

***Christine Arentz: A holland egészségbiztosítás alakulása 2006. óta.***

***A reform hatásainak elemzése – egységes szerkezetben***

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

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

## ***2. A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt***

1941-ig Hollandiában teljesen privát egészségbiztosítási rendszer működött. A biztosítók többnyire kölcsönösségen alapuló egyesületként szerveződtek és díjfizetés ellenében természetbeni szolgáltatásokat nyújtottak. A biztosítottak számára az első kontaktszemély akkor is a házi orvos volt, szakorvoshoz házi orvosi beutalóval fordulhattak. A biztosítási díjak mértékét úgy alakították, hogy azokat az alacsony jövedelemmel rendelkezők is megengedhessék maguknak, a díjfizetés tekintetében nem volt különbség fiatalok és öregek, egészségesek és betegek között. Az orvosi honoráriumok mérsékeltek voltak. Ennek ellenében azonban az orvosok elvárták, hogy a magasabb jövedelemmel rendelkezők maguk fizessenek és ne vegyenek részt a biztosítási rendszerben. Így alakult ki az ún. jóléti küszöb, amely fölött a magasabb jövedelemmel rendelkezőknek ki kellett válniuk a biztosításból.

A második világháborús német megszállás idején az egészségbiztosítás állami-közjogi jelleget öltött, amelynek keretében a bizonyos jövedelmi határ alatti munkavállalóknak biztosítást kellett kötniük. A kötelező állami biztosítás keretében önkéntes biztosításra is lehetőség nyílt. A biztosítók magánjogi alapon szerveződtek ugyan, de azokat a kötelező biztosítással összefüggésben az államnak kellett engedélyeznie. Így jött létre a biztosításfelügyelet. A kötelező biztosítás járulékai jövedelemarányosan alakultak, az önkéntes biztosítottak számára megtartották az átalánydíjat. Az 1950-es években ehhez hozzáadódott az alacsony jövedelemmel

rendelkező nyugdíjasok egészségbiztosítása, mivel a kötelező biztosítás rendszerint a 65-ik életévvel kifutott, az önkéntes biztosítás díjai pedig a nyugdíjasok számára túl magasak voltak.

E biztosítási ágazatok mellett kialakult egy privát egészségbiztosítás mindazok számára, akik nem tartoztak a kötelező biztosítás körébe. A privát biztosítók szabadon alakíthatták díjaikat és szolgáltatásaikat. A köztisztviselőkre és a rendőrökre különleges szabályok vonatkoztak.

Az 1960-as évek végén bevezették a súlyos egészségi kockázatok költségeire vonatkozó biztosítást (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*), amely minden holland állampolgár számára kötelezővé vált, finanszírozása jövedelemfüggő járulékokból történt. A szolgáltatási katalógus kiterjedt a hosszú időtartamú kórházi ellátásokra, az ápolási otthonban való gondozásra, valamint ápolási otthonban való helyek biztosítására a fogyatékkal élők számára. Ez a biztosítás az egészségbiztosításhoz kapcsolódott, tehát mindenkinek AWBZ-biztosítást is kellett kötnie egészségbiztosítójánál.

Az önkéntes biztosítási ágazatot 1986-ban megszüntették. Ezt egyebek között szelekciós effektusok terhelték: A privát biztosítók kedvezőbb díjakat kínálhattak a fiatal önkéntes biztosítottaknak, idősebbeket viszont csak magas díjak ellenében fogadtak be. A privát egészségbiztosítás keretében nem képeztek tartalékot az időskori egészségügyi ellátás céljából. Ez a biztosítás ún. kohorsz-specifikus felosztó-kirovó rendszerként működött, oly módon, hogy minden egyes korosztály maga viselte költségeit. Emiatt ez óhatatlanul növekvő díjakkal járt az időskorúak számára. A szelekciós folyamatok folytán a biztosítás kockázati profilja rosszabbodott, miáltal magas deficitek keletkeztek, amelyek az ágazat felszámolásához vezettek. Ezzel együtt a nyugdíjasok egészségbiztosítása is megszűnt.

### ***3. Konvergencia-törekvések az egészségbiztosítás területén a reformot megelőző időszakban***

Az 1980-as években egy gazdasági válság idején fokozódott az erőteljesen állami irányítású rendszerrel szembeni elégedetlenség. A biztosítók több mozgásteret követeltek a szolgáltatókkal kötött szelektív szerződések

alapján nyújtott ellátás számára. Az alapvető reformra irányuló politikai akarat jó ideig hiányzott, jóllehet az ún. **Dekker-Bizottság** már 1987-ben megteremtette a későbbi reform elvi alapjait. A 2006-ban bevezetett reformot azonban megelőzte néhány jelentős lépés, amelyek a privát és az állami biztosítás közötti erőteljes hasonlúshoz vezettek.

Egyrészt fokozatosan kiegyenlítődték az állami és a privát ágazat közötti térítésbeli különbségek. 1982-ig az egészségbiztosítási pénztárak országos szinten tárgyaltak a szolgáltatókkal a térítésekről. A privát elszámolású szolgáltatások árait az orvosok maguk határozhatták meg, ezért a privát biztosítottak térítései jóval magasabbak voltak. Az 1980-as években a privát biztosítók számára megteremtődött a törvény általi lehetőség, hogy díjtételekben állapodjanak meg a szolgáltatókkal. Ha nem jött létre megállapodás, ezeket egy központi hatóság határozta meg, amelynek a biztosítók és orvosok közötti megállapodásokat is vizsgálnia és engedélyeznie kellett. A hatóság befolyásával élve erőteljesen közelítette egymáshoz az állami és a privát ágazat térítéseit. Így az állami biztosítottak részére nyújtott állami szubvenció a privát biztosítottak közvetítésével csökkent.

Az 1990-es években megszűntek a privát és az állami biztosítók közötti együttműködés korlátai, így konszernek jöttek létre, amelyek egyetlen ernyő alatt egyesítették a két biztosítási ágazatot, valamint a privát kiegészítő biztosítást.

Az állami egészségbiztosítás keretében 1992-ben bevezették a biztosítók közötti választás lehetőségét. A jövedelemfüggő járulékok egy alapba folytak be, amely az életkor, a nem, a munkaképtelenség, a keresőtevékenység és a régió kritériumai szerint osztotta szét a forrásokat. A jövedelemfüggő járulék azonban nem fedezte a költségeket, a deficitet átalánydíjakból kellett fedezni, amelyeknek egy-egy pénztár összes biztosítottja számára egyenlőknek kellett lenniük. Ezzel egyidejűleg az állami pénztárakat tartalékok képzésére kötelezték a gazdasági kockázatok semlegesítése érdekében. A privát biztosítóknak már korábban is teljesíteniük kellett ezt a feltételt. Az állami biztosítók számára már nem állt fenn a szolgáltatókkal való szerződéskötési kötelezettség, tehát nem

kellett valamennyiükkel ellátási szerződéseket kötniük. Ezenkívül az állami egészségbiztosítókra is kiterjesztették a versenyjog szabályait.

#### ***4. A holland egészségbiztosítás (Zvw) alakulása 2006. óta***

A 2006-ban bevezetett új törvénycsomag megteremtette az egységes egészségbiztosítási piacot. Ezt a privát egészségbiztosítás finanszírozásának módja is megkönnyítette, mivel ez Hollandiában nem tartalmaz időskori betegellátást célzó előtakarékosságot. Az eddigi egészségbiztosítás versenyelemei, mint a biztosító szabad megválasztása és a szelektív szerződések, az új rendszerben is fennmaradtak.

A holland egészségbiztosítás a reformot követően több pilléren alapult: egészségbiztosítás (*Zorgverzekeringswet – Zvw*) az alapellátás, az egy évnél rövidebb kórházi ellátás területén, a kötelező ápolás és tartós ellátási biztosítás krónikus megbetegedések esetén (AWBZ), tartós ápolás és egy évet meghaladó kórházi ellátás területén, továbbá önkéntes kiegészítő biztosítások, kiegészítő tarifák az alapvédelem céljából, elsősorban a fogászat és a fizioterápia területén. 2007. óta az ápolásra szoruló és inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit az önkormányzatok finanszírozzák (WMO-törvények).

2015-ben reformálták az ápolásról és tartós ápolás biztosításáról szóló törvényt (AWBZ). A biztosítás fókuszosa most már a tartós ápolásra, az éjjel-nappali otthoni, vagy ápolási otthonban való ápolásra esik. Az ambuláns ápolást áthárították az egészségbiztosításra, miközben a háztartásban nyújtott segítség és az inklúziós nehézségekkel küszködők szociális segélyeit továbbra is az önkormányzatok viselik. A mentális zavarokban szenvedő és családi nehézségekkel küszködő fiatalok gondozását ugyancsak külön törvény szabályozza, az is az önkormányzatokra hárul. Ezeket a szolgáltatásokat is adóforrásokból finanszírozzák.

##### ***4. 1. Az egészségbiztosítás reformjának célkitűzései***

- ***Szolidaritás:*** Minden polgár egy egységes rendszer keretében azonos feltételek mellett rendelkezik biztosítással, az egészségügyi ellátás

hosszútávon jövedelmétől függetlenül minden biztosított rendelkezésére áll.

- **Verseny általi hatékonyság:** A biztosítók szabad megválasztása és a biztosítók szélesebb mozgástere arra ösztönzi a biztosítókat és szolgáltatókat, hogy kedvező körülmények között, magasabb szintű szolgáltatásokat biztosítsanak.
- **Saját felelősség:** A költség hozzájárulások a szolgáltatások felelősségteljes igénybevételére készítik a biztosítottakat.
- **Költségcsökkentés:** A versenyre és saját felelősségre irányuló intézkedések összességében garantálják az egészségügyi költségcsökkenést és a hosszútávú finanszírozhatóságot célozzák.
- **Kevesebb állam**

#### ***4. 3. Az egészségügyi kiadások finanszírozása***

Az egészségügyi kiadások finanszírozása az egészségbiztosítás keretében átalánydíjak, költség hozzájárulások, jövedelemarányos járulékok és adóforrások elegyéből származik. 2017-ben a jövedelemarányos járulék 6,65%, a járulékszámítás felső határa 53.701 EUR volt. A járulékok kivetése minden jövedelemtípusra kiterjed, azokat a pénzügyi hatóság hajtja be. A járulékokat innen átutalják az egészségbiztosítási alap részére, amely a strukturális kockázatkiegyenlítést is finanszírozza. A jövedelemarányos járulékok állami kiszabására oly módon kerül sor, hogy azok a kiadások 50%-át fedezzék.

A biztosítottaknak a jövedelemarányos járulékok mellett bizonyos átalánydíjjal is hozzá kell járulniuk a költségfedezethez, amit direkt a biztosítókhoz kell befizetniük. 2017-ben az átalánydíj átlagosan 1.353 EUR-t tett ki. A nem fizetők aránya a biztosítóknál 2010. óta az összes biztosított 2%-a volt, 2016-ban valamelyest csökkent (1,8%). Akik nem tudják kifizetni az átalánydíjat, adókból finanszírozott támogatásban részesülnek.

Az évente fizetendő költséghozzájárulás összege 2017-ben 385 EUR volt. Ezt csak a felnőtteknek kell kifizetniük. A költséghozzájárulás alól kivételt képeznek még: a háziorvosi, terhességi és anyasági szolgáltatások, az integrált ellátás és az ambuláns ápolás. A biztosítottak járulékcsoökkentés céljából magasabb költséghozzájárulás mellett dönthetnek.

Adóforrások az egészségbiztosítási rendszer finanszírozásában: 18 éven aluliak ellátása járulégmentes, bizonyos jövedelemhatárokat el nem érő háztartások (2018-ben egyedülállóknál évente 27.857 EUR, házaspároknál 35.116 EUR) szociális kompenzációban részesülnek. 2014-ben a privát háztartások fele részesült adókból finanszírozott szociális kompenzációban.

Adóforrások az ápolás területén: ápolási segítségnyújtás finanszírozása, inklúziós nehézségekkel küszködők részére nyújtott szociális segélyek, fiatalok lelki egészségének támogatása. Ezeket a szolgáltatásokat az önkormányzatok biztosítják. Az ápolásbiztosítás finanszírozása jövedelemarányos járulékokból történik, amelyeket ugyancsak a pénzügyi hatóság hajt be, majd továbbítja az ápolásbiztosítási alap részére. Az ápolásbiztosítás az egész lakosság számára kötelező. 2017-ben a járulék 9,65%, a járulékszámítás felső határa 33.791 EUR volt.

Az ápolásra szorulóknak részéről is jövedelemfüggő költséghozzájárulás behajtására kerül sor. Éjjel-nappali otthoni, vagy intézményi ellátás esetén az első hat hónap során ez havi 842,80 EUR-t tesz ki, a minimális összeg havi 160,60 EUR. Hat hónap elteltével a fizetendő maximális összeg, a jövedelemtől és vagyontól függő járulék havi 2.312,60 EUR-ra emelkedik.

Egy átlagos felnőtt egészségügyi kiadásokra fordított megterhelése a következő: Az egy felnőttre évente jutó 5.348 EUR összegű kiadásból átlagosan 1.345 EUR az egészségügyi rendszerbe befolyó adókra jut. Egy felnőtt átlagosan 367 EUR költséghozzájárulást, 1.241 EUR egészségbiztosítási átalánydíjat, 1.596 EUR jövedelemarányos járulékot és 1.122 EUR ápolásbiztosítási járulékot fizet be.

Az egyes tételek százalékos megoszlása az adóforrások kiemelkedő szerepét tükrözi. Ezek egy átlagos holland felnőtt egészségügyi kiadásainak egynegyedét teszik ki. 30% a jövedelemarányos járulékokra, 23,8% az átalánydíjakra jut. A kötelező költséghozzájárulás a felnőttek

megterhelésének 7%-át teszik ki, ezzel szemben az átalánydíjak a szociális kompenzációval 6%-kal csökkennek.

#### **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 alapján 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 költségtérítéssel 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.



#### ***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 alku 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 árainról, 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 ilyenent 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 biztosítottainknak 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 alapt biztosítást, 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 fölöttieknél 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 alapt biztosítás területén csökken, mivel a két biztosítás rendszerint egymáshoz kapcsolódik.

### ***5. 1. A verseny helyzete a reformot követően***

A reform egyik célkitűzése a biztosítók közötti verseny fokozása volt. A biztosítók közötti piaci verseny intenzitása azonban korlátozott. A piacot néhány konszern dominálja, a biztosítók egyes piaci szegmensei között kevés a mozgás.

A biztosítótársaságok között már 2006 előtt, a reformot megelőzően is több fúzióra került sor. 1990-ben még több mint 100, 2005-ben 5.741, 2017-ben 24 biztosító működött, négy nagy és öt kisebb konszern ernyője alatt. A négy legnagyobb konszern a piac 88,4%-ával rendelkezik.

A reform bevezetését követően még a biztosítottak 19%-a váltott biztosítót, számuk azonban már a következő évben csökkent és azóta 4-7%-ra esett vissza. A reform bevezetése óta a biztosítottak 63%-a egyáltalán nem váltott biztosítót.

A biztosítók és a szolgáltatók közötti tárgyalások körében ugyancsak viszonylag magas piaci koncentráció uralkodik. A kórházi ellátás területén a kórházak fúziókkal próbálták fokozni tárgyalási pozícióikat. A háziorvosi ellátás területén viszont 2015-ig az volt a helyzet, hogy egyes orvosok álltak szemben a nagy biztosítási konszernekkel. 2015-ben aztán az állam megengedte, hogy a háziorvosok is érdekképviselőkkébe tömörüljenek a térítésekről a biztosítókkal folytatandó tárgyalásokra. Egyes tanulmányok szerint a biztosítók hátrányos helyzetben vannak a szolgáltatókkal szemben és a szolgáltatók közötti verseny sem működik igazából.

### ***5. 2. A költségek alakulása***

A holland egészségügyi rendszer az egy főre eső kiadások tekintetében mind az EU-ban, mind az OECD-ben a legköltségesebb országok közé tartozik. Az egy főre eső kiadások Hollandiában 2006 és 2016 között csaknem mindvégig meghaladták a referenciaországokét. Ez azért is figyelemreméltó, mert Hollandia viszonylag fiatal lakossággal rendelkezik (átlagéletkor 42,6 év), a 65 év fölöttiek aránya pedig viszonylag alacsony (18,2%; átlag: 19,6%).

Ezzel egyidejűleg a költségek görbéje Hollandiában 2012. óta erőteljesen ellaposodott. Ez különböző költségcsökkentő intézkedéseknek

tulajdonítható. Ezek bevezetésére a maastrichti kritériumok újbóli teljesítése érdekében került sor, amelyek a pénzügyi és gazdasági válság során csorbát szenvedtek. Emelték a költséghozzájárulást, amelynek összege 2012-ben 220 EUR, 2013-ban 350 EUR, 2017-ben 385 EUR volt. Krónikus betegeknél csökkentették a gyógytornára való jogosultságot, bizonyos gyógyszereket, altatókat és nyugtatókat töröltek a szolgáltatási katalógusból.

### ***Költségcsökkentési intézkedések Hollandiában 2012. óta***

- A költséghozzájárulás emelése
- A krónikus betegek részére nyújtott szolgáltatásoknak az alapszolgáltatások katalógusából való törlése
- Bizonyos gyógyszerek és segédeszközök törlése az alapszolgáltatások katalógusából
- A krónikus betegek részére nyújtott pénzügyi támogatások csökkentése
- Kiadási célkitűzések a szolgáltatók részére
- A költségvetés megrövidítése elsősorban az ápolásbiztosítás területén
- Teendők delegálása egyes nem orvosi végzettséggel rendelkező asszisztensek részére
- Az ambuláns ellátásra való összpontosítás a kórházi tartózkodások megelőzése érdekében

Az egészségügyi kiadások alakulását elsősorban az ápolásra fordított kiadások befolyásolják. Az ápolásbiztosítási szolgáltatások alakítása, nemzetközi összehasonlításban a szolgáltatások engedélyezése is igen bőkezűen történik, ami az ápolási szolgáltatásoknak az összkiadásokból való részesedéséből is kitűnik (a kiadások szűk egynegyede). Hollandiában aránytalanul sok ápolásra szoruló személy ellátására kerül sor, így Hollandia az OECD-ben a legtöbbet költi ápolásra.

A kiadások a vizsgált időszakban a szolgáltatások egyéb területein is növekedtek. A kórházügy területén ez célzottan történt a várakozási idők

csökkentése érdekében. Megtakarításokra itt azért sem kerülhetett sor, mert a kórházak volumenbővítéssel reagáltak arra, hogy a biztosítókkal való tárgyalások során a térítések csökkentésére került sor.

A költségek stabilizálását csak a gyógyszerseggben sikerült elérni. A biztosítók bizonyos gyógyszereket választanak ki biztosítottaik részére – rendszerint az azonos aktív hatóanyagúak közül a legkedvezőbbeket – és csak ezeket térítik meg teljes összegben. A kiadások a prevenció és népegészségügy területén is viszonylag stabilak maradtak, ami a költségmegtakarításoknak volt tulajdonítható. A költségek minden más területen tovább növekedtek: 2006-hoz viszonyítva 38% és 42% közötti mértékben.

### ***5. 3. A pénzügyi terhek alakulása***

A költségnövekedés elsősorban azzal vált jól észrevehetővé, hogy az egészségbiztosítás területén jelentős mértékben megemelték a járulékszámítás határát. Az előző évhez viszonyítva ez 80%-os emelést jelent. A járulékszámítás kulcsa 2017-ben 2006-hoz viszonyítva alig változott (2006: 6,5%; 2017: 6,65%).

A biztosítottak által a biztosítók részére befizetendő átalánydíjak ugyancsak növekedtek. Ezek szeszélyes változása annak volt tulajdonítható, hogy az átalánydíjak reagálnak az alapszolgáltatások katalógusában, ill. a költséghozzájárulásokról bekövetkező változásokra. Ezenkívül a biztosítók tartalékaik egy részét mindig úgy alakítják, hogy az befolyásolhassa az átalánydíjakat.

A 2008-ban bevezetett (akkor 150 EUR összegű) kötelező költséghozzájárulás időközben megduplázódott.

Az idő során a önkéntes költséghozzájárulást vállaló biztosítottak aránya is megduplázódott: a biztosítottak 6%-áról, azok 12%-ára növekedett. Az önkéntes költséghozzájárulás az átalánydíjak csökkenését eredményezi.

Egy átlagos felnőtt biztosított járulékokkal, átalánydíjakkal és adókkal való pénzügyi megterhelése a 2006-ban bevezetett strukturális reformot követően jelentősen megnövekedett. Egy privát biztosított 2005-ben 1.700 EUR átalánydíjat fizetett, beleértve a pótlékokat. Egy kötelező biztosított

befizetése 1.600 EUR-t tett ki, ebből 300 EUR átalánydíj, 255 EUR a szolgáltatások igénybe nem vételéért járó 255 EUR, 1.000 EUR jövedelemarányos járulék volt.

A jelenlegi rendszerben egy átlagos felnőttre alacsonyabb átalánydíjak jutnak (2016-ban átlagosan 1.179 EUR), ám ezekhez átlagosan 1.590 EUR jövedelemarányos járulék és 385 EUR költséghozzájárulás adódik. Összességében egy átlagos felnőtt pénzügyi megterhelése az egészségbiztosítás keretében 3.155 EUR-t tesz ki, kétszer annyit, mint amennyit egy kötelező biztosított 2005-ben befizetett. Ehhez Hollandiában viszonylag magas adóteher járul. 2016-ban az állami költségvetések egészségügyi kiadásokból való részesedése 18%, 2005-ben 12,5% volt.

#### ***5. 4. Szolidaritás***

A holland egészségügyi rendszer teljesíti az egyenlő elbánás követelményét. A korábbi duális rendszer keretében a járulékokkal való megterhelés biztosítási típusok szerint akár azonos jövedelem esetén is igen eltérő lehetett. A biztosítással nem rendelkezők száma is igen alacsony (a lakosság 0,2%-a). Az egészségbiztosítás tehát széles körben lefedi a lakosságot.

Hollandiában vita tárgya, hogy a rendszer biztosítja-e az alacsony jövedelmű háztartásokkal való szolidaritást. Egyes felmérések szerint a jövedelem egészségügyi kiadásokkal való megnövekedett megterhelése folytán sokan elmulasztják az orvoslátogatást (10,3%), vagy lemondanak a gyógyszerek kiváltásáról (6,7%). Mindkét adat valamivel elmarad az OECD átlagától, de jóval meghaladja a németországit, ahol a megkérdezettek 2,6%-a nem fordul orvoshoz a költségek miatt, 3,2%-a pedig nem váltja ki gyógyszereit.

Más tanulmányok szerint ezek a számok még magasabbak. Azon hollandok aránya, akik a költségmegterhelés miatt nem vették igénybe a kezelést vagy az orvosi vizsgálatot, 2010 és 2013 között 6%-ról 22%-ra növekedett. Ugyanezen időszakban 18%-ról 27%-ra növekedett azon biztosítottak aránya, akik szakorvosi beutalóval rendelkeztek, de nem éltek a

lehetőséggel. Ebben az időszakban a költséghozzájárulás mértéke megduplázódott.

Mindennek eredményeként az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a jövedelemtől függően változik. Hátrányos helyzetbe kerülnek azok a biztosítottak, akik nem tudják megengedni maguknak a kiegészítő biztosítást. Elsősorban az alacsony keresetűek körében növekedhet a fogászati kezeléseket igénybe nem vevők aránya.

Ezért Hollandiában különböző politikai szereplők egy egységes állami egészségpénztár mellett foglalnak állást, amely nem alkalmaz költséghozzájárulásokat. A jelenlegi rendszer hívei viszont attól tartanak, hogy egy egységes pénztár bevezetése magasabb költségekhez és alacsonyabb minőséghez vezetne. Másrészt komoly jogi akadályok is fennállnak.

A jövedelemkülönbségek miatti ellátási egyenlőtlenségek mellett a biztosítók részéről való kockázatszelekció empirikus jelei is megmutatkoznak. Ez ugyancsak különböző biztosítottak egyenlőtlen kezeléséhez vezet és elsősorban a beteg biztosítottak kárára válhat, amennyiben ezek az egészséges biztosítottakkal szemben a strukturális kockázatkiegyenlítés dacára is nem vonzó ügyfeleknek bizonyulnak a biztosítók szemében.

*[Lásd még: A holland egészségügyi reform tanulságai, 2010. 11. sz.; A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.), 2010. 36. sz.; Ambuláns orvosi ellátás Németországban, Hollandiában és Svájcban – egységes szerkezetben, 2016. 12. sz.; A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Svájc és Hollandia tapasztalatai (5. rész): Hollandia. A holland egészségügyi rendszer, 2016. 16. sz., Archívumban egységes szerkezetben is; ]*