



## Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief

**Auteur(s):**

Schut, F.T.

*Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Met dank aan Wolter Hassink, Piet Stam, René van Vliet en Wynand van de Ven voor commentaar***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4296, pagina 172, 23 februari 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

*Prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen is nog weinig effectief omdat verzekerden nauwelijks gevoelig blijken voor premieverschillen. Om de marktwerking tussen ziekenfondsen te vergroten, heeft de SER voorgesteld de ziekenfondspremie volledig te nominaliseren. Aangezien de relatieve premieverschillen hierdoor afnemen, zal dit echter niet het beoogde resultaat opleveren. Een hoger financieel risico voor ziekenfondsen en een verlaging van de zoekkosten voor verzekerden zijn effectievere methoden om prijsconcurrentie te stimuleren.*

**In december 2000 werd in de Sociaal Economische Raad (ser) een historisch akkoord bereikt over de invoering van een basisverzekering in de gezondheidszorg<sup>1</sup>. Prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars is een van de hoekstenen van de beoogde basisverzekering. Onderlinge concurrentie moet zorgverzekeraars aansporen om voor hun verzekerden goede en doelmatige zorg in te kopen.**

In navolging van het advies van de Commissie Dekker is in de ziekenfondssector reeds een aanvang gemaakt met de invoering van gereguleerde concurrentie. Om prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen mogelijk te maken, moeten ziekenfondsen voor de dekking van circa tien procent van hun uitgaven een nominale premie bij hun verzekerden in rekening brengen. De overige negentig procent wordt bekostigd via inkomensafhankelijke premies. Sinds 1992 mogen ziekenfondsen buiten hun oorspronkelijke regionale werkgebieden verzekerden werven en worden nieuwe ziekenfondsen tot de markt toegelaten. Daarnaast kunnen ziekenfondsverzekerden vanaf 1997, ongeacht hun gezondheidstoestand, eenmaal per jaar van ziekenfonds veranderen. Tenslotte is het financieel risico voor ziekenfondsen stapsgewijs verhoogd van drie procent in 1995 tot 35 procent in 2000.

Met de toename van het financiële risico namen ook de verschillen in nominale premie toe omdat ziekenfondsen hun uiteenlopende financiële resultaten voor een steeds groter gedeelte moesten compenseren via de hoogte van hun nominale premies. In 1995 waren de nominale premies bij alle ziekenfondsen nog gelijk (*f* 195). Sindsdien zijn echter de premieverschillen fors toegenomen. Zo is het goedkoopste ziekenfonds in 2001 met een nominale premie van *f* 291 per volwassene ruim veertig procent voordeliger dan het duurste ziekenfonds (*f* 492). De toenemende premiedifferentiatie tussen ziekenfondsen wordt door sommigen beschouwd als een indicatie voor effectieve prijsconcurrentie. Maar omdat het gaat om een betrekkelijk homogeen product - de wettelijk vastgestelde verzekeringsdekking waar de nominale premie betrekking op heeft is namelijk bij alle ziekenfondsen identiek - zou effectieve prijsconcurrentie op termijn juist moeten leiden tot minimale premieverschillen. Immers, wanneer verzekerden in grote getale overstappen naar de goedkoopste ziekenfondsen, zullen de duurdere ziekenfondsen genoodzaakt zijn hun premies te verlagen.

Centraal in dit artikel, staat de vraag of er sprake is van effectieve prijsconcurrentie tussen ziekenfondsen. Daartoe wordt eerst onderzocht in hoeverre verzekerden gevoelig zijn voor premieverschillen tussen ziekenfondsen. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre concurrentie van invloed is op de financiële resultaten en het prijszettingsgedrag van ziekenfondsen.

### Ontwikkeling prijselasticiteit

In de eerste jaren na het ontstaan van premiedifferentiatie en keuzevrijheid bleek dat ziekenfondsverzekerden inderdaad enigszins gevoelig waren voor verschillen in nominale premie. De prijselasticiteit van het marktaandeel van ziekenfondsen over de jaren 1996-1997 werd geschat op circa -0,2<sup>2</sup>.

Een tekortkoming van deze schattingen is dat zij geen rekening houden met de invloed van de aanvullende ziekenfondsverzekering. Ongeveer 95 procent van de ziekenfondsverzekerden heeft naast de verplichte verzekering ook een aanvullende verzekering afgesloten. De meeste ziekenfondsen bieden de aanvullende verzekering alleen aan in combinatie met de verplichte verzekering. Behalve door de hoogte van de nominale premie voor de verplichte verzekering wordt de keuze van de ziekenfondsverzekerde dus waarschijnlijk ook bepaald door de premie en het pakket van de aanvullende verzekering. De koppelverkoop van verplichte en aanvullende verzekeringen zou de mobiliteit van verzekerden kunnen belemmeren omdat ziekenfondsen voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht hebben en de looptijden van beide verzekeringen kunnen verschillen.

De prijselasticiteit zou bovendien overschat kunnen zijn door de simultane invoering van keuzevrijheid en eigen bijdragen in 1997. In reactie op de invoering van eigen bijdragen verlaagden sommige ziekenfondsen hun premies veel sterker dan andere, waardoor de premieverschillen fors toenamen. Door dit eenmalig schokeffect zouden verzekerden extra kunnen zijn aangezet om hun ziekenfondskeuze te heroverwegen.

Aan de andere kant is het aannemelijk dat ziekenfondsverzekerden in de loop der jaren meer gewend raken aan de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen en beter op de hoogte zijn van de onderlinge verschillen. Wanneer een dergelijk leereffect optreedt, zou de prijselasticiteit op termijn moeten toenemen.

### Prijsgevoeligheid bij vrijwillige keuze

Een belangrijke vraag is derhalve of de prijsgevoeligheid van verzekerden sinds de beginjaren is toe- of afgenomen. Hiertoe is onderzocht in hoeverre het marktaandeel van alle 25 ziekenfondsen die gedurende de periode 1996-2000 actief waren, is veranderd als gevolg van veranderingen in de nominale en aanvullende ziekenfondspremie <sup>3</sup>.

Omdat veel ziekenfondsen diverse aanvullende verzekeringen aanbieden, is gekozen voor de premie van het meest gekozen aanvullende pakket, inclusief een basisvergoeding voor tandheelkunde en fysiotherapie.

Het marktaandeel en de premies zijn logaritmisch getransformeerd zodat de coëfficiënten van de premievariabelen direct zijn te interpreteren als prijselasticiteiten. Met de invloed van ziekenfondsspecifieke kenmerken is rekening gehouden door middel van een dummyvariabele per ziekenfonds en met de invloed van jaarspecifieke omstandigheden (zoals inflatie en eigen bijdragen) door middel van jaardummies. De aldus geschatte prijselasticiteiten zijn weergegeven in [tabel 1](#).

**Tabel 1. Schatting prijselasticiteiten van keuze voor 25 ziekenfondsen, na controle voor ziekenfondsspecifieke verschillen en jaarspecifieke omstandigheden ('fixed effects'). N betreft het aantal waarnemingen en wordt gevormd door het aantal waargenomen ziekenfondsen, vermenigvuldigd met het aantal jaren waarin deze zijn waargenomen**

	1996-1997 (N=50)	1996-1999 (N=100)	1996-2000 <sup>b</sup> (N=125)
elasticiteit nominale premie	-0,21 (-2,07) <sup>a</sup> *	0,10 (0,25)	0,001 (0,004)
elasticiteit aanvullende premie	-0,78 (-1,33)	-0,72 (-2,63) *	-0,55 (-2,51) *
elasticiteit totale premie	-0,31 (-1,96) **	-0,61 (-1,35)	-0,63 (-1,64) **

a. t-waarden tussen haakjes.

b. Marktaandeel ziekenfondsen in 2000 exclusief zelfstandigen.

\* significant op 5% niveau; \*\* significant op 10% niveau.

Uit tabel 1 blijkt dat er over de periode 1996-2000 geen sprake is van een significant van nul verschillende prijselasticiteit voor de verplichte verzekering. Kennelijk zijn ziekenfondsverzekerden niet of nauwelijks gevoelig voor verschillen in nominale premie. De geschatte prijselasticiteit in de beginjaren is vergelijkbaar met die in eerdere studies. De grotere prijsgevoeligheid in de beginperiode lijkt dus primair veroorzaakt door de invoering van keuzevrijheid en eigen bijdragen in 1997. In tegenstelling tot de verwachting is er geen sprake van een aantoonbaar leereffect: de prijsgevoeligheid neemt in de loop der jaren niet toe.

Daarentegen is de prijselasticiteit van de aanvullende verzekeringen over de periode 1996-2000 wel significant, al is hier wegens dekkingsverschillen geen sprake van een zuivere prijselasticiteit. Blijkbaar kijken verzekerden bij het overstappen naar een ander ziekenfonds primair naar de premie en dekking van de aanvullende verzekering. Gelet op het belang dat verzekerden hechten aan de aanvullende verzekering kan de koppelverkoop met de verplichte verzekering belemmerend werken op de mobiliteit van verzekerden, vanwege het ontbreken van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering en de soms verschillende looptijd van beide verzekeringen.

Tenslotte is ook het effect van de totale premie op het marktaandeel geschat. De nauwelijks significante prijselasticiteit geeft aan dat de totale premie van minder belang is voor het keuzegedrag dan de aanvullende premie <sup>4</sup>.

### Prijsgevoeligheid bij gedwongen keuze

Met ingang van 2000 moesten circa 380.000 zelfstandigen verplicht toetreden tot de ziekenfondsverzekering. Zij werden dus gedwongen om te kiezen voor een ziekenfonds. Een interessante vraag is in hoeverre bij deze bewuste ziekenfondskeuze premieverschillen een rol hebben gespeeld. Hiertoe is geschat in hoeverre premies en andere mogelijk relevante factoren van invloed zijn geweest op de verdeling van zelfstandigen over de ziekenfondsen. Andere mogelijk relevante keuzefactoren zijn de omvang van het ziekenfonds (als indicator voor naamsbekendheid en de kans dat reeds andere gezinsleden bij dat ziekenfonds verzekerd zijn), of het ziekenfonds onderdeel uitmaakt van een grote particuliere verzekeraar (waar zelfstandigen wellicht al andere verzekeringen hebben ondergebracht) en of het ziekenfonds zich in haar wervingsbeleid richt op specifieke doelgroepen (zoals een sterk regionale of religieuze oriëntatie). De schattingsresultaten zijn samengevat in [tabel 2](#).

**Tabel 2. Schatting prijselasticiteit en invloed andere factoren op de ziekenfondskeuze door zelfstandigen in 2000 (kleinste kwadraten, 25 ziekenfondsen. Premies en aantallen verzekerden zijn logaritmisch getransformeerd zodat coëfficiënten als prijselasticiteit kunnen worden geïnterpreteerd**

	geschatte coëfficiënt (t-waarden tussen haakjes)
nominale premie (ln)	-4,28 (-2,94) *
aanvullende premie (ln)	0,16 (0,34)

totale premie (ln)			-2,03 (-2,12) *
aantal verzekerden in 1999 (ln)	0,23 (3,88) *		0,22 (3,48) *
grote particuliere verzekeraar	1,17 (4,05) *	1,17 (3,72) *	
beperkte doelgroep	-0,57 (-1,75) **		-0,63 (-1,76) **
constante	31,0 (3,89) *		19,1 (3,07) *
R <sup>2</sup>	0,77		0,71

\* significant op 5% niveau; \*\* significant op 10% niveau.

Uit de schattingsresultaten blijkt dat de zelfstandigen zich bij de keuze voor een ziekenfonds in sterke mate hebben laten leiden door de hoogte van de nominale premie. De geschatte prijselasticiteit van -4,3 impliceert dat een 25 gulden hogere dan gemiddelde nominale jaarpremie *ceteris paribus* gepaard ging met een aanwas van 4500 minder zelfstandigen dan het gemiddelde van ruim 15.000. In tegenstelling tot verzekerden met een vrijwillige keuze, blijkt de aanvullende premie voor zelfstandigen geen rol te spelen. Mogelijk hebben weinig zelfstandigen een aanvullende verzekering afgesloten.

Zoals verwacht zijn ook de omvang van het ziekenfonds en de binding met een grote particuliere schadeverzekeraar van positieve invloed op de keuze van zelfstandigen, terwijl ziekenfondsen die zich richten op bepaalde doelgroepen duidelijk minder in trek zijn.

### Financiële resultaten

Door de geringe prijsgevoeligheid van verzekerden is het voor ziekenfondsen winstgevend om de premies te verhogen. Bij een prijselasticiteit van nul voor de verplichte verzekering kan de nominale premie immers worden verhoogd zonder dat verzekerden weglopen. Elke gulden premieverhoging is dus winst.

Bij de aanvullende verzekering leidt een premieverhoging van twintig gulden (circa tien procent ten opzichte van het gemiddelde) voor een ziekenfonds met een gemiddeld aantal verzekerden (400.000) tot een winst van circa 6,5 miljoen gulden in het eerstvolgende jaar.

Op de aanvullende verzekeringen hebben ziekenfondsen over de periode 1996-1999 een gemiddeld positief resultaat (voor rente) geboekt van ruim acht procent per jaar<sup>5</sup>. Met betrekking tot de verplichte verzekering is het totale eigen vermogen van de ziekenfondsen toegenomen van 1,4 miljard gulden in 1995 tot ruim 2,5 miljard gulden in 1999<sup>6</sup>. Daarmee lag het totale eigen vermogen ver boven de in 1999 verplichte minimale solvabiliteitsmarge van circa 1,1 miljard gulden.

Omdat de groeiende reserves onvoldoende door prijsconcurrentie worden afgeroomd, heeft de overheid de wettelijke ziekenfondsreserve met ingang van 2001 gebonden aan een bepaald maximum<sup>7</sup>. Wanneer de reserve deze maximumgrens overschrijdt, moet het ziekenfonds het surplus binnen vier weken terugstorten in de Algemene Kas van het College voor Zorgverzekeringen.

Uit de jaarverslagen van ziekenfondsen over 1999 blijkt dat de wettelijke reserves zeer sterk uiteenlopen. tabel 3 wijst uit dat vier ziekenfondsen al in 1999 een wettelijke reserve hadden die de thans ingevoerde maximumgrens dicht benaderde of overschreed (bij één ziekenfonds). Daarentegen hadden twee ziekenfondsen in 1999 zelfs een negatieve wettelijke reserve.

**Tabel 3. Verband tussen wettelijke reserve, nominale premie en solvabiliteit**

categorieën	aantal ziekenfondsen per categorie	gemiddelde nominale premie per categorie		gemiddelde solvabiliteitsratio per categorie <sub>p</sub> in 1999
		2000	2001	
wettelijke reserve- ratio in 1999 <sub>a</sub> :				
<0	2	477	456	2,1
0-1	6	443	394	1,3
1-2		402	340	2,1
>2	4	381	298	3,3
nieuw ziekenfonds <sub>c</sub>	8	416	368	nvt
totaal	27	419	363	2,3

a. Wettelijke reserveratio = reserve ZFW/verplichte solvabiliteitsmarge in eindsituatie ziekenfonds budgettering; vanaf 2001 mag deze ratio maximaal 2,5 zijn.

b. Solvabiliteitsratio = eigen vermogen/verplichte solvabiliteitsmarge; deze ratio moet minimaal 1,0 zijn mits de solvabiliteitsmarge minimaal f 1,1 miljoen bedraagt.

c. Nieuwe, na 1992 opgerichte, ziekenfondsen vormen een aparte categorie omdat hun eigen vermogen nog in opbouw is.

Ziekenfondsen die met hun reserves tegen de bovengrens aanzitten, zullen hun nominale premies moeten verlagen (of hun uitgaven moeten verhogen) om te voorkomen dat ze reserves moeten terugstorten. Aangezien het wetsvoorstel voor maximering van de ziekenfondsreserves al dateert van begin 1999, is het waarschijnlijk dat ziekenfondsen daarmee in hun premiestelling al enige jaren rekening houden. Uit tabel 3 blijkt inderdaad dat de nominale premie in 2000 en 2001 sterk afneemt met de hoogte van de wettelijke reserves. De correlatie (R<sup>2</sup>) tussen de nominale premie en de wettelijke reserveratio is bijzonder hoog: -0,73 in 2000 en -0,77 in 2001.

De premiestelling van ziekenfondsen lijkt dus veel sterker te worden beïnvloed door de wettelijke maximering van de reserves dan door concurrentieoverwegingen. Dit wordt nog eens bevestigd doordat ziekenfondsen met een negatieve wettelijke reserve, die dankzij forse

overige reserves een gunstige solvabiliteitsratio hebben, toch de hoogste nominale premie vragen. Hoewel zij voldoende ruimte hebben voor een lagere nominale premie voelen zij zich daar door de markt kennelijk niet toe gedwongen.

## Nominalisering de oplossing?

De conclusie is dat er van het keuzegedrag van verzekerden nauwelijks disciplinerende werking uitgaat op de premiestelling van ziekenfondsen. Daarmee is niet voldaan aan een cruciale basisvoorwaarde voor het welslagen van de stelselherziening. De vraag rijst dan hoe de prijsgevoeligheid van verzekerden kan worden bevorderd.

De SER, de Raad voor Volkgezondheid en Zorg (RVZ) en politieke partijen als de VVD, het CDA en D66 pleiten ervoor de thans nog grotendeels inkomensafhankelijke premie - die voor alle fondsen gelijk is - volledig te vervangen door een nominale premie om zo de concurrentie tussen zorgverzekeraars te vergroten. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit zal leiden tot effectievere prijsconcurrentie. Een volledige nominalisering van de premies zal immers niet leiden tot grotere absolute premieverschillen omdat de winsten of verliezen van een ziekenfonds ook nu al via de nominale premie moeten worden verdisconteerd. Juist bij de huidige beperkte nominale premie leiden zelfs beperkte absolute verschillen daarom tot grote relatieve verschillen. Bij een volledig nominale ziekenfondspremie zullen de huidige relatieve premieverschillen afnemen van maximaal veertig procent tot hooguit vijf procent terwijl de absolute premieverschillen gelijk blijven. Van een nominalisering van de ziekenfondspremie zal daarom wellicht zelfs een averechts effect op de prijsgevoeligheid uitgaan. Bovendien moeten volgens alle voorstellen de inkomenseffecten van de vervanging van de inkomensafhankelijke door een nominale premie fiscaal volledig worden gecompenseerd. De "ware kerstboom aan heffingskortingen" die hiervoor noodzakelijk is, maakt een volledige nominalisering van de ziekenfondspremie volgens staatssecretaris Bos duur en vrijwel onuitvoerbaar <sup>8</sup>.

Een effectievere manier om de prijsgevoeligheid van verzekerden te verhogen is een verlaging van de zoekkosten door het verbeteren van de voorlichting en het vereenvoudigen van het wisselen van zorgverzekeraar. In de Amerikaanse collectieve ziektekostenverzekering blijken verzekerden zeer prijsgevoelig bij een premieniveau dat vergelijkbaar is met de nominale ziekenfondspremie (doorgaans betalen Amerikaanse werknemers slechts tien tot twintig procent van de totale premie uit eigen zak) <sup>9</sup>. De reden voor de aanzienlijk hogere prijselasticiteit is gelegen in lagere zoekkosten. Amerikaanse werknemers moeten eens per jaar een keuze maken uit een lijst van alle, door hun werkgever geselecteerde, 'health plans' met een overzicht van de premies, eigen bijdragen, verstrekkingen, contracteerbeleid en in toenemende mate ook kwaliteitsscores. De keuze wordt dus door de werkgever sterk gefaciliteerd waardoor het zeer eenvoudig is om van verzekeraar te veranderen.

In Nederland zou de overheid verzekerden veel nadrukkelijker moeten informeren over de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen. Uit een onderzoek onder verzekerden van ziekenfonds DSW bleek dat slechts 36 procent van de verzekerden op de hoogte was van de mogelijkheid om nog twee maanden na wijziging van de nominale premie van ziekenfonds te veranderen <sup>10</sup>. Bovendien lijken de meeste verzekerden niet goed op de hoogte van de verschillen in nominale premie. Want terwijl maar liefst 85 procent van de respondenten aangaf bij een premievoordeel van meer dan honderd gulden per jaar van ziekenfonds te zullen veranderen, blijken dergelijke premieverschillen in de praktijk niet tot significante verschuivingen te leiden. Tenslotte wijst het keuzegedrag van zelfstandigen uit dat bij een meer bewuste keuze de premieverschillen wel degelijk een belangrijke rol kunnen spelen.

Naast een verlaging van de zoekkosten, kan prijsconcurrentie ook worden bevorderd door een vergroting van het financiële risico voor de ziekenfondsen. In Duitsland lopen ziekenfondsen honderd procent financieel risico en kunnen de verzekerden sinds 1996 jaarlijks van ziekenfonds veranderen. De premieverschillen tussen de verschillende ziekenfondsen kunnen daarbij oplopen tot zo'n 900 D-mark per verzekerde per jaar. Deze forse premieverschillen hebben tot enorme verschuivingen op de ziekenfondsmarkt geleid. Zo zijn de Allgemeine Ortskrankenkassen inmiddels 1,7 miljoen van hun ruim twintig miljoen verzekerden kwijtgeraakt, terwijl de Betriebskrankenkassen hun verzekerden met ruim één miljoen zagen stijgen tot circa 7,2 miljoen verzekerden <sup>11</sup>. De premieverschillen tussen de Duitse ziekenfondsen lijken echter voor een belangrijk deel te worden veroorzaakt door risicoverschillen tussen hun verzekerdenbestanden die onvoldoende worden gecompenseerd door het zeer grofmazige risicovereveningssysteem. Als gevolg daarvan is tussen de Duitse ziekenfondsen een ware "Jagd auf Gesunde" geopend <sup>12</sup>. Hoewel het Nederlandse normuitkeringensysteem beter is dan het Duitse risicovereveningssysteem, is ook in Nederland een verdere verbetering van het systeem noodzakelijk voordat het verantwoord is om het financiële risico voor de ziekenfondsen verder te verhogen <sup>13</sup>. Gelukkig onderschrijft ook de SER deze opvatting

---

1 SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, 2000.

2 W.H.J. Hassink, [Is er concurrentie tussen ziekenfondsen?](#), *ESB*, 14 augustus 1998, blz. 616-618; Ch. Kalshoven, *Ziektenfondsverzekeren: zit er beweging in?*, *Openbare Uitgaven*, 1999, blz. 40-47.

3 Gegevens over aantallen verzekerden per ziekenfonds zijn (geanonimiseerd) ter beschikking gesteld door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ). Premiegegevens zijn ontleend aan een vergelijkingsprogramma voor assurantiepersonen (Rolls) en aan informatie van ziekenfondsen zelf.

4 De geringere prijselasticiteit van de totale premie in de beginperiode kan worden verklaard door de veel sterkere invloed van de nominale premie in die periode. Bovendien is de correlatie tussen de nominale en aanvullende premie in de loop der tijd toegenomen (van 0,0 tot circa 0,3) waardoor beide elkaar in latere jaren gingen versterken.

5 Vektis, *Financiering van de zorg, 1997-1999*.

6 Gegevens over het eigen vermogen zijn ontleend aan de jaarverslagen van ziekenfondsen over 1999 en aan het rapport *Vermogensvorming bij instellingen op afstand van het rijk* van de Algemene Rekenkamer (Tweede Kamer 27066, nr. 2, 2000).

7 Het eigen vermogen van ziekenfondsen bestaat uit een reserve volgens de Ziektenfondswet en uit overige reserves. De reserve

Ziekendonswet mag maximaal 2,5 maal zo hoog zijn als de minimaal verplichte solvabiliteitsmarge in de beoogde eindsituatie van de ziekenfondsbudgettering.

**8** *Trouw*, 29 december 2000.

**9** A. Beeson Royalty en N. Solomon, Health plan choice: price elasticities in a managed competition setting, *Journal of Human Resources*, 1999, blz 1-41; T.C. Buchmueller en P.J. Feldstein, The effect of price on switching among health plans, *Journal of Health Economics*, 1997, blz. 231-247.

**10** M. Oudshoorn, *Stemmen met de voeten: op welke grond? Een onderzoek naar motieven van ziekenfondsverzekerden voor het veranderen van ziekenfonds*, afstudeerscriptie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2000.

**11** S. Gress, *Beitragssatzunterschiede und Mitgliederentwicklung in der GKV seit Einführung des Kassenwahlrechtes*, Universität Bremen, November 2000.

**12** Gesetzliche Krankenversicherung Wettbewerb verleitet Kassen zur Jagd auf Gesunde, *Süddeutsche Zeitung*, 7 september 2000.

**13** R.C.J.A. van Vliet, L.M. Lamers en W.P.M.M. van de Ven, [Doelmatigheid en solidariteit in de ziekenfondsmarkt](#), *ESB*, 28 januari 2000, blz. 64-67.