

Krankenversicherung in den Niederlanden

Mit dem zum 1. Januar eingeführten System sollen die Beiträge zur Hälfte vom Faktor Arbeit entkoppelt werden

von **Julia Bathelt**

Während in Deutschland noch über die Zukunft des Gesundheitswesens debattiert wird, haben die Niederländer längst Nägel mit Köpfen gemacht: Zum 1. Januar 2006 wurde eine Standardkrankenversicherung für alle Bürger eingeführt, die die hierzulande diskutierten Modelle der „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ kombiniert. Ziel ist es, den Wettbewerb zwischen den Anbietern zu beleben, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und die Gesundheitskosten, die sich seit den 80er Jahren verdreifacht haben, einzudämmen.

Gesetzliche Basisleistungen

Das niederländische Gesundheitsministerium bezeichnet das neue Modell als „privates Krankenversicherungssystem mit sozialen Maßgaben“. Die 16 Millionen Niederländer sind verpflichtet, bis spätestens 1. Mai 2006 eine Basisversicherung für den Krankheitsfall abzuschließen. Andernfalls droht ihnen ein Bußgeld. Anders als bisher gibt es keine Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung mehr.

Die Niederländer können ihren Versicherungsträger frei wählen. Dabei gilt: Die Versicherungsunternehmen müssen jeden Antragsteller – egal ob jung oder alt, gesund oder krank – aufnehmen. So soll eine Risikoselektion vermieden werden. Zudem sind alle Versicherungen verpflichtet, den von der Regierung vorgeschriebenen Katalog an Basisleistungen anzubieten. Ein aus Steuergeldern und Arbeitgeberbeiträgen finanzierter Ausgleichsfond soll jene Versicherungen entlasten, die einen hohen Anteil an alten und chronisch kranken Mitgliedern verzeichnen.

Mit dem neuen System sollen die Krankenversicherungsbeiträge – zumindest zur Hälfte – vom Faktor Arbeit entkoppelt werden. Jeder Niederländer zahlt monatlich eine Einheitsprämie von 92,17 Euro (1.106 Euro pro Jahr). Nur wenige Versicherungen bieten den Basistarif zu einem geringeren Preis von jährlich 1.060 Euro an. Hinzu kommt ein einkommensabhängiger Beitrag, den der Arbeitgeber für den Arbeitnehmer entrichtet. Dieser beläuft sich auf 6,5 Prozent des Einkommens, maximal jedoch 1.950 Euro pro Jahr. Besonders stark be-

lastet werden Selbstständige. Sie müssen monatlich 4,4 Prozent ihres Einkommens an die Krankenversicherungen entrichten. Die Bemessungsgrenze liegt bei 30.700 Euro.

Das neue System sieht soziale Abfederungen für Familien mit Kindern und die unteren Einkommensschichten vor. Kinder bis zum 18. Lebensjahr sind grundsätzlich kostenfrei mitversichert. Ihre Beiträge werden über Steuern finanziert. Personen mit geringem Einkommen können staatliche Zuschüsse beantragen. Das niederländische Gesundheitsministerium rechnet hier mit jährlichen Kosten von zwei Milliarden Euro. Nach Meinung von Experten wird rund ein Drittel der Niederländer Anspruch auf staatliche Zuschüsse haben.

Wettbewerb stimulieren

Ein weiteres Ziel der niederländischen Reform ist es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen anzukurbeln. Dies soll zum einen durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern erreicht werden, zum anderen können die Versicherungsunternehmen Zusatzpolicen anbieten, die jene Leistungen abdecken, die im Basischutz nicht enthalten sind. Leistungen wie Krankengymnastik oder Zahnarztbesuche sind nämlich aus dem Katalog der Standardversicherung herausgefallen. Die Unternehmen sind in der Gestaltung der Zusatzversicherungen frei.

Die Niederländer können künftig zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip ebenso wählen wie zwischen Selbstbehalt und Beitragsrückerstattungstarif. Hinzu kommen verschiedene Laufzeiten und Unterschiede im Leistungsumfang. So kurz nach der Umstellung des Krankenversicherungssystems führt das mannigfaltige Angebot allerdings noch zu Verunsicherung.

Weitere Information:

www.denieuwezorgverzekerung.nl,

www.zorgaanzet.nl,

www.dutchembassy.de,

www.oecd.org

Die Gesundheitsausgaben der Niederlande sind in den letzten Jahren rapide angestiegen. Während sie im Jahr 2000 noch 8,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausmachten, lagen sie im Jahr 2003 bei 9,8 Prozent. Die Niederlande nehmen damit aber noch keinen Spitzenplatz bei den Gesundheitsausgaben ein. Im OECD-Vergleich liegen sie nach wie vor hinter den USA, der Schweiz, Deutschland und weiteren Ländern. Die Pro-Kopf-Ausgaben beliefen sich im Jahr 2003 auf gut 2.900 US-Dollar und überstiegen den OECD-Durchschnitt damit um mehr als 600 US-Dollar. Die Niederlande befinden sich also etwa auf einem Niveau mit Deutschland, Frankreich und Kanada. Dass die Gesundheitsausgaben des Königreichs nicht noch stärker angestiegen sind, hat vor allem mit der verhaltenen Arzneimittelverordnung zu tun. Im Jahr 2003 lag der Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt bei 17,7 Prozent, in den Niederlanden jedoch bei nur 11,4 Prozent.