

Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande – ein Vergleich

In der gesundheitspolitischen Diskussion setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass man aus den Erfahrungen anderer Länder lernen kann und soll. Entsprechend gestiegen ist die Zahl der ländervergleichenden Studien. Im vorliegenden Beitrag¹ werden die Gesundheitssysteme der Niederlande und der Schweiz miteinander verglichen. Beide weisen grosse Ähnlichkeiten, aber auch deutliche Unterschiede auf. Das niederländische Gesundheitssystem wurde mit der Reform von 2006 an das Modell des regulierten Wettbewerbs herangeführt. Das Schweizer Gesundheitswesen enthält zwar ebenfalls Bestandteile dieses Modells, doch fehlen weiterhin wesentliche Voraussetzungen für einen funktionierenden Leistungswettbewerb.



Das niederländische Gesundheitssystem ist im Vergleich zum schweizerischen System stark zentralisiert. Der Staat tritt in erster Linie als Regulator auf und bietet selber keine medizinischen Leistungen an. Im Bild: Augenoperation in einer niederländischen Klinik. Bild: Keystone

Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande enthalten Elemente des auf *Enthoven (1978, 1988, 2006)* zurückgehenden Modells des regulierten Wettbewerbs (vgl. *Kasten 1*). Beide Länder haben dieses Modell jedoch in sehr unterschiedlichem Ausmass verwirklicht. Die Grundidee des regulierten Wettbewerbs besteht darin, auf dem Versicherungsmarkt einen staatlich regulierten Wettbewerb zu schaffen, der dann auf den Markt für medizinische Leistungen durchschlägt und zu einer effizienten und qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung führen soll.



Prof. Dr. Robert E. Leu
Leiter des Departements Volkswirtschaftslehre, Gruppe Public Economics, Universität Bern



Pius Matter
Departement Volkswirtschaftslehre, Gruppe Public Economics, Universität Bern

Struktur und Marktzutritt

Das schweizerische Gesundheitssystem ist föderalistisch aufgebaut. Der Bund erlässt lediglich Rahmenbedingungen. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen können die Kantone ihr Gesundheitswesen relativ autonom gestalten. Die Folge sind grosse regionale Unterschiede im Leistungsangebot, in den Kosten und den Krankenkassenprämien. Die Kantone treten dabei auf als Regulator, Spitalbesitzer, Anbieter stationärer Leistungen (rund 75% aller akuten Eingriffe) und Schlichtungsinstanz in Tarifverhandlungen. Ausserdem finanzieren sie über die Hälfte der Kosten der stationären Versorgung. Schliesslich erstellen sie Spitallisten, welche den Zugang zu Krankenversicherung und öffentlichen Beiträgen regeln.

Das niederländische Gesundheitssystem ist demgegenüber stark zentralisiert und vermeidet so die Fragmentierung und Zersplitterung des schweizerischen Systems. Der Staat tritt in erster Linie als Regulator auf und bietet selber keine medizinischen Leistungen an. Alle Spitäler sind in privater Hand, operieren jedoch in den meisten Fäl-

¹ Die zugrundeliegende Studie (Leu et al., 2008) wurde gemeinsam durch das niederländische Gesundheitsministerium, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) finanziert.

len als gemeinnützige Institutionen. Mit der Reform von 2006 ist die staatliche Spitalplanung aufgehoben worden; die Spitäler sind in begrenztem Umfang frei, ihre Kapazitäten zu variieren, und ein Marktzutritt neuer Anbieter ist möglich.

Die Niederlande weisen mit ihren 16 Mio. Einwohner einen stark konzentrierten Krankenversicherungsmarkt auf: Fünf grosse Versicherungsgesellschaften decken 82% des Marktes ab. In der Schweiz haben die zehn grössten Krankenkassen einen Marktanteil von rund 80%. Krankenversicherer – auch ausländische Wettbewerber – können in den Niederlanden im Gegensatz zur Schweiz auch in der Grundversicherung gewinnorientiert arbeiten und bieten ihre Versicherungsprodukte in der Regel in allen Landesteilen an.

Umfassende Versicherungsdeckung und freie Kassenwahl

Beide Länder weisen eine umfassende Versicherungsdeckung auf. In der Schweiz sind seit 1996 und in den Niederlanden seit 2006 alle Einwohner verpflichtet, eine obligatorische Krankenversicherung bei einem staatlich anerkannten Versicherer abzuschliessen. Den Versicherern ist es in beiden Ländern untersagt, Versicherungsanträge abzulehnen. Entsprechend tief ist der Prozentsatz der Nichtversicherten in beiden Ländern: ca. 1,5% der Bevölkerung in den Niederlanden und unter 1% in der Schweiz. Grösser ist in beiden Ländern die Zahl jener Versicherten, welche im Zahlungsverzug sind oder ihre Prämien nicht bezahlen können. Dadurch kann es in der Schweiz – trotz Versicherungsobligatorium – zur Sistierung von Leistungen kommen. Im Moment wird eine Lösung diskutiert, bei welcher die Kantone 85% der ausstehenden Zahlungen übernehmen. In den Niederlanden werden säumige Zahler zuerst verwarnet; sofern dies nichts nützt, belastet das Gesundheitsministerium dem Lohn oder Unterstützungsbeiträgen einen Betrag von 130 Euro pro Monat, welcher die durchschnittliche Prämie wesentlich übersteigt.

Leistungskatalog und Zusatzversicherung

Beide Länder weisen in der obligatorischen Grundversicherung einen umfassenden Leistungskatalog auf. Trotzdem leistet sich der Grossteil der Bevölkerung in beiden Ländern eine Zusatzversicherung. Diese wird häufig bei derselben Krankenkasse abgeschlossen, welche bereits die Grundversicherung abdeckt. In der Zusatzversicherung sind

die Versicherer wenigen (Niederlande) bzw. keinen (Schweiz) Auflagen bezüglich Berücksichtigung des Risikos der Versicherten unterworfen; sie können die Aufnahme verweigern, bestimmte Leistungen ausschliessen und verlangen grundsätzlich risikogerechte Prämien. Weil in den Niederlanden sowohl in der Grundversicherung als auch in der Zusatzversicherung Gewinne erwirtschaftet werden können, fallen die in der Schweiz oft bemängelten Auswirkungen auf den Wettbewerb zwischen den Versicherern und das Wechselverhalten der Versicherten weg.²

Risikostrukturausgleich

Bezüglich Risikostrukturausgleich sind die Niederlande weltweit führend. Die Risikoausgleichsformel enthält neben den Merkmalen Alter, Geschlecht und Wohnort den Arbeitsmarktstatus sowie 20 pharmazeutische und 13 diagnostische Kostengruppen. Die Berechnung erfolgt grundsätzlich prospektiv, auch wenn retrospektive Ausgleichszahlungen nicht völlig vermieden werden können. Entsprechend klein sind die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern, und entsprechend gering ist das Ausmass der Risikoselektion. Für die Versicherer zahlt es sich im Gegenteil aus, chronisch kranke Patienten zu versichern, weil sie über den Risikostrukturausgleich ausreichend entschädigt werden und damit auch in diesem Segment grundsätzlich Gewinne erzielen können. Ein stark ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich ist für das Funktionieren des regulierten Wettbewerbs von zentraler Bedeutung. Entsprechend bemüht man sich in den Niederlanden, den Risikostrukturausgleich weiter zu verbessern.

In der Schweiz basiert der Risikostrukturausgleich nur auf den Variablen Alter, Geschlecht und Wohnort und wird retrospektiv pro Kanton berechnet. Diese Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs schafft falsche Anreize bei den Versicherern. Die retrospektive Berechnung bestraft effiziente und belohnt ineffiziente Versicherer. Die ungenügende Ausdifferenzierung der Ausgleichsformel – insbesondere die Nichtberücksichtigung von Morbiditätsindikatoren – fördert die Entwicklung heterogener Versicherungsgruppen und zwingt die Krankenversicherer, Risikoselektion (vor allem in Form der Mehrkassenstrategie) zu betreiben. Weil mit Risikoselektion mehr Geld zu verdienen ist als mit kostensparenden Versorgungsmodellen, werden Innovationen im Versicherungsbereich in ihrer Entwicklung behindert. Kaum ein Krankenversicherer wird sich z.B. für integrierte Versorgungsmodelle im Bereich chronisch Kranke engagieren wollen,

Kasten 1

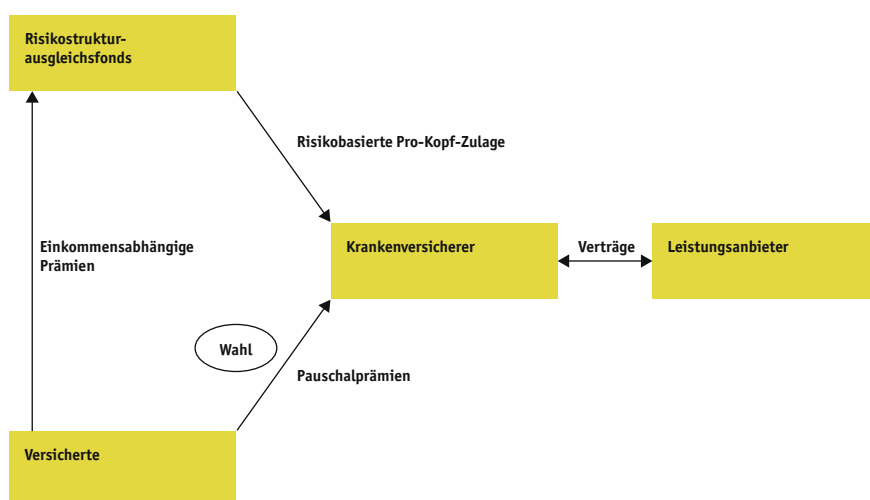
Regulierter Wettbewerb

- Modelle mit reguliertem Wettbewerb lassen sich im Grundsatz alle auf *Enthoven (1978, 1988, 2006)* zurückführen. Die nachfolgende Auflistung enthält die zentralen Elemente eines solchen Modells, angepasst auf die Verhältnisse in der Schweiz:
- freier Marktzutritt (Versicherer, Ärzte, Spitäler) ohne Einschränkung des Erwerbszwecks;
 - vorgeschriebener (Mindest-)Leistungskatalog;
 - Versicherungsobligatorium;
 - Freiheit der Kassenwahl/Aufnahmewang;
 - risikounabhängige Prämien;
 - ausdifferenzierter Risikostrukturausgleich;
 - einkommensabhängige Prämienbeiträge an wirtschaftlich Schwächere;
 - Kostenbeteiligung mit Obergrenze;
 - monistische Finanzierung über Versicherer;
 - Vertragsfreiheit im ambulanten und stationären Bereich;
 - Unterstellung des Gesundheitswesens unter das Kartellgesetz (keine Preisverhandlungen mehr auf Verbandsebene).

² Vgl. Dormont et al. (2009).

Grafik 1

Finanzierung der Grundversicherung in den Niederlanden



Quelle: Leu, Matter / Die Volkswirtschaft

da er damit einen Zustrom dieser Patienten befürchten müsste. Der bestehende Risikostrukturausgleich wird zwar per 1.1.2012 um Spital- und Pflegeheimaufenthalte von mindestens drei Tagen im Vorjahr erweitert. Allerdings ist er auch mit dieser Modifikation der niederländischen Risikoausgleichsformel weiterhin unterlegen und setzt ausserdem falsche Anreize im Managed-Care-Bereich.

Finanzierung

Deutliche Unterschiede ergeben sich bezüglich Finanzierung des Gesundheitswesens im obligatorischen Bereich. In den Niederlanden wird nur ein kleiner Teil der Finanzierung (5%) über Steuern gewährleistet; in der Schweiz sind es gegen 30%. In den Niederlanden erfolgen 50% der Finanzierung über risikounabhängige Pauschalprämien und 45% über einkommensabhängige Prämien in Form von Lohnabzügen (7,2% für Arbeitnehmer resp. 5,1% für Pensionierte und Selbständige bis 31 000 Euro), welche über den Risikostrukturausgleich an die Krankenversicherer ausgeschüttet werden. Somit liegt die Finanzierungsverantwortung allein bei den Versicherern (vgl. Grafik 1). In der Schweiz finanzieren die Versicherer nur die ambulanten Leistungen (monistische Finanzierung), während im stationären Bereich die Kantone heute mindestens 50% der anrechenbaren Kosten zuzüglich Subventionen für Investitionen und Defizitdeckung übernehmen. Ab 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung, nach welcher die Kantone 55% und die Versicherer 45% der gesamten Spitalkosten (inkl. Investitionen) im Rahmen einer Finanzierung über diagnosespezifische Fallpauschalen (DRG) tragen.

Die Finanzierung der Spitäler wird in den Niederlanden bereits heute leistungsabhängig über eine niederländische Variante der DRG abgewickelt. Die Entschädigung der ambulanten Leistungserbringer erfolgt in der Schweiz mit Ausnahme einiger Managed-Care-Organisationen über eine Einzelleistungsvergütung (Tarmed), während in den Niederlanden eine Kombination von Pauschalen pro eingeschriebenem Versicherten und einer wenig differenzierten Form der Einzelleistungsvergütung verwendet wird (partielle Einzelleistungsvergütung).

Die Pauschalprämien von Haushalten mit niedrigem Einkommen werden in beiden Ländern durch Prämienbeiträge der öffentlichen Hand subventioniert. In den Niederlanden halten Steuergutschriften die Belastung durch die Pauschalprämien auf maximal 5% des Haushaltseinkommens.

Kostenselbstbeteiligung

In der Schweiz ist die Kostenselbstbeteiligung – obligatorische Wahlfranchisen und Selbstbehalt – deutlich höher. Entsprechend höher sind die damit erzielbaren Prämienrabatte. Die Franchise beträgt zwischen 300 und 2500 Franken, der Selbstbehalt 10% bis zu einem Betrag von 700 Franken. Auch bei Wahl der tiefsten Franchise beläuft sich die maximale Kostenbeteiligung damit auf 1000 Franken. In den Niederlanden liegen die Wahlfranchisen zwischen 150 und 500 Euro; ein Selbstbehalt existiert nicht. Die maximale Selbstbeteiligung, welche zudem für chronisch Kranke eingeschränkt ist, beträgt bei der minimalen Wahlfranchise somit 150 Euro. Im Gegensatz zur Schweiz wird die Krankenversicherung für Kinder durch die öffentliche Hand finanziert.

Vertragsfreiheit und Gatekeeping

Erst die Vertragsfreiheit (Aufhebung des Kontrahierungszwangs) erlaubt den Versicherern, selektiv diejenigen Anbieter vertraglich an sich zu binden, welche ihre Leistungen qualitativ hochwertig und vergleichsweise kostengünstig erbringen. Der Wettbewerb um die Versicherten auf dem Krankenversicherungsmarkt wird so auf den Markt für medizinische Leistungen übertragen. Ohne Vertragsfreiheit ist ein echter Leistungswettbewerb im Gesundheitsbereich nicht zu erreichen.

In der Schweiz verfügen nur die alternativen Versicherungsmodelle über die Möglichkeit, selektiv mit medizinischen Anbietern zu kontrahieren. Im traditionellen Versicherungsbereich gilt demgegenüber der Kontrahierungszwang: Alle Leistungserbrin-

ger können mit allen Krankenkassen abrechnen, müssen im Gegenzug aber auch die Versicherten aller Kassen behandeln.

In den Niederlanden besteht volle Vertragsfreiheit im ambulanten und teilweise Vertragsfreiheit im stationären Bereich mit einer Übergangslösung, die zum Ziel hat, für einen substanziellen Teil der Behandlungen den Kontrahierungszwang abzuschaffen. Die niederländische Gesundheitsversorgung ist traditionell durch eine starke Primärversorgung gekennzeichnet: Alle Patienten haben sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl einzuschreiben. Der Zugang zu Spezialisten und oder in ein Spital ist ausser im Notfall nur durch Überweisung des Hausarztes möglich. In der Schweiz findet dieses Gatekeeper-Prinzip nur in alternativen Versicherungsmodellen Anwendung. Gesamtschweizerisch sind heute rund 24% der Bevölkerung einem solchen Modell (Managed Care, Hausarzt- oder HMO-Modell) angeschlossen. Wie die Erfahrung zeigt, können Kosteneinsparungen in diesen Modellen nur erwartet werden, wenn die Leistungsanbieter einen Teil des finanziellen Risikos (Budgetverantwortung) tragen. Jedoch können die Managed-Care-Modelle wegen des ungenügend ausdifferenzierten Risikoausgleichs und der dualen Spitalfinanzierung ihre Einsparpotenziale nur teilweise in Form von günstigeren Prämien an die Versicherten weitergeben. Im Gegensatz zur Schweiz sind die alternativen Versicherungsmodelle in den Niederlanden noch wenig verbreitet.

Anwendung des Wettbewerbsrechts

In den Niederlanden ist das Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen anwendbar, nicht jedoch in der Schweiz. In einem wettbewerblich ausgerichteten System ist dies unabdingbar, um das Entstehen von Marktmacht durch Fusionen und Übernahmen oder den Missbrauch von Marktmacht zu verhindern. Tarifverträge können bei Geltung des Kartellrechts nicht mehr zwischen Verbänden abgeschlossen, sondern müssen zwischen einzelnen Versicherern und einzelnen (Gruppen von) Anbietern ausgehandelt werden. Die uneingeschränkte Anwendung des Kartellrechts in der Schweiz würde voraussetzen, dass alle Anbieter rechtlich und wirtschaftlich unabhängig sind und dass die sog. vorbehaltenen Vorschriften (z.B. Tarifgenehmigungen durch die Kantone) aus dem KVG gestrichen werden.

Qualitätssicherung

Ein wichtiges Element jedes modernen Gesundheitssystems ist eine systematische

Qualitätssicherung. Die Niederlande sind in dieser Hinsicht deutlich weiter fortgeschritten als die Schweiz und haben ein System von Qualitätsindikatoren für den stationären Bereich entwickelt, die von allen Spitalern erhoben und im Internet ausgewiesen werden. Obwohl diese Indikatoren im Vergleich mit den ausgefeilten Qualitätssicherungssystemen, wie man sie etwa in den USA oder Deutschland findet, noch sehr einfach und wenig benutzerfreundlich sind und sich ausserdem auf wenige Diagnosen beschränken, stellen sie einen ersten wichtigen Schritt für eine systematische Qualitätssicherung dar.

Schlussfolgerungen

Mit der Reform von 2006 ist das Gesundheitssystem der Niederlande einen grossen Schritt näher an das Modell des regulierten Wettbewerbs herangeführt worden. Das Schweizer Gesundheitswesen enthält zwar ebenfalls Bestandteile dieses Modells, doch fehlen weiterhin wesentliche Voraussetzungen für einen funktionierenden Leistungswettbewerb. Dabei handelt es sich um die Vertragsfreiheit, einen genügend ausdifferenzierten Risikostrukturausgleich, die Anwendbarkeit des Kartellgesetzes in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die Möglichkeit für die Versicherer, auch in der Grundversicherung gewinnorientiert zu arbeiten, die monetarische Finanzierung der stationären und ambulanten Behandlung und die Einführung eines umfassenden Qualitätssicherungssystems. Erst die Realisierung all dieser Elemente ergibt ein in sich konsistentes, funktionierendes Wettbewerbsmodell, das in der Lage ist, eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

In den Niederlanden wird die Grundidee der Reform von 2006 von allen grossen Parteien getragen. In der Schweiz ist ein solcher Konsens bis jetzt nicht auszumachen. Da damit zumindest mittelfristig grosse Reformschritte schwierig zu realisieren sein dürften, müssten zunächst diejenigen Änderungen rascher vorangetrieben werden, welche eine Voraussetzung für die Realisierung weiterer Bestandteile des Modells des regulierten Wettbewerbs bilden sowie in anderen Ausgestaltungen des Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle spielen. Dazu gehören insbesondere die weitere Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs und die Einführung eines umfassenden Qualitätssicherungssystems – beispielsweise durch Übernahme von Systemen, die sich im Ausland seit Jahren bewährt haben.

Kasten 2

Literatur

- Dormont B., Geoffard P.-Y., Lamiraud K. (2009): The Influence of Supplementary Health Insurance on Switching Behaviour: Evidence from Swiss Data, *Health Economics*.
- Enthoven A.C. (1978): Customer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, S. 650–658 und 709–720.
- Enthoven A.C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Enthoven A.C. (2006): Consumer Choice of Health Plan: Connecting Insurers and Providers in Systems, Paper presented at Dutch-Flemish Health Economic Association (VGE) Conference «Consumer Choice: the Right Choice?», VGE, Netherlands.
- Leu R.E., Rutten F., Brouwer W., Rüttschi C., Matter P. (2008): The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared – A Tale of Two Systems, *Gesundheitsökonomische Beiträge*, NOMOS.
- Leu R.E., Rutten F., Brouwer W., Matter P., Rüttschi C. (2009): The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets, *The Commonwealth Fund*.