

Kritiek op nieuw Gezondheidsfonds

Nieuws

[Achtergrond](#) - 5 januari 2009

(5 januari 2009) Het Gezondheidsfonds, de belangrijkste hervorming van het Duitse zorgstelsel, is op 1 januari ingegaan. Het nieuwe fonds moet inkomsten eerlijker over verschillende verzekeraars verdelen en de onderlinge concurrentie bevorderen. Maar patiënten, artsen en verzekeraars voelen zich benadeeld.

Het Gezondheidsfonds is de basis van het nieuwe stelsel, dat in 2007 werd goedgekeurd. Werkgevers, werknemers en de overheid storten geld in het fonds, dat vervolgens eerlijk over de verschillende ziekenfondsen moet worden verdeeld. Tot nu toe waren die afhankelijk van de inkomsten van hun verzekerden, zodat een ziekenfonds in een welvarende regio met jonge gezonde cliënten meer te besteden had dan een concurrent met meer oudere en zieke patiënten.

Ook moet het Gezondheidsfonds de concurrentie tussen ziekenfondsen stimuleren en hen verplichten beter te presteren. De invoering ervan moest in 2007 worden uitgesteld omdat er nog teveel haken en ogen aan zaten. Maar die lijken nog steeds niet opgelost.

Basistarief

Particuliere verzekeraars hebben inmiddels een klacht ingediend bij de hoogste Duitse rechtbank, het Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe. Zij zijn per 1 januari verplicht een basistarief aan te bieden, waardoor meer mensen kunnen worden toegelaten. De verzekeraars Axa, Debeka, Süddeutsche, Allianz en Victoria voelen zich hierdoor aangetast in hun beroepsvrijheid. Ze spreken van een “destabilisering” van hun sector.

Tot de invoering van het nieuwe stelsel in april 2007 waren verreweg de meeste Duitsers verzekerd via het ziekenfonds. Ook mensen die bovenmodaal verdienden, mochten daarin blijven. Omdat kinderen gratis waren meeverzekerd, was dat voor veel Duitsers voordelig. Maar de ziekenfondsen konden de kosten nauwelijks nog dragen. Daarom moeten mensen in het nieuwe systeem worden gestimuleerd zich particulier te verzekeren.

Maar het basistarief bij de particuliere verzekeraars is ook geldig voor mensen die bovenmodaal verdienen. Daarmee betalen armere mensen in feite mee aan de

verzekering van beter verdienenden. Dat was nou juist niet de bedoeling van de hervorming, aldus critici uit de medische sector.

Premiestijging

Ook mogen ouderen die van verzekeraar willen wisselen, het geld dat hun oorspronkelijke verzekeraar voor ze heeft gespaard – de zogenoemde *Altersrückstellung*, een seniorenvoorziening - meenemen. Om aan hun verplichtingen te kunnen voldoen, zien de particuliere verzekeraars zich nu genoodzaakt hun tarieven te verhogen, soms met wel 10 procent.

Ook voor de ziekenfondsverzekerden zijn de tarieven op 1 januari gestegen. De bijdrage is nu 15,5 procent van het bruto loon tegen 14 procent in 2006. Dat vond men destijds veel te hoog en moest met de hervorming juist naar beneden worden bijgesteld.

Maar door de extra kosten van het nieuwe systeem bleek een verhoging van de bijdrage niet te vermijden. De meeste ziekenfondsen waarschuwen al dat de premie later dit jaar nog een keer moet worden verhoogd, omdat ze de kosten nu al niet meer kunnen dekken.

Belangen

Voor die hogere kosten krijgen de patiënten geen betere zorg, zeggen experts. Verdragen die verzekeraars met artsen of ziekenhuizen hebben afgesloten, zijn dit jaar niet verlengd omdat de verzekeraars nog niet kunnen overzien hoeveel geld het Gezondheidsfonds gaat uitkeren. De bedoeling van het fonds was juist dat het makkelijker werd dit soort verdragen te sluiten.

Voor de meeste patiënten, die met het nieuwe systeem van verzekeraar mogen wisselen, is het hierdoor nog onduidelijk welke verzekering voor hen het voordeligst is. Bovendien leggen ze zich, als ze wisselen, voor anderhalf jaar vast.

Het nieuwe systeem zorgt er volgens critici ook voor dat het voor artsen en ziekenhuizen financieel voordeliger is als hun patiënten zo ziek mogelijk zijn. Een onpartijdige instantie die de belangen van patiënten, artsen en verzekeraars regelt, is er niet. Ook is er nu veel minder aandacht voor preventie, aldus de critici.

Operaties

Om het geheel nog onoverzichtelijker te maken, gelden in de verschillende deelstaten verschillende tarieven voor medische handelingen. Zo krijgen klinieken in Noordrijn-Westfalen 152,73 euro minder vergoed voor een blindedarmoperatie dan ziekenhuizen in Rijnland-Pfalz voor exact dezelfde operatie. Die tarieven zijn

nog gebaseerd op oude kostenoverzichten, die niet meer actueel zijn. Sommige deelstaten overwegen daarom ook een klacht in te dienen tegen de financiering van de ziekenhuizen.

Een uitspraak in de zaak van de particuliere verzekeraars wordt dit voorjaar verwacht.

Heute.de / FAZ.NET / Welt Online

Afbeelding:

[Habib, www.flickr.com](http://www.flickr.com/photos/Habib/)

Dit is een artikel gedownload via duitslandinstituut.nl.

Artikel: <https://duitslandinstituut.nl/artikel/822/kritiek-op-nieuwgezondheidsfonds>