

Die Krankenversicherungsreform in den Niederlanden

Vor wenigen Jahren entschlossen sich auch die Niederlande, eine grundlegende Reform ihres Krankenversicherungssystems durchzuführen. Das neue, viel beachtete Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet, ZVW) trat am 1. Januar 2006 in Kraft. Mit der völligen Umgestaltung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung suchte der niederländische Gesetzgeber höhere Effizienz und Transparenz sowie stärkeren Wettbewerb und einen Zugewinn an Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen zu erreichen – Ziele, die dieser Reformgesetzgebung auch in Deutschland anhaltende Aufmerksamkeit sichern (so z. B. in der BT-Debatte vom 12.2.2009, Plenarprotokoll 16/205, S. 22131).

1. Einheitliche Versicherung auf privatrechtlicher Grundlage

Als wichtigste Neuerung wurde die Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beseitigt und ein einheitliches System auf privatrechtlicher Grundlage mit konsequent wettbewerblicher Ausgestaltung geschaffen. Der Charakter der Versicherungen als Wirtschaftsunternehmen kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass diese Gewinne erzielen können und die Höhe der Prämie, die ihre Versicherten zu zahlen haben, selbst bestimmen. Die Beiträge werden in privatrechtlichen Verträgen mit den Versicherten festgelegt, welche zwischen verschiedenen Versicherungstarifen, aber auch zwischen Kostenerstattung und Sachleistung wählen können. Möglich ist die Vereinbarung freiwilliger Selbstbehalte. Die Versicherten können einmal im Jahr die Versicherung wechseln. Aber nicht nur die Versicherten, sondern auch die Versicherungen besitzen eine ungewöhnliche Dispositionsfreiheit: So verhandeln letztere unmittelbar mit Ärzten und Krankenhäusern als Anbieter von Gesundheitsleistungen über den Umfang, die Qualität und den Preis der Leistungen. Die Versicherungen treten als Leistungseinkäufer für ihre Versicherten auf. Der Wahlfreiheit korrespondieren auch Pflichten, die den sozialpolitischen Zielen des Gesetzgebers Rechnung tragen: Die Versicherer unterliegen einem Kontrahierungszwang (Verpflichtung zum Vertragsabschluss) im Umfang der Basisversicherung; den einheitlichen Leistungskatalog der Unternehmen in dieser Basisversicherung hat der Gesetzgeber ebenso festgelegt wie einen Risikostrukturausgleich.

2. Die Finanzierung der Basisversicherung

Das Beitragsaufkommen wird aus verschiedenen Quellen gespeist:

(1) Prämie

Zunächst hat jeder Versicherte einen pauschalen Beitrag (Prämie) zu leisten, der vom Einkommen, aber auch vom Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand unabhängig ist. Die Prämien, welche die Krankenversicherer festlegen, differieren je nach Variante der Basisversicherung (Tarif), die der Versicherer anbietet. So können die Kunden zwischen verschiedenen Tarifen wählen, die sich je nach Leistungserbringer unterscheiden. Von allen Versicherten, die dieselbe Variante wählen, muss die gleiche Prämie verlangt werden. Jeder Versicherte kann jeden Tarif aller Krankenversicherer wählen. Versicherten, die sich für Selbstbehalte entscheiden, können Rabatte gewährt werden, welche die Versicherer festlegen. Rabatte von maximal 10 % erhalten Versicherte zudem,

wenn der Versicherer mit Arbeitgebern oder juristischen Personen wie z. B. Gewerkschaften, Vereinen oder Patientenvereinigungen Gruppenverträge abschließt.

(2) Der einkommensabhängige Beitrag

Der einkommensabhängige Beitrag ist der Steuerpflicht ähnlich und vom Bestehen eines Versicherungsvertrages unabhängig. Er wird vom Finanzamt eingezogen. Demgemäß ergibt sich die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Steuerrecht. Für die unterschiedlichen Einkommensarten gelten unterschiedliche Beitragssätze. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich der Lohnentwicklung angepasst. Zwar ist der Versicherungspflichtige der Beitragsschuldner; doch ist der Arbeitgeber gehalten, dem Arbeitnehmer den einkommensabhängigen Beitrag zu erstatten, den dieser allerdings zu versteuern hat. Die Höhe der Beitragssätze wird jährlich durch die Ministerien festgelegt. Der Beitrag wird dabei so bestimmt, dass das Beitragsaufkommen die Hälfte der Einnahmen der Basisversicherung ausmacht.

(3) Die Eigenanteile der Versicherten

Seit 2008 haben alle Versicherten über 18 Jahren einen generellen Selbstbehalt von 150 Euro pro Jahr zu übernehmen, der allerdings nicht für Besuche beim Hausarzt, für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie für die zahnärztliche Behandlung von unter 22-Jährigen gilt.

(4) Steuerzuschuss

Die Prämien der Kinder werden aus öffentlichen Mitteln aufgebracht. Für jedes Kind zahlt der Fiskus die halbe Prämie eines Erwachsenen an den Krankenversicherungsfonds, der diese Mittel nach den Modalitäten des Risikostrukturausgleiches an die Krankenversicherungen weitergibt.

3. Der Risikostrukturausgleich

Der arbeitgeberfinanzierte einkommensabhängige Beitrag sowie der steuerfinanzierte Beitrag für Kinder speisen den sog. Krankenversicherungsfonds, der den Risikostrukturausgleich (RSA) gewährleistet. Der Fonds weist den Versicherungen Beträge zu, deren Höhe durch die Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengruppe bestimmt wird. Die gesamten Leistungsausgaben der Basisversicherung werden von dem Ausgleichsverfahren erfasst. Um die Zuweisungsbeträge zu berechnen, werden zunächst die Leistungsausgaben des Folgejahres, differenziert nach Alter und Geschlecht des jeweiligen Versichertenbestandes, auf die Krankenversicherer verteilt. Der Ausgleich wird dann in einem zweiten Schritt durch die Berücksichtigung bestimmter Kriterien erreicht: Als Ausgleichskriterien wurden 2006 Alter und Geschlecht, Region, pharmazeutische Kostengruppen, Diagnosekostengruppen, Art des Einkommens sowie sozialökonomischer Status genutzt. Für diese RSA-Kriterien werden Zu- und Abschläge addiert, und zwar der Versichertenzahl und der Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Kriterien entsprechend. Der Umfang der Zu- und Abschläge wird durch das zuständige Ministerium bestimmt. Als Ergebnis dieses Verfahrens werden die Leistungsausgaben jedes Krankenversicherers festgelegt. In einem weiteren Schritt müssen die Einnahmen der Krankenversicherer aus den Prämien bei der Ermittlung des Zuweisungsbetrages in Abzug gebracht werden. Um die erhebliche Zahl von Versichertenwechseln zu berücksichtigen, finden im Rahmen des Risikostrukturausgleiches schließlich noch mehrere Nachberechnungsschritte statt.

4. Bisherige Erfahrungen

In den Jahren seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes konnten wichtige Erfahrungen mit der Umsetzung des Reformvorhabens in den Niederlanden gesammelt werden:

Am bemerkenswertesten ist der intensive Preiskampf zwischen den Versicherungsunternehmen, der sogleich nach Einführung des neuen Gesetzes begann und der niedrigere Prämien als zunächst erwartet zur Folge hatte. In den Jahren 2006 – 2008 wechselten 28 % der Versicherten ihre Versicherung, und zwar zumeist von Einzel- zu Gruppenpolicen, welche durchschnittliche Prämienrabatte von 6,5 % zur Folge hatten. Inzwischen sind 59 % der Versicherten über Gruppenpolicen versichert. Die durch den Wettbewerb erzwungenen niedrigeren Beiträge der Versicherten haben den Versicherungen erhebliche Verluste beschert und sie zu Zusammenschlüssen genötigt. Von einst 33 Krankenversicherungen sind noch 12 Unternehmen übrig geblieben, wobei die vier größten Anbieter inzwischen über einen Marktanteil von fast 90 % verfügen.

Quelle:

- Agasi, Susanne, Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform. Finanzentwicklung und Markttrends, in: Zeitschrift für Sozialrecht 2008, S. 279 – 303