

Peter Berchtold, Robert E. Leu

Auf bewährte Systeme setzen

Umfassende Versicherungsdeckung und regulierter Wettbewerb als Erfolgsrezept

Die Krankenversicherungssysteme in Holland und der Schweiz sind vergleichbar. In beiden Ländern kennt man eine Kombination von individueller Versicherungspflicht und öffentlicher Aufsicht über den Krankenversicherungsmarkt. Die Modelle sind erfolgreich etabliert und schneiden auch im europäischen Vergleich gut ab. Ein detaillierter Ländervergleich liefert interessante Ansätze für künftige Optimierungen auf einer soliden Basis.

Die Frage, welche Finanzierungssysteme für eine umfassende Gesundheitsversorgung passend sind, beschäftigt die Politik weltweit: In der Vergangenheit lag in den industrialisierten Ländern das Interesse eher bei Einheitskassenmodellen (Kanada, Frankreich) bzw. bei staatlichen Modellen. In neuerer Zeit stehen eher Länder im Fokus des Interesses, die eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle mit privaten Versicherungen und reguliertem Wettbewerb kombinieren. Das Schweizer und das niederländische System der Krankenversicherung zeichnen sich grundsätzlich durch eine Kombination von individueller Versicherungspflicht und öffentlicher Aufsicht über den Krankenversicherungsmarkt aus. Eine Betrachtung der jeweiligen Unterschiede und Analogien bzw. deren Auswirkungen in den beiden Ländern vermitteln interessante Einblicke, wie die drei zentralen Ziele aller Gesundheitssysteme – umfassende Gesundheitsversorgung, Versorgungsqualität und Patientensicherheit sowie Kosteneffektivität – optimiert werden können.

Umfassender Leistungskatalog

Die umfassende Versicherungsdeckung basiert in der Schweiz seit 1996 und in den Niederlanden seit 2006 auf einer gesetzlichen Verordnung, die alle Bürgerinnen und Bürger verpflichtet, eine obligatorische Krankenversicherung abzuschliessen. Entsprechend tief ist in beiden Ländern der Prozentsatz der Nichtversicherten: rund 1,5% in den Niederlanden und unter 1% in der Schweiz. Versicherern und Politikern Sorge bereiten jene rund 1,5% der Versicherten – Tendenz steigend –, welche ihre Versicherungsprämien nicht zeitgerecht oder gar nicht bezahlen können. Sowohl die Niederlande wie die Schweiz subventionieren Krankenkassenprämien von tiefen Einkommen durch die öffentliche Hand. Etwa 40% der Haushalte beziehen solche Unterstützungszahlungen.

Der Grossteil der Bevölkerung in der Schweiz und in den Niederlanden leistet sich eine Zusatzversicherung. Diese wird häufig bei denselben Krankenkassen bzw. -versicherern abgeschlossen, von welchen auch die Grundversicherung bezogen wird. Im Bereich der Zusatzversicherungen sind die Versicherer weniger (Niederlande) bzw. keinen (Schweiz) Auflagen bezüglich Risikobemessung unterworfen. Dieser Umstand hat weitreichende und komplexe Auswirkungen auf den Wettbewerb zwischen den Versicherern und das Wechselverhalten der Versicherten.

In beiden Ländern ist der Leistungskatalog der obligatorischen Grundversicherung bezüglich Akutversorgung – d. h. Arztbesuche, Spitalaufenthalte, diagnostische Massnahmen, kassenpflichtige Medikamente usw. – umfassend. Kennzeichen der beiden Sozialversicherungssysteme ist, dass die obligatorische Grundversicherung die gesamte Population – Arbeitende, Ältere, Gesunde und Kranke – in einem Finanzierungspool vereint. Den Versicherern in beiden Ländern ist es untersagt, Versicherungsanträge zurückzuweisen oder abzulehnen. Ebenfalls verboten ist eine morbiditätsabhängige Prämiengestaltung. Unterschiedlich in beiden Ländern sind die von den Versicherten zu leistenden Zahlungen: Die wählbaren, aber obligatorischen Prämienfranchisen und der Selbstbehalt sind in der Schweiz wesentlich höher, entsprechend natürlich auch die damit erzielbaren Prämienrabatte. In den Niederlanden beträgt die maximal mögliche Zuzahlung 225 Euro, die zudem für chronisch Kranke eingeschränkt ist.

Die Niederlande mit ihren 16 Mio. Einwohnern weisen einen stark konzentrierten Krankenversicherungsmarkt auf: Fünf grosse Versicherungsgesellschaften decken 82% der Bevölkerung ab. Krankenversicherer können in Holland auf einer Non-Profit- oder For-Profit-Basis arbeiten und bieten ihre Versicherungsprodukte typischerweise in allen Landesteilen an. Obwohl ihnen selektives Kontrahieren erlaubt ist, schliessen sie prinzipiell Verträge mit



Peter Berchtold



Robert E. Leu

allen Leistungserbringenden ab. Während die Krankenversorgung der Kinder durch die öffentliche Hand finanziert wird, entsprechen die Prämieinnahmen der Erwachsenen rund der Hälfte der erwarteten jährlichen Ausgaben. Die Krankenversicherer erhalten zudem Anteile aus einem nationalen Risikoausgleichspool. Diese Anteile werden aufgrund einer differenzierten Formel berechnet, die nicht nur Alter, Geschlecht und Wohnort, sondern seit 2002 zusätzlich Arbeitsfähigkeit sowie pharmazeutische und diagnostische Kostengruppen berücksichtigt. Entsprechend klein sind die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern. Der differenzierte Risikoausgleich wird für das Funktionieren des Wettbewerbs im holländischen Gesundheitssystem als zentrales Element betrachtet.

Kritisierte Risikoausgleich

Im Unterschied dazu ist das Schweizer Krankenversicherungssystem stark dezentralisiert, und nur Non-Profit-Krankenversicherer sind in der obligatorischen Grundversicherung zugelassen. Die zehn grössten Gesellschaften versichern rund 80% der Bevölkerung. Auch der Risikoausgleich ist dezentralisiert, d.h. kantonale berechnet, und basiert lediglich auf Geschlecht, Alter und Wohnort. Die Konsequenz davon ist, dass Versicherungsprämien in der Schweiz zwischen Kantonen und Regionen stark variieren. Diese Form des Risikoausgleichs wird in der Schweiz seit einiger Zeit heftig diskutiert, wobei zwei grundsätzliche Kritiken im Vordergrund stehen: Erstens wird durch den Schweizerischen Risikoausgleich der Gesundheitsstatus bzw. die Morbidität der Versicherten nicht oder nur höchst rudimentär berücksichtigt. Resultat sind bezüglich Morbidität höchst heterogene Versichertengruppen, was die (unvermeidliche) Gefahr der Risikoselektion durch die Versicherer nach sich zieht: Die Risikoheterogenität ist sogar derart gross, dass die Versicherer – auch wenn sie dies gar nicht wollten – zu einer Risikoselektion eigentlich gezwungen werden. Zweitens werden viele andere Innovationspotentiale, wie z.B. integrierte Versorgung, in ihrer Entwicklung stark behindert. Kaum ein Krankenversicherer würde sich für integrierte Versorgungsmodelle für chronisch Kranke engagieren wollen, da damit ein Zustrom eben dieser Patienten befürchtet werden müsste. Aufgrund dieser Kritiken ist geplant, den bestehenden Risikoausgleich in der Schweiz per 2011 um Spitalaufenthalte im Vorjahr als ein Mass für die Morbidität zu erweitern.

Die niederländische Gesundheitsversorgung ist traditionell durch eine starke Primärversorgung gekennzeichnet: Alle Patienten haben sich bei einem Hausarzt einzuschreiben, von dem sie an eine allfällige spezialisierte Abklärung/Behandlung oder in ein Spital weitergewiesen

werden. Dieses obligatorische Gatekeepingprinzip wurde auch in der Krankenversicherungsreform von 2006 beibehalten. Die Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen war traditionell stark reguliert. Die Versicherungsreform von 2006 ermöglicht den Versicherern neue Vergütungsmodelle, selektives Kontrahieren und mehr Verhandlungsspielraum für Preisverhandlungen.

Beliebte Versicherungsmodelle

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat die Schweiz eine mehr als 15-jährige Managed-Care-Tradition. Gesamtschweizerisch entscheiden sich heute durchschnittlich 12% der Versicherten (mit grossen kantonalen Unterschieden zwischen 0 und 36%) für ein sogenanntes alternatives Versicherungsmodell (Managed Care-, Hausarzt- oder HMO-Modell). Diese Versicherten verpflichten sich, bei gesundheitlichen Beschwerden immer den gleichen «Eingang» ins Gesundheitswesen zu nehmen. Dies kann ein Ärztenetz sein, ein Gesundheitszentrum (HMO) oder ein medizinisches Call-Center, das man telefonisch kontaktiert. Spezialisierte oder stationäre Behandlungen sind nur nach entsprechender Überweisung möglich («eingeschränkte Arztwahl»). Das Besondere an diesen Modellen sind das Gatekeeping und die Möglichkeit der sog. «Preferred-Provider-Arrangements». «Traditionell» Versicherte in der Schweiz haben freien Zugang zu Ärzten bzw. Spezialisten.

Die Gesundheitssysteme der Schweiz und der Niederlande zeichnen sich beide durch ein obligatorisches Krankenversicherungssystem mit unterschiedlichen Versicherungsprodukten, reguliertem Wettbewerb und umfassender Gesundheitsversorgung aus. Trotz aller Kritik und allem Reformbedarf sind beide Systeme erfolgreich und dürfen als Prototypen ihrer Art betrachtet werden, mit im europäischen Vergleich hoher Leistungsqualität und tiefen Disparitäten.

Literatur

Leu RE, Rutten FFH, Brouwer W et al. *The Swiss and Dutch health care systems compared: a tale of two systems*. Nomos 2008.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Peter Berchtold, College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern, peter.berchtold@college-m.ch

Prof. Dr. Robert Leu, Leiter Departement, Volkswirtschaftslehre, Universität Bern, Schanzeneckstrasse 1, 3001 Bern robert.leu@vwi.unibe.ch