

*Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.
A reform hatásainak elemzése (4. rész):
Ellátási szerződések; Az állam szerepe; Kiegészítő biztosítások*
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2018 (36 p.)

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, verseny, kiegészítő biztosítások, Hollandia

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

4. 5. A biztosítók és szolgáltatók közötti ellátási szerződések

A biztosítók alkudozhatnak a szolgáltatókkal az árakról, a szolgáltatások volumenéről és a minőségről. Ezenkívül szelektív szerződéseket is köthetnek a szolgáltatókkal, amennyiben garantált, hogy a biztosítók a szolgáltatók kiválasztásával teljesítik ellátási kötelezettségüket. Ennek során szabad kézzel rendelkeznek abban a tekintetben, hogy ne kössenek szerződést olyan szolgáltatóval, amely alacsony minőséget nyújt, vagy túl magas árat kér. A szelektív szerződések a szakorvosi és kórházi ellátás területére vonatkoznak, a háziorvosi ellátás területére nem. A háziorvosok általában egy általuk kiválasztott biztosítóval kötnek szerződést, amely azt más biztosítási vállalkozásokra ruházza át.

A szerződéses ellátások körét az állam szabályozza. A kórházakkal való tárgyalások lehetőségének bevezetésére csak fokozatosan került sor. A kórházi térítések átalányok formájában történnek, ami a nemzetközi szinten alkalmazott DRG-rendszerhez hasonlítható. 2013. óta az átalányok 70%-a kialakítható, 30%-a nem alkudo tárgya.

A szabadon kialakítható szolgáltatások területén a biztosítók minden egyes kórházzal külön tárgyalnak és a térítés formáját választják. Ennek során lehetőség nyílik egy átalány-költségvetésben való megállapodásra, vagy egyes szolgáltatások volumenének és árainak tekintetében való külön megállapodásra.

4. 6. Háziorvosi rendszer

A háziorvosok a 2006-ban bevezetett strukturális reform óta is az egészségügyi rendszer fontos szereplői maradtak. A háziorvos dönt arról, hogy szakorvoshoz irányítja vagy kórházba utalja a beteget, esetleg maga végzi a kezelést (ún. kapuőri / *gatekeeping*-modell). Ez az eljárás hagyományokkal rendelkezik Hollandiában. Már a privát biztosítók is csak háziorvosi beutaló esetén térítik meg a szakorvosi ellátások költségeit. Pszichoterápia esetén is a háziorvos az első kontaktszemély. Ő dönt arról, hogy csupán enyhe pszichés zavarról van-e szó, avagy az speciális praxisban működő szakértő általi, esetleg speciális ambuláns vagy kórházi intézményben való kezelést tesz-e szükségessé.

4. 7. Az állam szerepe

Az egészségügyi rendszer fölötti általános felügyeleti funkciója mellett az állam szabja meg az egészségügyi költségvetést. Ez egyebek között rögzíti a maximális egészségügyi kiadásokat, amelyeket az állam még kész finanszírozni. Amennyiben a biztosítók és szolgáltatók magasabb kiadásokat okoznak, az egészségügyi miniszter

kötelezheti a szolgáltatókat és a biztosítókat a költségvetést túllépő összegek visszafizetésére. Ugyancsak az egészségügyi miniszter dönt az önkormányzatok által nyújtandó egészségügyi és ápolási szolgáltatások költségeiről. Ebben az összefüggésben létezik egy közösségi alap, amelyből a települések adóforrásokban részesülnek.

Hasonlóképpen az állam szabja meg az egészségbiztosítási szolgáltatások jövedelemarányos járulékait. Ennek során betartandó az az előírás, miszerint a szolgáltatások finanszírozása fele-fele arányban jövedelemarányos járulékokból és átalányokból történik.

Az állam dönt a báziskatalógus tartalmáról is, amely az ápolási intézmények kapacitástervezését biztosítja, továbbá azon szolgáltatási területek áráiról, amelyekre a biztosítók és szolgáltatók közötti alkufolyamat nem terjed ki.

4. 8. A kiegészítő biztosítások szerepe

Hollandiában a biztosítottak 84%-a rendelkezik kiegészítő biztosítással. Ezek aránya ugyan 2006. óta valamelyest csökkent, ami a díjnövekedéseknek tulajdonítható (2006: évi 222 EUR; 2015: évi 313 EUR).

A kiegészítő biztosítások általában a báziskatalógus szerint nem fedezett szolgáltatásokra irányulnak, mint a fogászati kezelések és a fizioterápia. Lehetőség nyílik az önrész szerződéses rögzítésére is, ám a gyakorlatban ilyen csak a szegényebbek vásárolnak.

A kiegészítő biztosítások területén nincs szerződéskötési kötelezettség, a biztosítók a kockázat szerint differenciálhatják a díjakat. A biztosítók általában az alapsomaggal való kombinációban kínálják biztosítottjaiknak a kiegészítő biztosítást.

A közbeszédben és a tudományos vitákban már régóta felmerül, hogy mindezt mennyiben használják célzottan kockázatszelekcióra. Annak ellenére, hogy Hollandiában a biztosítók közötti strukturális kockázatkiegyenlítés viszonylag magas szintet ért el, bizonyos betegcsoportok továbbra is vonzóbbak másoknál, mivel különböző csoportoknál felül- és alulfedezettség nyilvánul meg. Ezzel a biztosítók számára fennáll a kockázatszelekció iránti ösztönzés. **Van de Ven és mt. (2017)** egy aktuális tanulmányban első ízben jelezték is, hogy a biztosítók számára nem csupán fennáll a kockázatok szelekciója iránti késztetés, hanem aktívan gyakorolják is azt.

A felmérések eredményei szerint a tényleges kockázatszelekció tényleges méreteitől függetlenül, a biztosítottak nem elhanyagolható része nem váltja fel az alapszolgáltatást, mivel attól tart, hogy a kiegészítő biztosítás díja egy másik biztosítónál növekedni fog, vagy hogy nem is fog részesülni kiegészítő biztosítási védelemben. Ezek aránya kórelőzményekkel rendelkező biztosítottaknál a megkérdezettek fele, az 55 év fölöttiekénél egyharmada volt. A kiegészítő biztosítások rendszere ugyanis oly módon alakult, hogy a díj törzsügyfelek számára abban az esetben is azonos marad, ha egészségi állapotuk rosszabbodik (ún. garantáltan meghosszabbított szerződések), miközben az újonnan szerződött ügyfeleknél az egészségi állapot rosszabbodását figyelembe veszik a díjemelésnél. Ezért a kórelőzményekkel rendelkező biztosítottak kevésbé hajlamosak biztosítóváltásra, mivel az új biztosítónál tartaniuk kell a kiegészítő biztosítás díjának megemelésétől. Ezáltal azonban a verseny intenzitása az alapszolgáltatás területén csökken, mivel a két biztosítás rendszerint egymáshoz kapcsolódik.