

Die Finanzierung des niederländischen Gesundheitswesens¹

von Geert Jan Hamilton*

ABSTRACT

In den Niederlanden wird für die „normalen“ Krankheitskosten ein duales Versicherungssystem angewandt: eine gesetzliche Krankenversicherung für gut 60 Prozent der Bevölkerung und ein System von privaten Krankenversicherungen für fast 40 Prozent der Bevölkerung. Darüber hinaus gibt es seit 1968 für die gesamte Bevölkerung eine Versicherung für Leistungen im Bereich der Pflege und Versorgung, der psychischen Gesundheitsfürsorge, der Behindertenfürsorge und der Prävention. Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich in den vergangenen zehn Jahren wesentlich verändert. Die Kassen stehen im Wettbewerb. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Risiken entwickelte man ein Krankenkassen-Budgetierungssystem. Die Budgets sind jedoch nicht kostendeckend. Die Defizite der Krankenkassen müssen in Form einer nominalen Prämie von den Versicherten erhoben werden. Hierdurch schafft das System – unter Beibehaltung des Solidaritätsprinzips – Anreize für ein kosteneffizientes Verhalten. Der Staat möchte künftig die öffentlich-rechtliche Regulierung des Angebots von Einrichtungen und Leistungen und der Tarife in der Gesundheitsfürsorge allmählich abbauen und den beteiligten Parteien (Leistungsanbieter und Krankenversicherer) mehr Verantwortung für die Organisation und die Finanzierung der Gesundheitsfürsorge übertragen.

Schlüsselworte: Krankenversicherung in den Niederlanden, Krankenkassenbudgetierung, Wettbewerb, Reformen

The Netherlands have a dual insurance system for „normal“ health care costs: Social Health Insurance (SHI) for more than 60 percent of the population and a private insurance system for almost 40 percent of the population. Apart from that, there is an insurance for the whole population of special health care costs in the fields of nursing care, mental health care, health care for handicapped people and prevention which came into effect in 1968. During the last ten years, profound changes have taken place in the SHI. There is a competition of health insurance funds. Due to the unequal risk distribution, the Netherlands have developed a budgeting system for their health insurance funds. However, the budgets are not cost covering. The deficits of the health insurance funds are raised among the insured by way of a nominal premium. Thereby, the system sets incentives for a cost efficient behaviour while maintaining the solidarity principle. In the future, the government wants to reduce the public-law regulation of institutions, benefits and tariffs in health care and to place more responsibility for the organisation and financing of health care on providers and sickness funds.

Keywords: Health insurance in the Netherlands, budgeting system for health insurance, competition, health care reforms

■ 1. Einleitung

Die verschiedenen europäischen Länder weisen zwar unterschiedliche Formen der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens auf, doch es verbinden sie einige Ausgangspunkte: universeller Zugang zu Gesundheitsfürsorge und Versicherung, Solidarität in der Lastenverteilung und gute Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen. Es gibt große Übereinstimmungen bei den politischen Zielsetzungen, andererseits aber erhebliche Unter-

schiede in der rechtlichen Instrumentierung. Jedes System hat seine eigene, einzigartige Entstehungsgeschichte mit kulturellen, historischen und instrumentellen Faktoren, welche die Politik beeinflussen. Das niederländische System des Gesundheitswesens weist drei wichtige Merkmale auf:

- Mischung von öffentlicher und privater Finanzierung,
- überwiegend privater Charakter des Angebots,
- das typisch niederländische Beratungsmodell.

*Geert Jan Hamilton

Direktor Gesetzgebung und rechtliche Angelegenheiten des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und

Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) ·
Postbus 20350, NL-2500 EJ Den Haag ·
E-Mail: gj.hamilton@minvws.nl

In Bezug auf das erste Merkmal – die Mischung von öffentlicher und privater Finanzierung – gilt Folgendes: Für die „normalen“ Krankheitskosten (medizinische Gesundheitsfürsorge, Krankenhauspflege, Medikamente und ähnliches) gibt es in den Niederlanden ein duales Versicherungssystem. Ein Teil der Bevölkerung (gut 60 Prozent) ist im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert (Ziekenfondswet, ZFW, übersetzt: Krankenkassengesetz), der restliche Teil (fast 40 Prozent) ist auf der Basis einer privaten Krankenversicherung² versichert. Von allen europäischen Ländern haben die Niederlande den größten Anteil an privaten Krankenversicherern. Neben dem Ziekenfondswet, das für einen Teil der Bevölkerung gilt, gibt es in den Niederlanden seit 1968 auch eine Versicherung für besondere Krankheitskosten, die für die gesamte Bevölkerung gilt. Auf der Basis des Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, Allgemeines Gesetz über besondere Krankheitskosten), sind alle Einwohner der Niederlande gegen besondere Risiken – wie zum Beispiel langfristige Pflege und Versorgung, Aufenthalt in einer Einrichtung für Behinderte, häusliche Pflege und sehr langfristige Aufenthalte in einem Krankenhaus – versichert. Auch die psychische Gesundheitsfürsorge (Psychiatrie, Psychotherapie, sowohl ambulant als auch klinisch) wird auf der Grundlage des AWBZ finanziert.

Das zweite Merkmal des niederländischen Gesundheitswesens ist das überwiegend private Leistungsangebot. Die Niederlande haben eine lange Tradition der Gesundheitsfürsorge und Fürsorgeleistungen durch Freiberufler und freiwillige Organisationen auf lokaler und regionaler Ebene. Deren historische Wurzeln gehen bis ins Mittelalter zurück: Die Gilden boten ihren Mitgliedern finanzielle Unterstützung bei Krankheit, Unfällen und bei Tod. Lokale Gemeinschaften, Klöster und Kirchen boten älteren Menschen, Obdachlosen und anderen Menschen, die nicht für sich selbst sorgen konnten, Unterkunft und waren damit die frühen Vorläufer der modernen Krankenhäuser.

Der weitaus größte Teil der Krankenhäuser und anderen Einrichtungen in den Niederlanden befindet sich im Besitz oder unter der Verwaltung von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck. Durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (ZFW und AWBZ) hat das Gesundheitswesen ein enormes Wachstum erfahren. Die Initiative zum Bau von Einrichtungen wie zum Beispiel Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte sind immer in privaten Händen geblieben. Allerdings nahm der staatliche Einfluss auf das Einrichtungs- und Leistungsangebot in den 70er- und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts stark zu. Einerseits mit dem Ziel, eine gute Streuung der Einrichtungen zu schaffen und andererseits, um ein Überangebot zu vermeiden, entschied sich der Staat in den 70er Jahren für eine gesetzliche Regulierung des Angebots. Das Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV, Gesetz über den Bau und die Anlage von Krankenhäusern) aus dem Jahr 1971 bezweckt, Regeln „zur Förderung von zweckmäßigen Einrichtungen mit Bezug auf

Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens“ festzulegen. Der Begriff der Zweckmäßigkeit bezieht sich sowohl auf das System als Ganzes (Instrument: Planung) als auch auf die Einrichtungen an sich (Instrument: Bauregulierung). Miteinander verbundene Aspekte sind die funktionale Verfügbarkeit von Einrichtungen, Kapazitätskontrolle, Streuung und Qualität der Infrastruktur. Um eine Einrichtung bauen und betreiben zu dürfen, bedarf es einer Genehmigung durch den zuständigen Minister. Um eine Genehmigung zu erhalten, muss eine Initiative in einen Plan passen und ein Verfahren eingehalten werden.

Eine Einrichtung, die das WZV-Verfahren durchlaufen und eine Bau- und Betriebsgenehmigung erhalten hat, wird als Einrichtung zugelassen, die Leistungen im Rahmen des Ziekenfondswet und des AWBZ erbringen darf. Eine solche Einrichtung hat Anspruch auf einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse beziehungsweise mit dem Ausführungsorgan des AWBZ. Der Tarif, den eine solche Einrichtung in Rechnung stellen darf, wird seit 1982 auf der Basis des Wet tarieven gezondheidszorg (WTG, Gesetz über die Tarife in der Gesundheitsfürsorge) bestimmt. Das WTG hat für alle Leistungen, ob sie nun im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen oder im Rahmen privater Behandlungen gewährt werden, ein eindeutiges Tarifsysteem festgelegt. Über Tarife wird zwischen den Leistungsanbietern („Organe für Gesundheitsfürsorge“) und den Krankenversicherern verhandelt. Sie benötigen die Genehmigung des College tarieven gezondheidszorg (CTG, Ausschuss für Tarife in der Gesundheitsfürsorge). Die Verhandlungsmarge ist relativ gering, da den Regeln für die anzuwendende Politik, die das CTG festgelegt hat und bei der Genehmigung (oder Festsetzung) von Tarifen berücksichtigt, Rechnung getragen werden muss. Der Staat kann die Tariffestsetzung beeinflussen, indem er dem CTG Anweisungen bezüglich der Regeln erteilt. Für die Einrichtungen wurde 1983 ein System der Budgetfinanzierung eingeführt. Damit wurde die Entlohnung der Einrichtungen von der realisierten Leistung getrennt. Jährlich wird ein Budget für jedes Krankenhaus festgestellt. Die den Versicherern in Rechnung stellenden Tarife sind von diesem Budget abgeleitet. Erhält ein Krankenhaus in einem beliebigen Jahr über die Tarife mehr als das festgestellte Budget, wird der darüber hinausgehende Teil im nächsten Jahr vom Budget abgezogen.

Das dritte Merkmal des niederländischen Gesundheitswesens ist die typisch niederländische Form des Neocorporatismes (heute auch als Poldermodell bezeichnet, *Okma 2001*). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ging der Ausbau des Gesundheitswesens mit einer schnellen Zunahme der Anzahl und des Umfangs der Beratungs- und Verwaltungsorgane einher. In diesen Beratungs- und Verwaltungsorganen hatten vor allem Organisationen der Leistungsanbieter, die Krankenkassen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine dominante Funktion. Später erhielten auch Patienten- und Verbrauchervereinigungen einen Platz in den Beratungs-

■ Die gesetzliche Krankenversicherung

Versicherte

Das niederländische Krankenkassengesetz ZFW stammt aus dem Jahre 1964 (Gesetz vom 15. Oktober 1964, niederländisches Gesetzesblatt (Stb.) 1964, 392) und trat am 1. Januar 1966 vollständig in Kraft. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Versicherung von Rechts wegen. Wer die im Gesetz festgelegten Kriterien erfüllt, ist automatisch versichert und damit verpflichtet, die gesetzliche Prämie zu bezahlen, und zwar ungeachtet dessen, ob er die vom Gesetz gebotenen Vorteile in Anspruch nehmen möchte oder nicht. Das Gesetz benennt den Kreis der Versicherten. Die größte Gruppe der Versicherten bilden Arbeitnehmer, die einen Lohn erhalten, der einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreitet (2002: 30.700 Euro). Auch Personen, die eine Leistung kraft eines Sozialversicherungsgesetzes beziehen, sind pflichtversichert, sofern die Summe von Löhnen und Einkünften aus den Sozialversicherungsleistungen die Lohngrenze nicht überschreitet. Jede Person, die bei Vollendung des 65. Lebensjahres krankenversichert ist, bleibt im Prinzip bis zu ihrem Tod krankenversichert.

Seit dem 1. Januar 1998 besteht für Personen, die 65 Jahre oder älter sind und noch nicht zum Kreis der Versicherten infolge des ZFW gehörten, unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, der gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten. Dies ist möglich, wenn das steuerpflichtige Haushaltseinkommen einen bestimmten Betrag pro Jahr (für 2002: 19.550 Euro) unterschreitet. Diese Option stellt die einzige Ausnahme vom Pflichtcharakter des ZFW dar. Für diejenigen, die davon Gebrauch machen, gelten alle Vorschriften des ZFW; es ist nicht möglich, später wieder aus der Versicherung auszutreten. Ab dem 1. Januar 2000 sind Selbstständige, die Gewinne aus Unternehmen erzielen und deren steuerpflichtiges Einkommen maximal (in 2002) 19.550 Euro beträgt, in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Familienmitglieder der Versicherten, die kein eigenes Einkommen beziehen, sind mitversichert.

Krankenkassen

Die gesetzliche Krankenversicherung wird von zugelassenen Krankenkassen ausgeführt. Krankenkassen sind private Rechtspersonen (häufig Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit), die einige gesetzliche Anforderungen erfüllen müssen. Rechtspersonen, die als Krankenkasse auftreten möchten, können grundsätzlich keine anderen Aktivitäten entfalten als das Ausführen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versicherten müssen sich bei einer Krankenkasse anmelden; sie haben dabei die freie Wahl unter ungefähr 30 zugelassenen Krankenkassen. Bis 1992 bestand eine regionale Ordnung der Kassen; seitdem sind alle Krankenkassen im gesamten Land tätig. Die Anmeldung gilt für die Dauer eines Ka-

organen. Einerseits schuf die Einbeziehung von Interessengruppierungen in die Vorbereitung und die Ergebnisse der Politik eine solide Basis für geplante Maßnahmen und Stabilität in der Ausführung. Andererseits bot dieses System den Interessengruppierungen die Möglichkeit, Beschlussfassungen, die sie als unerwünscht betrachteten, zu verzögern und bei Bedarf ihr Vetorecht geltend zu machen. In den vergangenen Jahren meinte die Regierung (Kabinette Kok I und Kok II), die Vorrangstellung der Politik im Gesundheitswesen verstärken zu müssen. Die Interessenorganisationen mussten die Vorstände der Beratungs- und Verwaltungsorgane verlassen. Trotzdem führt der Staat häufig Gespräche mit diesen Organisationen. Die Beratung wurde von den formellen Beratungs- und Verwaltungsorganen auf informelle Gesprächskreise verlagert. Größere Veränderungen im System des Gesundheitswesens sind jedoch nicht möglich, ohne dass für sie eine breite Basis in der Gesellschaft besteht.

In den Jahren 1987 bis 1993 strebte die Regierung an, die gesetzliche Krankenversicherung, die privaten Krankenversicherungen und die Versicherung für besondere Krankheitskosten in einer allgemeinen Krankenversicherung zusammenzuschließen, die von den Versicherten auf Wettbewerbsbasis ausgeführt werden sollte. Dieses Ideal wurde seinerzeit nicht erreicht, doch durch Änderungen im ZFW wurde das für die allgemeine Krankenversicherung angestrebte Lenkungs- und Finanzierungsmodell im Wesentlichen für die gesetzliche Krankenversicherung realisiert. Vor einigen Jahren hat das zweite Kabinett Kok abermals den Gedanken einer allgemeinen Krankenversicherung lanciert. Die Pläne wurden in dem Bericht „Vraag aan bod“ dargelegt. Die Frage, inwieweit dies realisiert werden kann, ist in hohem Maße von der nächsten Regierung abhängig. Die Parlamentswahlen am 15. Mai 2002 führten zu großen Verschiebungen in den politischen Verhältnissen der Niederlande. Die Parteien, die in den vergangenen acht Jahren die Regierungskoalition gebildet haben, erlitten große Verluste. Die christdemokratische Partei ist die weitaus stärkste Partei des Landes geworden und bildet mit zwei kleineren Parteien liberal-konservativer Prägung eine Regierungskoalition.

KASTEN 1

Finanzierungsquellen der Gesundheitsfürsorge

In Milliarden Euro	2002
AWBZ	15,5
ZFW	14,7
Private Versicherung	5,7
Staat	2,0
Eigenzahlungen und Sonstiges	2,6
Summe	40,5

Quelle:
Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport VWS

lenderjahres; nach diesem Zeitraum wird sie jedes Mal um ein Kalenderjahr verlängert. Ein Versicherter kann die Krankenkasse wechseln, indem er rechtzeitig vor Ablauf des aktuellen Versicherungszeitraums schriftlich seiner Krankenkasse mitteilt, dass er die Mitgliedschaft nicht verlängern möchte. Bei einer zwischenzeitlichen Anpassung der Versicherungsprämie kann der Versicherte ebenfalls die Krankenkasse wechseln.

Anspruch auf Gesundheitsfürsorge

Das ZFW gibt Anspruch auf medizinische Versorgung durch Hausärzte, auf paramedizinische Gesundheitsfürsorge, Geburtshilfeleistungen, Mutterfürsorge, pharmazeutische Gesundheitsfürsorge, Hilfsmittel, zahnmedizinische Leistungen (für Erwachsene ist das Paket begrenzt), fachmedizinische Leistungen, gegebenenfalls mit Aufenthalt in einem Krankenhaus, audiologische Hilfeleistungen, nicht-klinische Hämodialyse, genetische Untersuchungen, chronisch-intermittierende Beratung, Rehabilitationsleistungen, Hilfe im Zusammenhang mit Thrombose und den Krankentransport.

Die Ansprüche sind im Gesetz selbst festgelegt und darüber hinaus in dem Leistungsbeschluss der gesetzlichen Krankenversicherung und den darauf basierenden ministeriellen Regelungen formuliert. Die Voraussetzungen für die Geltendmachung von Ansprüchen sind je nach Leistungselement unterschiedlich. Beispiele für solche Voraussetzungen sind das Verschreiben durch den Arzt, eine vorgeschriebene Höchstmenge eines Arzneimittels oder eine vorab erteilte Zustimmung der Krankenkasse. Eine Voraussetzung kann auch sein, dass sich der Versicherte an den Kosten für die medizinischen Leistungen beteiligt. Sonst gilt nur bei der Mutterfürsorge, Arzneimitteln (insoweit der Versicherte ein Medikament wünscht, dessen Preis über dem für eine Gruppe von Arzneimitteln festgelegten Höchsterstattungsbetrag liegt), Hilfsmitteln und Krankentransport eine Eigenbeteiligung. Einrichtungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen erbringen möchten, müssen vom niederländischen Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport zugelassen sein.

Die gesetzliche Krankenversicherung in den Niederlanden ist eine Sachleistungsversicherung. Dies bedeutet unter anderem, dass sich ein Versicherter, der Leistungen benötigt, an einen Leistungsanbieter wenden muss, mit dem seine Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Der Versicherte hat die freie Wahl aus den Vertragsärzten und den vertraglich zugelassenen Einrichtungen. Für die Hausärzte gilt eine besondere Regelung. Ein Versicherter wählt selbst einen Hausarzt, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Die Krankenkasse registriert ihn mit dem Namen des von ihm gewählten Hausarztes, und er darf dann ausschließlich diesen Hausarzt in Anspruch nehmen. Für jeden, auf ihren Namen registrierten Versicherten erhalten die Hausärzte

einen festen Betrag pro Jahr. Der Betrag basiert auf der durchschnittlichen Anzahl von Konsultationen ihres Hausarztes durch die Krankenversicherten. Ein Versicherter, der einen Facharzt konsultieren möchte, benötigt eine Überweisung seines Hausarztes.

Seit 1992 haben die gesetzlichen Krankenkassen in den Niederlanden mehr Raum für eine eigene Vertragspolitik. Die Vertragspflicht der gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Verhältnis zu Freiberuflern wurde aufgehoben. Die gesetzlichen Tarife für die Berufsausübenden in der Gesundheitsfürsorge (festgelegt gemäß dem WTG) erhielten den Charakter von Höchstsätzen. Mit diesen Maßnahmen strebt der Staat an, die Verantwortung der Krankenkassen für die Qualität und die Kosten der Gesundheitsfürsorge zu vergrößern. Die Abschaffung der Vertragspflicht hat nicht sofort die Dynamik in das System hereingebracht, die manch einer erwartete. Dies ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen:

- vor allem: die schnelle Abnahme des Überangebots an Berufsausübenden, in manchen Sektoren besteht derzeit sogar ein Mangel an Berufsausübenden;
- die schnelle Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, durch welche diese gezwungen waren, sich vorläufig primär auf den Versichertenmarkt zu konzentrieren;
- die Aufmerksamkeit, welche die so genannten „weiten Versicherten“ (weit entfernt wohnenden Versicherten) forderten: Statt sich auf die Erneuerung der Vertragspolitik im ursprünglichen regionalen Tätigkeitsgebiet zu konzentrieren (und dort selektive Verträge schließen) zu können, mussten die Krankenkassen überall im Lande Verträge für kleine Gruppen von „weiten Versicherten“ schließen. Man war froh, wenn man einen Vertrag schließen konnte, der an die Verträge anschloss, die andere Krankenkassen in einer bestimmten Region geschlossen hatten.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine gesetzliche Krankenkasse einem Versicherten die Zustimmung erteilen, eine Leistung bei einer Person oder Einrichtung, mit der kein Vertrag besteht, in Anspruch zu nehmen. Unter dem Einfluss der Entscheidungen des europäischen Gerichtshofs in den Fällen Decker und Kohll (1998) und Smits-Peerbooms (2001) unterscheiden die Krankenkassen beim Erteilen der Zustimmung grundsätzlich nicht mehr zwischen in den Niederlanden und in anderen EU-Ländern ansässigen Leistungsanbietern. Aufgrund der bereits genannten Kapazitätsmängel (vor allem Mangel an Ärzten und Pflegepersonal) kommt es bei manchen Einrichtungen zu Problemen mit Wartelisten. In diesem Zusammenhang wird Versicherten in der letzten Zeit häufig die Zustimmung erteilt, sich einer medizinischen Behandlung im Ausland zu unterziehen.

Finanzierung

Die Ausgaben der Versicherung kraft des ZFW werden hauptsächlich durch einkommensabhängige Prämien der Versicherten, einen Beitrag kraft des Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging

Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ, Gesetz über die Mitfinanzierung der Überrepräsentation von Senioren in den Krankenkassen) und durch jährliche Beiträge des Staates gedeckt. Diese Geldmittel fließen alle in die so genannte Allgemeine Kasse, die allgemeine Kasse, die vom College voor zorgverzekeringen (CVZ, Ausschuss für Krankenversicherungen) verwaltet wird.

Die Hauptregel für das Festsetzen der Prämie lautet, dass Personen über 65 Jahre einen bestimmten Prozentsatz ihres Lohns und/oder ihrer Sozialversicherungsleistungen abführen müssen. Dieser Prozentsatz wurde für das Jahr 2002 auf 7,95 Prozent festgesetzt. Bei Arbeitnehmern und unterstützungsberechtigten Personen wird ein Teil (in 2002: 6,25 Prozent) vom Arbeitgeber bzw. von dem Sozialversicherungsorgan übernommen. Seit 1989 bezahlen die Versicherten neben der einkommensabhängigen Prämie auch eine nominale Prämie. Diese Prämie führen die Versicherten direkt an die Krankenkasse, bei der sie angemeldet sind, ab. Das versicherungspflichtige Einkommen, auf das der Versicherte die Prämie zu zahlen hat, beträgt für 2002 maximal 28.188 Euro pro Jahr. Jede Krankenkasse legt selbst die Höhe der nominalen Prämie fest. Durchschnittlich beläuft sich dieser Betrag auf 150 Euro für jeden Versicherten pro Jahr.

Aufgrund verschiedener Ursachen (vor allem aufgrund der durchschnittlich niedrigeren Einkommen von älteren Menschen) besteht innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine relative Überrepräsentation von Senioren gegenüber dem privaten Krankenversicherungsmarkt. Um der hierdurch für die gesetzliche Krankenversicherung entstandenen finanziell nachteiligen Situation entgegenzuwirken, wurde mit dem Gesetz MOOZ dafür gesorgt, dass die Privatversicherten finanziell zu den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Jeder Privatversicherte bezahlt über seine feste Prämie hinaus eine Umlage in Höhe von 81,60 Euro (Versicherte zwischen 20 und 65 Jahren; für andere Altersgruppen gelten andere Beträge).

Budgetierung der gesetzlichen Krankenkassen

Seit 1991 legt der Gesundheitsminister fest, welche Mittel für Krankenkassen aus der Allgemeinen Kasse für die Kosten der Leistungen und Erstattungen aufgrund des ZFW zur Verfügung stehen. Das Feststellen dieses Budgets erfolgt auf der Grundlage objektiver Verteilungskriterien. Die Zielsetzung dieser Budgetierung besteht darin, den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen ein finanzielles Interesse an einer guten Qualität der Dienstleistung und an einem flexiblen und zweckmäßigen Einkauf sowie einer effizienten Organisation der Gesundheitsfürsorge zu verschaffen. Die Krankenkassen müssen zu diesem Zweck mit den Leistungsanbietern Absprachen über die Menge, die Qualität und – in gewissem Maße auch – über den Preis der zu erbringenden Leistungen treffen. Die Krankenkassen haben eine Annahmepflicht. Sie müssen gesunden und kranken Versicherten die gleiche nominale Prämie

in Rechnung stellen. Um Krankenkassen in vertretbarer Weise am Wettbewerb teilnehmen lassen zu können, ist es erforderlich, bei der Feststellung des Budgets dem Risikoprofil des Versichertenbestands ausreichend Rechnung zu tragen.

Der niederländische Minister für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport setzt vor dem Ende eines Jahres den Betrag fest, der für alle Krankenkassen zusammen im Jahr darauf für die Finanzierung aller Leistungen und Erstattungen an Krankenkassenversicherte zur Verfügung steht. Dies bezeichnet man auch als Makro-Leistungsbudget. Der Minister setzt diesen Betrag auf der Basis von Schätzungen im Gesundheitsfürsorgebericht, der Zorgnota, die ein wichtiges finanzpolitisches Dokument seines Ministeriums darstellt, fest. Auf der Grundlage von ministeriellen Anordnungen legt der Ausschuss CVZ finanzpolitische Regeln für die genaue Verteilung des Makro-Budgets auf die Krankenkassen fest. Nach der Genehmigung dieser finanzpolitischen Regeln durch den Minister teilt das CVZ jeder Krankenkasse die Höhe ihres Budgets für das kommende Jahr mit. Die Krankenkassen erhalten vom CVZ jeden Monat einen festen Vorschuss auf das Budget zu Lasten der Allgemeinen Kasse. Die ausgezahlten Budgets sind im Prinzip nicht hoch genug, um alle Kosten der Leistungen und Erstattungen zu decken. Den fehlenden Teil bestreiten die Krankenkassen aus der unmittelbar dem Versicherten in Rechnung zu stellenden Prämie. Auf der Grundlage der Budgetzuweisung setzt jede Krankenkasse gesondert die Höhe ihrer nominalen Prämie für das folgende Jahr fest. Mit scharf kalkulierten Prämien kann eine Krankenkasse sich für die Versicherten attraktiv machen.

Die Krankenkassen verfügen über finanzielle Reserven. Sie müssen die Differenzen zwischen Budget und Kosten den gesetzlichen Rücklagen zuführen. Per ministerieller Anordnung wurde eine Mindestsolvabilität festgelegt. Seit 2001 gilt außerdem ein Höchstbetrag für die gesetzlichen Rücklagen der einzelnen Krankenkassen.

Der Ausschuss CVZ verteilt das Makro-Leistungsbudget nach normativen Kriterien auf die Krankenkassen. In einem normativen Modell steht der budgetäre Spielraum, den eine Krankenkasse hat, in engem Zusammenhang zu der Anzahl der Versicherten und ihrem Risikoprofil. Das Budgetmodell für Krankenkassen befindet sich in ständiger Entwicklung. In der Anlaufphase zu einem normativen Verteilungsmodell erhielten die Krankenkassen größtenteils Budgets auf der Basis der historischen Kosten. 1993 wurden mit Bezug auf das Schadenrisiko die normativen Kriterien Alter und Geschlecht eingeführt. Im Laufe der Jahre wurden ihnen noch ein regionales Kriterium und das so genannte Versicherungsgrundkriterium hinzugefügt. Man teilt die Versicherten dabei in Gruppen ein, und zwar abhängig vom Rechtsgrund, auf dem ihre Krankenversicherung beruht. Es gibt fünf Kategorien: Arbeitsunfähige, Arbeitnehmer, Unterstützungsberechtigte, sonstige Leistungsberechtigte und Versicherte ab 65 Jahre. Im Jahr 2002 wurden die Verteilungskriterien um so genannte Pharmazie-Kostengruppen erwei-

tert: eine Gesundheitsvariable, die auf der Nutzung von Arzneimitteln in der Vergangenheit beruht. Außerdem wurde in 2002 der regionale Faktor angepasst, wodurch dieser jetzt besser den von Krankenkassen kurzfristig nicht oder kaum zu beeinflussenden regionalen Unterschieden in Bezug auf Gesundheit, Konsum und bestimmte Formen des Gesundheitsfürsorge-Angebots Rechnung trägt.

Nicht nur für Krankenkassen, sondern auch für Einrichtungen der klinischen Gesundheitsfürsorge (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen u. ä.) wird ein Budget festgelegt. Dies erfolgt auf der Grundlage des Wet Tarieven Gezondheidszorg (Gesetz über die Tarife in der Gesundheitsfürsorge) durch den Ausschuss CTG. Alle Krankenkassen zusammen sind verpflichtet, die Budgets der Gesundheitsfürsorge-Einrichtungen zu finanzieren. Durch Absprachen können sie teilweise die Höhe dieser Budgets mitbestimmen. Das Budget einer Gesundheitseinrichtung besteht aus Komponenten zur Deckung von Standortkosten, festen, halbfixen und variablen Kosten. Die Versicherer verhandeln mit den Einrichtungen über die Kosten (vor allem über die variablen Kosten). Die Verhandlungen bilden die Grundlage für die Einrichtungsbudgets. Der fixe Teil (vor allem die gebäudegebundenen Kosten) ist für die Versicherer ein feste Gegebenheit. Der Aufbau der Einrichtungsbudgets bestimmt die Höhe der Pflorgetarife der einzelnen Einrichtungen. Um zu vermeiden, dass die Krankenkassen in einen finanziellen Konflikt zwischen ihrem eigenen ZFW-Budget und den Budgets der Einrichtungen geraten, wurde angestrebt, eine Systematik zu entwickeln, bei der die Krankenkassen kein finanzielles Risiko mit Bezug auf die fixen Kosten der Krankenhausversorgung eingehen, auf die sie keinen Einfluss nehmen können.

Es gibt darüber hinaus unterschiedliche Mechanismen für das Reduzieren der Differenzen zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Krankenkassenbudget. Bei einem generischen Ausgleich erfolgt eine allgemeine Verschiebung von Mitteln zwischen Krankenkassen mit einem Budgetergebnis, das besser als durchschnittlich ist, zu den Krankenkassen mit einem Budgetergebnis, das unter dem Durchschnitt liegt. Dieser generische Ausgleich wird vorgenommen, um mögliche Mängel in der Verteilungswirkung des Budgetmodells zu korrigieren. Zweitens gibt es eine Nachkalkulation, bei der die Kassen nach Ablauf des Budgetierungsjahres bis zu einem bestimmten Prozentsatz (dem Nachkalkulationsprozentsatz) Ausgleichszahlungen aus der Allgemeinen Kasse erhalten. Diese Nachkalkulation wurde eingeführt, um die Höhe des finanziellen Risikos an die Möglichkeiten zu koppeln, welche die Krankenkassen haben, um die Höhe der tatsächlichen Kosten zu beeinflussen.

Seit dem 1. Januar 1997 gilt neben dem generischen Ausgleich eine spezifische Form des Ausgleichs für hohe Kosten. Der Ausgleich beinhaltet, dass die Krankenkassen 90 Prozent der Kosten der einzelnen Versicherten, insoweit diese Kosten die Grenze von

7.500 Euro überschreiten, zu Lasten eines Pools bringen können. Dieser Betrag ist übrigens unabhängig von den Kosten des Teilbudgets „feste Kosten“ der Krankenhausversorgung. Alle Kassen tragen zu dem Pool mittels eines prozentualen Abzugs einerseits vom Teilbudget „variable Kosten der Krankenhausversorgung und Kosten für fachmedizinische Leistungen“ und andererseits vom Teilbudget „Kosten für sonstige Leistungen“ bei.

In der Anfangsphase der Leistungsbudgetierung wurden die genannten risikoreduzierenden Maßnahmen in hohem Maße dazu eingesetzt, die Auswirkungen von Mängeln im Modell zu lindern. Darüber hinaus war zu dem Zeitpunkt das Instrumentarium der Krankenkassen für eine Beeinflussung der Kosten noch begrenzt. Mit der Verbesserung des Verteilungsmodells und der Zunahme der Möglichkeiten, die Kosten zu beeinflussen, hat sich in den vergangenen Jahren das faktische finanzielle Risiko der Krankenkassen in einigen Schritten erhöht. Im Jahr 2002 wird für das Teilbudget „sonstige Leistungen“ kein generischer Ausgleich vorgenommen und es findet auch keine Nachkalkulation statt. Lediglich der Ausgleich für hohe Kosten wird angewendet. Beim Teilbudget „variable Kosten der Krankenhausversorgung und Kosten für fachmedizinische Leistungen“ finden per 2002 ein Ausgleich von 30 Prozent und eine Nachkalkulation von 35 Prozent statt. Für das nicht oder kaum zu beeinflussende Teilbudget „feste Kosten der Krankenhausversorgung“ erhalten die Krankenkassen 95 Prozent ausgezahlt. Das Modell der Krankenkassenbudgetierung, das in sorgfältiger Absprache und Beratung zwischen dem Staat und den Krankenkassen jeweils bei Bedarf angepasst wird, ist im Laufe der Zeit immer besser ausbalanciert worden. Deshalb werden keine Stimmen laut, das Modell aufzugeben. Im Gegenteil: Es wird in einer zukünftigen allgemeinen Krankenversicherung zweifellos fortgesetzt werden.

■ Private Krankenversicherungen

Wer nicht zum Kreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten gehört, kann seine Krankheitskosten privat absichern. In den Niederlanden gibt es seit 1986 nicht mehr die Möglichkeit, freiwillig einer gesetzlichen Krankenkasse beizutreten. Jemand, der auf den privaten Markt angewiesen ist, hat keinerlei Verpflichtung, einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Der private Versicherungsmarkt ist durch Risikoselektion und Prämienwettbewerb gekennzeichnet. Da wichtige Risikogruppen eine Möglichkeit erhalten sich zu versichern, führte der Staat im Jahr 1986 das Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ, Gesetz über die Aufnahme in die Krankenversicherungen) ein. Infolge dieses Gesetzes sind private Krankenversicherer verpflichtet, neben den üblichen Policen, die sie im Angebot haben, auch einen Vertrag für eine Standardversicherung anzubieten, deren Inhalt den gesetzlichen Vorschriften entsprechen muss. Die Versicherer sind verpflichtet, bestimmte Gruppen von im Gesetz definierten

Personen auf Wunsch im Rahmen einer Standardpaketpolice als Versicherte anzunehmen.

Unter anderem gehören zu diesen vom Gesetz benannten Personen diejenigen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung kommen oder einer öffentlich-rechtlichen Krankenkostenregelung für Beamte unterliegen oder Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Darüber hinaus können Personen, die für ihre private Krankenversicherung mehr bezahlen als die für ihre Altersgruppe festgesetzte Höchstprämie beträgt der Standardpaketversicherung nachträglich eine solche Versicherung abschließen. Vor dem Wechsel in eine Standardpaketversicherung muss man mindestens drei Jahre ununterbrochen gegen Krankheitskosten versichert gewesen sein. Die private Krankenversicherung (auch das Standardversicherungspaket) gibt Anspruch auf die Erstattung von Kosten. Das versicherte Risiko der Standardpaketversicherung entspricht fast der Deckung, welche die gesetzliche Krankenversicherung bietet.

Finanzierung

Für ihre Gesellschaftspolice setzen die Versicherer selbst die (nominalen) Prämien fest. Die Prämie für die Standardpaketpolice wird vom Staat festgelegt. Im Allgemeinen bezahlen die Versicherten in 2002 einen Betrag in Höhe von 136 Euro pro Person und Monat. Wegen des nicht-kostendeckenden Prämienniveaus bei bestimmten Gruppen von Standardpaketversicherten sieht das WTZ eine Umlageregelung vor. Die WTZ-Umlage deckt die Differenz zwischen dem faktischen Schaden und den von den Standardpaketversicherten zu bezahlenden Prämien, deren Kosten der Versicherer zu Lasten der Umlageregelung bringen kann. Alle Privatversicherten unter 65 Jahren beteiligen sich finanziell an diesem so genannten Umlagedefizit. Versicherte unter 20 Jahren bezahlen in diesem Jahr 117,12 Euro und Versicherte von 20 bis 65 Jahre bezahlen 234,24 Euro.

■ Die Versicherung für besondere Krankheitskosten

Das AWBZ basiert auf dem Gesetz vom 14. Dezember 1967 (niederländisches Gesetzblatt Stb. 1967, 655) und ist seit dem 1. Januar 1968 schrittweise in Kraft getreten. Ebenso wie das ZFW ist die AWBZ-Versicherung, die Versicherung für besondere Krankheitskosten, eine Versicherung von Rechts wegen. Die allgemeine Regel lautet, dass Einwohner der Niederlande versichert sind. Leistungsberechtigte, die außerhalb der Niederlande wohnen, können ihre AWBZ-Versicherung unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig fortsetzen.

Das AWBZ wird von den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherern ausgeführt. Die Krankenkassen sind automatisch Ausführungsorgane des AWBZ und müssen keine ge-

sonderte Zulassung für das AWBZ beantragen. Alle auf dem niederländischen Markt tätigen privaten Krankenversicherer haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ebenfalls als AWBZ-Ausführungsorgane zu fungieren. Für jemanden, der Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherer versichert ist, gilt derselbe Versicherer auch als ausführendes Organ des AWBZ. In der Praxis haben die Versicherer wichtige Ausführungsaufgaben an so genannte zorgkantoren (Gesundheitsfürsorgebüros) delegiert. Dies sind in der Regel Krankenkassen, die in einer bestimmten Region eine dominante Position inne haben. Diese zorgkantoren schließen im Namen aller Ausführungsorgane Verträge mit Leistungsanbietern, die im Rahmen des AWBZ tätig werden können.

Anspruch auf Gesundheitsfürsorge

Das AWBZ bietet Anspruch auf Gesundheitsfürsorgeleistungen auf dem Gebiet von langfristiger Pflege und Versorgung, psychischer Gesundheitsfürsorge, Behindertenfürsorge und Prävention. Die Ansprüche auf AWBZ-Leistungen sind im Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten (Beschluss Leistungsansprüche besondere Krankheitskosten) sowie in der auf diesem Beschluss basierenden Regelung nadere regels zorgaanspraken AWBZ (Regelung über weitere Vorschriften für Leistungsansprüche AWBZ) geregelt. Darin sind Verfahrensregeln für die Geltendmachung bestimmter Ansprüche auf Gesundheitsfürsorgeleistungen, wie z. B. die Beantragung einer Zustimmung des Ausführungsorgans, dargelegt. Für einen Teil der Ansprüche gilt, dass ein von der Gemeinde eingerichtetes Indikationsorgan festgestellt haben muss, dass der Versicherte auf eine bestimmte Form der Gesundheitsfürsorge angewiesen ist. Für welche Leistung dies gilt und wie das Indikationsorgan arbeitet, ist im Zorgindicatiebesluit (Leistungsindikationsbeschluss) geregelt. Eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung kann sein, dass der Versicherte einen Zuschuss zu den Kosten bezahlt. Für einen Aufenthalt in einer Einrichtung und für Versorgung und Verpflegung zu Hause gelten einkommensabhängige Beträge.

Neben Sachleistungen können Versicherte auf der Basis des AWBZ heute auch ein personengebundenes Budget erhalten. Mit Hilfe eines solchen Budgets können Menschen, die sonst für eine Pflege für geistig Behinderte in Betracht kämen, selbst Leistungen für Pflege und Versorgung oder für psychische Gesundheitsfürsorge einkaufen.

Finanzierung

Die Mittel zur Deckung der Kosten der AWBZ-Versicherung stammen aus Prämien und Selbstbeteiligungen der Versicherten. Die Prämienhebung für das AWBZ erfolgt – zusammen mit den Prämien für die anderen Einheitsversicherungen – über die Erhebung

der Einkommensteuer. Der Staat stellt jährlich den Prozentsatz der AWBZ-Prämie fest, der maximal vom steuerpflichtigen Einkommen in der ersten Einkommensteuercategorie erhoben wird. Für 2002 beträgt dieser Prozentsatz 10,25 Prozent. Für Arbeitnehmer behält der Arbeitgeber die Prämie vom Lohn ein und führt sie an das Finanzamt ab. Das Finanzamt führt die eingezogene Prämie seinerseits an den Allgemeinen Fonds Bijzondere Ziektekosten (Allgemeiner Fonds besondere Krankheitskosten) ab. Das College voor zorgverzekeringen (CVZ) verwaltet diesen Fonds. Die Ausführungsorgane, die die Selbstbeteiligungsbeträge bei den Versicherten einziehen, tragen diese ebenfalls an den Allgemeinen Fonds ab. Den Ausführungsorganen werden alle rechtmäßig getätigten Ausgaben vom CVZ erstattet. Sie tragen somit bei der Ausführung des AWBZ – anders, als es bei der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist – grundsätzlich kein Risiko.

■ Die Modernisierungsverfahren Bericht „Vraag aan bod“

Die Gesundheitsfürsorge in den Niederlanden hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts von einem „freien“ Sektor, in dem Wettbewerbsbeschränkung durch die Akteure selbst – einerseits aus sozialen und ethischen Gründen, andererseits aus Gründen wirtschaftlicher Gruppenbelange – eine große Rolle spielte, zu einem stark vom Staat regulierten Sektor entwickelt, in dem die privaten Parteien aus Gründen des öffentlichen Interesses wenig Raum behielten, um selbständig unternehmerische Entscheidungen treffen zu können. Bei der zentralen Angebotssteuerung in der Tariffkontrolle spielten Erwägungen hinsichtlich der Kostenkontrolle eine wichtige Rolle. Die Politik der letzten 15 Jahre war bezüglich der Kostenkontrolle erfolgreich, hatte aber unangenehme Nebenwirkungen, so vor allem zunehmende Wartezeiten in der Gesundheitsfürsorge und eine eingeschränkte Motivation bei vielen Leistungsanbietern. In den vergangenen Jahren hat auch in politischen Kreisen das Bewusstsein zugenommen, dass sich ein System von gesetzlich definierten Ansprüchen nicht mit einer straffen Makrobudgetierung verträgt.

Das Kabinett hat deshalb, um den zugenommenen Problemen die Stirn zu bieten, Modernisierungsverfahren für die Steuerung und Organisation der Gesundheitsfürsorge eingeleitet (*Zweite Kammer: Zicht op zorg 1998/1999; Brief: Modernisering curatieve zorg 2000-2001*). Zentrale Begriffe in diesen Verfahren sind: Verstärkung der Nachfragesteuerung, größere Wahlmöglichkeiten für die Patienten/Klienten bei der Realisierung der Leistung, auf die sie Anspruch haben, mehr Freiheit und Wahlmöglichkeiten für Versicherer beim Abschluss von Verträgen über Leistungen der Gesundheitsfürsorge.

Was das AWBZ betrifft, galt ein besonderes Augenmerk der Stärkung der Regiefunktion des so genannten zorgkantoor in der Region. Mit Bezug auf die Krankenhauspflege und die fachmedizi-

nische Gesundheitsfürsorge wird angestrebt, das Budgetierungssystem durch ein System von Produktpreisen zu ersetzen (Diagnose-Behandlungs-Kombinationen). Damit soll die Rolle der Versicherer als Auftraggeber der Leistungen verstärkt und das Risiko der Krankenversicherer bezüglich der Kosten dieser Leistungen allmählich erhöht werden. Dies erfolgt durch den Abbau der Nachkalkulation im Krankenkassenbudgetierungssystem. In einem Brief an die Zweite Kammer schreibt die niederländische Ministerin für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, Frau. Dr. E. Borst-Eilers: „Die Kombination des Tragens von Risiko und einer zunehmenden Verhandlungsfreiheit führt allmählich zu einer anderen Vorgehensweise bei den Krankenversicherern. Es wird mit Apothekern, Krankenhäusern und Ärzten über neue Formen der Dienstleistung, über den Einkauf und über die Unterstützung eines vertretbaren Verschreibungsverhaltens verhandelt. Mit Hausärzten wird über die Einrichtung einer Dienstleistungsstruktur, die Einführung des EVS (Elektronisch Voorschrift System; Elektronisches Verschreibungssystem) und über Praxisunterstützung verhandelt. An unterschiedlichen Orten wird mit der Vergabe von Verträgen für Physiotherapie und Hilfsmittel experimentiert. Kürzlich haben die Krankenversicherer mit Branchenvereinigungen von Krankenhäusern und Fachärzten ein Abkommen über die regionale Vorgehensweise mit Bezug auf Wartezeiten für fachmedizinische Hilfe geschlossen“ (*Zweite Kammer: Brief Modernisering curatieve zorg 2000-2001, 8*).

Im April 2001 hat das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport bei der Zweiten Kammer einen Gesetzesvorschlag (*Gesetzesvorschlag zur Änderung des Systems der staatlichen Intervention 2000-2001*) eingereicht, der zur Begleitung des Übergangs von einem System der zentralen Angebotssteuerung, bei dem die Kapazität der Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen normativ zentral von staatlicher Seite bestimmt wird, zu einem dezentralen, nachfrage-orientierten System dienen soll. Die Kapazität wird durch die an der Leistungserbringung beteiligten Parteien (Verbraucher, Einrichtungen und Versicherer) bestimmt und der Staat beschränkt sich auf das Festlegen von Rahmenbedingungen, innerhalb derer dezentrale Parteien (Versicherer und Anbieter) handeln sollen. Das vorgeschlagene Wet exploitatie zorginstellingen (Gesetz über das Betreiben von Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen) soll an die Stelle des Wet ziekenhuisvoorzieningen (Gesetz über den Bau und die Anlage von Krankenhäusern) treten.

Im Juli 2001 lancierte das Kabinett Kok den Bericht „Vraag aan bod“ (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2000-2001*), der an die Linie anschließt, die in den genannten „Modernisierungsverfahren“ gezeichnet wird. Die Modernisierung der Angebots-, Preis- und Budgetregulierung, mit mehr Raum für Marktwirkung und Wettbewerb, ist nach Ansicht des Kabinetts untrennbar mit der Organisation eines breiten und gleichberechtigten Zugangs zu qualitativ guten Gesundheitsleistungen über ein einheitliches Versicherungssystem verbunden. Das Kabinett ist für

die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung als notwendige Ergänzung der Veränderungen in der Steuerung des Gesundheitsfürsorgesystems. Diese allgemeine Versicherung deckt zunächst die Leistungen, die jetzt von der gesetzlichen Krankenversicherung und von den privaten Krankenversicherern gedeckt werden. Danach wird sie um eine Deckung der dafür in Betracht kommenden Leistungen, die jetzt unter das AWBZ fallen, erweitert. Mit Bezug auf das versicherte Paket der notwendigen Leistungen haben die Versicherer eine Annahmepflicht; es gilt ein Verbot der Prämien differenzierung. Um einer Risikoselektion durch die Versicherer entgegenzuwirken, gibt es ein System des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern. Der Versicherer hat eine Leistungspflicht. Das heißt, dass er mittels Verträgen mit Leistungsanbietern für die rechtzeitige Erbringung der von seinem Versicherten gewünschten Leistungen – innerhalb der gesetzlich geregelten, funktional definierten Ansprüche (*Vraag aan bod 2000-2001, 47*) – zu sorgen hat. Innerhalb der breiten Versicherung werden Wahlmöglichkeiten für unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligungen und für „preferred provider“-Vereinbarungen angeboten. Der Bericht kündigt eine Untersuchung der Frage an, in welchem Maße und in welcher Form in den unterschiedlichen Teilmärkten innerhalb des Gesundheitswesens ein Wettbewerb möglich und erwünscht ist (und welche Instrumente am besten für diese Teilmärkte geeignet sind). Beispiele für Teilmärkte sind die Dienstleistungen von Physiotherapeuten oder von Hausärzten, pharmazeutische Gesundheitsfürsorge, Krankenhauspflege und Prävention (wie auch die Teilgebiete des AWBZ).

Mit Bezug auf Teilmärkte, für die dies aus der Perspektive des öffentlichen Interesses für vertretbar erachtet wird, werden die gesetzliche Angebotsregulierung, die gesetzliche Preisregulierung und die Vertragspflicht abgebaut. Theoretisch kann das gesetzliche System der Gesundheitsfürsorge (für Teile der Gesundheitsfürsorge) wieder ebenso einfach werden wie in der Zeit vor der Einführung des Krankenkassengesetzes ZFW. Es ist durchaus nicht unwahrscheinlich, dass der Staat in der Form von Kann-Bestimmungen weiterhin über Instrumente verfügen wird, die eingesetzt werden können, falls die Wirkung des Markts Effekte hat, die im Widerspruch zu den öffentlichen Zielsetzungen stehen. Dort, wo im niederländischen Gesundheitsfürsorgesystem Raum für Wettbewerb besteht, spielen das Wettbewerbsrecht und die aufsichtführende Rolle der niederländischen Wettbewerbsbehörde NMA

(Niederlandse Mededingingsautoriteit) bereits eine wichtige Rolle (*Hamilton 2002*).

Die Parteien, die voraussichtlich die neue Regierungskoalition bilden, haben im Juni 2002 beschlossen, eine allgemeine Versicherung einzuführen. Sie gehen dabei von einer festen nominalen Prämie pro versicherter Person aus. Die Höhe der Prämie wird von den Versicherern gesondert festgestellt. Versicherte mit niedrigem Einkommen erhalten einen steuerlichen Ausgleich für die Verschlechterung ihrer Einkommenslage, welche die Folge des Übergangs von einer einkommensabhängigen Prämienstruktur zu einem nominalen Prämienystem ist. Die Beratungen über die Ausführungsmodalitäten der neuen Krankenversicherung werden noch fortgesetzt. ■

Fußnoten

- 1 Der Beitrag stammt teilweise aus: „Ziektekostenverzekeringen in Nederland“ (Krankenversicherungen in den Niederlanden), Veröffentlichung des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), 2002.
- 2 Für bestimmte Gruppen von Beamten gelten spezifische öffentlich-rechtliche Krankheitskostenregelungen. Diese werden im vorliegenden Beitrag nicht behandelt.

Literatur

Gesetzesvorschlag zur Änderung des Systems der staatlichen Intervention mit Bezug auf das Angebot von Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen (Wetsvoorstel Herziening van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen) (2001-2002): Zweite Kammer, 27 659 Nrn. 1-3.

Hamilton GJA (2002): Publiek belang en mededinging in de gezondheidszorg, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Nr. 3, 142-162.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2000-2001): Vraag aan bod, Hauptaspekte der Reformierung des Gesundheitsfürsorgesystems, Zweite Kammer, 27855, Nrn. 1-2

Okma KGH (2001): Health Care, health policies and health care reforms in the Netherlands, 40.

Zweite Kammer (1998/99): Zicht op zorg (Vorgehensplan Modernisierung AWBZ), Zweite Kammer, 26 631, Nr. 1 und folgende.

Zweite Kammer (2000-2001): Brief „Modernisierung curatieve zorg“, 27. Februar 2001, Zweite Kammer, 23 619, Nr. 18.

DER AUTOR



Geert Jan Hamilton (geboren in Nijmegen, 1952) studierte Jura an der Erasmus-Universität in Rotterdam. Er begann seine Laufbahn als Mitglied des Lehrkörpers der juristischen Fakultät der Universität von Leiden. 1980 trat er dem nationalen Verband der Krankenkassen in den Niederlanden bei. 1983 wurde er Leiter der Rechtsabteilung. Im Jahr 1995 fusionierte sein Verband mit dem nationalen Verband der privaten Krankenversicherungsgesellschaften in „Zorgverzekeraars

Nederland“ (ZN). G.J. Hamilton wurde Direktor für rechtliche und internationale Angelegenheiten von ZN. Von 1993 bis 1999 war Hamilton Vorsitzender der Association Internationale de la Mutualité (AIM). Als er von seinem Amt zurücktrat, wurde er zum Ehrenvorsitzenden der AIM ernannt. Seit 1999 ist Hamilton Direktor für Gesetzgebung und rechtliche Angelegenheiten des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport in Den Haag. Er ist Hauptherausgeber der Zeitschrift „Zorg en Financiering“.