

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5548

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5548



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Niederlande: Wie integrierte Versorgung die Qualität verbessert und Kosten senkt

Das Konzept

Seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 2006 zahlt jede Person über 18 Jahre in den Niederlanden eine Prämie an eine Versicherung ihrer Wahl. Obwohl es rund 20 Krankenversicherer gibt, wird der Markt von vier grossen Anbietern dominiert, die zusammen 85% der Versicherten unter Vertrag haben. Diese Versicherer sind verpflichtet, alle Personen aufzunehmen. Die Versicherten haben die Möglichkeit, ihre Krankenkasse jedes Jahr zu wechseln und zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen zu wählen. Das ist also ganz ähnlich wie in der Schweiz.

Die Versicherer berücksichtigen in den Verträgen mit den Leistungserbringern die Qualität und den Preis. Diese Verträge sind nicht exklusiv – Leistungserbringer können also mit mehreren Ver-

sicherern zusammenarbeiten. Theoretisch könnten die Versicherer nur mit einer Auswahl der Anbieter Verträge abschliessen. Allerdings sind sie gesetzlich verpflichtet, eine ausreichende Gesundheitsversorgung für alle Versicherten in angemessener Zeit und geografischer Nähe zu gewährleisten, was der Auswahl Grenzen setzt.

Ein weiteres zentrales Element des niederländischen Gesundheitswesens ist die **starke Rolle der Primärversorgung**: Alle Patienten müssen sich bei einem Allgemeinmediziner ihrer Wahl anmelden. Die Vergütung der Hausärzte setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen: einer Kopfpauschale für jeden eingeschriebenen Versicherten, Fallpauschalen (die von der Aufsichtsbehörde festgelegt werden), gebündelten Zahlungen für die integrierte Versorgung (die mit den

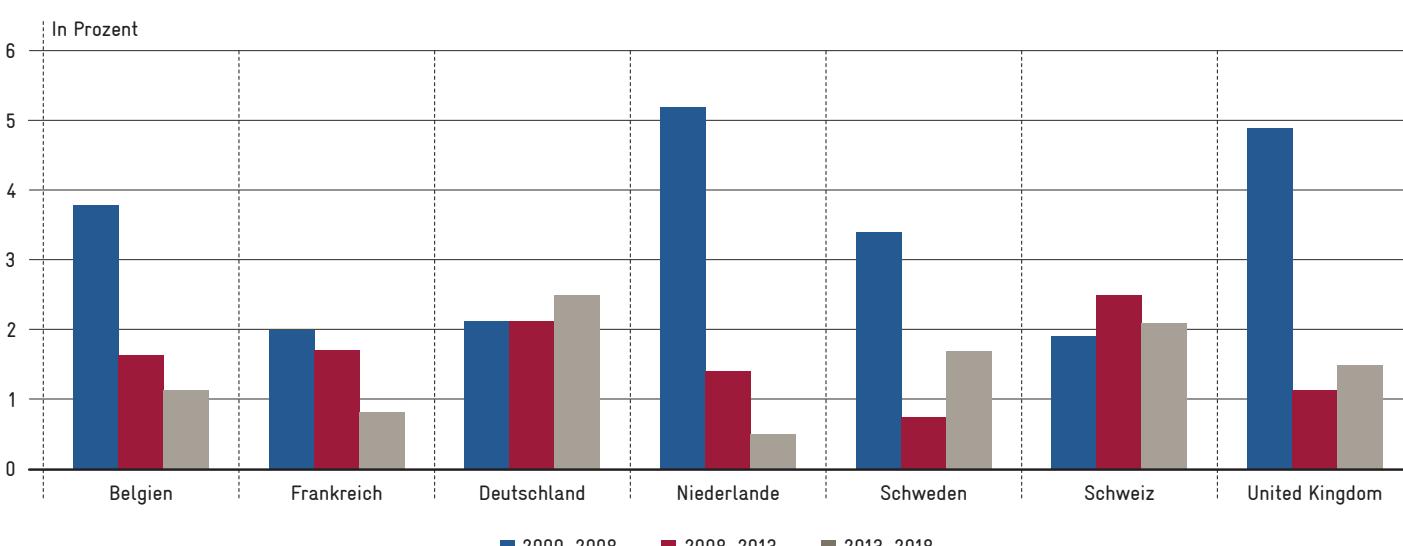
Versicherern ausgehandelt werden) sowie leistungsabhängigen Zahlungen.

Das niederländische System zeichnet sich durch eine Mischung aus Kooperation und Wettbewerb («Coopetition») aus. Diese zeigt sich in Diagnose- und Behandlungszentren, der Konzentration bestimmter Behandlungen auf spezialisierte Kliniken sowie der Einrichtung regionaler Kompetenzzentren. Ein weiteres Beispiel für diese Entwicklung ist die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, die sich medizinisches Personal teilen, um Mindestfallzahlen zu erreichen. Die Idee dahinter ist, dass zum Beispiel ein Orthopäde mehr Fälle hat, wenn er an zwei Spitätern tätig ist. Wenn er öfter operiert, hat er mehr Routine, was die Behandlungsqualität verbessert.



Jährliches Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (real), 2008–2018

Die Abbildung zeigt, dass die Niederlande im Zeitraum 2000–2008 das höchste durchschnittliche Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hatten. Nach der Reform von 2006 änderte sich diese Entwicklung jedoch drastisch. In den beiden folgenden Perioden war das Wachstum der Gesundheitsausgaben in den Niederlanden vergleichsweise gering – und zwischen 2013 und 2018 sogar das niedrigst unter den untersuchten Ländern.



Hintergrund der Reform

Strikte Kostendämpfungsmassnahmen in den 1970er und 1980er Jahren führten zu Unzufriedenheit und waren ein zentraler Grund für die Reform des Gesundheitssystems im Jahr 2006. Mit der neuen Gesundheitsgesetzgebung wurde die Trennung zwischen öffentlichen und privaten Krankenversicherern aufgehoben. Gleichzeitig wurde einerseits die freie Versicherungswahl für die Bürgerinnen und Bürger eingeführt. Andererseits hat man Netzwerke von Leistungserbringern etabliert, die von den Versicherern verwaltet werden. Der Reformbedarf lag dabei auf der Hand: Im Zeitraum von 2000 bis 2008 verzeichneten die Niederlande unter sieben Vergleichsländern den höchsten durchschnittlichen Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen (vgl. Abbildung).

Erfahrungen aus der Praxis

Ziel der Reform war es zum einen, ein Gesundheitssystem zu schaffen, das freie Wahlmöglichkeiten bietet und eine hohe Versorgungsqualität sichert. Zum anderen soll es Solidarität gewährleisten, in-

dem der Zugang für alle gegeben ist und die Prämien die finanzielle Tragfähigkeit der Haushalte nicht überfordern.

Die Ergebnisse zeigen, dass das niederländische System den Zugang zur Krankenversicherung gut sicherstellt – die Zahl der Nichtversicherten ist äußerst gering. Obwohl die obligatorische Selbstbeteiligung als finanzielle Hürde kritisiert wurde, bleibt sie im internationalen Vergleich niedrig.

Auch hinsichtlich der solidarischen Finanzierung schneidet das niederländische Modell gut ab: Die Prämien sind erschwinglich, erfordern allerdings erhebliche Subventionen für einkommensschwache Gruppen. Die Debatte über eine faire Verteilung der Gesundheitskosten hält zwar an. Seit der Reform hat immerhin die Kostensteigerung deutlich abgenommen.

Schliesslich gilt das niederländische System des Risikoausgleichs als vergleichsweise ausgereift, weist aber weiterhin Schwächen auf. Mit dem Risikoausgleich soll verhindert werden, dass die Krankenversicherer einander gute Risiken abjagen. Hinsichtlich der Auswir-

kungen der Reform auf die Versorgungsqualität gibt es derzeit allerdings keine eindeutigen Befunde, die auf eine positive oder negative Auswirkung hindeuten würden.

Fazit

■ Wahlfreiheit

Versicherte können ihre Krankenkasse und ihr Versicherungsmodell frei wählen. Die selektive Vertragsgestaltung durch Versicherer hat diese Wahlfreiheit nicht eingeschränkt.

■ Vertragsfreiheit

Innerhalb des regulierten Wettbewerbsmodells können die Versicherer mit den Leistungserbringern Qualitätsvereinbarungen treffen.

■ Verwaltungsaufwand

Die Verwaltungskosten sind ein bedeutender Faktor. Allerdings resultiert ein grosser Teil der administrativen Belastung aus zusätzlichen Massnahmen wie beispielsweise zur Qualitätsverbesserung.

Weitere Informationen

WHO, The market reform in Dutch health care (2021): <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348071/9789289051828-eng.pdf?sequence=1>

Website des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport: <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>

OECD, Netherlands: Country Health Profile (2023): https://www.oecd.org/en/publications/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en.html

H. Ashraf, Care through competition: The case of the Netherlands (2022): <https://dvararesearch.com/wp-content/uploads/2023/12/Care-through-competition-The-case-of-the-Netherlands.pdf>

The Commonwealth Fund, The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets (2009): <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2009/jan/swiss-and-dutch-health-insurance-systems-universal-coverage-and>