

Marco Romanelli



La sanità olandese è tra le più costose in Europa, ma anche tra le meglio funzionanti. Attraverso un mix di universalismo e competizione.

Il sistema sanitario olandese, forse a causa della posizione geografica del paese, confinante con la Germania e dirimpettaio dell'Inghilterra, si può considerare **un ibrido tra il modello tedesco e quello britannico**; un sistema complesso, frutto della stratificazione di diverse riforme, che - prima dell'ultima, entrata in vigore il 1° gennaio 2006 - era così congegnato (**Tabella 1**):

- *un'assicurazione universalistica* - finanziata attraverso la fiscalità generale - per la copertura delle spese sanitarie e socio-sanitarie «eccezionali» (ad esempio, ricoveri ospedalieri superiori a un anno, assistenza domiciliare e residenziale agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici e psichici).
- *Uno schema assicurativo obbligatorio* basato sulle casse mutue per tutti i lavoratori con un reddito inferiore ai 32.600 euro annui (tale schema includeva anche disoccupati e pensionati e riguardava circa il 65% della popolazione olandese).
- *Uno schema assicurativo privato volontario* per la popolazione con un reddito superiore alla suddetta soglia.
- *Uno schema assicurativo integrativo*, rispetto a quello obbligatorio, per la copertura di prestazioni non incluse in quel pacchetto (ad esempio, odontoiatria conservativa per gli adulti, comfort alberghiero)[1,2].

**Tabella 1. Schema del sistema assicurativo olandese prima della riforma**

Primo Compartimento	Assicurazione sanitaria nazionale (obbligatoria per l'intera popolazione)
---------------------	---

Secondo Compartimento	Fondi di malattia (obbligatori sotto un determinato livello di reddito)	Assicurazioni sanitarie private (volontarie oltre un determinato livello di reddito)
Terzo Compartimento	Assicurazioni sanitarie integrative (volontarie)	

### Il sistema sanitario olandese dopo il 1 gennaio 2006.

**E' rimasta inalterata la prima componente del sistema (per la copertura delle spese eccezionali) mentre la restante parte è stata oggetto di profonde modifiche.**

La nuova legge sulle assicurazioni prevede **l'obbligo per tutti di iscriversi ad un'assicurazione sanitaria** (e non solo per coloro al di sotto di una determinata soglia di reddito). Tale assicurazione ha le seguenti caratteristiche:

- Garantisce **un pacchetto standard di prestazioni** quali:

- Assistenza del medico di famiglia e dell'ostetrica
- Ricoveri ospedalieri e attività specialistiche
- Assistenza odontoiatrica (fino a 18 anni)
- Assistenza farmaceutica
- Presidi sanitari
- Trasporti in ambulanza
- Assistenza paramedica (limitata alla fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale e consulenza dietologica)

- Il premio assicurativo è costituito da una quota fissa di € 1.100 all'anno + un contributo corrispondente al 6,5% del reddito da lavoro (fino alla soglia massima di € 30.000 di reddito tassabile). I minori di 18 anni sono esentati.

- Le assicurazioni possono offrire pacchetti assicurativi a prezzo più alto (+ € 100-500) con prestazioni aggiuntive.

- **L'assicurato può scegliere tra l'assistenza diretta** (nel qual caso utilizzerà le strutture indicate dall'assicurazione) **o l'assistenza indiretta** avrà più scelta ma pagherà le prestazioni con successivo rimborso).

- **Se un assistito in un anno non consuma servizi sanitari riceve un rimborso di € 255** (sono escluse da tale valutazione le visite del medico di famiglia, le cure prenatali e il parto).
- **Gli assistiti possono scegliere tra più assicurazioni in competizione tra loro.** Alle assicurazioni non è consentito selezionare i pazienti, ovvero rifiutare l'iscrizione per motivi di età o di salute, o aumentare il prezzo della polizza per gli stessi motivi. A sostegno di ciò è stato istituito un fondo di compensazione al fine di rimborsare le assicurazioni con livelli di rischio più elevati (*risk equalization scheme*).
- **Le assicurazioni competono sul mercato non sul prezzo** (stabilito per legge), né per tipologia delle prestazioni (definite dal pacchetto standard), ma sulla qualità dei servizi e sulla tempestività della risposta. Le assicurazioni possono, a differenza del passato, scegliere i provider e negoziare con essi le caratteristiche dell'assistenza.
- Le assicurazioni offrono anche l'assistenza integrativa; in questo caso le compagnie hanno **piena libertà di mercato**, anche quella di praticare la selezione dei pazienti sulla base del rischio. Un assicurato può scegliere compagnie differenti per l'assicurazione di base e quella integrativa.
- **Gli assistiti possono fare contratti di gruppo con le assicurazioni.** I gruppi possono essere per categoria professionale, per associazioni di consumatori, per associazioni di pazienti. Circa il 50% delle polizze sono sottoscritte da gruppi (tra questi i più rappresentati sono quelli per categoria, 85% del totale), con il vantaggio di avere riduzioni del prezzo della polizza e facilitazioni.
- La **performance delle assicurazioni** è valutata ogni anno dal CQI (*Consumer Quality Index*) che valuta la qualità dell'assistenza sanitaria dalla prospettiva del paziente-consumatore, raccogliendo le loro esperienze in quattro anni consecutivi (2005-2008) a partire dall'anno precedente l'introduzione della riforma. I risultati sono pubblicati sul [portale sanitario](#) su iniziativa del ministero olandese e hanno un duplice scopo: consentire agli utenti di poter confrontare le varie assicurazioni e stimolare le varie compagnie a migliorare il proprio servizio. In aggiunta ogni anno l'istituto di ricerca pubblica un comunicato stampa che dove vengono evidenziati i risultati dello studio e dove vengono indicati agli aspetti di qualità che più di tutti necessitano di miglioramenti[3,4] .

## **Tabella 2. Risorse in sanità. Dati OCSE 2009, riferiti al 2006 o 2007**

Tabella 2. *Risorse in sanità. Dati OCSE 2009, riferiti al 2006 o 2007*

PAESE	Spesa sanitaria totale % PIL	Spesa sanitaria totale pro capite US \$ PPP	Spesa sanitaria pubblica pro capite US \$ PPP	Spese in vita alle nati (anni) Pop. generale	Medio x 1000 abitanti	Posti letto x 1000 abitanti
Olanda	9,8	3.837	ND	80,2	5,82	4,5
Gran Bretagna	8,4	2.992	2.446	ND	2,44	3,4
Germania	10,4	3.988	2.758	79,8	3,45	6,3
Francia	11,0	3.803	2.844	81,0	3,39	7,2
Italia	8,7	2.686	2.056	81,2	3,69	4,8
Canada	10,1	3.896	2.726	80,7	2,15	3,4
Stati Uniti	16,0	7.280	3.387	78,1	2,42	3,2

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## I primi risultati dall'entrata in vigore della riforma

A quasi quattro anni di distanza, è possibile tentare un primo bilancio di questa riforma. I risultati in termini di salute evidenziati dal rapporto **Euro-Canada Health Consumer Index 2009** (vedi articolo **"Bismarck batte Beveridge"** dove l'Olanda risulta essere il primo nella classifica tra i paesi esaminati) sembrano indicare che il sistema sanitario olandese funzioni molto bene.

**Analizzando i risultati del CQI dal 2005 al 2008 emerge però come dal 2005 al 2008 vi siano stati miglioramenti solo per quattro dei sette aspetti di qualità presi in considerazione:** a) giudizio generale sulle assicurazioni, b) condotta degli impiegati, c) informazioni sull'assicurazione e d) trasparenza sulle condizioni di pagamento del ticket o dell'intera prestazione. Per gli altri tre aspetti - e) accesso al *call centre*, f) ottenere l'aiuto richiesto dal *call centre* e g) rimborso delle prestazioni - è stato riscontrato un calo nella qualità del servizio dal 2005 al 2006, molto probabilmente dovuto al fatto che all'inizio del 2006, con l'introduzione della riforma, molti più pazienti del solito telefonarono ai *call centre* in cerca di maggiori informazioni rendendo quindi più difficile da parte dell'impiegati fornire l'aiuto richiesto.

**L'enorme mole di lavoro amministrativo generato dalla possibilità di cambiare la propria compagnia assicurativa ogni anno ha causato, soprattutto nel 2006, difficoltà nel rimborso delle prestazioni.** Alla base della scelta di cambiare la propria assicurazione non vi sarebbe la ricerca di una migliore qualità di assistenza. Infatti nel caso della popolazione generale la spinta sembra sia rappresentata dalla possibilità di ottenere premi a prezzi inferiori o dall'adesione a contratti di gruppo (più convenienti), mentre nel caso dei malati cronici e dei disabili la richiesta di cambiamento riguarderebbe la possibilità di ottenere prestazioni aggiuntive.

Anche se non **al momento non vi è evidenza che vi siano meccanismi di selezione dei pazienti** (per quanto riguarda le assicurazioni obbligatorie), il governo dovrà monitorare costantemente il fenomeno, così come dovrà vigilare affinché i malati cronici e i disabili

possano cambiare la compagnia assicurativa senza nessun genere di ostacolo[5,6].

## Bibliografia

1. World Health Organization ([WHO](#))
2. Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
3. Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. Do you have compulsory or private health insurance? A single new-style health insurance for everybody as of 1. January 2006-August 2005 (brochure)
4. Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. **The new care system in the Netherlands: durability, solidarity, choice, quality, efficiency** (brochure). [[PDF: 1,35 Mb](#)]
5. Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DM. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Serv Res* 2009;9:167.
6. de Jong JD, van den Brink-Muinen A, Groenewegen PP. The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled. *BMC Health Serv Res* 2008;8:58.