

Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden

Während vielen Jahren beruhte das niederländische Krankenversicherungssystem bezüglich den kurativen Grund-Dienstleistungen auf einem Zweisäulensystem. Die erste Säule war das Sozialversicherungssystem für Personen im tieferen Einkommenssegment, die zweite das freiwillige Privatversicherungssystem für Personen mit höherem Einkommen. Mit den radikalen Marktreformen im Jahre 2006 verschmolzen beide Säulen zu einem obligatorischen Krankenversicherungssystem mit privaten Versicherern. Die zentrale Idee hinter den Reformen ist eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch die Förderung des Wettbewerbs auf beiden Märkten des Gesundheitswesens, d.h. bei den Versicherern und den Leistungserbringern.

Erste Vorschläge für ein einheitliches nationales Krankenversicherungssystem mit Elementen des regulierten Wettbewerbs wurden bereits 1987 von der Dekker-Kommission vorgelegt.¹ Dieser Bericht regte an, die staatliche zentrale Planung durch ein System zu ersetzen, in dem untereinander konkurrierende Krankenversicherer als kluge Einkäufer von Versorgungsleistungen für ihre Mitglieder fungieren sollten. Obwohl es fast zwanzig Jahre bis zur Einführung der eigentlichen Reformen dauerte, wurden einzelne Anpassungen bereits vor 2006 vorgenommen. Dazu gehörten zum Beispiel die Einführung von Kopfprämien und ein Risikoausgleichssystem in der Sozialversicherung.

Wettbewerb ja, aber unter Wahrung von Qualität und Solidarität

Die Einführung des freien Wettbewerbs auf dem Gesundheitsmarkt ist mit Risiken verbunden, da dadurch die Solidarität und die Qualität gefährdet sein könnten. Ausserdem können die Kosten steigen, wenn die Marktmacht einiger Leistungserbringer und Versicherer zu gross wird. Um die Solidarität zu bewahren, führte der Staat für alle niederländischen Bürgerinnen und Bürger ein obligatorisches Grundversicherungspaket ein. Alle Bürger können ihren Krankenversicherer frei wählen. Dieser wiederum ist verpflichtet, innerhalb der jährlichen Anmeldefristen alle Anmeldungen zu berücksichtigen. Zudem müssen die Krankenversicherer jedem Versicherungsnehmer die gleiche Kopfprämie berechnen (das sog. «Community-Rating»-Konzept). Im Falle von Versicherungsnehmern mit vorhersehbar hohen medizinischen Ausgaben führen diese Prämienrestriktionen zu vorhersehbaren Verlusten für Krankenversicherer.

Deshalb führte die niederländische Regierung ein Risikoausgleichssystem ein, das die Versicherer für vorhersehbare Differenzen in ihren medizinischen Ausgaben kompensiert. Die Entwicklung dieses Risikoausgleichssystem begann 1991 im Sozialversicherungssystem und wurde später weiter verbessert.

Funktionsweise des niederländischen Systems

Grafik 1 illustriert das niederländische Gesundheits-Finanzierungssystem. Alle Bürgerinnen und Bürger ab 18 Jahren müssen dem Krankenkassenfonds einen einkommensabhängigen Beitrag zahlen, dessen Höhe durch die Steuerbehörden erhoben wird. Der Krankenkassenfonds erhält Zuschüsse der öffentlichen Hand (beispielsweise für die Ausgaben der Kinder unter 18) und rückvergütet dieses Geld den Krankenversicherern, nachdem der Risikoausgleich vorgenommen wurde. Die Konsumenten zahlen eine Kopfprämie direkt an ihren Krankenversicherer. Dahinter steckt der Gedanke, dass die Konsumenten die Krankenversicherer gewissermassen erziehen, indem sie abspringen, wenn sie mit der Leistung ihres Versicherers nicht zufrieden sind.

Das Reformpaket: Wichtigste Massnahmen

Das radikale Reformpaket, das 2006 in Kraft trat, umfasst folgende Massnahmen: Die Erhöhung der Kopfprämie, Anreize und Instrumente zur Effizienzsteigerung sowie Veränderungen auf der Anbieterseite.

Erhöhung der Nominalprämie

Während dieses Finanzierungssystem bereits vor der Reform des Sozialversicherungssystem



Dr. Rudy Douven
Short Term Analysis and Fiscal Affairs, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), Den Haag



Dr. Esther Mot
Short Term Analysis, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), Den Haag

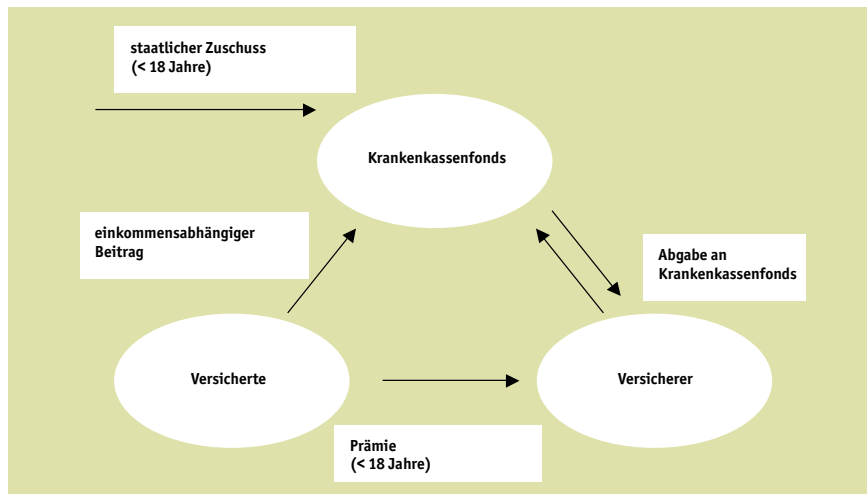


Dr. Marc Pomp
Program Leader Market Sectors, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB), Den Haag

1 Vgl. Dekker-Kommission, 1987.

Grafik 1

Finanzierungssystem des niederländischen Gesundheitswesens



Quelle: CPB / Die Volkswirtschaft

systems existierte, so war die Höhe der Kopfprämie zuvor beträchtlich kleiner als die Höhe des einkommensabhängigen Beitrags. Im neuen Gesundheitssystem verlangt das Gesetz, dass die Ausgaben je zur Hälfte aus den einkommensabhängigen Beträgen und den Kopfprämien gedeckt werden. Dies bedeutete einen beträchtlichen Anstieg der Kopfprämie für Leute in den tieferen Einkommensschichten, nämlich von ca. 350 Euro im Jahre 2005 auf ca. 1050 Euro im Jahre 2006. Eine hohe Kopfprämie sollte die Bevölkerung auf die hohen Gesundheitskosten aufmerksam machen bzw. ihr Kostenbewusstsein wecken. Diese Erhöhung führte zu einer verminderten Kaufkraft in den tieferen Einkommensgruppen. Deshalb kompensiert der Staat heute über 5 Mio. Bürgerinnen und Bürger durch monatliche einkommensabhängige Subventionen.

Anreize und Instrumente zur Effizienzsteigerung

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsmarktes zu verbessern, ist keine einfache Aufgabe. Krankenversicherer brauchen nicht nur einen Anreiz, sie benötigen auch Instrumente, um effizienter arbeiten zu können. Um so viele Anreize wie möglich zu schaffen, entschied sich die niederländische Regierung für ein privat organisiertes Krankenversicherungssystem, welches unter die Dritte Richtlinie über Schadensversicherungen im Wettbewerbsrecht der Europäischen Kommission fällt. Die Krankenversicherer erhielten dadurch verschiedene Instrumente, um Kunden anzuziehen. Sie stehen bezüglich des Preises für das Grundversicherungspaket im Wettbewerb zueinander. Dabei dürfen sie Prämien-

rabatte für Gruppenpolicen anbieten, solange eine vergleichbare Einzelpolice höchstens 10% teurer ist. Ausserdem kann der Versicherungsnehmer einen freiwilligen Selbstbehalt von 100 bis 500 Euro pro Jahr wählen. Zusätzlich zu diesen Vorteilen gilt für die gesamte Bevölkerung ein obligatorischer Schadenfreiheitsrabatt von 255 Euro pro Jahr.

Krankenversicherungen werben auch mit diversen Zusatzversicherungspaketen, Dienstleistungsniveaus und Netzwerken von Vertragsärzten und -spitälern (bevorzugte Anbieternetzwerke). Letztere sollen die Krankenversicherungen dazu ermutigen, günstige Verträge mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Das Ziel dieser Idee ist die Förderung einer leistungsfähigen medizinischen Versorgung, indem die Krankenversicherer ihre Mitglieder nur effizienten Leistungserbringern zuführen, welche die Qualitätsanforderungen erfüllen. Natürlich kann dies nur funktionieren, wenn Informationen über die Versorgungsqualität einfach zu beschaffen sind. Zurzeit fehlt es noch an verlässlichen Qualitätsinformationen. Sowohl von Seiten des Staates wie auch von privaten Organisationen sind intensive Bemühungen im Gange, um den Informationsfluss zu beschleunigen.

Veränderungen auf Anbieterseite

Auch wenn die Liberalisierung auf dem Anbietermarkt noch hinter dem Versicherungsmarkt herhinkt, so haben doch bereits viele Veränderungen stattgefunden, die zur Förderung des Wettbewerbs beitragen. Gesetzliche Hürden für neue Marktteilnehmer wurden gesenkt, und in den letzten paar Jahren sind viele unabhängige Kliniken zum Markt gestossen. Die Einführung eines neuen Spitalverwaltungssystems, das auf Fallpauschalen basiert, erleichtert das Aushandeln von Spitaldienstleistungen durch die Versicherer und die Spitäler. Um sich an diesen Verhandlungsprozess zu gewöhnen, dürfen Spitäler und Krankenversicherer seit 2005 über etwa 10% der Spitaldienstleistungen verhandeln, und zwar in Bezug auf Volumen, Preis und Qualität. Die übrigen 90% der Spitaldienstleistungen sind noch immer vorgegeben, aber der Staat beabsichtigt, die Spitaldienstleistungen weiter zu liberalisieren. In Zukunft ist vorgesehen, dass Krankenhäuser und Versicherer über 70% der Spitalleistungen miteinander verhandeln können.

Erste Bestandaufnahme nach einem Jahr Erfahrung

Das erste erstaunliche Resultat der Reform war ein von den Krankenversicherern begonnener Prämienkrieg. Die Angst, dass viele Kunden den Versicherer wechseln würden,

2 Vgl. Douven und Schut, 2006.
3 Vgl. Schut, 2006.

Kasten 1

Zögerliche Verwendung des Handlungsspielraums für selektive Vertragsabschlüsse

Der echte Prüfstein für die Reformen liegt in der effizienteren Bereitstellung von Versorgungsdienstleistungen. Dies würde unter anderem dadurch erreicht, dass die Krankenversicherer ihren neu erworbenen Spielraum dazu verwenden, beim Abschluss von Verträgen selektiv vorzugehen. Bisher schienen sie jedoch davon kaum Gebrauch zu machen. Für dieses Verhalten werden vier Gründe geltend gemacht:

1. Der Anreiz, mit Spitälern zu verhandeln, ist nicht sehr stark, sind doch nur gerade 10% aller Spitaldienstleistungen frei verhandelbar. Hinzu kommt, dass die Differenz der Spitalausgaben zwischen den einzelnen Krankenversicherer 50 Euro pro Prämienzahler nicht übersteigen darf. Diese Regel wurde eingeführt, um zu verhindern, dass Versicherer bei hohen oder tiefen Spitalausgaben Risiken eingehen, welche durch temporäre Schwächen des neuen Spitalverwaltungssystems entstehen könnten.
2. Noch immer sind nicht genügend Qualitätsinformationen erhältlich. Ein billiges Angebot könnte auch als Hinweis auf (echte oder erwartete) Qualitätseinbussen gedeutet werden.
3. Die Verhandlungsposition der Krankenversicherer ist nicht stark genug, um vorteilhafte Verträge mit Spitälern auszuhandeln. Spitäler verfügen nicht nur über mehr Informationen in Hinblick auf die Kosten und die Qualität ihrer Dienstleistungen; sie können auch Einfluss auf den Markt ausüben – besonders in Regionen, wo die Spitaldichte geringer ist.
4. Krankenversicherer haben Mühe, ihre Kunden den bevorzugten Leistungserbringern zuzuführen, da Kunden, welche eine Police für ein bevorzugtes Anbieternetzwerk abschliessen, immer noch die Möglichkeit haben, zusätzliche Kosten in Kauf zu nehmen und einen externen Anbieter ausserhalb des Netzwerks zu wählen.

hatte weit reichende Auswirkungen auf die Prämienstruktur. Besonders Prämien für Gruppenpolicen wurden unter dem kostendeckenden Preis angeboten. Man schätzt, dass die Krankenversicherer mit ihren Grund-Dienstleistungspaketen zwischen 375 und 950 Mio. Euro verloren haben.² Diese Verluste können aber von den meisten Krankenversicherern – insbesondere den grösseren Unternehmen – noch verschmerzt werden, da sie über beträchtliche finanzielle Reserven verfügen.

Ein zweites unerwartetes Ergebnis war, dass ca. 20% der niederländischen Bevölkerung den Versicherer wechselten. Ein so reges Wechselverhalten hatte es noch nie gegeben. Durch die Reformen sowie durch einen massiven Medienwirbel um die Prämienunterschiede war sich die Bevölkerung offensichtlich über die verschiedenen Versicherungsoptionen bewusst geworden. Viele Leute wechselten 2006 von einer Einzel- zu einer Gruppenpolice, von denen es ein breites Angebot gab und die vielfach grosse Prämienrabatte beinhalteten (durchschnittlich ca. 6,5% billiger als Einzelpolicen). Diese Gruppenpolicen waren nicht nur auf Arbeitgeber beschränkt, sondern wurden auch anderen Gruppen angeboten, zu der eine grosse Anzahl potenzieller Versicherungsnehmer gehörten, so zum Beispiel grössere Gewerkschaften, nationale Sportverbände und eine grosse Bankkooperative. Sogar für Interessensgruppen älterer Menschen und von Chronischkranken (z.B. Diabetes oder rheumatische Arthritis) wurden Gruppenpolicen abgeschlossen. Solche Verträge sind möglich, weil die Krankenversicherer durch das Risikoausgleichskonzept für vorhersehbare Auslagen entschädigt werden.

Die Reformen riefen auf dem Krankenversicherungsmarkt eine Reihe von Reaktionen hervor. Eine Krankenkasse meldete Verluste auf dem Krankenversicherungssektor an und begann, Arbeitskräfte und Verwaltungskosten abzubauen. Kosten wurden auch über die Risikoselektion gesenkt. Einige Versicherer nützten vermutlich die Mängel am Risikoausgleichssystem aus, indem sie vorteilhafte Gruppenverträge akquirierten. Ein weiteres mögliches Instrument zur Risikoselektion waren Zusatzversicherungen. Jedoch meldeten die Krankenversicherer, dass sie 2006 und 2007 alle in die Zusatzversicherung aufnehmen würden, die dies beantragen. Zudem wurden Fusionen angekündigt, welche in der Zwischenzeit von der niederländischen Wettbewerbsbehörde genehmigt worden sind. Nach diesen Fusionen werden ca. 90% der Bevölkerung bei sechs grossen Versicherungsunternehmen versichert sein, die restlichen 10% bei sieben kleinen, regional-orientierten Krankenversicherern.³

Gegenwärtig ist es noch zu früh, um in Bezug auf die Leistungsfähigkeit definitive Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Reformen sind gerade erst angelaufen, und bessere Informationen über die Qualität der medizinischen Versorgung müssen noch gesammelt werden. Sowohl die Krankenversicherer wie auch Leistungserbringer brauchen Zeit, um sich an die neue Situation zu gewöhnen. Zudem sind noch nicht alle Strategien in die Tat umgesetzt worden, die verstärkt zu selektiven Vertragsabschlüssen und einem Managed-Care-System motivieren sollen (vgl. Kasten 1).

Steigende Gesundheitsausgaben

Zu Beginn des neuen Jahrtausends wurde das Globalbudget, das wachsende Wartelisten produzierte, suspendiert. Diese Massnahme reduzierte zwar die Wartelisten, führte aber gleichzeitig zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben, was eine grosse Belastung für die niederländischen Reformen darstellt. Die Reformen werden – falls erfolgreich – durch Effizienzsteigerungen den Druck auf die Preise in der Gesundheitsversorgung mildern. In der Tat scheint im Spitalsektor bereits eine Effizienzsteigerung eingetreten zu sein: Die Teuerung bei liberalisierten Spitalleistungen lag um einen Prozentpunkt unter der Teuerungsrate der Gesamtwirtschaft.

Erfolgreiche Reformen und steigende Gesundheitsausgaben können Hand in Hand gehen, da diese Kombination ein Anzeichen für mehr Effizienz, Produktion und Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen ist. Der Staat wird jedoch eine glaubhafte Erklärung für die steigenden Kosten abgeben müssen, da das Volk dies als Zeichen für das Scheitern der Reformen und die mangelnde Leistungsfähigkeit des Systems auslegen könnte. ■

Kasten 2

Referenzen

- Dekker-Kommission (1987), *Der Wille zur Veränderung*, Den Haag: Dekker-Kommission (auf Niederländisch).
- Douven R. und E. Schut (2006), *Prämienwettbewerb zwischen den Krankenversicherern*, ESB, 91, S. 272–275 (auf Niederländisch).
- Schut, E. (2006), *Wettbewerb im Gesundheitswesen, ein Jahr danach*, ESB-Dossier: Markt in Aktion, Dezember 2006, S. 20–24 (auf Niederländisch).