

*Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.  
A reform hatásainak elemzése (3. rész):*

*A verseny szerepe*

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

**Kulcsszavak:** egészségbiztosítás, verseny, Hollandia

**Forrás Internet-helye:** <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-krankenversicherung-in-den-niederlanden-seit-2006.html>

#### **4. 4. A biztosítók közötti verseny**

A biztosítottak szabadon választhatnak biztosítót és évente biztosítót válthatnak. A biztosítótársaságoknak az alapellátás területén szerződéskötési kötelezettségük van, minden biztosítottat be kell fogadniuk, függetlenül azok kockázati tényezőitől és jövedelmi helyzetétől. Annak érdekében, hogy a sok beteg és/vagy alacsony jövedelmű biztosítottal rendelkező biztosítótársaságok ne kerüljenek pénzügyi kényszerhelyzetbe, a biztosítók között létrejön egy strukturális kockázatkiegyenlítés. Ez adott kritériumok szerint kiegyenlíti a biztosítók eltérő kockázati struktúráját. A strukturális kockázatkiegyenlítés finanszírozása a jövedeleमारányos járulékokból történik, amelyek azonban a kiadások mindössze 50%-át fedezik. A hiányzó összeget a biztosítóknak a biztosítottaitól behajtott átalánydíjakból kell kiegyenlíteniük. Ezek az átalánydíjak az egyes biztosítóknál különböznek egymástól, ugyanazon biztosító tarifái keretében azonban minden biztosított részére egyenlőknek kell lenniük, kockázat vagy életkor szerinti megkülönböztetés nem megengedett.

A polgárok a minden biztosító által kötelezően kibocsátott alapkatalógusból különböző tarifák között választhatnak, amelyek alapjában véve a térítés módja tekintetében különböznek egymástól és különböző díjakhoz kapcsolódnak. A biztosított úgy csökkentheti a rá háruló díjat, hogy csak bizonyos szolgáltatóktól vesz igénybe ellátást, amelyek biztosítójával szerződést kötöttek.

Hollandiában a biztosítók különböző elszámolási módozatokat kínálnak fel biztosítottaiknak: Az ún. „természetbeni” („*Natura*”) szerződések a

természetbeni szolgáltatások elvén alapulnak, ami azt jelenti, hogy a betegek az orvoslátogatás alkalmával nem kapnak számlát, hanem az orvos direkt a biztosítóval számol el. A biztosító bizonyos számú szolgáltatóval áll szerződésben. Ha a biztosított más szolgáltatóhoz fordul, a biztosító nem fizeti ki az összes költséget. Ún. költségtérítéses („*Restitutie*“) szerződéseknél a biztosítottak előbb maguk fizetik ki a számlát, majd benyújtják azt biztosítójukhoz, amely aztán visszatéríti nekik. A visszatérítés mértéke ugyancsak attól függ, hogy a biztosított olyan orvoshoz fordult-e akivel a biztosító szerződéses viszonyban áll, vagy nem. A biztosítottak rendszerint abban az esetben kapnak teljes visszatérítést, ha szerződött orvoshoz fordultak, ellenkező esetben az orvosi számla 70-80%-át kapják vissza. Kombinált („*Combinatie*“) szerződéseknél a két előbbi szerződéstípus elegyéről van szó, amelyekhez különböző térítési variánsok társulnak. Egyes kezeléseket csak bizonyos szolgáltatók igénybevétele esetén térítenek meg.

A hollandok többsége természetbeni szerződést köt, ezeket a költségtérítéses szerződések követik. Kombinált szerződés mellett csak kevesen döntenek.

A hollandok másrészt választhatnak az individuális szerződés megkötése mellett, amelynek során maguk választják ki a biztosítót, vagy pedig ezt a döntést csoportos biztosítási szerződés keretében delegálhatják. Ez utóbbi esetben a biztosítót a munkaadó, egy egyesület, egy szakszervezet, vagy más jogi személy választhatja ki. A biztosítók csoportos biztosítás esetén kedvezményeket, árengedményeket nyújthatnak. 2017-ben a hollandok 67%-a csatlakozott csoportos szerződéshez. Csoportok számára az éves átlagos átalánydíj 2017-ben csekély mértékben, mindössze 38 EUR-ral (havi 3,17 EUR-ral) volt kedvezőbb az individuális szerződések átlagos átalánydíjánál.

Miközben a biztosítók szerződéskötésre kötelezettek, tehát minden magánszemélyt és csoportot be kell fogadniuk, a csoportok megtagadhatják egyes magánszemélyek befogadását. Tehát lehetőség nyílik kedvező kockázatokkal rendelkező homogén csoportok képződésére, amelyek aztán megfelelően kedvező biztosítási díjakat tudnak kialakítani a biztosítótársaságoknál.