ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Arentz, Christine

Research Report

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006: Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen

WIP-Analyse, No. 1/2018

Provided in Cooperation with:
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Arentz, Christine (2018) : Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006: Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse, No. 1/2018, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/273202

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WIP
Wissenschaftliches
Institut der PKV

WIP-ANALYSE 1/2018

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006

Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen

Christine Arentz

März 2018

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

Inhalt

1. Einführung ... 2

2. Das niederländische Gesundheitssystem vor 2006 ... 3

3. Konvergenzschritte vor der Reform im Bereich der Krankenversicherung ... 5

4. Ausgestaltung der niederländischen Krankenversicherung (Zvw) ab 2006 ... 6

4.1 Ziele der Reform in der Krankenversicherung ... 6
4.2 Allgemeine Versicherungspflicht ... 7
4.3 Finanzierung der Gesundheitsausgaben ... 7
4.4 Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen ... 10
4.5 Versorgungsverträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern ... 12
4.6 Hausarztzentrierung ... 13
4.7 Die Rolle des Staates ... 13
4.8 Die Rolle der Zusatzversicherungen ... 13

5. Wurden die Ziele erreicht? ... 16

5.1 Wettbewerbssituation nach der Reform ... 16
5.2 Analyse der Kostenentwicklung ... 18
5.3 Entwicklung der finanziellen Belastungen ... 23
5.4 Solidarität ... 25

6. Fazit ... 27

Literaturverzeichnis ... 28
WIP-Veröffentlichungen seit 2012 ... 30

1. Einführung

In den Niederlanden ist das Gesundheitssystem im letzten Jahrzehnt großen Strukturveränderungen unterworfen worden. 2006 wurde das vormals duale System aus einer gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in ein einheitliches Krankenversicherungssystem überführt. In 2015 wurde zudem eine größere Umstrukturierung der Pflegeversicherung vorgenommen, weil sich abzeichnete, dass dieses System angesichts der großzügigen Ausgestaltung, dem Fokus auf stationärer Versorgung und der demografischen Veränderungen langfristig nicht finanzierbar sein würde.

Der Fokus dieser Arbeit soll auf der Reform der Krankenversicherung liegen, da seit ihrer Einführung ausreichend Zeit verstrichen ist, um eine Zwischenbilanz zu ziehen. Der Erfolg der Reform soll hier an den von der niederländischen Regierung ursprünglich gesetzten Zielen gemessen werden. Hierbei werden vor allem die Auswirkungen der Reform auf die Finanzierungs- und Wettbewerbssituation in der Krankenversicherung sowie die Folgen für die im System angestrebte Solidarität zwischen gesundheitlich und ökonomisch besser gestellten und weniger gut gestellten Bürgern betrachtet.

Outcome- bzw. Qualitätsaspekte des Gesundheitssystems werden in dieser Arbeit nicht eingehend betrachtet, weil es deutlich schwieriger ist, direkte Auswirkungen der Reform abzuleiten. In den Niederlanden dauert die Diskussion um verlässliche Qualitätsindikatoren an, die Voraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb in der Versorgung sind.

In einem ersten Schritt wird erläutert, wie das niederländische Gesundheitssystem vor der Reform funktionierte und welche Probleme vorherrschten. Darauf aufbauend werden die Hauptziele und Kernelemente der Krankenversicherungsreform vorgestellt und ihre Auswirkungen vor allem im Hinblick auf die Kosten- und Beitragsentwicklung im Betrachtungszeit-raum von 2006 bis 2017 dargestellt. In einem abschließenden Kapitel wird erläutert, inwiefern die niederländische Gesundheitsreform die gesetzten Ziele erreicht hat.

2. Das niederländische Gesundheitssystem vor 2006

Bis 1941 hatten die Niederlande ein rein privates Krankenversicherungssystem.[1] Die Krankenversicherungen waren meist als Verein auf Gegenseitigkeit konzipiert und boten Leistungen im Sachleistungsprinzip gegen eine Prämienzahlung an. Erster Ansprechpartner für die Versicherten war schon damals der Hausarzt und wie auch heute, konnten Patienten den Facharzt nur mit hausärztlicher Überweisung aufsuchen. Die Prämienhöhe der Krankenversicherungen war so gestaltet, dass sich diese auch Menschen mit geringem Einkommen leisten konnten, sie unterschied zudem nicht zwischen Jung und Alt oder Gesund und Krank. Die Ärztevergütung war moderat. Im Gegenzug forderten die Ärzte aber, dass Besserverdiener die Ärztehonorare selbst bezahlen und nicht in der Krankenversicherung versichert sein sollten. So entstand die sog. Wohlstandsgrenze, ab der Menschen mit höherem Einkommen die Krankenversicherung verlassen mussten.

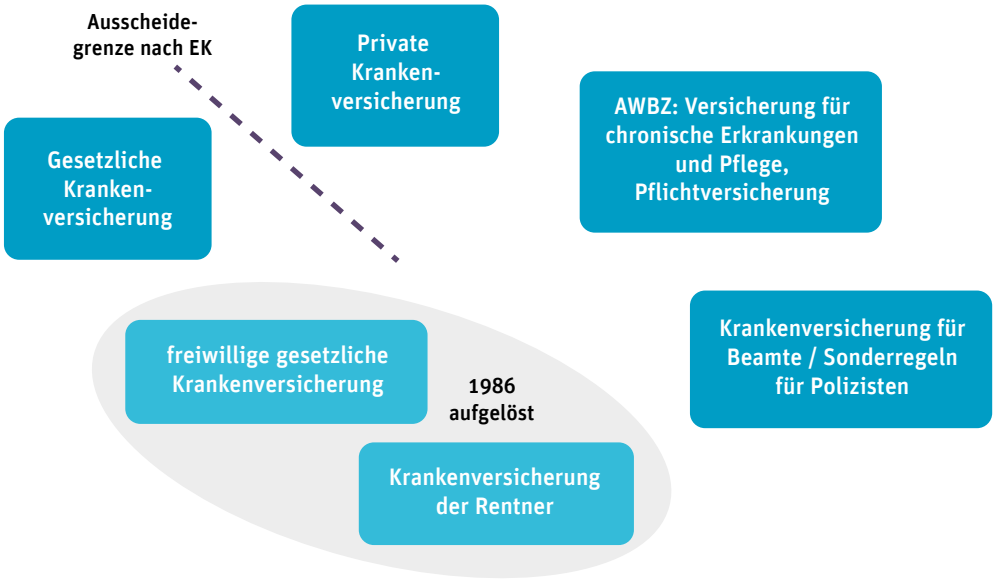
Im Zuge der deutschen Besatzung bekam die Krankenversicherung einen öffentlich-rechtlichen Charakter mit der Pflicht zur Versicherung für Arbeitnehmer unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze. Zudem war es möglich, sich freiwillig in dieser gesetzlichen Versicherung zu versichern. Die Krankenversicherungen blieben zwar privatrechtlich organisiert, mussten aber durch den Staat für die Pflichtversicherung zugelassen werden. So entstand eine Versicherungsaufsicht. Die Beiträge der Pflichtversicherung wurden einkommensabhängig ausgestaltet, für die freiwillig Versicherten blieb die Pauschalprämie erhalten. In den 1950er Jahren kam noch eine Krankenversicherung für Rentner mit niedrigem Einkommen hinzu, denn die Pflichtversicherung endete in der Regel mit 65 Jahren und die Prämien der freiwilligen Versicherung waren für viele Rentner zu hoch.

Die Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner waren in Form von Pauschalprämien ausgestaltet, die nach Einkommen gestaffelt und nicht kostendeckend waren. Die fehlenden Mittel wurden durch Steuern und der Pflichtversicherung gedeckt, die einen bestimmten Beitrag an die Krankenversicherung der Rentner abgeben musste.

Neben diesen Versicherungszweigen entstand eine private Krankenversicherung für all diejenigen, die nicht in den Bereich der Pflichtversicherung fielen. Diese privaten Versicherungen waren frei in ihrer Prämien- und Leistungsgestaltung. Auch für Beamte gab es eine eigene Versicherung, die auf Kostenerstattung beruhte. Die Beamten mussten hierfür die Hälfte der Prämie einer freiwilligen Versicherung bezahlen. Auch für Polizisten bestanden Sonderregeln.

1 Folgende Ausführungen basieren auf Wille u.a. (2012), S. 195 ff.

Abb. 1: Das niederländische Gesundheitssystem vor 2006



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Wille u.a. (2012).

Ende der 1960er Jahre entstand zudem die Versicherung gegen schwerwiegende medizinische Risiken (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ), die für alle Niederländer verpflichtend war und mit einkommensabhängigen Beiträgen finanziert wurde. Der Leistungskatalog umfasste langfristige stationäre Aufenthalte sowie die Betreuung in einem Pflegeheim oder einen Platz in einem Heim für behinderte Menschen. Diese Versicherung folgte der Krankenversicherung, d.h. jeder musste bei seiner Krankenversicherung auch eine AWBZ-Versicherung abschließen.

Die freiwillige gesetzliche Versicherung wurde 1986 geschlossen. Sie hatte unter Selektionseffekten zu leiden: Private Versicherungen konnten jungen freiwillig Versicherten attraktivere Prämien bieten, ältere Versicherte wurden dagegen nur bei hohen Prämien aufgenommen. Alterungsrückstellungen wurden in der Privaten Krankenversicherung nicht gebildet. Sie arbeitete im sog. kohortenspezifischen Umlageverfahren, so dass jede Alterskohorte für ihre Kosten aufkam.[2] Dies ging daher zwangsläufig mit steigenden Prämien im Alter einher. Aufgrund der Selektionsprozesse verschlechterte sich das Risikoprofil der gesetzlichen Versicherung, wodurch hohe Defizite entstanden, die zu deren Schließung führte. Auch die Krankenversicherung der Rentner wurde abgeschafft.

Alle bisher freiwillig Versicherten mussten sich gesetzlich oder privat versichern. Gleichzeitig wurde die private Versicherung reguliert: Sie musste neben ihren eigenen Tarifen einen Standardtarif zu staatlich gesetzten Konditionen anbieten, was sowohl die Leistungen als auch die Prämiengestaltung betraf. Diesen Tarif musste sie folgenden Personenkreisen anbieten: ehemals freiwillig gesetzlich Versicherten (auch Rentnern), ehemals Pflichtversicherten bei Überschreiten der Einkommensgrenze sowie aus dem Ausland kommenden Personen. Die staatlich festgesetzte Prämie für den Standardtarif war nicht kostendeckend. Die dadurch entstehenden Fehlbeträge mussten von den anderen Privatversicherten über einen Prämienzuschlag (sog. WTZ-Zuschlag) finanziert werden. Zudem mussten die Privatversicherten eine Solidaritätsabgabe für die gesetzliche Krankenversicherung zahlen, um den höheren Anteil der älteren Versicherten im gesetzlichen Zweig mitzufinanzieren (sog. MOOZ-Zuschlag).

2 Vgl. Greß u.a. (2006), S. 8.

3. Konvergenzschritte vor der Reform im Bereich der Krankenversicherung

Die Ausgestaltung der Krankenversicherung war lange Gegenstand der öffentlichen Diskussion, insbesondere auch wegen der Ungleichbehandlung von Individuen mit ähnlichem Einkommen – diese mussten aufgrund der zwangsweisen Zuordnung zum privaten bzw. gesetzlichen Zweig sehr unterschiedliche Beitragslasten tragen. In den achtziger Jahren wuchs im Zuge einer Wirtschaftskrise die Unzufriedenheit mit dem stark staatlich gelenkten System. Die Krankenversicherungen forderten mehr Spielräume in der Versorgung über selektive Verträge mit Leistungserbringern.[3] Für eine grundlegende Reform fehlte jedoch lange der politische Wille, obwohl mit dem Bericht der sog. Dekker-Kommission schon 1987 eine Blaupause für die spätere Reform vorlag. Der Reform von 2006 gingen aber einige wesentliche Schritte voraus, die zu einer starken Angleichung der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung führten.

Zum einen wurde die unterschiedliche Vergütung im gesetzlichen und im privaten Zweig schrittweise angeglichen. Bis 1982 verhandelten die Krankenkassen mit den Leistungserbringern die Vergütung auf nationaler Ebene. Für privat abgerechnete Leistungen konnten Ärzte ihre Preise selbst festlegen, so dass die Vergütung für Privatversicherte deutlich höher ausfiel als für gesetzlich Versicherte. Per Gesetz wurde dann in den 1980er Jahren für die Privatversicherungen die Möglichkeit geschaffen, mit den Leistungserbringern Gebührensätze zu vereinbaren. Kam keine Einigung zustande, wurden diese zentral von einer Behörde festgelegt, die auch die Abschlüsse zwischen Versicherungen und Ärzten prüfte und genehmigen musste. Die Behörde nutzte ihren Einfluss, um die Vergütungen im gesetzlichen und privaten Teil stark anzugleichen. Dadurch ging die Subventionierung der gesetzlich Versicherten durch Privatversicherte zurück.[4]

In den 1990er Jahren wurden zudem die Barrieren für eine stärkere Zusammenarbeit zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungen abgeschafft, so dass Konzerne entstanden, die beide Versicherungszweige sowie die private Zusatzversicherung unter einem Dach vereinigten.[5]

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wurde darüber hinaus 1992 die Wahlfreiheit zwischen den Versicherungen eingeführt. Der einkommensabhängige Beitrag floss in einen Fonds, der nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbstätigkeit und Region die Mittel an die Versicherungen verteilten. Der einkommensabhängige Beitrag war nicht kostendeckend, das Defizit musste über Pauschalprämien gedeckt werden, die für alle Versicherten einer Kasse gleich sein mussten. Gleichzeitig wurden die öffentlichen Krankenkassen verpflichtet, Reserven aufzubauen, um das wirtschaftliche Risiko, das sie eingingen, abzufedern. Diese Vorgabe hatten die privaten Versicherungen schon immer erfüllen müssen. Zudem bestand für die gesetzlichen Versicherungen kein Kontrahierungszwang mehr mit den Leistungserbringern, sie mussten also nicht mit allen Versorgungsverträge schließen. Darüber hinaus wurde das Kartellrecht auch für gesetzliche Krankenversicherungen eingeführt.[6]

3 Vgl. Wille u.a. (2012), S. 205ff.

4 Vgl. Wille u.a. (2012), S. 202.

5 Vgl. Wille u.a. (2012), S. 210.

6 Vgl. Wille u.a. (2012), S. 211-212.

4. Ausgestaltung der niederländischen Krankenversicherung (Zvw) ab 2006

In 2006 wurde mit einem neuen Gesetzespaket (Zorgverzekeringswet (Zvw)) ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt geschaffen. Wichtige Konvergenzschritte in Richtung einheitliches System in der Krankenversicherung waren wie erläutert bereits gegangen worden. Zudem erleichterte die Finanzierungsweise der privaten Krankenversicherung das Aufgehen in einem einheitlichen System: Da die private Krankenversicherung in den Niederlanden keine Alterungsrückstellungen aufgebaut hatte, war es einfacher, die Finanzierungssystematiken der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu vereinheitlichen. Wettbewerbliche Elemente aus der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung, wie die freie Wahl der Versicherung sowie die Selektivvertragsgestaltung, wurden auch für das neue Krankenversicherungssystem übernommen.[7]

Das niederländische Gesundheitssystem als Ganzes beruht auch nach der Reform auf mehreren Säulen: Die Krankenversicherung (Zvw) für die Basis- und Akutversorgung und stationäre Aufenthalte unter einem Jahr, die ebenfalls für alle Bürger verpflichtende Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) für chronische Krankheiten, Langzeitpflege und stationäre Aufenthalte über einem Jahr, sowie freiwillige private Zusatzversicherungen, die Ergänzungstarife zum Basisschutz, vor allem in der Zahnmedizin und Physiotherapie anbieten. Seit 2007 werden zudem alle sozialen Hilfen rund um die Pflege sowie für Menschen mit sonstigen Teilhabeschwierigkeiten von den Gemeinden steuerfinanziert (WMO-Gesetzgebung).

In 2015 wurde zudem die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) grundlegend reformiert. Der Fokus der Versicherung liegt seitdem auf der Langzeitpflege, also auf Versicherten, die eine 24-Stunden-Betreuung zuhause oder in einer Pflegeeinrichtung benötigen. Die ambulante Pflege wurde der Krankenversicherung übertragen, während die Haushaltshilfen und sozialen Hilfen für Menschen mit Teilhabeschwierigkeiten weiterhin von den Gemeinden unter der WMO-Gesetzgebung getragen werden. Die Betreuung von Jugendlichen mit mentalen und/oder familiären Schwierigkeiten wurde ebenfalls in einem eigenen Gesetz verankert und den Kommunen übertragen. Diese Leistungen werden ebenfalls steuerfinanziert.[8]

Im Folgenden soll der Fokus auf der Ausgestaltung der Krankenversicherung (Zvw) liegen. Die Pflegeversicherung wird nicht ausführlich behandelt, sondern nur da gestreift, wo sie für die Erklärung von Entwicklungen im Gesundheitswesen von Bedeutung ist.

4.1 Ziele der Reform in der Krankenversicherung

Die Reform von 2006 in der Krankenversicherung hatte folgende Kernanliegen:

- **Solidarität:** Alle Bürger sollten in einem einheitlichen System zu gleichen Bedingungen versichert und der langfristige Zugang aller Versicherten zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen gewährleistet werden.
- **Effizienz durch mehr Wettbewerb:** Das System sollte zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung führen. Die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen Versicherungen bei gleichzeitig mehr Freiheit der Versicherer in der Versorgung sollte die Versicherungen und Leistungserbringer dazu bringen, eine hochwertige Versorgung günstig anzubieten.

7 Vgl. untenstehende Ausführungen.

8 Zur Übersicht der einzelnen Reformschritte siehe auch WHO/Regional Office for Europe (2016).

- **Selbstverantwortung:** Durch Selbstbehalte sollten die Versicherten zu einer verantwortungsbewussten Nutzung der Leistungen angehalten werden
- **Kostendämpfung:** Insgesamt sollten die auf Wettbewerb und Eigenverantwortung ausgerichteten Maßnahmen damit die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dämpfen und die langfristige Finanzierbarkeit garantieren.
- **Weniger Staat:** Gleichzeitig sollte der staatliche Einfluss zurückgedrängt werden.[9]

4.2 Allgemeine Versicherungspflicht

Um das Solidaritätsziel zu erreichen, wurde eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger bei privat agierenden Versicherungsunternehmen eingeführt. Die Bürger sind verpflichtet, den gesetzlich vorgeschriebenen Basiskatalog („basispakket“) bei einem Unternehmen ihrer Wahl abzusichern. Der Inhalt des Basiskatalogs wird von der niederländischen Regierung festgelegt und kann sich jährlich ändern.[10] Die Versicherungen haben die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen.

Der Basiskatalog umfasst in den Niederlanden die haus- und fachärztliche Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung bis zum Alter von 18 Jahren. Zudem sind Leistungen im Bereich der Schwangerschaft und Geburt sowie die Krankenhausversorgung abgesichert. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, Hilfsmittel sowie die ambulante Pflege sind ebenfalls im Basiskatalog enthalten. Die ambulante und stationäre psychische Versorgung wird zunächst von der Krankenversicherung finanziert, die Pflegeversicherung übernimmt alle stationären Fälle, die eine Behandlungsdauer von 3 Jahren überschreiten. Physiotherapie für Kinder und Chroniker, Logopädie, Ergotherapie, Sucht- und Ernährungsberatung sind in begrenztem Umfang im Basiskatalog enthalten.[11]

Ausgeschlossen vom Leistungskatalog sind Sehhilfen, die zahnärztliche Behandlung für Erwachsene, Physiotherapie für erwachsene Nicht-Chroniker sowie Logopädie und Ergotherapie über den begrenzten Umfang des Basiskatalogs hinaus. Zudem sind bestimmte Medikamente, alternative Medizin und Homöopathie von der Erstattung ausgeschlossen.[12]

Bei Nichtversicherung wird in den Niederlanden ein Bußgeld verhängt, in 2017 lag dieses bei 382,50 Euro monatlich.[13] Wenn trotz dieser Bußgelder weiterhin kein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, erfolgt ein zwangsweiser Abschluss eines Vertrages seitens der zuständigen Behörde und die Prämie wird über den Arbeitgeber oder den zuständigen Sozialhilfeträger eingezogen.[14]

4.3 Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben erfolgt in der Krankenversicherung aus einem Mix an Pauschalprämien, Selbstbehalten, einkommensabhängigen Beiträgen und Steuern. In 2017 lag der

9 Vgl. Batenburg u.a. (2015), S. 250-251.

10 https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland, zuletzt abgerufen am 24.01.2018.

11 Physiotherapie wird nur für chronisch Kranke finanziert, ab der 21. Sitzung. Die ersten 20 Sitzungen müssen selbst bezahlt werden. Für Kinder werden 9 Sitzungen bezahlt. Die aktuelle Übersicht der Leistungen im Jahr 2018 findet sich unter: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering, zuletzt abgerufen am 24.01.2018.

12 Vgl. https://www.zorgverzekeringslijn.nl/coming-from-abroad/, zuletzt abgerufen am 11.12.2017.

13 Vgl. https://www.hetcak.nl/regelingen/regeling-onverzekerden/vragen/waarom-krijg-ik-boete

14 WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 72.

einkommensabhängige Beitrag bei 6,65 % bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 53.701 Euro.[15] Die Beiträge werden auf alle Einkommensarten erhoben und von den Finanzämtern eingezogen. Von dort werden die Beiträge an den Krankenversicherungsfonds überwiesen, aus dem der Risikostrukturausgleich finanziert wird. Die einkommensabhängigen Beiträge werden vom Staat so festgelegt, dass sie etwa 50 % der Ausgaben decken.

Neben den einkommensabhängigen Beiträgen müssen die Versicherten Pauschalen zur Kostendeckung der Ausgaben leisten. Diese werden von den Versicherten direkt an die Versicherungen bezahlt. Die durchschnittliche Pauschale pro Jahr lag 2017 bei 1.353 Euro. In der Krankenversicherung liegt der Anteil an Nichtzahlern seit 2010 bei um die 2 % aller Versicherten und war 2016 mit 1,8 % leicht rückläufig.[16] Bürger, die sich die Pauschale nicht leisten können, werden durch steuerfinanzierte Zuschüsse unterstützt (s.u.).

Zudem muss ein Selbstbehalt bezahlt werden, der 2017 bei 385 Euro pro Jahr lag. Dieser Selbstbehalt wird nur von den Erwachsenen entrichtet. Leistungen beim Hausarzt, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen, integrierte Versorgung und ambulante Pflege sind von der Pflicht zum Selbstbehalt jedoch ausgenommen. Der Selbstbehalt kann vom Versicherten freiwillig erhöht werden, um Beiträge zu sparen.

Steuern werden im Krankenversicherungssystem für die Gesundheitsversorgung der Kinder benötigt, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei gestellt sind. Zudem werden Steuern für den Sozialausgleich verwendet. Dieser wird allen Haushalten bezahlt, deren Gesamteinkommen unterhalb bestimmter Grenzen liegt. Diese Höchstgrenzen unterscheiden sich je nach Haushaltsgemeinschaft (alleinstehend/mit Partner): Im Jahr 2017 lag das Höchsteinkommen bei Alleinstehenden bei 27.857 Euro pro Jahr, bei Partnern bei 35.116 Euro pro Jahr.[17] Die Höhe des Sozialausgleichs erfolgt gestaffelt nach der Einkommenshöhe. Im Jahr 2014 bezog knapp die Hälfte der Privathaushalte einen steuerfinanzierten Sozialausgleich.[18]

Neben den Steuern, die für das Krankenversicherungssystem aufgewendet werden, werden Steuern auch für die Finanzierung der Pflegehilfen und der sonstigen sozialen Hilfen für Menschen mit Teilhabeschwierigkeiten sowie für die psychische und soziale Unterstützung von Jugendlichen verwendet. Diese Leistungen werden von den Gemeinden erbracht.

Die Pflegeversicherung wird über einkommensabhängige Beiträge finanziert, die ebenfalls vom Finanzamt eingezogen und an den Pflegeversicherungsfonds weitergeleitet werden. Die Pflegeversicherung ist ebenfalls für die gesamte Bevölkerung verpflichtend. Im Jahr 2017 betrug der Beitrag 9,65 % bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 33.791 Euro.[19]

Zudem werden von den Pflegebedürftigen einkommensabhängige Selbstbehalte erhoben. Bei einer 24-Stunden-Versorgung zuhause oder stationär beträgt sie für die ersten 6 Monate bis zu 842,80 Euro im Monat, bei einem Mindestbetrag von 160,60 pro Monat. Jenseits der 6 Monate erhöht sich der

15 Vgl. https://www.salarisnet.nl/2016/09/inkomensafhankelijke-bijdrage-zvw-daalt-2017/, zuletzt abgerufen am 22.11.2017.

16 Vgl. Statistics Netherlands (2017): http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81062ned&D1=a&D2=a&D3=a&D4=a&VW=T, zuletzt abgerufen am 20.11.2017.

17 Vgl. https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/zorgtoeslag/zorgtoeslag-2017/voorwaarden-2017/inkomen/de-hoogte-van-mijn-inkomen. Zuletzt abgerufen am 15.11.2017.

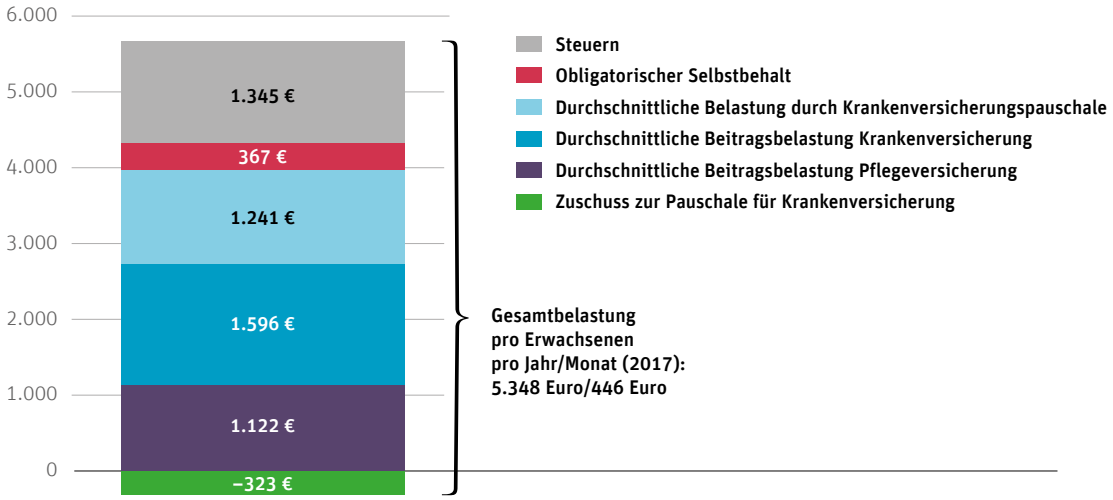
18 Vgl. Statistics Netherlands (2017), https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70991ned/table?ts=1512730964021, zuletzt abgerufen am 8.12.2017.

19 Vgl. https://www.zorgwijzer.nl/faq/wat-is-de-inkomensafhankelijke-bijdrage, zuletzt abgerufen am 16.11.2017.

maximal zu zahlende, das Einkommen und das Vermögen berücksichtigende Betrag auf 2.312,60 Euro im Monat.[20]

Insgesamt stellt sich die Belastung eines durchschnittlichen Erwachsenen mit Gesundheitsausgaben folgendermaßen dar: Von den durchschnittlichen jährlichen Ausgaben in Höhe von 5.348 Euro pro Erwachsenen entfallen durchschnittlich 1.345 Euro auf Steuern, die in das Gesundheitssystem fließen. Im Schnitt bezahlt ein Erwachsener des Weiteren im Durchschnitt 367 Euro Selbstbehalt, 1.241 Euro an Krankenversicherungspauschale, 1.596 Euro an einkommensabhängigem Krankenversicherungsbeitrag und 1.122 Euro an Pflegeversicherungsbeiträgen (vgl. Abbildung 2).

Abb. 2: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben eines Erwachsenen für das niederländische Gesundheitssystem (in Euro)

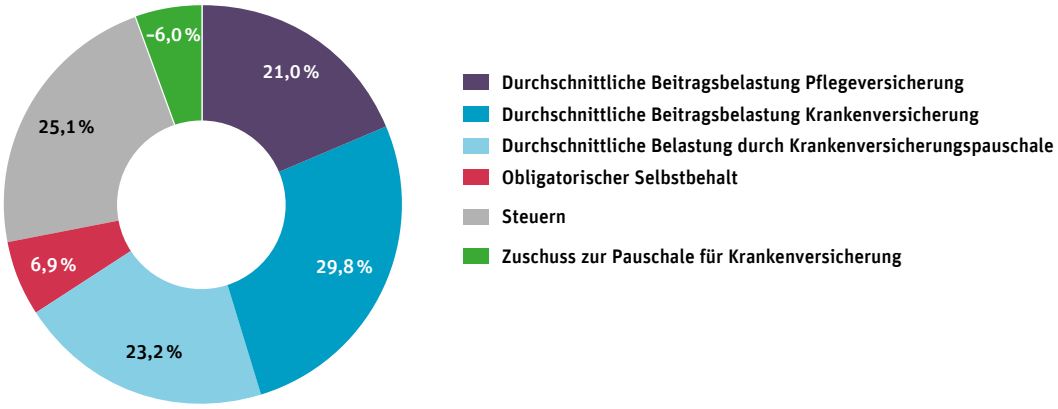


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von http://www.rijksbegroting.nl/2017/voorbereiding/begroting,kst225923_29.html, zuletzt abgerufen am 20.12.17.

Die prozentuale Aufteilung der einzelnen Ausgabenposten zeigt die prominente Rolle, die Steuern im niederländischen Gesundheitssystem spielen: Diese machen ein Viertel der Gesamtausgaben eines niederländischen durchschnittlichen Erwachsenen für Gesundheitsausgaben aus (vgl. Abbildung 3). Knapp 30 % entfallen auf die einkommensabhängigen Beiträge, 23,8 % auf die Pauschalen. Der obligatorische Selbstbehalt macht einen Anteil von 7 % der Ausgabenbelastung für einen Erwachsenen aus, dem steht eine Verringerung durch den sozialen Ausgleich für die Pauschalen von 6 % gegenüber.

20 Vgl. https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-van-de-eigen-bijdrage-wlz/berekening-lage-eigen-bijdrage-wlz und https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-van-de-eigen-bijdrage-wlz/berekening-hoge-eigen-bijdrage-wlz, abgerufen am 16.11.2017.

Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Ausgaben auf die einzelnen Versicherungssparten eines Erwachsenen im niederländischen Gesundheitssystem



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von http://www.rijksbegroting.nl/2017/voorbereiding/begroting,kst225923_29.html, zuletzt abgerufen am 20.12.17.

4.4 Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen

Versicherte können ihren Versicherer frei wählen und jährlich den Versicherer wechseln. Die Versicherungsunternehmen unterliegen im Bereich der Basisversorgung einem Kontrahierungszwang, d.h. sie müssen jeden Versicherten aufnehmen, unabhängig von seinen Risikofaktoren oder seiner Einkommenssituation. Um zu vermeiden, dass Versicherungen mit vielen kranken und/oder einkommensschwachen Versicherten in finanzielle Schieflage geraten, ist zwischen den Versicherungen ein Risikostrukturausgleich installiert. Dieser gleicht die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versicherungen nach vorgegebenen Kriterien aus.[21] Finanziert wird dieser Risikostrukturausgleich über die einkommensabhängigen Prämien, die allerdings wie erwähnt nur 50 % der Ausgaben decken.[22] Den entstehenden Fehlbetrag müssen die Versicherungen über die Erhebung der Pauschalprämien von ihren Versicherten ausgleichen. Diese Pauschalen unterscheiden sich zwischen den Versicherungen, müssen aber für alle Versicherten innerhalb eines Tarifs einer Versicherung gleich hoch sein – Unterschiede nach Risiko oder Alter sind nicht zulässig.

Im Basiskatalog, der von allen Versicherungen angeboten werden muss, können die Bürger sich zwischen verschiedenen Tarifen entscheiden, die sich hauptsächlich in Form der Erstattung unterscheiden und unterschiedliche Prämien aufweisen. Der Versicherte kann seine Prämie dadurch verringern, dass er bspw. nur bestimmte Leistungserbringer, die einen Vertrag mit seiner Versicherung abgeschlossen haben, in Anspruch nimmt.

In den Niederlanden bieten die Krankenversicherungen den Versicherten verschiedene Abrechnungsmodalitäten an: Die sog. „Natura"-Verträge bauen auf dem Sachleistungsprinzip auf, d.h., die Versicherten erhalten beim Arztbesuch keine Rechnung, sondern der Arzt rechnet direkt mit dem Versicherer ab. Die Versicherung hat hier eine bestimmte Anzahl von Leistungserbringern unter Vertrag. Wählt der Versicherte einen anderen Leistungserbringer, übernimmt die Versicherung nicht alle Kosten. Bei „Restitutie"-Verträgen bezahlen die Versicherten die Rechnung zunächst selbst, dann reichen sie

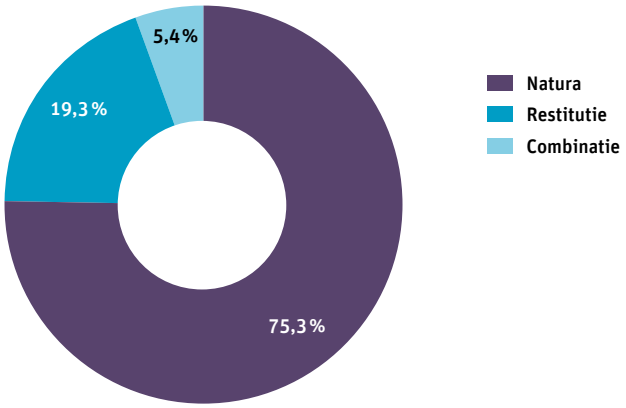
21 Die Kriterien sind: Alter und Geschlecht, sozioökonomische Merkmale, Region, Arzneimittelverbrauch, chronische Erkrankungen, hohe Kosten im Vorjahr, Haushaltsstatus, Einkommensart (selbständig, abhängig beschäftigt, …). Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 81.

22 Der Risikostrukturausgleich erfolgt jedoch über 100 % der Ausgaben, um Versicherungen mit vielen kranken Versicherten nicht zu benachteiligen. Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 81.

diese bei ihrer Versicherung ein, die ihnen die Rechnung erstattet. Die Erstattungshöhe hängt hier ebenfalls davon ab, ob der Versicherte bei Ärzten war, die mit der Versicherung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben oder nicht. Volle Erstattung erhält der Versicherte in der Regel nur bei den Vertragsärzten, ansonsten werden 70 bis 80 % der Arztrechnung erstattet. Bei den „Combinatie"-Verträgen handelt es sich um einen Mix aus den beiden erstgenannten Verträgen mit unterschiedlichen Erstattungsvarianten. Manche Behandlungen werden hier nur bei bestimmten Leistungserbringern erstattet.[23]

In der Praxis hat sich der Großteil der Niederländer in Natura-Verträgen mit Sachleistungsprinzip eingeschrieben, gefolgt von den Restitutie-Verträgen mit Kostenerstattung. Nur eine Minderheit hat sich für die Combinatie-Verträge entschieden (vgl. Abbildung 4).

Abb. 4: Prozentualer Anteil der Versicherten in unterschiedlichen Versicherungsverträgen in der niederländischen Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

Die Niederländer haben zudem die Wahl, ob sie Individualverträge abschließen, also die Auswahl des Krankenversicherers selbst vornehmen, oder ob sie diese Entscheidung delegieren, indem sie sich in einem Gruppenversicherungsvertrag einschreiben. In diesem Fall übernimmt der Arbeitgeber, ein Verein, eine Gewerkschaft oder jede andere juristische Person die Auswahl des Krankenversicherers. Krankenversicherer dürfen Gruppenversicherungen günstiger anbieten, also Preisnachlässe gewähren. In 2017 waren über 67 % der Niederländer in einem Gruppenvertrag eingeschrieben. Die durchschnittliche jährliche Pauschalprämie für Gruppen war 2017 mit einem Differenzbetrag von 38 Euro (3,17 Euro im Monat) allerdings nur geringfügig günstiger als die durchschnittliche Pauschalprämie in einem Individualvertrag.[24]

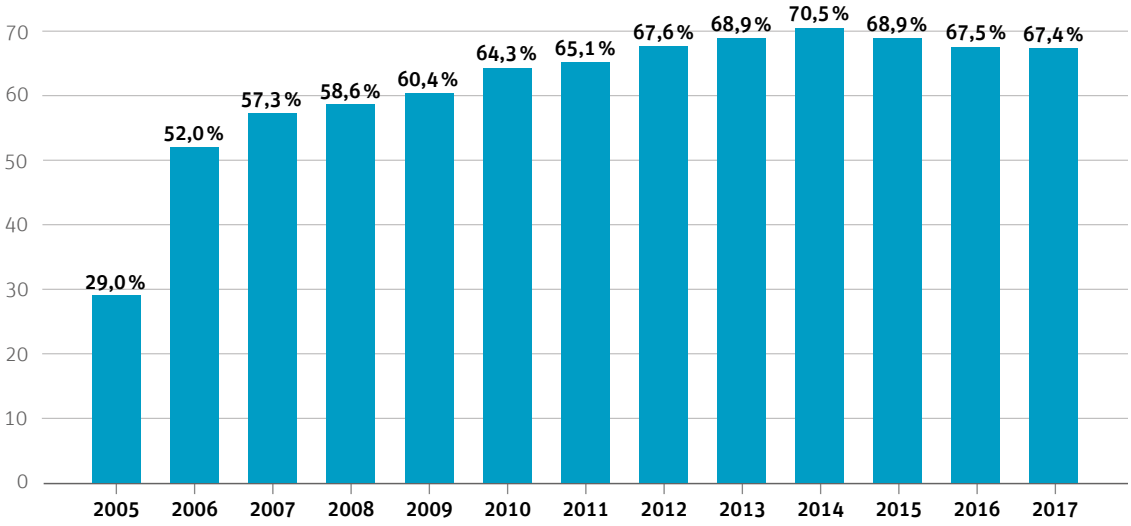
Während die Versicherer einem Kontrahierungszwang unterworfen sind, also sowohl Einzelpersonen als auch Gruppen aufnehmen müssen, können die Gruppen einzelnen Personen die Aufnahme verweigern. Es ist also möglich, eine möglichst homogene Gruppe guter Risiken zu bilden, die dann eine entsprechend günstige Prämie bei einem Krankenversicherer erreichen kann.[25]

23 Vgl. https://www.zorgverzekeringslijn.nl/coming-from-abroad/, Definitions. Zuletzt abgerufen am 8.12.2017 und WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 88.

24 Vgl. Vektis (2017), S. 17.

25 Vgl. van de Ven u.a. (2017), S. 175.

Abb. 5: Anteil von niederländischen Versicherten in einem Gruppenvertrag in der Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

4.5 Versorgungsverträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern

Die Versicherer können Preise, Leistungsvolumen und Qualität mit den Leistungserbringern verhandeln. Zudem können sie Selektivverträge mit Leistungserbringern abschließen, solange gewährleistet ist, dass die Versicherer mit der Auswahl der Leistungserbringer ihrer Versorgungspflicht nachkommen. Dabei steht es ihnen frei, Leistungserbringer mit zu geringer Qualität oder zu hohen Preisen nicht unter Vertrag zu nehmen. Die Selektivverträge beziehen sich auf die fachärztliche und die Krankenhaus-Versorgung, in der hausärztlichen Versorgung sind sie unüblich. Bei den Hausärzten schließt der jeweilige Hausarzt mit einem bevorzugten Versicherer einen Vertrag, der dann von den anderen Versicherungsunternehmen übernommen werden soll.[26]

Staatlicherseits wird geregelt, für welche Versorgungsbereiche Verträge abgeschlossen werden dürfen: So wurde die Möglichkeit, mit Krankenhäusern zu verhandeln, erst schrittweise eingeführt. Die niederländischen Krankenhäuser werden in einem Pauschalsystem vergütet, das vergleichbar mit dem international üblichen DRG-System ist. Seit 2013 sind 70 % dieser Pauschalen verhandelbar, 30 % sind nicht Gegenstand von Verhandlungen. Dabei handelt es sich um komplexe Behandlungen, die nur von bestimmten Leistungserbringern durchgeführt werden oder um die Notfallversorgung.[27]

Für den frei verhandelbaren Leistungsbereich verhandeln die Versicherer einzeln mit jedem Krankenhaus und wählen die Form der Vergütung. Dabei ist es möglich, ein pauschales Budget zu vereinbaren oder für einzelne Leistungen Volumina und Preise zu verhandeln.

26 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 83.

27 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 84.

4.6 Hausarztzentrierung

Auch nach der Strukturreform von 2006 spielt der Hausarzt in den Niederlanden eine entscheidende Rolle im Gesundheitswesen. Er entscheidet darüber, ob ein Patient an einen Facharzt oder ein Krankenhaus weiterverwiesen wird oder ob er selbst die Behandlung übernehmen kann (sog. Gatekeeping-Modell). Diese Hausarztzentrierung hat wie bereits erwähnt in den Niederlanden Tradition: Schon die ersten privaten Krankenversicherungen erstatteten die Kosten für Spezialisten nur mit Überweisung durch den Hausarzt.[28] Auch in der Psychotherapie ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Er entscheidet, ob es sich um eine leichte psychische Störung handelt, die er bzw. speziell geschulte Praxismitarbeiter behandeln können, oder ob es einer spezialisierten Behandlung in ambulanter oder stationärer Form bedarf.[29]

4.7 Die Rolle des Staates

Neben seiner allgemeinen Aufsichtsfunktion über das Gesundheitssystem, legt der Staat das nationale Budget für die Gesundheitsversorgung fest. Dieses bestimmt damit die maximalen Gesundheitsausgaben, die der Staat zu finanzieren bereit ist. Wenn die Leistungserbringer und Krankenversicherer höhere Ausgaben verursachen, kann der Gesundheitsminister Leistungserbringer und Krankenversicherer zur Rückzahlung der über das Budget hinausgehenden Ausgaben zwingen. Zudem entscheidet der Gesundheitsminister über das Budget für die Leistungen, die im Bereich Gesundheit und Pflege durch die Gemeinden erbracht werden. Hierfür gibt es einen Gemeindefonds, aus dem die Gemeinden Steuerzahlungen erhalten.[30]

Ebenso wird die Höhe des einkommensabhängigen Beitrages zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen staatlicherseits festgelegt. Hierbei soll die Vorgabe, dass die Leistungen etwa zur Hälfte durch den einkommensabhängigen Beitrag und zur Hälfte durch die Pauschalen finanziert werden sollen, eingehalten werden.[31]

Zudem wird staatlicherseits über die Inhalte des Basiskataloges entschieden, die Kapazitätsplanung für Pflegeeinrichtungen gemacht sowie Preise für die Leistungsbereiche festgesetzt, die nicht zwischen Krankenversicherungen und den Leistungserbringern verhandelt werden.[32]

4.8 Die Rolle der Zusatzversicherungen

Zusatzversicherungen sind in den Niederlanden weit verbreitet: 84 % der Versicherten besitzen einen Zusatzversicherungsvertrag (vgl. Abbildung 6). Der Anteil an Versicherten mit Zusatzversicherungen hat allerdings seit 2006 etwas abgenommen, was auch auf die Prämiensteigerungen im Zeitverlauf zurückzuführen sein dürfte (von 222 Euro pro Jahr in 2006 auf 313 Euro in 2015).

Zusatzversicherungen decken in der Regel vor allem die nicht im Basiskatalog abgedeckten Leistungen, wie Zahnbehandlungen und Physiotherapie (über die Grundleistung aus dem Basiskatalog hinaus), ab. Es gibt auch die Möglichkeit, den Selbstbehalt zu versichern, allerdings wird dies in der Praxis nur ärmeren Bevölkerungsgruppen verkauft.[33]

28 Vgl. Kapitel 2.

29 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 20-21.

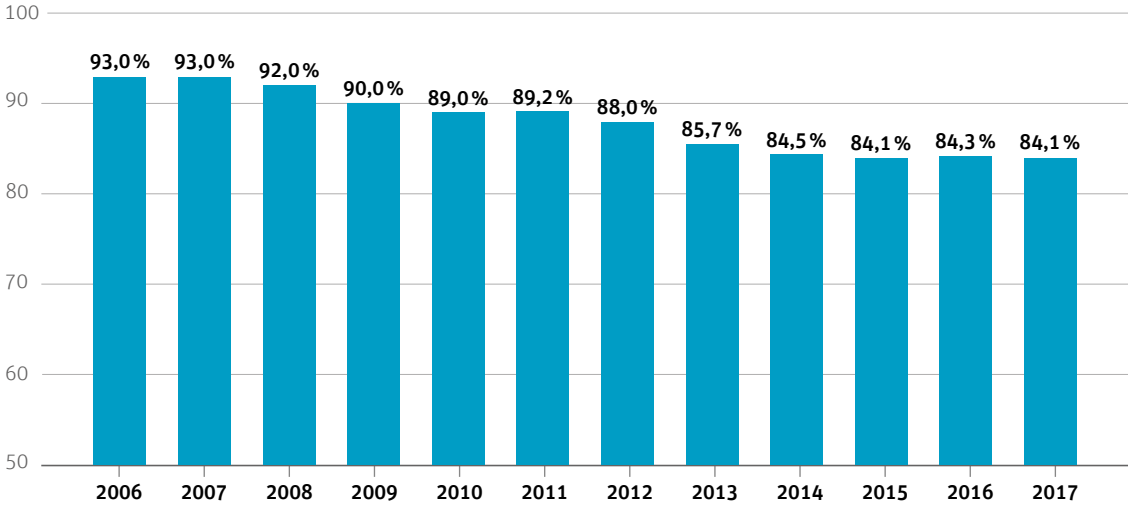
30 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 78.

31 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 79.

32 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 47.

33 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 92.

Abb. 6: Anteil der Versicherten mit Zusatzversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

Im Bereich der Zusatzversicherung besteht kein Kontrahierungszwang und die Versicherungen können die Prämien nach Risiko differenzieren. In der Regel bieten sie Zusatzversicherungen ihren Versicherten in Kombination mit dem Basispaket an.

Inwiefern dies auch zur gezielten Risikoselektion genutzt wird, ist seit längerem Gegenstand der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion.[34] Trotz des in den Niederlanden relativ weit entwickelten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenversicherungen, bleiben bestimmte Patientengruppen attraktiver als andere, da Über- und Unterdeckungen für verschiedene Gruppen existieren. Mithin bestehen für die Versicherungen Anreize zur Risikoselektion.[35] Van de Ven u.a. (2017) weisen nun in einer aktuellen Studie erstmals nach, dass die Versicherer nicht nur den Anreiz haben Risiken zu selektieren, sondern dies auch aktiv tun.[36] Es ist bisher lediglich unklar, wie stark bspw. die Qualität der Versorgung chronisch Kranker dadurch gefährdet ist.[37]

Unabhängig vom konkreten Ausmaß der tatsächlichen Risikoselektion, wechselt ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Versicherten die Basisversicherung laut Umfragen nicht, weil sie befürchten, dass die Prämie der Zusatzversicherung bei einem neuen Versicherer steigen würde oder sie gar keinen Zusatzversicherungsschutz mehr erhalten können. Bei Versicherten mit Vorerkrankungen nehmen dies mehr als die Hälfte der befragten Versicherten an, bei Versicherten über 55 Jahren ein Drittel der Befragten. Die Zusatzversicherungen sind nämlich so ausgestaltet, dass bei Bestandskunden die Prämie gleich bleibt, auch wenn sich der Gesundheitszustand im Zeitverlauf verschlechtern sollte (sog. Verträge mit garantierter Verlängerung). Bei einem neuen Abschluss einer Zusatzversicherung werden aber Verschlechterungen im Gesundheitszustand bei der Prämienhöhe berücksichtigt. Daher wechseln weniger Versicherte mit Vorerkrankung die Versicherung, weil sie Prämienaufschläge beim neuen Versicherer für die Zusatzversicherung befürchten müssen. Dadurch sinkt aber auch die Wettbewerbsintensität im Bereich der Basisversicherung, denn die beiden Verträge sind in der Regel gekoppelt.[38]

34 Vgl. Thomson u.a. (2013b), Roos/Schut (2012), Schut/van de Ven (2011).

35 Vgl. van de Ven u.a. (2017), S. 168ff.

36 Vgl. van de Ven u.a. (2017), S. 176ff.

37 Vgl.. van de Ven u.a. (2017), S. 178.

38 Vgl. Duijmelinck/van de Ven (2014), S. 738-739.

Die geringere Wechselwahrscheinlichkeit höherer Risiken und die höhere Wechselneigung junger, gesunder Versicherten führen aber dazu, dass der Anreiz für Versicherungen sinkt, eine optimale Versorgung für höhere Risiken anzubieten. Dies läuft den ursprünglichen Zielen der Strukturreform in der Krankenversicherung zuwider. Dieses Problem dürfte zudem steigen, wenn die Zusatzversicherung weiter an Bedeutung gewinnt.[39]

39 Vgl. ebd., S. 745.

5. Wurden die Ziele erreicht?

Nach 12 Jahren seit der Einführung der Reform in den Niederlanden lassen sich Entwicklungstendenzen ausmachen, die mit den ursprünglich angesetzten Zielen verglichen werden können.

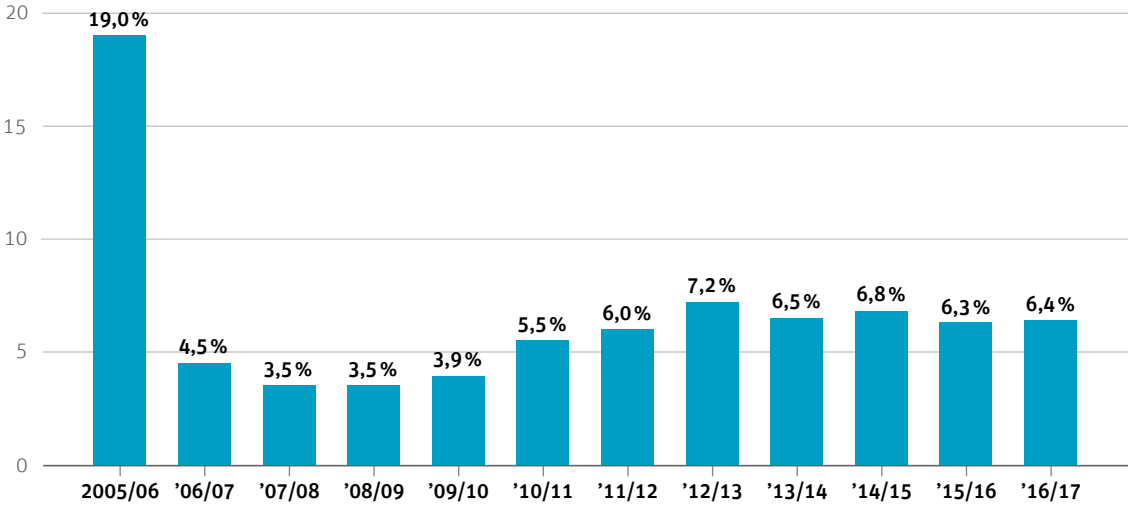
5.1 Wettbewerbssituation nach der Reform

Eines der Hauptziele der Reform bestand darin, über mehr Wettbewerb zwischen den Versicherungen Effizienzsteigerungen im Sinne der Versicherten zu erreichen. Allerdings ist die Wettbewerbsintensität des Marktes in der Krankenversicherung eingeschränkt. Der Markt wird von wenigen Konzernen dominiert und es gibt wenig Bewegung bei den einzelnen Marktanteilen der Versicherungen.[40]

Schon vor Einführung der Krankenversicherungsreform von 2006 hatten vermehrt Fusionen zwischen Krankenversicherern stattgefunden. Gab es 1990 noch über 100 Versicherungen, waren es 2005 noch 57[41] und in 2017 gibt es nunmehr 24 Versicherungen, die sich unter dem Dach von 4 großen und 5 kleineren Konzernen befinden. Die vier größten Konzerne haben zusammen einen Marktanteil von 88,4 %[42], der Markt kann also als hochkonzentriert angesehen werden.

Während nach Einführung der Reform in 2006 19 % der Versicherten wechselte[43], ging der Anteil der Wechsler an allen Versicherten schon im Folgejahr stark zurück, um seitdem zwischen knapp 4 und 7 % zu schwanken (vgl. Abbildung 7). 63 % der Versicherten haben seit Einführung der Krankenversicherungsreform gar nicht gewechselt.[44]

Abb. 7: Anteil Wechsler an allen Versicherten in der niederländischen Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017). Daten für 2005/2006 von http://10jaarzvw.nl/.

40 Vgl. Autoriteit Consument & Markt (2016).

41 Vgl. http://10jaarzvw.nl/, zuletzt abgerufen am 20.11.2017.

42 Vgl. Vektis (2017), S. 14.

43 Vgl. http://10jaarzvw.nl/, zuletzt abgerufen am 20.11.2017.

44 Vgl. Vektis (2017).

Für die geringe Wechselbereitschaft der Versicherten werden mehrere Gründe angeführt. Zum einen gibt es einen Status quo Bias, also die Tendenz bei bekannten Anbietern zu bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn gerade die qualitativen Unterschiede zwischen den Krankenversicherungen nicht ersichtlich sind. Dann ist allein der Preis ausschlaggebend und hier reagieren eher junge und gesunde Versicherte. Als weiterer Grund wird angeführt, dass der Markt zu unübersichtlich ist: Obwohl die Anzahl der Versicherer gesunken ist, ist die Auswahl an wählbaren Policen gestiegen, so dass der Leistungsvergleich komplex geworden ist.[45] Die Koppelung der Basisverträge mit den Zusatzversicherungen trägt zudem zur geringen Wechselbereitschaft insbesondere höherer Risiken bei.[46]

Angesichts der hohen Marktkonzentration und der geringen Wechselneigung der Versicherten stellt sich die Frage, wie stark die Versicherungen tatsächlich im Wettbewerb stehen und damit unter dem Druck, ihren Versicherten eine hochwertige Versorgung zu günstigen Preisen anzubieten. Die geringe Wettbewerbsintensität ist auch Gegenstand der Diskussion in den Niederlanden.[47]

In den Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern herrscht auf beiden Seiten eine relativ hohe Marktkonzentration. In der Krankenhausversorgung haben die Krankenhäuser ihre Verhandlungsmacht durch vermehrte Fusionen erhöht. In der Hausarztversorgung standen bis 2015 jedoch einzelne Ärzte großen Versicherungskonzernen gegenüber. In 2015 wurde aber staatlicherseits erlaubt, dass sich Hausärzte für die Vergütungsverhandlungen mit den Versicherungen zusammenschließen, wenn dies im Interesse der Versicherten liegt.[48] Inzwischen gehen Studien davon aus, dass die Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern im Nachteil sind und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern nicht ausreichend funktioniert.[49]

Im Bereich der Versorgung sollte Qualität ursprünglich eine stärkere Rolle bei den Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern spielen. Man hatte sich staatlicherseits erhofft, durch die Eröffnung von Verhandlungsmöglichkeiten auch zu Qualitätssteigerungen zu kommen, weil Anbieter mit einer schlechteren Qualität weniger Versorgungsverträge erhielten. Da bisher allerdings keine ausreichend validen Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen, auf die sich beide Verhandlungsparteien einigen können, spielt Qualität in den Verträgen bisher kaum eine Rolle. Nur vereinzelt haben Krankenversicherer bestimmte Leistungserbringer – bspw. Krankenhäuser – von der Versorgung ausgeschlossen, weil sie aus Sicht des Krankenversicherers keine ausreichende Qualität garantieren konnten.[50]

Angesichts dieser Entwicklungen fordern Experten eine höhere Transparenz bei der Qualität sowie eine striktere Anwendung des Kartellrechts, um eine weitere Konzentration und wettbewerbsschädliche Absprachen auf dem Leistungserbringermarkt zu vermeiden.[51]

5.2 Analyse der Kostenentwicklung

Das niederländische Gesundheitssystem gehört gemessen an den Ausgaben pro Kopf zu den teuersten Systemen in der EU und der OECD. Folgende Abbildung 8 zeigt den Verlauf der Pro-Kopf-Ausgaben (kaufkraft- und inflationsbereinigt) für verschiedene EU-Staaten im Zeitraum von 2006-2016.[52]

45 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 213; Thomson u.a. (2013b).

46 Vgl. Abschnitt 4.8.

47 Vgl. Zur Diskussion um die Wettbewerbsintensität siehe Autoriteit Consument & Markt (2016).

48 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 173.

49 Vgl. Schut/Varkevisser (2017).

50 Vgl. Schut/van de Ven (2011), WHO/Regional Office for Europe (2016), S.173.

51 Vgl. bspw. Schut/Varkevisser (2017).

52 Ausgangspunkt waren die EU-15 Staaten. Diese wurden um diejenigen Länder bereinigt, die in der Zeitreihe große Sprünge aufgrund methodischer Änderungen aufwiesen. Dazu gehörten UK, Schweden, Griechenland, Luxemburg und Irland. Unter diesen Ländern wies nur Luxemburg noch höhere Pro-Kopf-Kosten aus als die Niederlande.

In diesem Betrachtungszeitraum ist ersichtlich, dass die Pro-Kopf-Ausgaben in den Niederlanden fast durchgängig über allen anderen Vergleichsländern lagen. Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Niederlande eine im Vergleich relativ junge Bevölkerung haben (unterdurchschnittliches Medianalter von 42,6 Jahren) und einen relativ geringen Anteil an über 65-Jährigen aufweisen (18,2 %, Durchschnitt 19,6 %, vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10).

Gleichzeitig ist in den Niederlanden ein starkes Abflachen der Kostenkurve seit 2012 erkennbar (vgl. Abbildung 8). Dies ist auf verschiedene Kostendämpfungsmaßnahmen zurückzuführen: Die niederländische Regierung hatte diese ergriffen, um die Maastricht-Kriterien wieder einzuhalten, die im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise verfehlt wurden. Dazu gehörte eine relativ starke Anhebung des Selbstbehalts von 220 Euro in 2012 auf 350 Euro in 2013 bis auf 385 Euro in 2017. Zudem wurden diverse Leistungen aus dem Leistungskatalog gestrichen: Für chronisch Kranke wurde der Anspruch auf Krankengymnastik reduziert, des Weiteren wurden diverse Arzneimittel (etwa Schlaf- und Beruhigungsmittel) und diverse Hilfsmittel aus dem Basiskatalog herausgenommen. Zudem wurden die finanziellen Unterstützungszahlungen für chronisch Kranke und behinderte Personen reduziert.[53]

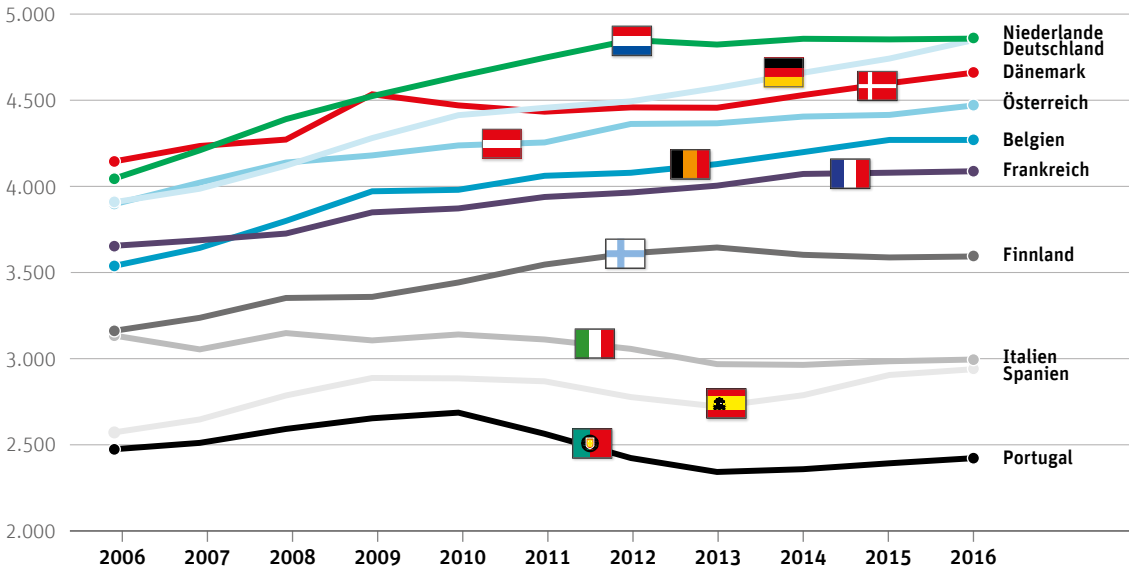
Tabelle 1: Übersicht über Kostendämpfungsmaßnahmen in den Niederlanden ab 2012

Kostendämpfungsmaßnahmen ab 2012
• Anhebung des Selbstbehalts
• Streichen von Leistungen für chronisch Kranke aus dem Basiskatalog
• Streichen bestimmter Arzneimittel und Hilfsmittel aus dem Basiskatalog
• Reduktion finanzieller Unterstützungszahlungen für chronisch Kranke
• Ausgabenziele für Leistungserbringer
• Budgetkürzungen vor allem im Bereich der Pflegeversicherung
• Aufgabendelegation an nichtärztliche Assistenten
• Fokus auf ambulanter Versorgung zur Vermeidung stationärer Aufenthalte

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis von WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 169ff.

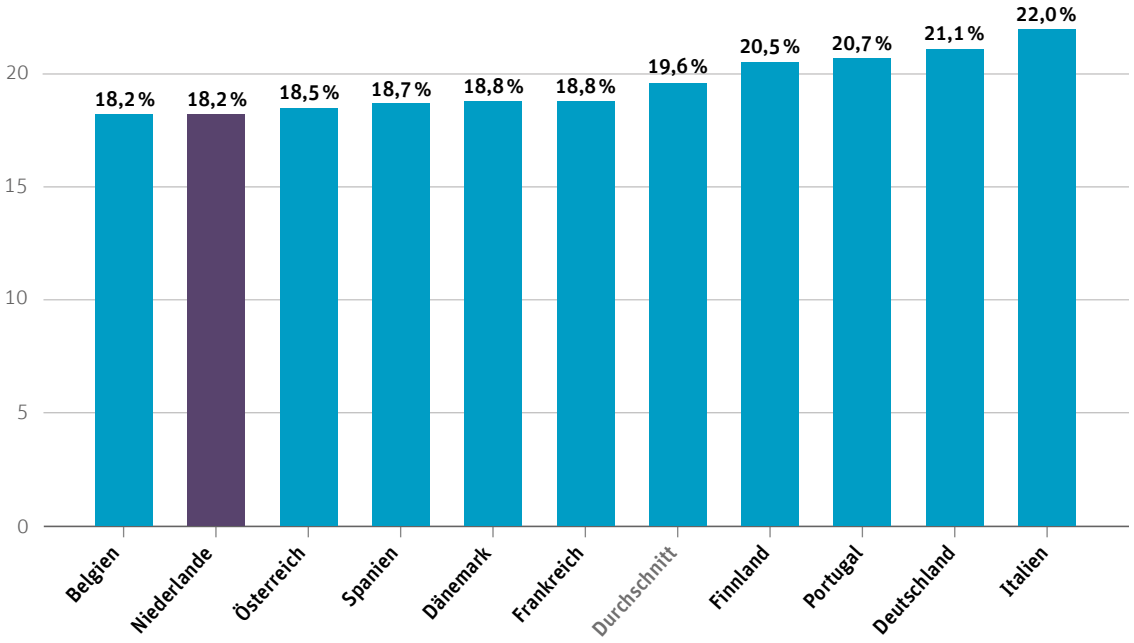
53 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 169.

Abb. 8: Kaufkraft- und inflationsbereinigte Gesundheitsausgaben pro Kopf verschiedener EU-Staaten 2006-2016 (in US Dollar)



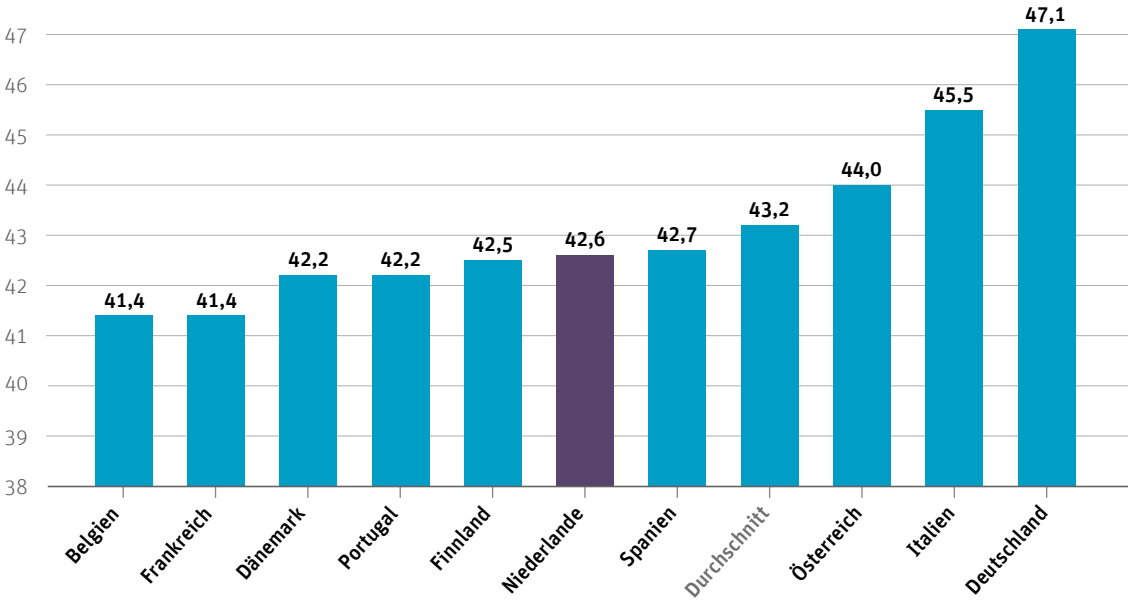
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD-Daten (vgl. OECD (2017b)).

Abb. 9: Anteil über 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung, verschiedene EU-Staaten, 2016



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD-Daten (vgl. OECD (2017b)).

Abb. 10: Medianalter verschiedener EU-Staaten 2017



Quelle: Eigene Darstellung anhand von Daten des World Fact Books.[54]

Auf der Leistungsseite wurden Ausgabenziele mit den Leistungserbringern vereinbart: Grundsätzlich verhandeln die Krankenversicherer mit den Leistungserbringern die Vergütung, allerdings innerhalb eines gewissen Spielraums, der mit dem Gesundheitsministerium, den Leistungserbringern und den Krankenversicherungen vereinbart wird. So wurden in den letzten Jahren Wachstumsobergrenzen für die einzelnen Leistungsbereiche festgelegt. Zusätzlich wurden substanzielle Budgetkürzungen durchgeführt, bspw. im Rahmen der Pflegeleistungen, die durch die Gemeinden verantwortet werden.[55]

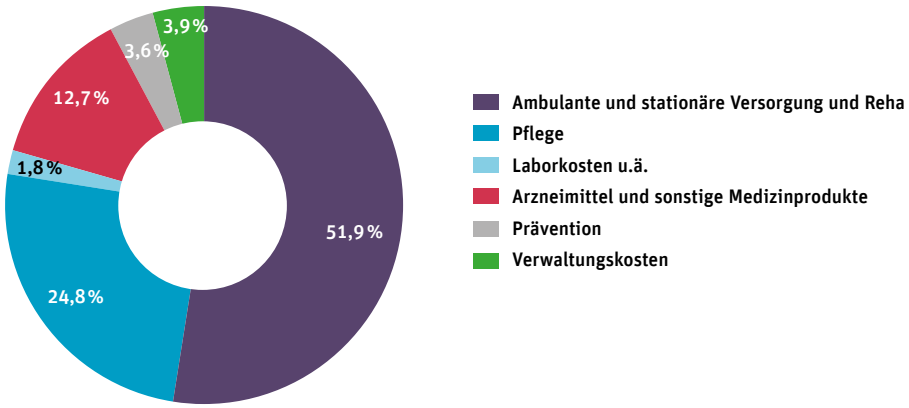
Des Weiteren wurden Aufgabenbereiche zwischen den einzelnen Versicherungssparten verschoben sowie Verantwortungsbereiche neu definiert: So übernahmen die Hausärzte bzw. spezialisierte Praxisassistenten auch die psychotherapeutische Behandlung in leichten Fällen, andere Praxiskräfte übernahmen die Versorgung von chronischen Patienten. Insgesamt sollte der Fokus darauf gelegt werden, Leistungen primär im ambulanten Bereich und bei den Hausärzten zu erbringen und weniger Weiterverweisungen an den stationären und/oder Spezialistenbereich zu machen.[56]

54 Vgl. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2177.html, zuletzt abgerufen am 07.12.2017.

55 Vgl. Batenburg u.a. (2015), S. 264-265. Hier wurde eine Kürzung von 30 % angestrebt, vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 181.

56 Vgl. Für eine detaillierte Beschreibung dieser Maßnahmen siehe Batenburg u.a. (2015).

Abb. 11: Struktur der Gesundheitsausgaben Niederlande



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

Die Entwicklung der Gesamtausgaben für Gesundheit wird in den Niederlanden vor allem von den Ausgaben für die Pflege beeinflusst. Die Pflegeversicherungsleistungen sind in den Niederlanden traditionell großzügig ausgestaltet und die Bewilligung von Leistungen ist im internationalen Vergleich bisher ebenfalls großzügig gewesen[57], was sich im hohen prozentualen Anteil der Pflegeausgaben an den Gesamtausgaben widerspiegelt (knapp ein Viertel der Ausgaben, vgl. Abbildung 11).

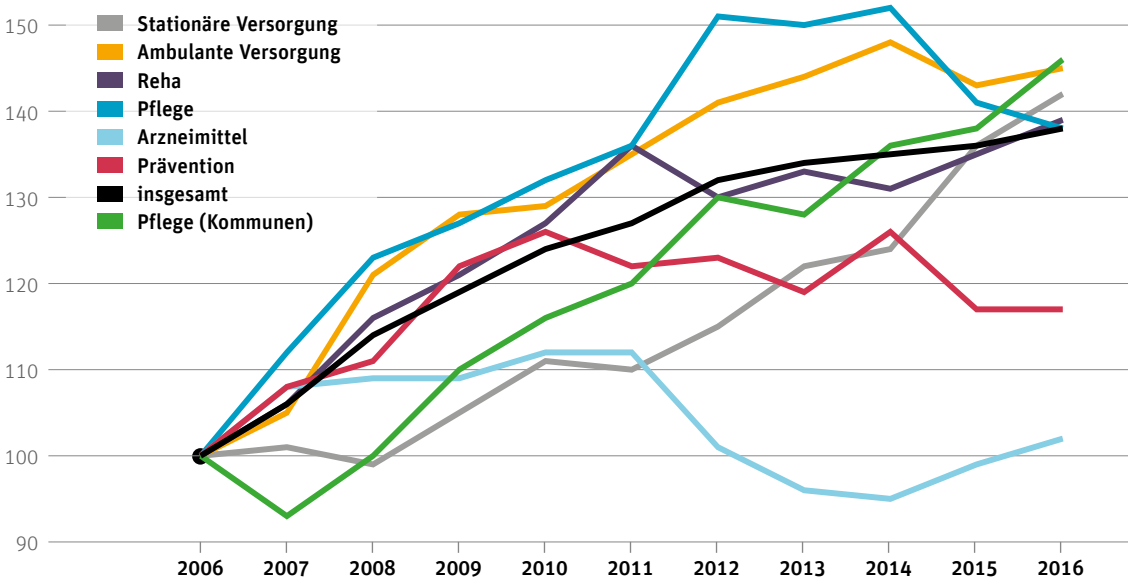
Durch die relativ großzügige Ausgestaltung der Pflegeversicherung haben die Niederlande überproportional viele Pflegebedürftige zu versorgen und geben in der OECD am meisten für Pflege aus.[58] Daher wurde von politischer Seite versucht, über Budgetkürzungen und Aufgabendelegation Kosteneinsparungen zu erreichen: Aufgrund der starken Zunahme an Anträgen, wurde der Zugang zur Pflege in den letzten Jahren strenger reguliert und die Zuständigkeiten neu zwischen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und den Kommunen aufgeteilt. Bei der Übertragung an die Kommunen wurden gleichzeitig Budgetkürzungen durchgeführt. Der Fokus liegt jetzt darauf, die traditionell hohe stationäre Betreuung ambulant und unter Hinzuziehung des persönlichen Umfelds zu erbringen.[59] Inwiefern dies akzeptiert und damit zu einer geringeren Inanspruchnahme der Pflegeversicherung führen wird, bleibt abzuwarten.

57 Vgl. Mosca u.a. (2016), S. 221.

58 Vgl. OECD (2017a), S. 215.

59 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 180ff.

Abb. 12: Indexiertes Ausgabenwachstum in einzelnen Leistungsbereichen (2006=100), Niederlande



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Statistics Netherlands (2017): https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/83073ENG/table?ts=1512734344188, zuletzt abgerufen am 8.12.2017.

Auch in allen anderen Leistungsbereichen sind die Ausgaben im Betrachtungszeitraum gestiegen. Im Krankenhausbereich war dies vor allem eine politisch gewollte Ausdehnung zur Reduzierung der Wartezeiten in diesem Bereich. Einsparungen konnten hier zudem auch deshalb nicht erzielt werden, weil die Krankenhäuser auf das durch die Verhandlungen mit den Versicherern gesunkene Vergütungsniveau mit einer Mengenausdehnung reagiert haben.[60]

Eine annähernde Stabilisierung der Ausgaben konnte nur im Arzneimittelsegment erreicht werden. Im Arzneimittelbereich wurde diese Stabilisierung mit der Maßnahme erzielt, dass die Krankenversicherer bestimmte Medikamente für ihre Versicherten auswählen – in der Regel das günstigste unter den Medikamenten mit derselben aktiven Substanz – und nur diese voll erstatten. Wählt der Versicherte andere Medikamente, muss er den Differenzbetrag selbst bezahlen. Versicherer erheben auf die von ihnen ausgewählten Medikamente in der Regel auch keine Selbstbehalte, so dass der Anreiz für Versicherte noch erhöht wird, diese Medikamente zu beziehen.[61] Auch im Bereich Prävention/Public Health blieben die Ausgaben annähernd stabil, was auf Budgetkürzungen zurückzuführen ist.[62] In allen anderen Ausgabenbereichen sind die Kosten weiter gestiegen. Im Vergleich zu 2006 zwischen 38 % und 42 % (vgl. Abbildung 12).

Die Kosteneinsparungen, die man sich über mehr Wettbewerb und damit eine effizientere Leistungserbringung erhofft hatte, sind also für den Großteil der Leistungsbereiche nicht eingetreten. Dies dürfte unter anderem damit zusammenhängen, dass weder die Versicherungen noch die Versicherten eindeutige Qualitätsindikatoren zur Verfügung haben, anhand derer sie die gute oder schlechte Qualität der Leistungserbringer beurteilen könnten.[63] Nennenswerte Kosteneinsparungen über Selektivverträge lassen sich jedoch nur erreichen, wenn Leistungserbringer ausgeschlossen werden können, die eine geringe Qualität aufweisen und hohe Kosten verursachen. Wenn Qualitätsunterschiede aber nicht

60 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 171.

61 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 76, 152 und 171.

62 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 171.

63 Vgl. Thomson u.a. (2013a), S. 222.

erkennbar sind, werden die Prämien für Versicherte, die sich in Selektivverträge einschreiben, nicht deutlich geringer sein können als der „Normaltarif“. Mithin ist der monetäre Anreiz, auf eine große Auswahl an Leistungserbringern zu verzichten, nicht groß genug.

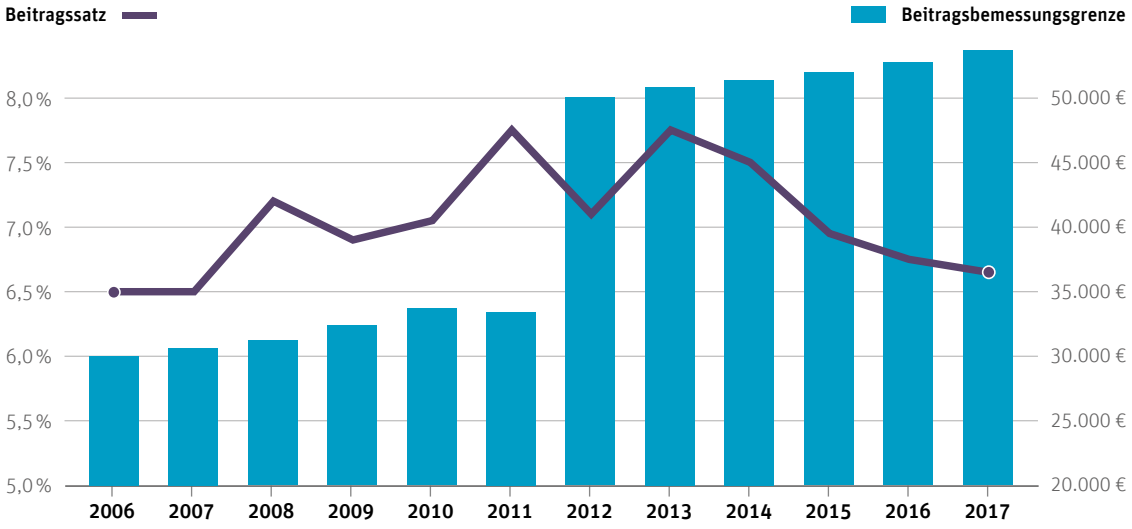
Ein Grund für die weiterhin hohen Gesundheitsausgaben könnte allerdings auch in fehlendem Wettbewerb begründet liegen: Aufgrund der hohen Marktkonzentration im niederländischen Versicherungsmarkt stellt sich die Frage, wie intensiv der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungen überhaupt ausfallen kann.

Das niederländische Gesundheitssystem bleibt damit trotz der vergleichsweisen jungen Bevölkerung und einer starken Lenkung der Versicherten in einem Hausarztsystem ein relativ teures System. Zudem verfügt es laut OECD über eine vergleichsweise schwächere Infrastruktur, bspw. was die Anzahl der Ärzte, Krankenhausbetten und die Ausstattung mit modernen medizinischen Geräten angeht.[64]

5.3 Entwicklung der finanziellen Belastungen

In der Finanzierung machten sich diese Kostensteigerungen vor allem dadurch bemerkbar, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung erheblich angehoben wurde: Im Vergleich zum Ausgangsjahr ergibt sich eine Steigerung von über 80 %. Der Beitragssatz liegt in 2017 dagegen nur leicht über dem Ausgangswert von 2006 (6,65 % 2017, 6,5 % in 2006), unterlag im Betrachtungszeitraum aber Schwankungen (vgl. Abbildung 13).

Abb. 13: Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze und des Beitragssatzes in der Krankenversicherung (Niederlande)



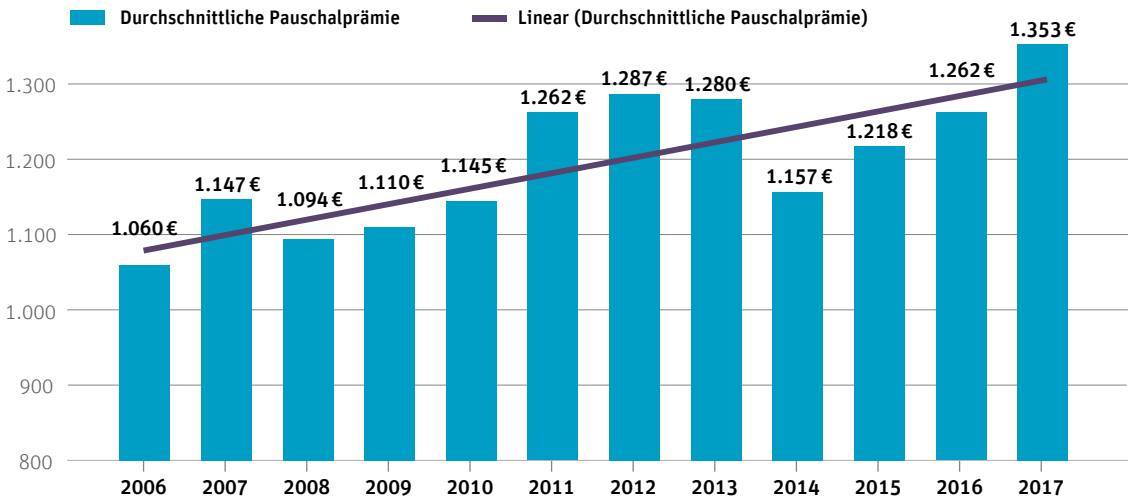
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Rijksoverheid (verschiedene Jahre).

Auch die Pauschalen, die von den Versicherten an die Versicherungen fließen, stiegen im Zeitverlauf an. Der etwas erratische Verlauf liegt daran, dass die Pauschalen auf Veränderungen im Basiskatalog oder bei den Selbstbehalten reagieren. Zudem setzten Versicherungen immer wieder auch einen Teil ihrer Reserven ein, um den Prämienverlauf zu beeinflussen.[65]

64 Vgl. Schut u.a. (2013), S. 12.

65 Vgl. Vektis (2017), S. 16.

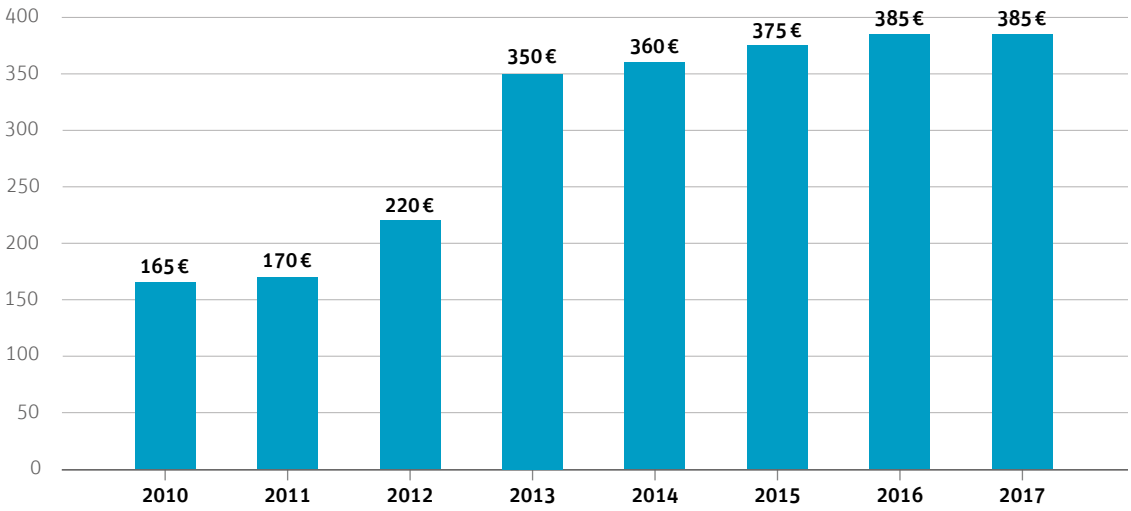
Abb. 14: Entwicklung der durchschnittlichen Pauschalprämie in den Niederlanden seit 2006



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

Auch der verpflichtende Selbstbehalt, der 2008 eingeführt wurde und damals bei 150 Euro lag, wurde über die Zeit angehoben und hat sich seit damals mehr als verdoppelt (vgl. Abbildung 15).

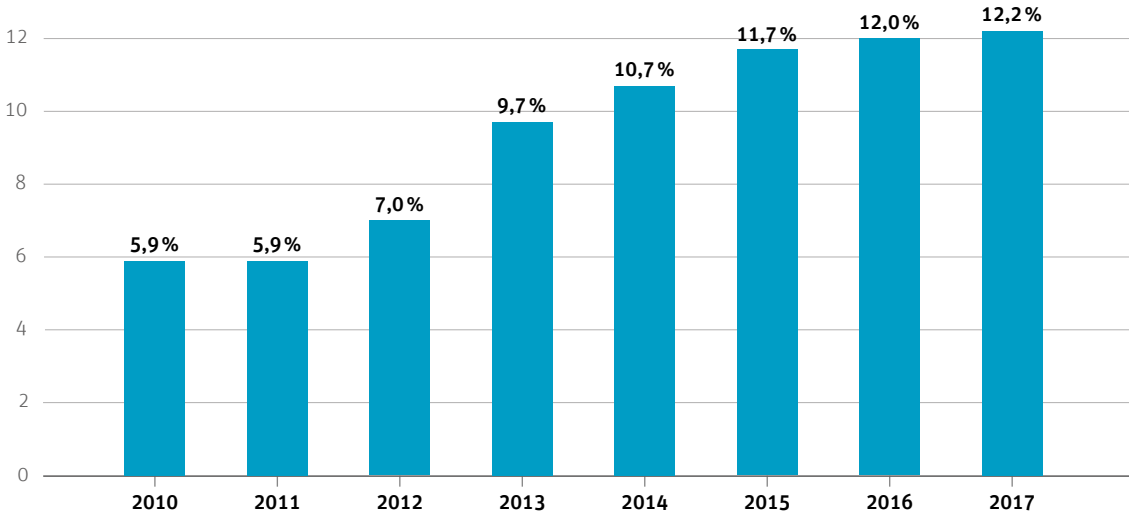
Abb. 15: Entwicklung des verpflichtenden Selbstbehalts pro Jahr in den Niederlanden



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

Über die Jahre hat auch der Anteil der Versicherten deutlich zugenommen, die freiwillige Selbstbehalte abgeschlossen haben: Er verdoppelte sich von knapp 6 % auf 12 % der Versicherten (vgl. Abbildung 16). Diese freiwilligen Selbstbehalte führen zu niedrigeren Pauschalprämien.

Abb. 16: Anteil der Versicherten mit freiwilligem Selbstbehalt



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2017).

Insgesamt zeigt der Vergleich der Belastungen für einen durchschnittlichen Erwachsenen vor und nach der Strukturreform von 2006 eine deutliche Steigerung der Belastung durch Beiträge, Pauschalen und Steuern. Ein Privatversicherter zahlte 2005 1.700 Euro Prämie inklusive Zuschlägen. Ein gesetzlich Versicherter zahlte im Durchschnitt 1.600 Euro, davon 300 Euro als Pauschale, 255 Euro als Prämie bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen und etwa 1.000 Euro als einkommensabhängiger Beitrag.

Im heutigen System fallen die Pauschalen für einen durchschnittlichen Erwachsenen geringer aus (2016 im Durchschnitt 1.179 Euro), aber hinzukommen durchschnittlich 1.590 Euro einkommensabhängige Beiträge und 385 Euro Selbstbehalt. In der Summe beläuft sich die Belastung für einen durchschnittlichen Erwachsenen in der Krankenversicherung auf 3.155 Euro und damit annähernd doppelt so viel wie ein gesetzlich versicherter Erwachsener in 2005 bezahlt hat.[66] Hinzu kommt der in den Niederlanden relativ hohe Steueranteil. Im Jahr 2016 lag der Anteil der öffentlichen Haushalte an den Gesundheitsausgaben bei 18 %. In 2005 lag dieser Anteil noch bei 12,5 %.[67]

5.4 Solidarität

Betrachtet man das heutige niederländische System unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung der Versicherten im Sinne von gleicher Belastung bei gleichem Einkommen, kann dies als erfüllt angesehen werden. Im vorherigen dualen System konnte die Beitragsbelastung je nach Versicherungsart auch bei gleichem Einkommen sehr unterschiedlich ausfallen.[68] Zudem ist die Zahl der Nichtversicherten sehr klein: In 2013 waren nur 0,2 % der Niederländer ohne Krankenversicherung.[69] Eine bevölkerungsweite Abdeckung mit einer Krankenversicherung ist damit erreicht worden.

In Bezug auf die Solidarität des Systems mit den einkommensschwächeren Haushalten wird in den Niederlanden kontrovers diskutiert. So führen die in den letzten Jahren gestiegenen Belastungen des

66 Angaben laut http://10jaarzvw.nl/#, zuletzt abgerufen am 23.11.2017.

67 Vgl. Statistics Netherlands (2017): http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLEN&PA=83073eng&D1=0&D2=0-1,16,26-28,30,34&D3=0,2-7,10&D4=l&LA=EN&HDR=G3,T,G2&STB=G1&VW=T, zuletzt abgerufen am 13.11.2017.

68 Vgl. Wille u.a. (2012), S. 217.

69 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 73.

Einkommens durch Gesundheitsausgaben laut Umfragen dazu, dass einkommensschwache Niederländer aufgrund der Selbstbehalte anstehende Arztbesuche nicht wahrnehmen. Zudem konnten sich nicht alle die verschriebenen Medikamente auch leisten. So geben 10,3 % der Niederländer an, wegen der Kosten nicht zum Arzt gegangen zu sein und 6,7 % der Niederländer, Medikamente aufgrund der Kosten nicht eingenommen zu haben. Beides liegt knapp unter dem OECD-Durchschnitt, aber bspw. deutlich höher als in Deutschland, wo nur 2,6 % der Befragten angaben, aufgrund der Kosten nicht zum Arzt gegangen zu sein und 3,2 %, Medikamente aufgrund der Kosten nicht genommen zu haben.[70]

Andere Studien gehen von noch höheren Zahlen aus: So sei der Anteil von Niederländern, die aufgrund der Kostenbelastung eine Behandlung oder einen Arztbesuch nicht in Anspruch genommen haben, zwischen 2010 und 2013 von 6 % auf 22 % gestiegen. Zudem sei zwischen 2010 und 2013 der Anteil von Versicherten gestiegen, die eine Überweisung an den Facharzt nicht wahrgenommen haben (von 18 % auf 27 %).[71] In diesem Zeitraum hatte sich der Selbstbehalt mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 15 aus Kapitel 5.3).[72]

Im Ergebnis kommt es zu einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit vom Einkommen. Zudem sind Versicherte benachteiligt, die sich die Zusatzversicherung nicht leisten können. Insbesondere in der zahnmedizinischen Versorgung kann dies zu weniger Leistungsinanspruchnahme von Geringverdienern führen.

Verschiedene politische Akteure in den Niederlanden plädieren in der Folge für eine staatliche Einheitskasse ohne Selbstbehalte. Befürworter des heutigen Systems befürchten hingegen durch die Umstellung auf eine Einheitskasse hohe Kosten und geringere Qualität. Zudem seien die rechtlichen Hürden hoch.[73]

Neben einer Ungleichbehandlung nach Einkommen gibt es inzwischen auch empirische Hinweise auf Risikoselektion seitens der Krankenversicherungen.[74] Dies führt ebenfalls zu einer Ungleichbehandlung verschiedener Versicherter und könnte insbesondere zulasten der kranken Versicherten gehen, wenn diese für die Krankenversicherungen trotz Risikostrukturausgleich im Vergleich zu gesunden Versicherten unattraktivere Kunden sind.

70 Vgl. OECD (2017a), S. 91; Batenburg u.a. (2015).

71 Vgl. WHO/Regional Office for Europe (2016), S. 192.

72 Dagegen verweist ein Country Report der OECD für die Niederlande darauf, dass sich die höheren Selbstbehalte nicht auf die Inanspruchnahme ausgewirkt hätten (vgl. OECD 2017c, S. 11). Hier widersprechen sich also die Zahlen aus dem Country Report mit den Zahlen aus der Publikation „Health at a Glance“ (OECD 2017a).

73 Vgl. http://www.dutchnews.nl/features/2017/02/the-big-election-issues-healthcare-needs-a-shake-up/, vgl. auch https://financieel.infonu.nl/verzekering/172474-eigen-risico-in-de-basisverzekering-ter-discussie.html, oder https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/nationaal-zorgfonds-kost-6-miljard-euro und https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/kosten-nationaal-zorgfonds-4000-euro-per-huishouden, zuletzt abgerufen am 07.12.2017.

74 Vgl. van de Ven u.a. (2017), S. 176ff.

6. Fazit

Die Strukturreform in den Niederlanden im Jahr 2006 war eine Antwort auf die spezifischen Probleme des niederländischen Gesundheitssystems. Im Hinblick auf die selbst gesteckten Ziele hat sie den Großteil jedoch bisher nicht erreicht.[75] Insbesondere hatte man sich von mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung eine stärkere Eindämmung der Kostenentwicklung erhofft. Denn auch die Niederländer mit ihrer vergleichsweisen jungen Bevölkerung sehen sich angesichts des umlagefinanzierten Systems in Zeiten des demografischen Wandels mit dem Problem konfrontiert, das Gesundheitssystem auch langfristig finanzierbar zu halten, ohne die nachkommenden Generationen zu überfordern. Die erzielten Kostendämpfungen der letzten Jahre wurden aber wie vor der Strukturreform vornehmlich über staatliche Eingriffe erreicht. Der Wettbewerb scheint durch die starke Marktkonzentration gehemmt und qualitätsorientierte Versorgungsverträge spielen noch eine untergeordnete Rolle.

Das niederländische Gesundheitssystem bleibt somit auch nach der grundlegenden Systemreform und trotz der vergleichsweisen jungen Bevölkerung, der wettbewerblichen Ausrichtung sowie der starken Lenkung der Versicherten in einem Hausarztsystem und verpflichtenden Selbstbehalten ein relativ teures System.

Die angestrebte Solidarität des Systems mit den Einkommensschwachen ist ebenfalls nur teilweise erreicht worden. So ist zwar die Zahl der Nichtversicherten sehr klein, womit eine bevölkerungsweite Abdeckung mit Gesundheitsleistungen erreicht wurde. Allerdings besteht die Gefahr, dass einkommensschwächere Haushalte weniger Leistungen in Anspruch nehmen als einkommensstärkere Haushalte. Zum einen können letztere Zusatzversicherungen für die im Leistungskatalog nicht abgedeckten Leistungen abschließen. Zum anderen sind die über die letzten Jahre gestiegenen Selbstbehalte eher für die einkommensschwächeren Haushalte ein Problem: Patienten geben in Umfragen an, notwendige medizinische Leistungen oder Medikamente nicht in Anspruch zu nehmen, weil sie sich den Selbstbehalt nicht leisten können.

Angesichts dieser Entwicklungen wird in den Niederlanden kontrovers über die Zukunft der Krankenversicherung diskutiert, da die grundlegenden Strukturreformen auch 12 Jahre nach ihrer Einführung bisher nicht die gewünschten Ergebnisse hervorgebracht haben.

75 Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch schon Ahrens (2013) in seiner Zwischenbilanz zur niederländischen Reform sechs Jahre nach Inkrafttreten. Auch die WHO konstatiert, dass die durch den Wettbewerb erhofften Kostensenkungen nicht eingetreten sind, die Qualität noch keine ausreichende Rolle spielt und die Marktkonzentration problematisch sein könnte (vgl. WHO/European Office (2016), S. 171ff).

Literaturverzeichnis

Ahrens, Dieter (2013): Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen – Erfahrungen aus den Niederlanden, in: Gesundheitswesen 2013; 75: 386–392.

Autoriteit Consument & Markt (ACM) (2016): Competition in the Dutch Health Insurance Market, URL: https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/16129_competition-in-the-dutch-health-insurance-market.pdf, Stand: 8. Dezember 2017.

Batenburg, Ronald/Kroneman, Madelon/Sagan, Anna (2015): The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands, in: Maresso, Anna/Mladovsky, Philipa/Thomson, Sarah/Sagan, Anna/Karanikolos, Marina/Richardson, Erica/Cylus, Jonathan/Evetovits, Tamás/Jowett, Matthew/Figueras, Josep/Kluge, Hans (Hrsg.): Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experience, Copenhagen/Copenhagen, S. 247–297.

Duijmelinck, Daniëlle M. I. D./van de Ven, Wynand P. M. M. (2014): Choice of insurer for basic health insurance restricted by supplementary insurance, in: The European journal of health economics: HEPAC : health economics in prevention and care, Vol. 15, No. 7, pp. 737–746.

Greß, Stefan/Manouguian, Maral/Wasem, Juergen (2006): Krankenversicherungsreform in den Niederlanden, URL: http://www.stefan-gress.eu/mediapool/40/403223/data/Kurzexpertise_Niederlande_fertig.pdf, Stand: 8. Dezember 2017.

Mosca, Ilaria/van der Wees, Philip J./Mot, Esther S./Wammes, Joost J. G./Jeurissen, Patrick P. T. (2016): Sustainability of Long-term Care. Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers, in: International journal of health policy and management, Vol. 6, No. 4, pp. 195–205.

OECD (2017a): Health at a Glance 2017, URL: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#, Stand: 08.12.2017.

OECD (2017b): OECD Health Statistics 2017, URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#, Stand: 27. Oktober 2017.

OECD (2017c): Netherlands: Country Health Profile 2017. URL: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/netherlands-country-health-profile-2017_9789264283503-en#, Stand: 30.01.2018.

Rijksoverheid (verschiedene Jahre): Sociale Verzekeringen, URL: https://www.rijksoverheid.nl.

Roos, Anne-Fleur/Schut, Frederik T. (2012): Spillover effects of supplementary on basic health insurance. Evidence from The Netherlands, in: The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care, Vol. 13, No. 1, pp. 51–62.

Schut, Erik/Sorbe, Stéphane/Høj, Jens (2013): Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands, URL: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k4dlw04vx0n-en.pdf?expires=1510061110&id=id&accname=guest&checksum=8155EAF11CA0E22ECA0A1A38AA2D8032, Stand: 7. November 2017.

Schut, Frederik/van de Ven, Wynand (2011): Health Care Reform in the Netherlands. The Fairest of All?, in: Journal of Health Services Research & Policy, 16. Jg., Nr. 1, S. 3–4.

Schut, Frederik/ Varkevisser, Marco (2017): Competition policy for health care provision in the Netherlands. In: Health Policy, 121. Jg., S. 126-133.

Statistics Netherlands (CBS) (2017): Statline, URL: statline.cbs.nl, Stand: 13. November 2017.

Thomson, Sarah/Busse, Reinhard/Crivelli, Luca/van de Ven, Wynand/van de Voorde, Carine (2013b): Statutory health insurance competition in Europe. A four-country comparison, in: Health Policy, 109. Jg., Nr. 3, S. 209–225.

van de Ven, Wynand P. M. M./van Vliet, René C. J. A./van Kleef, Richard C. (2017): How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence, in: The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care, Vol. 18, No. 2, pp. 167–180.

Vektis (2017): Zorgthermometer, URL: https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Verzekerden%20in%20beeld%202017.pdf, Stand: 27. Oktober 2017.

WHO/Regional Office for Europe (2016): Health Systems in Transition: Netherlands, URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1, Stand: 27. Oktober 2017.

Wille, Eberhard/Hamilton, Geert Jan A./Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der/Thüsing, Gregor (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, 1. Aufl., Baden-Baden.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017 (Dezember), Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017 (Oktober), Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3 (August 2017)

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017 (Juni 2017), Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017 (Mai 2017), Sonja Hagemeister, Frank Wild,

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6, (März 2017)

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016 (Dezember), Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016 (November 2016), Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016 (November 2016), Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016 (April 2016), Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015 (November 2015), Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015 (November 2015), Dr. David Bowles, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015 (November 2015), Dr. Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015 (September 2015), Dr. Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015 (Juli 2015), Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015 (April 2015), Dr. Frank Niehaus

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015 (März 2015), Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4 (März 2015)

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7 (Februar 2015)

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014 (Dezember 2014), Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014 (Juli 2014), Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013 (Juli 2013), Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013 (Mai 2013), Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013 (März 2013), Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild

WIP
Wissenschaftliches
Institut der PKV