

ASPECTE PRIVIND SISTEMUL OLANDEZ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Interviu cu Frans Van der ENT - Country Manager al Eureko în România



Pe data de 1 mai 2007, Frans Van der ENT sosea în România pentru a ocupa poziția de CEO al Interamerican Pensii (devenită între timp Eureko Pensii). La scurt timp, a fost desemnat CEO al Interamerican România (devenită între timp Eureko România) de către Grupul Eureko, poziție în care continuă să își folosească experiența pentru a valorifica oportunitățile oferite pe piața locală, dezvoltând la un alt nivel afacerile companiei în domeniul asigurărilor.

Frans Van der ENT este licențiat al Universității din Groningen, precum și absolventul mai multor stagii de masterat în business management (Universitatea din Groningen, 1991), sisteme tehnologice (Institutul Sistemelor de Informație - IKS, Groningen, 1992) și marketing (Tilburg's Institute Advanced Studies, 2000).

Acestora li se adaugă atestatele în studii bancare generale (Institutul Financiar Bancar, Amsterdam, 1996) și asigurări (Institutul de Asigurări și Educație, Utrecht, 1995), precum și pregătirea post-universitară realizată prin absolvirea "Program Executive Development" la IMD Business School, Lausanne, Elveția, în 2007. Ceea ce îl recomandă pe liderul olandez nu sunt numai bogatele cunoștințe de specialitate, ci și cunoașterea piețelor din Europa Centrală și de Est, anterior sosirii sale în România, ocupând timp de 3 ani postul de Director General al subsidiarei ING din Slovacia, specializată în asigurări de viață și pensii.

Reporter: Domnule Frans Van der ENT, sistemul olandez de sănătate a fost implicat, în ultimii ani, într-una dintre cele mai interesante reforme din domeniul îngrijirilor de sănătate.

- Puteți să faceți o scurtă descriere a ceea ce se desfășoară, în acest moment, în acest domeniu?

FVDE: În anul 2006 un nou sistem de asigurări de sănătate a fost introdus în Olanda. În vechiul sistem populația avea acoperire pentru îngrijirile acordate în asistența primară, asistența în cadrul spitalelor, medicamente etc, acest lucru fiind realizat fie prin intermediul unui sistem public de asigurări obligatorii ('ziekenfonds'), fie prin intermediul unei scheme private facultative.

Diferența dintre cele două scheme de asigurări constă în niveluri diferite de venit. Persoanele ce câștigau sub 32.000 euro pe an (aproximativ 2/3 din întreaga populație) erau obligate să aleagă o asigurare publică de să-

nătate, iar cei care câștigau peste această sumă puteau opta pentru o asigurare privată.

În noul sistem, toți olandezii sunt obligați să apeleze la o asigurare de sănătate privată.

Această asigurare este în concordanță cu legislația UE (reglementările UE în domeniul competiției și pieței libere interne, Reglementarea 1408 din 1971 privind securitatea socială, Directiva UE privind asigurarea de tip non-life). Această asigurare "basic" acoperă aceleași îngrijiri care erau acoperite în cadrul vechiului sistem de asigurări.

În afara acestei asigurări de sănătate, trebuie avute în vedere:

1. cheltuielile medicale excepționale, precum îngrijirile la domiciliu și îngrijirile psihiatrice plătite în afara schemei publice și care sunt finanțate prin intermediul primelor în funcție de venit;
2. asigurare voluntară, suplimentară, care este finanțată în totalitate de

Sistemul olandez de sănătate este bazat pe modelul Bismark al asigurărilor sociale de sănătate, un model care a fost adoptat și adaptat și de către sistemul sanitar românesc. De mai bine de un deceniu, sistemul asigurărilor de sănătate din România funcționează în baza asigurărilor obligatorii de sănătate; asigurările private de sănătate reprezintă o alternativă ce a fost luată în calcul inclusiv de către actualul guvern, iar identificarea și analiza celor mai bune practici europene în domeniul asigurărilor private de sănătate poate orienta dezvoltarea sistemului privat de pe piața asigurărilor de sănătate din România.

Sistemul olandez de sănătate este unul dintre modelele europene eficiente pe acest segment. Principala modalitate de îmbunătățire a eficienței sistemului de sănătate olandez rămâne competiția dintre companiile de asigurări de sănătate, alături de implementarea sistemelor de plată bazate pe performanță, a sistemelor de monitorizare a performanței, a programelor locale și naționale de dezvoltare a infrastructurii și logisticii din domeniul sanitar.

Cuvinte cheie: sistem olandez de asigurări de sănătate, competiție, asigurări private de sănătate.

către asigurat.

Sistemul de asigurări de sănătate din Olanda este privat, dar pentru a păstra accesibilitatea olandezilor la îngrijirile de sănătate, guvernul a creat mecanisme de garanții publice în cadrul sistemului.

Astfel, olandezii sunt obligați să dețină o asigurare de sănătate de bază, iar asiguratorii sunt obligați să accepte orice persoană, indiferent de vârstă sau stare de sănătate; asiguratorii nu au voie să practice prime diferențiate, fiecare asigurat plătind aceeași primă de asigurare (community rating). Ca urmare a acestor reglementări, guvernul a dezvoltat un sistem de egalizare a riscului.

În baza acestui sistem, fiecare asigurator primește anual un buget.

O altă sursă de venituri este reprezentată de prima pe care asigurații trebuie să o plătească lunar, care în acest moment este de aproximativ 110 euro pe lună. Astfel, asigurările de sănătate plătesc cheltuielile de asistență medicală, iar asigurații au posibilitatea ca o dată pe an să schimbe sau nu asiguratorul de sănătate.

R: Competiția este unul dintre elementele cheie ale modelului olandez.

- Puteți comenta acest aspect? Și puteți, de asemenea, să ne furnizați câteva comentarii pe tema rolului celor două tipuri de asiguratori (publici, respectiv privați) în cadrul pieței asigurărilor de sănătate?

FVDE: Introducerea unui nou sistem de asigurări a fost unul dintre elementele importante ale reformei, iar introducerea competiției în cadrul pieței asigurărilor de sănătate a fost un altul. Nu luăm în considerare competiția liberă din sistemul american, ci vorbim despre o competiție reglementată.

Cum ar trebui să funcționeze acest tip de competiție reglementată?

Practic, la ora actuală există trei piețe, iar aceste trei piețe reprezintă actorii importanți din cadrul sistemului olandez de sănătate:

1. asigurații, fie o persoană, fie un grup de persoane (ex. grup de angajați);
2. asiguratorii de sănătate;
3. furnizorii de servicii de sănătate (medici generalişti, farmacişti, fizioterapeuți, spitale etc).

Cele trei piețe sunt însă părți ale unui întreg: asiguratorii sunt în permanentă competiție pentru asigurați, iar furnizorii concurează între ei atât pentru obținerea unui contract cât mai bun cu asiguratorii, cât și pentru pacienți.

R: În scopul atingerii unui nivel înalt al competiției, existența informației de calitate este esențială.

- Cum sunt informați cetățenii cu privire la calitatea și performanța diferitelor companii de asigurări de sănătate de pe piață?

FVDE: Guvernul a investit în dezvoltarea unui website (www.kiesbeter.nl) în scopul sprijinirii activităților de identificare a in-

formațiilor din domeniul sănătății, a procedurilor terapeutice și de a compara produsele și performanța furnizorilor de îngrijiri de sănătate și a asiguratorilor din acest domeniu.

Organizațiile pacienților și ale consumatorilor consiliază populația în alegerea furnizorului și asiguratorului potrivit.

R: În general vorbind, competiția implică, de asemenea, și o competiție la nivel de preț.

- Care este situația pentru Olanda?

- Și care sunt mecanismele de control al prețurilor?

FVDE: Concurența pe piața asigurărilor este, în principiu, bazată pe calitatea serviciilor furnizate de asigurator, pe modalitatea în care, de exemplu, el se ocupă de rambursare, pe modul în care asiguratorul achiziționează servicii de îngrijiri de calitate și pe asigurările suplimentare. Prețul, valoarea primei nominale de asigurare, este mai puțin important în alegerea asiguratorului.

Pe piața furnizorilor de servicii de sănătate, prețul joacă, de asemenea, un rol minor.

Acest lucru are de a face cu faptul că cele mai multe prețuri sunt stabilite de către guvern. În ceea ce privește îngrijirile spitalicești, se poate observa o evoluție către prețuri libere.

Pentru unele tratamente (înlocuire de șold și de genunchi, intervenții chirurgicale oftalmologice și așa mai departe) asiguratorii și furnizorii de servicii de sănătate pot negocia prețurile și volumele.

R: La ora actuală, există un interes mare privind rolul IT (tehnologia informațiilor) în domeniul îngrijirilor de sănătate, la nivel mondial. Spre exemplu, administrația SUA Obama, alocă miliarde de USD pentru domeniul IT din cadrul sistemului de sănătate, incluzând aici fișa medicală electronică (EMR, electronic medical record).

- Care este situația în Olanda, din acest punct de vedere?

FVDE: În acest domeniu Olanda trebuie să facă progrese. Până în prezent, în ciuda multor eforturi depuse de către guvern, furnizorii din domeniul îngrijirilor de sănătate, industrie și alte domenii, precum și în ciuda nenumăratelor experimente, nu avem încă un sistem, la nivel național, în care informațiile din fișele medicale individuale să poată fi accesate sau transmise de către profesioniștii din domeniul sănătății prin internet. Foarte multe înregistrări medicale sunt în continuare pe suport de hârtie.

Această situație există atât din motive operaționale, cât și din cauza unor aspecte importante care trebuie încă soluționate, începând cu discuțiile privind confidențialitatea datelor pacienților.

R: Principiile solidarității sociale aplicate în UE reprezintă standarde pentru toate serviciile sociale de la nivel național.

- Cum reușiți să combinați concurența și solidaritatea socială în cadrul sistemului olandez de îngrijiri de sănătate, în contextul reformei actuale din domeniu?

FVDE: Cheia îmbinării unei asigurări de sănătate de calitate și accesibilă tuturor cetățenilor cu această concurență constă în funcționarea sistemului de egalizare a riscurilor. Datorită acestui sistem, asiguratorii sunt compensați în avans pentru cheltuielile generate de serviciile medicale furnizate persoanelor în vârstă sau bolnavilor cronici.

A consemnat dr. Marius CIUTAN.

