

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

*A reform hatásainak elemzése (1. rész):*

*A holland egészségügyi rendszer 2006 előtt*

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

**Kulcsszavak:** egészségbiztosítás, Hollandia

**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 kiegyenlítődtek 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.

[Lásd még: *A holland egészségügyi reform tanulságai*, 2010. 11. sz.; *A holland modell a német rendszer szemszögéből (1-2.)*, 2010. 36. 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;* ]