



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

OCTUBRE 2010
Nº 33

EL EXITOSO MODELO DE SALUD HOLANDÉS

Cuando se evalúan los sistemas de salud de los países desarrollados, siempre se destaca el modelo holandés, por sus buenos resultados sanitarios y la alta valoración por parte de los usuarios, lo cual es una combinación óptima. ¿Existen lecciones que aprender que pueden ser aplicables a nuestro país?.

Parece que, de acuerdo a los resultados mostrados por el modelo de salud holandés, este país desarrolló una fórmula exitosa en términos de costo-efectividad de su sistema de salud y nivel de satisfacción por parte de los usuarios. En la comparación entre países miembros de la OCDE, en el año 2009 rankeó entre los con mejor desempeño y es el único país europeo que consistentemente ha estado entre los tres primeros en el Índice de Evaluación de los Sistemas de Salud Europeo, por parte de sus usuarios (EHCI).

El modelo que actualmente opera en Holanda ha sido el resultado de múltiples reformas orientadas a buscar el equilibrio entre el acceso universal a la salud y la competencia en el mercado de los aseguradores y proveedores, la última reforma tuvo lugar el año 2006.

Este diseño está basado en un modelo de competencia regulada (managed competition), el que postula que el mercado es el asignador de recursos más eficiente, pero reconoce algunas fallas de mercado, que obligan al Estado a asumir un rol regulatorio. Las características generales del sistema holandés considera los siguientes aspectos:

- Clara separación del rol asegurador y proveedor de prestaciones de salud.
- Cotizaciones obligatorias para salud.
- Oferta múltiple, predominantemente privada a nivel de aseguramiento y provisión.
- Eficientes mecanismos de información orientados al usuario para tomar decisiones informadas.
- Participación de grupos consultivos y organizaciones de pacientes.

LA ESTRUCTURA PREVIA A LA REFORMA

El sistema sanitario se dividía en Holanda en tres segmentos de cobertura básicos:

1. Provisión de servicios sanitarios y atención para enfermedades de alto costo y baja frecuencia: AWBZ.

2. Provisión de Servicios Sanitarios Generales:

- Seguro Social de Salud (ZFW)
- Seguros Privados Alternativos (PHI)

3. Seguros privados suplementarios.

El esquema funcionaba a través Fondos de Salud (empresas privadas sin fines de lucro) y Compañías de Seguros privados.

La cobertura AWBZ entró en vigencia el año 1968 y las contribuciones a este fondo son obligatorias para todos los holandeses, independiente de su nivel de ingresos.

El seguro general se dividía en dos tipos de coberturas completamente diferenciadas, de acuerdo al nivel de ingresos de las personas:

- **Seguro Social de Salud (ZFW)**, al que pertenecían alrededor de dos tercios de la población. Esta cobertura era obligatoria para todo aquel trabajador con un ingreso de hasta 32,600 euros al año y trabajadores autónomos con un ingreso no superior a los 20,800 euros. Sobre dicho nivel debía elegirse un seguro de salud privado alternativo.
- **Seguros sanitarios privados alternativos (PHI)**. Agrupaban aproximadamente a un tercio de la población, correspondiendo a los individuos de alto nivel de renta cuyo ingreso sobrepasaba el límite máximo establecido en el ZFW, las tarifas a pagar dependían del nivel de servicios que desea el cliente y de la edad. A diferencia del caso anterior, los afiliados eligen libremente a sus proveedores de servicios de salud y luego se les reintegra el costo, de acuerdo al plan contratado.

Finalmente, los Seguros de Salud Suplementarios se orientaban a entregar cobertura de salud adicional, no considerada regularmente en los seguros generales.

Cabe resaltar que la cobertura ya era prácticamente universal antes de la reforma de 2006, ya que alrededor de dos tercios de la población pertenecían al programa de seguro sanitario social, mientras que el otro tercio de la población estaba obligado a contratar un seguro privado. Se estima que tan sólo unas 250,000 personas permanecían sin seguro antes de la reforma.

En ese escenario, el problema que originó la Reforma del año 2006 fue la estructura del sistema de seguros generales base, que generó profundas críticas respecto de las desigualdades que imponía en términos de prestaciones cubiertas y la capacidad de elección de las personas. El origen de las desigualdades se fundamentaba en el hecho de que las prestaciones cubiertas bajo ambos sistemas no eran las mismas, sino que el paquete básico de prestaciones estaba estandarizado sólo para el seguro social, pero no para el privado, que venía definido mediante contratos de cobertura individuales.



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

QUE CAMBIOS TRAJO LA REFORMA

La reforma sanitaria que se llevó a cabo en 2006 se centró en el segundo segmento de cobertura: Provisión de Servicios Sanitarios generales, que es el esquema de beneficios que generó las críticas. El seguro de gastos para enfermedades costosas y el mercado de seguros suplementarios se mantuvo prácticamente inalterado.

Después de la reforma de 2006, el segundo segmento de la atención de salud se fusionó, dejando de existir el seguro social y los seguros privados alternativos en el marco de la cotización obligatoria y apareciendo un híbrido de ambos sistemas, el **Seguro Sanitario Social Privado (ZVW)**.

El nuevo seguro universal es obligatorio para toda la población en Holanda. Se ha fijado una penalización con importe del 130% de la prima que debería pagar el individuo, en caso de encontrarse que la persona no ha contratado ningún seguro en el mercado.

Todas las aseguradoras están obligadas a ofrecer un conjunto estandarizado de prestaciones (Plan de Salud Único), con lo que se neutraliza el origen de las desigualdades. La financiación se basa en una cotización que cada individuo debe pagar y que depende del nivel de renta.

Esta cotización, que la pagan finalmente los empleadores, supone un 6.5% de la renta ingresada durante el año por el individuo, hasta una cantidad máxima de 30,015€. La idea detrás de esta fórmula es conseguir que alrededor de la mitad del gasto sanitario total quede cubierto con este 6.5% de la renta. La otra mitad del gasto sanitario total se financia mediante primas que los individuos deben pagar a la compañía aseguradora en función del conjunto de asegurados inscritos en dicha compañía (prima comunitaria). Dado que las prestaciones que deben proveer todas las compañías están estandarizadas, si existen diferencias en las primas que cada compañía exige a sus asegurados, éstas deben provenir de diferencias en la eficiencia en la administración, la gestión y la red de prestadores de salud.

Existen subsidios para individuos de baja renta y para menores de 18 años, cuyas primas terminan siendo pagadas por el Estado.

Otra novedad que trajo la reforma es que la nueva regulación permite la elección de nivel de riesgo a tomar por parte de los individuos mediante la existencia de deducibles a cambio de una rebaja en la prima. De esta manera, los usuarios pueden ahorrar un dinero en la prima a cambio del riesgo. Es importante señalar que a pesar de esta posibilidad. En el año 2006, tan sólo un 7% de la población eligió contratar el seguro con la cantidad deducible.

El sistema de salud holandés también incorpora una posibilidad de ahorro de una cantidad de dinero para los consumidores que no hagan uso del sistema sanitario. De esta manera se trata también de reducir el uso abusivo de los servicios cubiertos. No obstante, para evitar que los consumidores dejen de usar servicios cuando realmente los necesitan,

el monto de ahorro máximo está limitado y hay prestaciones que no se consideran “gasto”, como las visitas al doctor de familia, o los cuidados prenatal y postnatal. El motivo es que se cree que una infrautilización de esos servicios puede ser realmente perjudicial para la salud de los individuos y finalmente, derivar en un mayor gasto social y sanitario.

Mediante esta reforma, se ha producido un importante esfuerzo por parte del gobierno holandés y los legisladores, para incrementar la promoción de un alto grado de competencia entre las distintas aseguradoras, ya que los individuos pueden elegir en base a la prima que deben pagar. Las aseguradoras no pueden negar la afiliación a ningún individuo evitando, en la medida de lo posible el problema de la selección de riesgos. La consecuencia de la fuerte competencia en precios que ha tenido lugar en Holanda desde el año 2006 es un incremento notable de la movilidad de los consumidores de unas compañías a otras, incluyendo personas con enfermedades preexistentes complejas.

Para evitar selección de riesgos, el modeló estableció un sistema de reembolsos a las compañías aseguradoras que incorpora compensaciones por el riesgo asumido en la atención a los individuos, a través de un Fondo de Compensación que se financia con la cotización de 6,5%. El ajuste de riesgos que se está utilizando en Holanda comprende información o ajustadores de riesgo referidos a la edad, el género, la región, información sobre si el asegurado trabaja o no, por cuenta propia o ajena, o si está discapacitado, y también información sobre el uso anterior de servicios sanitarios, mediante los Grupos de Gasto de Farmacia y los Grupos de Diagnósticos.

La competencia hace que las compañías aseguradoras deban estimar y costear con mucho detalle las primas, lo que genera incentivo claro para reducir costos administrativos. Otro factor que favorece la competencia es el hecho de que la reforma permite que los aseguradores contraten de manera selectiva con los proveedores de atenciones de salud, de manera que los proveedores también tienen incentivos a ser eficientes en la provisión para conseguir así contratos con las aseguradoras.

EL PLAN DE BENEFICIOS

La Reforma estableció un plan general para el segmento de cobertura base, lo cual era la norma para el ZFW desde antes, sin embargo incorporó algunos cambios relevantes.

Antes del año 2006, las prestaciones que estaban cubiertas bajo el seguro social ZFW, venían definidas en términos de las prestaciones incluidas. A partir de la reforma de 2006 la descripción de las prestaciones cubiertas por el paquete básico dentro del Seguro Sanitario Social Privado ha sido enormemente simplificada.

Ahora, esta descripción ya no se basa en la definición específica de los servicios cubiertos, sino en las funciones que los servicios desempeñan:

- Atención médica, incluyendo la atención primaria integral por parte de los médicos de familia.

- Cuidados dentales
- Tratamientos farmacéuticos
- Utensilios médicos y de ayuda
- Atención de enfermería
- Servicios sanitarios que incluyen tratamientos prenatales
- Estancia y pernoctaciones requeridas durante la atención médica
- Transporte relacionado a la atención médica o los tratamientos incluidos en el programa.

La intención que tiene la autoridad cuando especifica los servicios que quedan cubiertos mediante su funcionalidad, es derivar cierta flexibilidad para los aseguradores y prestadores de salud, de manera que tengan incentivos en la provisión y uso eficiente de los recursos. Cuanto más eficiente sea un prestador de salud, más fácil será que la aseguradora que lo ha contratado pueda reducir la prima que debe pagar el asegurado, de manera de mejorar su posición competitiva.

En caso contrario, cuando todos los servicios cubiertos están especificados, es más complicado incentivar un uso eficiente, al poder demandarse directamente las prestaciones incluidas. También se consigue de esta manera trasladar en cierta manera incentivos a los asegurados, hacia un consumo racional de medicamentos y prestaciones de salud.

La ley holandesa especifica que es el gobierno el que regula el contenido y alcance del paquete básico de prestaciones, incluyendo la posible introducción eventual de copagos en ciertos tipos de servicios, o la exclusión de ciertos tipos de servicios. Esta especificación sirve para que los gobiernos futuros puedan incorporar modificaciones fácilmente, sin necesidad de modificar la ley.

A pesar que el plan básico es bastante completo, existen una gran variedad de prácticas médicas no incluidas y que pasan a formar parte de los seguros suplementarios con los que las aseguradoras compiten. Los paquetes suplementarios ofrecidos por las aseguradoras son distintos entre ellos, es decir, ofrecen distintas coberturas de atención médica para que el individuo elija en función de sus necesidades y preferencias; este tipo de seguros son opcionales. Un ejemplo de paquetes suplementarios es aquellos que incluyen lentes, gastos dentales para mayores de 18 años, anticonceptivos, complementos de la medicina como la homeopatía, o la parte de la atención fisioterapéutica no cubierta en el paquete básico.

En relación al modelo de atención, al igual que antes de la Reforma, el sistema de medicina curativas se basa en múltiples prestadores de salud privados en un ambiente de competencia regulada por el Estado. Sólo la atención preventiva es centralizada en los prestadores de salud públicos municipales. La Reforma sólo introdujo algunas optimizaciones en los mecanismos de pago.

5

El mecanismo de atención se organiza a partir de médicos de cabecera, que el afiliado elige libremente dentro de aquellos determinados por el Plan de Salud, los cuales actúan

como puerta de entrada al sistema. En general, son contratados para dar servicios a una población determinada y se les paga una cápita mensual. La mayoría de ellos negocian sus honorarios colectivamente mediante la asociación médica nacional. Su función es dar atención de primer nivel y autorizar derivaciones a niveles de mayor complejidad. Un dato interesante de considerar es que, sólo un 4% de las consultas que recibe el GP son derivadas a niveles de complejidad mayor. Después de recibir la orden de derivación, las personas pueden elegir libremente el Hospital donde seguir sus tratamientos.

Los especialistas se encuentran por lo general en los hospitales y tienen acuerdos privados con estos. Los especialistas independientes negocian a través de su propia Asociación y perciben honorarios bajo la modalidad de pago por acto médico. Los servicios hospitalarios se brindan en hospitales públicos (15%) y de entidades sin fines de lucro (85%) regulados por el gobierno.

Los GP son remunerados en base a una combinación de cápita y pagos adicionales por atención. Los hospitales reciben pagos en función de un esquema basado en diagnósticos y complejidad similar a los GRD.

REGULACIÓN E INFORMACIÓN

En un entorno en el que se promueve la competencia entre compañías aseguradoras y prestadores de salud, es necesario que exista en la medida de lo posible una transparencia en cuanto a la calidad de los servicios prestados, y fluya la información hacia los individuos. El Estado Holandés toma un papel importante en esta labor, ya que debe controlar y supervisar el sistema, para evitar irregularidades, y garantizar la accesibilidad de todos los individuos.

Existe una serie de normativas orientada a dar a los usuarios opciones de defensa frente a problemas de discriminación y servicio. La relación entre aseguradoras y asegurados también viene regulada por la Ley de Seguros Sanitarios, mencionada como clave en la reforma sanitaria (Health Insurance Act, ZVW). En esta regulación se incorpora el concepto de la “voz del paciente”, que obliga a las compañías aseguradoras a ofrecer un nivel de información aceptable a sus consumidores.

Dentro de esta evolución hacia mejorar los derechos de los pacientes, merece la pena resaltar también la aparición de un organismo de control para la provisión de servicios sanitarios (IGZ) en 2003, que trató de desarrollar unos indicadores de calidad sobre el desempeño de los hospitales en temas como la accesibilidad, seguridad, o eficiencia. En el año 2005, este organismo publicó un informe sobre la calidad de los hospitales holandeses en el año anterior utilizando veinte indicadores de calidad. La Asociación de Aseguradoras de Holanda también publica desde el 2006, anualmente, una guía con los indicadores de calidad de los distintos hospitales, también desde ese mismo año, se está desarrollando un Índice de Calidad percibida por el Consumidor. Los resultados de estos índices se publican en Internet en una página web financiada por el gobierno holandés (www.kiesbeter.nl). Este portal de salud pública trata de proveer toda la información sobre la calidad de los servicios prestados por las aseguradoras y proveedores.

De esta manera y publicitando esta información, se pretende que la elección de los consumidores sobre la compañía en la que quieren contratar su seguro obligatorio o incluso el suplementario, se lleve a cabo con un mayor conocimiento y por tanto de manera más racional y más ajustada a las preferencias de los individuos.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

- Uno de los mensajes principales que surgen al analizar este modelo es que el financiamiento basado en contribuciones obligatorias e impuestos no necesariamente exige que los servicios sean suministrados por el Estado a nivel de aseguramiento y provisión de prestaciones. Un Estado que asuma un rol regulador, con normativas que incentiven la eficiencia y genere información para decisiones óptimas de los usuarios parece ser un mix que funciona.
- Holanda, para poder cumplir eficientemente con los compromisos de su modelo de salud ha asumido un fuerte nivel de gasto que lo ha llevado a ser uno de los países con mayor gasto de salud per cápita de Europa, ¿Esto hace su modelo no replicable en Chile?. Claramente no es posible pensar en adaptar el modelo en su totalidad, pero visiblemente cuenta con aspectos de diseño y operación que es interesante considerar en futuras reformas a nuestro sistema de salud, ya que han funcionado en el sentido correcto.

Bibliografía:

- The Netherlands: Health System Review 2010. European Observatory on Health Systems Policies.
- Propuestas de regulación al problema de los precios. Superintendencia de Salud, Octubre 2009.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.