd is dat de acceptatieplicht voor zowel de basispolis als de basisplus-polissen geldt. Verzekerden hebben niet langer de onzekerheid dat een andere verzekeraar hen niet zal accepteren voor de aanvullende zorgvormen.

#### *Premiedifferentiatie*

Een derde onderdeel is dat voor de basispolis het huidige verbod op premiedifferentiatie blijft bestaan, maar dat een zorgverzekeraar voor de basisplus-polissen een premiedifferentiatie mag toepassen, zoals dat nu bij de aanvullende verzekeringen het geval is. Wel moet een zorgverzekeraar dezelfde premie vragen aan alle verzekerden die eenzelfde

basisplus-polis kiezen en gelijke risicokenmerken hebben voor zover die bij de premiedifferentiatie worden gebruikt. Huidige en nieuwe verzekerden moeten dus op een gelijke wijze behandeld worden. Naar verwachting zal de premiedifferentiatie voor de basisplus-polissen, net als nu voor de aanvullende verzekeringen (Duijmelinck, 2011), beperkt zijn, met uitzondering wellicht van de meest uitgebreide toppolissen. Gezien de aard van de verstrekkingen in de huidige aanvullende verzekeringen is de ruimte voor premiedifferentiatie vooral beperkt tot enige differentiatie naar leeftijd (Paolucci *et al.*, 2009). Premiedifferentiatie voor de basisplus-polissen is niet strijdig met de door de regering gewenste solidariteit omdat de regering bij herhaling heeft gesteld dat in de aanvullende verzekeringen alleen die voorzieningen zitten waarvan de regering vindt dat die voor eigen rekening en verantwoording van de burger kunnen komen (Ministerie van VWS, 2008).

#### *Aparte basispolis*

Een vierde en laatste onderdeel is dat een zorgverzekeraar verplicht is een aparte basispolis aan te bieden met uitsluitend het basispakket. Dit garandeert dat het wettelijk verplichte basispakket beschikbaar blijft zonder ongewenste aanvullingen. Daarnaast bevordert het transparantie op de verzekeringsmarkt, omdat de premie van de basispolis van alle zorgverzekeraars onderling gemakkelijk vergeleken kan worden. Daarnaast mogen zorgverzekeraars desgewenst basisplus-polissen aanbieden.

#### **Gevolgen**

Wijziging van de Zorgverzekeringswet langs de genoemde vier lijnen biedt een effectieve oplossing voor het probleem dat veel mensen niet van zorgverzekeraar switchen omdat zij denken dat hun huidige zorgverzekeraar hen gunstiger behandelt dan andere zorgverzekeraars. Immers, iedere zorgverzekeraar moet dan iedereen accepteren, zowel voor de basispolis als voor elke basisplus-polis, en moet dezelfde premie vragen aan zowel oude als nieuwe verzekerden in dezelfde premierisicogroep. Ouderen en chronisch zieken kunnen dan ook kiezen voor de zorgverzekeraar die het meest tegemoetkomt aan hun wensen. Hiermee is een belangrijke belemmering voor effectieve concurrentie op de verzekeringsmarkt weggenomen. De voorgestelde wijziging van de Zorgverzekeringswet is in lijn met Europese regelgeving omdat het de verzekeraars geen enkele beperking in hun bedrijfsvoering oplegt, maar uitsluitend nieuwe mogelijkheden biedt. Omdat basisplus-polissen voordelen bieden voor zowel consumenten als zorgverzekeraars, mag verwacht worden dat verzekeraars inderdaad basisplus-polissen op de markt zullen brengen en niet langer afzonderlijke aanvullende verzekeringen zullen aanbieden. Voor de verzekeraars zijn basisplus-polissen aantrekkelijk, omdat zij aansluiten bij de huidige praktijk waarin de verzekeraars op allerlei wijzen al een koppeling aanbrengen tussen basis- en aanvullende verzeke-

ringen (Roos en Schut, 2008). Een belangrijk voordeel voor de consument is de zekerheid dat men geaccepteerd zal worden, zonder de rompslomp van gezondheidsverklaringen en wekenlang wachten om te horen of men is geaccepteerd. Ook kunnen de verminderde administratiekosten leiden tot een verlaging van de premies. Deze voordelen zullen leiden tot consumentenvraag naar basisplus-polissen. De opgelegde acceptatieplicht is nauwelijks een belemmering om basisplus-polissen aan te bieden omdat in de praktijk nauwelijks verzekerden worden geweigerd voor aanvullende verzekeringen, behalve voor enkele toppakketten. Uitsluitend voor de toppakketten, in het bijzonder de tandheelkundige topverzekeringen, zullen verzekeraars wellicht aparte polissen blijven aanbieden met een selectief acceptatiebeleid. Maar voor deze polissen ligt koppelverkoop met de basisverzekering niet voor de hand, zodat dergelijke toppolissen geen belemmering vormen om van zorgverzekeraar te wisselen.

#### **Conclusie**

Ruim de helft van de mensen met een slechte of matige gezondheid en een derde van de 55-plussers verwacht dat hun huidige zorgverzekeraar voor het afsluiten van de aanvullende verzekering voor volgend jaar gunstigere voorwaarden hanteert dan andere verzekeraars. Vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekeringen leidt dit tot een ernstige beperking van de concurrentie op de markt voor de basispolissen. Als ouderen en chronisch zieken die ontevreden zijn met de kwaliteit van de door hun zorgverzekeraar ingekochte zorg niet van zorgverzekeraar veranderen, kan dit op termijn leiden tot een lagere kwaliteit van zorg voor hen. Als we ervan uitgaan dat het basispakket de komende jaren verder zal worden beperkt, zal dit probleem verder toenemen. Door het samenvoegen van de basis- en aanvullende verzekering, met een acceptatieplicht voor alle basisplus-polissen, ontstaat meer keuzevrijheid en concurrentie. Deze oplossing sluit naadloos aan bij de huidige praktijk van koppelverkoop tussen basis- en aanvullende verzekeringen.

#### **LITERATUUR**

- Boonen, L.H.H.M., T. Laske-Aldershof en F.T. Schut (2011) Kiezen verzekerden voor kwalitatief betere zorgverzekeraar? *TSG*, 89(7), 380–387.
- Duijmelinck, D.M.I.D. (2011) *Supplementary health insurance: a restriction of the free choice of insurer for the basic health insurance*. Masterscriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ministerie van VWS (2008) *Maatregelen tegenaan koppelverkoop aanvullende zorgverzekering*. Brief aan de Consumentenbond. Kenmerk Z/M-2870704, 11 augustus.
- Paolucci, F., F. Prinsze, P.J.A. Stam en W.P.M.M. van de Ven (2009) The potential premium range of risk-rating in competitive markets for supplementary health insurance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(3), 243–258.
- Roos, A.F. en F.T. Schut (2008) Risico's van koppeling basis- en aanvullende verzekering. *ESB*, 93(4548), 710–713.
- Roos, A.F. en F.T. Schut (2009) *Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Roos, A.F. en F.T. Schut (2010) *Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands*. Paper op [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com), 23 september.
- Stam, P. en W.P.M.M. van de Ven (2008) De harde kern in de risicoverevening. *ESB*, 93(4548), 104–107.
- Vektis (2011) *Zorgthermometer. Verzekerden in beweging 2011*. Zeist: Vektis.
- Ven, W.P.M.M. van de (2011) Risicoverevening nog niet op orde. *ESB*, 96(4607), 221.
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (2010) Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPE Digitaal*, 4(1), 1–24.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen en R.D. Friele (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.