Iniciativa de la AISS Investigaciones & Puntos de Vista Núm. 15

Hacia sistemas sostenibles de asistencia médica Estrategias actuales en los regímenes del seguro de enfermedad de Alemania, Francia, Japón y Países Bajos

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke
y Dr. Jonas Schreyögg
Berlin Technical University, Alemania

Agosto 2004

Hacia sistemas sostenibles de asistencia médica
Estrategias actuales en los regímenes del seguro de enfermedad de Alemania, Francia, Japón y Países Bajos

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke y Dr. Jonas Schreyögg
Berlin Technical University
Alemania

En Alemania, Francia, Japón y Países Bajos, el gasto en atención médica ha aumentado a pesar de que los ingresos han siguen siendo los mismos o, incluso, han disminuido. Asimismo, el progreso médico, el envejecimiento de la población y otros factores están ahondando esta brecha cada vez más. El enfoque del reparto inmediato está llegando a sus límites, ya sea por el aumento de las tasas de cotización del empleador y trabajador en los "sistemas Bismarck" o por cargas tributarias más elevadas en los "sistemas Beveridge". Ninguno de estos sistemas es capaz de autorregularse de manera casi automática. Cada vez, se necesitan intervenciones políticas con mayor frecuencia y los parches se ven por todos lados. Las grandes reformas son demasiado complicadas o políticamente imposibles de manejar en el extremadamente delicado y complejo ámbito de la atención médica. Esta situación explicaría por qué, en Europa y Japón, la opinión pública pide reformas más importantes y más duraderas.

La solución a esta situación es relativamente fácil. Los países que afrontan desajustes financieros podrían:

- Reducir el gasto mediante recortes presupuestarios, la supresión de prestaciones y servicios o ambos a la vez.
- Aumentar los ingresos mediante tasas de cotización más elevadas, una base más amplia de financiamiento, co-pagos más elevados y gastos menores, o una combinación de estos mecanismos.
- Llevar a cabo reformas estructurales importantes para cubrir los desajustes financieros. Estas reformas podrían efectuarse a través del principio de solvencia o del principio de prestación o del seguro.

Los cuatro países examinados en este informe aplican estos enfoques teóricos en un algún momento, pero existen diferencias respecto a la manera en que lo hacen. Una comparación de sus enfoques podría serles útil, ya que afrontan continuamente el reto de cubrir los desajustes que existen entre los gastos y los ingresos en materia de atención médica.

Repercusiones en los sistemas de atención médica

Los gastos en atención médica han aumentado considerablemente durante los últimos diez años en los cuatro países comparados. Entre 1992 y 2001, el promedio del aumento anual de los gastos globales en salud fue de 3,48 por ciento en Japón, 3,75 por ciento en Alemania y 3,98 por ciento en Francia. Mientras tanto, los gastos en atención médica en los Países Bajos aumentaron anualmente un promedio de 6,18 por ciento durante el mismo periodo. El porcentaje del producto interno bruto (PIB) gastado en servicios de atención médica también aumentó durante la última década en los cuatro países, y Japón fue el país que experimentó el incremento más elevado, al pasar de 6,2 por ciento en 1992 a 7,6 por ciento en 2000.

Características demográficas

Los cambios en las características demográficas son una de las principales causas del reciente aumento del gasto en los cuatro países. Una mayor esperanza de vida combinada con tasas de natalidad más bajas desemboca en el envejecimiento poblacional de la mayoría de los países industrializados. En Japón, el número de personas mayores de 65 años aumentó y pasó de,7 por ciento del total de la población en 1960 a 17,4 por ciento en el año 2000. Los cambios en los tres países europeos no fueron tan drásticos, pero el número de personas mayores de 65 años también aumentó durante el mismo periodo: en Alemania pasó de 11,6 por ciento a 16,4 por ciento, en Francia de 11,6 por ciento a 16,1 por ciento y en los Países Bajos de 9,0 por ciento a 13,6 por ciento.

Cambio en los patrones de enfermedad

Los cambios en los patrones de enfermedad están parcialmente vinculados a los cambios demográficos que tienen un impacto directo en la prestación de atención médica y, por ende, en el gasto en salud. En primer lugar, se puede observar un cambio en las enfermedades crónicas. Las alergias, el asma y la diabetes se están extendiendo cada vez más. En segundo lugar, la mejora del nivel de vida está convirtiendo el sobrepeso en un problema de salud muy extendido. Por ejemplo, el número de personas en Francia con problema de sobrepeso, según el índice de masa corporal, aumentó de 5,8 por ciento en 1990 a 9 por ciento en 2000. En Japón y Países Bajos existen problemas similares. Este cambio es alarmante porque es factible que las enfermedades relacionadas con los huesos, los músculos y el sistema circulatorio se incrementen debido al aumento del sobrepeso. Sin embargo, la esperanza de vida y la esperanza de vida sana han aumentado en los cuatro países durante los últimos 40 años. En el año 2000, Japón tenía la esperanza de vida al nacer más elevada con 81,3 años, seguida por Francia con 79 años y Países Bajos con 78 años. Alemania tuvo el promedio de esperanza de vida al nacer más baja de los cuatro países durante más de 30 años.

Avances tecnológicos

Las nuevas tecnologías han aumentado significativamente la eficacia de los servicios de atención médica, reduciendo la duración de los tratamientos, mejorando los resultados y curando enfermedades que anteriormente eran incurables. También se han reducido las necesidades en materia de atención a pacientes hospitalizados. Entre 1990 y 2000, la duración promedio de estancia en un hospital descendió en 26 por ciento, pasando de 2,4 días por persona y por año a 1,9 días en Alemania y Francia. Además, los avances tecnológicos han tenido repercusiones en la longevidad. Entre 1975 y 1995, el número de años de vida perdidos por enfermedad descendió en 40,5 por ciento en Japón, 45,3 por ciento en Alemania, 34,8 por ciento en Francia y 31,3 por ciento en Países Bajos.

Situación económica

En los cuatro países, el incremento de los gastos en salud como por ciento de PIB se debe parcialmente a la desaceleración del crecimiento económico. Japón experimentó una

declinación de la tasa de crecimiento promedio anual del PIB, pues del 4,5 por ciento que tuvo entre 1970 y 1990 ésta fue de 2,2 por ciento en 2000 y de –0,8 por ciento en 2001. Alemania también está al borde de la recesión, con un descenso de su tasa de crecimiento del PIB que ha pasado de 2,9 por ciento en 2000 a 0,8 por ciento en 2001 y a 0,2 por ciento en 2002. En 2002, la tasa de crecimiento del PIB en Francia fue de 1,2 por ciento y en Países Bajos sólo creció 0.2 por ciento. Debido a que los sistemas de atención médica que aplican el enfoque Bismarck, como es el caso de los cuatro países de este informe, están vinculados principalmente a los salarios por ser la base de las cotizaciones, las elevadas tasas de desempleo contribuyeron a las dificultades financieras que experimentaron sus cajas de enfermedad. Aún cuando las tasas de desempleo aumentaron drásticamente entre 2000 y 2002 en Japón (de 4,7 por ciento a 5,4 por ciento) y Alemania (7,8 por ciento a 8,6 por ciento), la tasa de desempleo en Francia descendió ligeramente, al pasar de 9,3 por ciento a 8,8 por ciento, y Países Bajos consiguió mantener el desempleo en un nivel bajo.

Cambios en las necesidades y en la demanda

Los cambios que han experimentado las necesidades de atención médica, así como la aparición de nuevas necesidades, pueden ser considerados, en general, como evoluciones positivas ya que crean nueva oferta y, por lo tanto, crecimiento económico. Precisamente porque las cajas de enfermedad de los cuatro países reembolsan muchos de estos nuevos servicios y productos, esta demanda creciente también representa un gasto en salud más elevado y, por lo tanto, tasas de cotización más elevadas para los sistemas de seguro social de enfermedad.

Puntos débiles en la estructura del sistema

Todos los sistemas de seguro social de enfermedad contienen diversos factores que desmotivan, así como algunas debilidades fundamentales en sus estructuras, como es el caso de la separación de los sectores de pacientes hospitalizados y de pacientes ambulatorios en Alemania. Semejantes fallos tienen un impacto directo en el gasto en salud y desembocan en cotizaciones de seguro más elevadas. En caso de riesgo moral, hay un aumento inminente en la redistribución de los fondos del seguro, de los no usuarios a los usuarios.

Marco institucional y de organización

El marco institucional del seguro social de enfermedad y su organización en los cuatro países ha evolucionado de acuerdo con las necesidades nacionales y culturales, y algunas veces está muy lejos de las filosofías originales que prevalecían en los inicios de los sistemas de seguridad social de Bismarck. Las categorías que se mencionan más adelante facilitan las comparaciones entre los cuatro países, habida cuenta de la complejidad de los diferentes marcos institucionales.

Afiliación, inscripción y cobertura

Todos los países comparados tienen un sistema de seguro social de enfermedad basado en diversos regímenes de cajas de enfermedad que protegen a la mayoría de la población con un seguro de enfermedad. La afiliación a los regímenes de las cajas de enfermedad es obligatoria y sólo en Alemania y Países Bajos existen grupos de población exentos de esta afiliación obligatoria.

Prestaciones

La cobertura de los servicios prestados es diferente en los países examinados. A pesar de que los regímenes de las cajas de enfermedad en Japón y Francia cubren prácticamente a toda la población, los servicios que se ofrecen son más completos en Japón. Por este motivo, alrededor de 90 por ciento de la población en Francia contrata un seguro privado suplementario, mientras que la población japonesa no necesita contratar un seguro privado, lo cual mantiene baja la participación de mercado de los seguros privados de enfermedad en Japón. El seguro social de enfermedad en Alemania es tan completo como en Japón, pero cubre solo al 89 por ciento de la población.

Las prestaciones que otorgan las cajas de enfermedad en Países Bajos difieren completamente de las de los otros tres países, pues incluyen un régimen que ampara los cuidados de larga duración y los tratamientos costosos, el *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ), que cubre a toda la población. Y otro régimen de atención médica normal, el *Ziekenfondswet* (ZFW), que cubre al 63 por ciento de la población. El 30,2 por ciento de la población sustituye el régimen de cajas de enfermedad (ZFW) por un seguro privado de enfermedad completo.

La propiedad de las cajas de enfermedad y la libertad de elección

La propiedad de las cajas de enfermedad varía en los cuatro países, pasando de propiedad gubernamental a propiedad prácticamente privada. En Francia, el riesgo financiero que afrontan las cajas de enfermedad lo asume exclusivamente el Estado, mientras que el Estado japonés sólo asume los déficit de ciertos regímenes y ofrece la posibilidad de financiar de manera privada las cajas de enfermedad. En Países Bajos, las cajas de enfermedad del ZFW (atención médica normal) cada vez asumen cada más ellas mismas los riesgos financieros. También pueden solicitar la administración del AWBZ en una región.

Respecto a la elección, la afiliación en Francia a una de las tres cajas más importantes de enfermedad está determinada estrictamente por el tipo de trabajo. Japón aplica un sistema similar, ya que los trabajadores de compañías grandes de cierto tamaño están asegurados en cajas de enfermedad que son administradas por el sector privado y que, con mucha frecuencia, pertenecen a la propia compañía. Los trabajadores de compañías más pequeñas están asegurados en uno de los regímenes de cajas de enfermedad para profesiones especiales o en el régimen administrado por el Estado. Los demás ciudadanos están afiliados forzosamente al régimen municipal de seguro llamado Seguro Nacional de Enfermedad. En 2000, Japón tenía un total de 5 192 cajas de enfermedad distintas. En Alemania, todos los ciudadanos pueden escoger entre las diversas cajas de enfermedad, organizadas de forma regional o nacional. En 2003 existían 319 cajas de enfermedad en Alemania. Las cajas de enfermedad compiten entre ellas con base en las distintas tasas de cotización. Como el régimen AWBZ de Países Bajos, para cuidados de larga duración y tratamientos muy costosos, sólo tiene una caja de enfermedad en cada región, los ciudadanos holandeses no tienen elección posible en este segmento. En cuanto al régimen ZFW de atención médica normal, pueden elegir entre las 25 cajas existentes.

Competencia y compensación de la estructura de riesgos

Para repartir los riesgos financieros entre las distintas cajas y establecer una competencia justa, tres países aplican un régimen de compensación de riesgos. Japón no aplica dicho régimen, y en vez de ello, el gobierno subsidia a las cajas de enfermedad municipales, pues Japón tiene más personas jubiladas y, por lo tanto, una estructura de riesgos más negativa. En Alemania, al final de cada año civil, se calcula el gasto normal según los ingresos, edad, sexo e invalidez. Sobre esta base, algunas cajas de enfermedad pagan a este régimen y otras reciben del fondo común. En 2001, Alemania introdujo un régimen de compensación de riesgos orientada a la morbilidad, vigente hasta el año 2007.

En Países Bajos, el régimen de compensación de riesgos resarce a las cajas del ZFW. Incluye elementos calculados prospectiva y retrospectivamente. El elemento prospectivo se paga a las cajas de enfermedad como un impuesto directo, de conformidad con ajustadores de riesgos por edad, género, situación laboral y de seguridad social y región. El elemento retrospectivo tiene dos mecanismos distintos. Con el primero, las cajas de enfermedad participan en la diferencia resultante entre el presupuesto asignado y los costos reales hasta un cierto porcentaje, llamado porcentaje de compensación. Con el segundo, se compensa a las cajas de enfermedad con un cierto porcentaje por la diferencia entre el presupuesto asignado a todas las cajas de enfermedad y el gasto real originado por los costos en los que las cajas de enfermedad no pueden influir. En Francia, un régimen de compensación de riesgos nivela las diferencias que resultan entre el régimen general y los regímenes pequeños, de acuerdo con el criterio de edad e ingresos. Otro régimen de compensación de riesgos ajusta las diferencias entre los tres regímenes principales, con base ene la edad. Aunque el objetivo de introducir la competencia en Alemania y Países Bajos también fue reducir los costos administrativos de las cajas de enfermedad, estos costos son incluso más elevados que en Francia y Japón, donde no existe dicho elemento competitivo entre las cajas de enfermedad.

Financiamiento

Cuando Bismarck introdujo por primera vez los regímenes de seguro social, su objetivo era ofrecer prestaciones de enfermedad y atención básica a los necesitados. A lo largo de los años, el suministro de atención básica de salud se extendió a la mayor parte de la población. A pesar de estar sometido a una presión creciente, el principio de reparto ha permanecido inalterable en los cuatro países. Es más, estos países han extendido las prestaciones que suministran, han cambiado sus bases para determinar las cotizaciones y han modificado su estructura de financiamiento de la atención médica.

Tasas de cotización, nivel de ingresos y bases de determinación de las cotizaciones

En Países Bajos, la tasa de cotización al AWBZ es de 12,3 por ciento y la pagan íntegramente los trabajadores que tienen un nivel máximo de ingresos anual de 27 009 € (en 2003). La tasa de cotización al ZFW es de 8,45 por ciento y la pagan entre el empleador (6,75 por ciento) y el trabajador (1,7 por ciento). El nivel máximo de ingresos para el ZFW en 2003 era de 28 188 €. Alemania tiene un nivel máximo de ingresos más elevado, 41 850 € en 2003. La tasa promedio de cotización de 14,3 por ciento en 2003 es más baja en Alemania que en Países Bajos y la pagan a medias los empleadores y trabajadores. A pesar de que las tasas promedio de cotización en Japón son prácticamente las mismas en las cajas de enfermedad administradas por el sector privado (8,6 por ciento en 2003) y en las cajas de enfermedad administradas por el sector público (8,5 por ciento en 2003), las tasas de las cajas municipales varían enormemente. Como en Alemania, las cotizaciones a las cajas de enfermedad japonesas administradas por el sector público se reparten en partes iguales entre empleadores y trabajadores. Sin embargo, en las cajas de enfermedad administradas por el sector privado, los empleadores pagan 4,8 por ciento y los trabajadores sólo 3,8 por ciento de sus ingresos. En Francia, la tasa de cotización al régimen general de trabajadores (CNAMTS) es actualmente de 13,55 por ciento del salario y, por lo tanto, es más elevada que en Japón. El empleador aporta 12,8 por ciento y los trabajadores sólo pagan 0,75 por ciento. Además, todo trabajador paga también un impuesto de 5,25 por ciento a la CSG (Cotización Social Generalizada), un fondo estatal con una base diferente para determinar las cotizaciones que, a su vez, es canalizado a las cajas de enfermedad.

Cotización de los pensionados

Cada país tiene su propia estrategia para hacer frente al número cada vez mayor de pensionados y a la creciente demanda de cuidados de larga duración. En Japón, los pensionados tienen que afiliarse a cajas municipales, que son compensadas por el mayor gasto ocasionado por la estructura de edad avanzada. En otros países, los pensionados permanecen en sus antiguos regímenes de cajas de enfermedad pero, a veces, bajo condiciones distintas. En Francia, pagan una cuota reducida del 3,95 por ciento a la CSG, mientras que en Países Bajos se ha fijado un nivel mínimo de ingresos de los pensionados de 19 550 €, para las cajas de enfermedad del ZFW. En Alemania, los pensionados pagan la mitad de la tasa promedio de cotización de todas las cajas de enfermedad y la otra mitad la paga el régimen de pensiones.

Separación de atención médica y de cuidados de larga duración

Como una estrategia para hacer frente a la creciente demanda de cuidados de larga duración, Alemania y Japón han separado institucionalmente el financiamiento de la atención médica y de los cuidados de larga duración. En ambos países, los riesgos asociados a los cuidados de larga duración son garantizados mediante un seguro de cuidados de larga duración con cotizaciones deducidas de la nómina. En Países Bajos, los cuidados de larga duración están cubiertos por el AWBZ. Y en Francia, el seguro social de enfermedad normal es el que cubre dichos riesgos, aunque en fecha próxima se introducirá el seguro de cuidados de larga duración.

Distribución de la carga según los niveles de ingresos y entre empleadores y trabajadores

Con tasas de cotización del 18,8 por ciento y sin un nivel de ingresos establecido, los residentes franceses pagan las cotizaciones más elevadas, aunque ha de tenerse en cuenta que el seguro social francés de enfermedad contribuye con una participación más elevada al gasto total en salud. Mientras que en Francia el seguro social de enfermedad contribuye con 76 por ciento al gasto en salud total, en Alemania sólo contribuye con 57 por ciento y Japón con 45,2 por ciento. En Países Bajos, su contribución al gasto en salud total es parecido al de Francia (79 por ciento), pero los residentes holandeses pagan una tasa incluso más elevada, de 20,75 por ciento, y a diferencia de Francia, Países Bajos tiene establecido un nivel de ingresos. De acuerdo con el diseño holandés de cotizaciones, las personas con ingresos de hasta 30 000 € pagan más cotizaciones que en Francia, mientras que las personas cuyos ingresos son superiores pagan menos. Japón tiene las cotizaciones más bajas para ingresos de hasta 67 500 €, pero el seguro social japonés de enfermedad contribuye menos que los otros tres países al gasto total en salud. Alemania tiene el segundo nivel más bajo de cotizaciones para personas con ingresos bajos de hasta 41 850 € y con ingresos elevados de 70 000 € o más.

Los trabajadores en Países Bajos pagan las cotizaciones más elevadas por ingresos de hasta 65 000 € (2003). Respecto a ingresos más elevados, las cotizaciones francesas muestran un carácter más progresivo. Los trabajadores japoneses pagan las cotizaciones más bajas por los ingresos más bajos, mientras que los trabajadores alemanes pagan las cotizaciones más bajas por ingresos superiores a unos 80 000 €.

Subsidios gubernamentales para las cajas de enfermedad y gastos menores

El Estado subsidia parcialmente el seguro social de enfermedad en todos los países. El Estado japonés paga los costos administrativos del régimen de cajas de enfermedad administradas por el sector público, subsidia parcialmente los costos administrativos del régimen de cajas de enfermedad administradas por el sector privado y apoya a dicho régimen en caso de dificultades financieras. Las cajas de enfermedad administradas por el sector privado tuvieron un déficit financiero de 2,4 mil millones de € en 2002. A diferencia de

Japón, el Estado alemán no cubre ningún déficit financiero de las cajas de enfermedad, a pesar de que también presentaron un déficit de 3,1 mil millones de euros en 2002, pero subsidia los gastos extraordinarios en que incurren dichas cajas (por ejemplo, los desempleados de larga duración) con 4,06 mil millones de euros. Francia y Países Bajos también conceden subsidios a sus cajas de enfermedad: en 2000, Francia asignó 6,2 mil millones de euros y Países Bajos, en 2002, asignó 6,9 mil millones de euros. El porcentaje de reembolso de gastos menores varía significativamente en los cuatro países, teniendo Países Bajos el porcentaje más bajo y Japón el más elevado.

Prestación y adquisición de servicios de salud

Los gastos de cada tipo de servicio varían según el diseño que tenga el sistema de atención médica. Es difícil comparar los gastos globales ocasionados por la atención de pacientes ambulatorios y la de pacientes hospitalizados, pero se pueden comparar algunas categorías. Resulta sorprendente que los servicios reembolsados en algunos países por las cajas de enfermedad o por otros prestadores de servicios, tengan una mayor demanda y, por lo tanto, representen una cuota más elevada de los gastos totales en salud que en los países que no los incluyen en su catálogo de prestaciones. Por ejemplo, Países Bajos asigna un porcentaje claramente más bajo (3,8 por ciento en 2001) de su gasto total en salud para atención odontológica que los otros tres países, ya que sus cuidados odontológicos se limitan a servicios preventivos para niños y a atención quirúrgica para adultos. Otra gran diferencia son los cuidados de larga duración. La atención de pacientes ambulatorios (7,3 por ciento en 2001) y de pacientes hospitalizados (9,5 por ciento en 2001) representa una cuota bastante más elevada del gasto total en salud en Países Bajos que en cualquiera de los otros tres países.

Atención hospitalaria

Propiedad

Al igual que con la organización institucional holandesa del seguro social de enfermedad, Países Bajos también asume un papel de liderazgo en la privatización de la infraestructura hospitalaria. Más de 90 por ciento de las plazas de hospital en Países Bajos se encuentra en instituciones privadas o no lucrativas. (Es preciso señalar que, en Países Bajos, está prohibida la administración privada o lucrativa). En Alemania, el porcentaje de plazas hospitalarias que tienen los hospitales privados lucrativos y los hospitales no lucrativos crece a un ritmo constante (pasando de 37,2 por ciento en 1990 a 46,8 por ciento en 2001). En Japón, el porcentaje de plazas hospitalarias que tienen los hospitales privados no lucrativos es inferior al de Países Bajos pero elevado si se compara con Francia y Alemania, debido al establecimiento de "Corporaciones de Atención Médica" privadas que son administradas como organizaciones no lucrativas y que representan 48,8 por ciento del total de las plazas hospitalarias. En comparación con los otros países, el porcentaje de plazas hospitalarias en hospitales públicos es bastante elevado en Francia, con 64,8 por ciento del total de plazas. Sin embargo, Francia también tiene 21,8 por ciento de sus plazas hospitalarias en hospitales privados, lo cual representa un porcentaje más elevado que en Alemania, donde los hospitales privados no lucrativos tienen históricamente mayor predominio que los hospitales privados.

Acceso a los servicios

A pesar de los diferentes tipos de propiedad en los cuatro países, los pacientes que cuentan con un seguro social de enfermedad tienen normalmente acceso a todo tipo de hospitales. Aunque todos los pacientes tienen acceso a los servicios ambulatorios de los hospitales, algunos países lo regulan estableciendo sistemas de referencia de casos. En Países Bajos, la atención secundaria y terciaria la prestan principalmente los especialistas médicos de las

unidades ambulatorias de los hospitales. Es preciso que los médicos generales refieran a los pacientes a estos servicios. Alemania también utiliza el sistema de referencia de casos, pero los especialistas también prestan, fuera del hospital, servicios secundarios y, a veces, hasta terciarios. Japón y Francia no han establecido un sistema de referencia de casos para servicios ambulatorios en los hospitales; por lo tanto, los pacientes pueden acudir libremente a cualquier unidad ambulatoria de los hospitales. Países Bajos es el único país que reporta listas de espera para ciertos procedimientos de diagnóstico y tratamiento en los hospitales.

Planeación y contratación de los hospitales

La capacidad de la atención hospitalaria en Alemania es planeada en el nivel regional por los Länder, por las prefecturas en Japón y por el gobierno central en Países Bajos. En Francia, las agencias hospitalarias regionales planean dicha capacidad. Los hospitales incluidos en los planes regionales o centrales de hospitales normalmente firman contratos con las cajas de enfermedad para obtener posteriormente el reembolso que les corresponda. En términos de infraestructura hospitalaria, el número de personal por plaza hospitalaria ha aumentado y la duración promedio de la estancia hospitalaria ha disminuido en los cuatro países.

Reembolso y control del gasto

Respecto al reembolso de los servicios hospitalarios, los grupos de diagnóstico (GD) parecen ser el método dominante de reembolso del futuro. En Alemania ya se aplica el sistema GD y se tiene pensado introducirlo en Países Bajos y Francia, en 2004. En Japón se introdujo, en 2003, un sistema de impuesto directo basado en combinaciones de procesos de diagnóstico (CPDs), para hospitales con funciones específicas que suministran atención médica avanzada y otros servicios.

Co-pagos

Japón impone las tasas más elevadas de co-pago por concepto de atención hospitalaria, con un 30 por ciento del costo para ciudadanos menores de 70 años, 20 por ciento para mayores de 70 años y 10 por ciento para ciudadanos con pocos ingresos y mayores de 70 años. Francia aplica una estrategia distinta, con co-pagos de 20 por ciento para los primeros 31 días de atención hospitalaria, y el tope máximo es de 200 €, más una cantidad adicional de 10,67 € diarios por concepto de alojamiento. Los pacientes alemanes pagan las participaciones más bajas por atención hospitalaria, con una tasa de 10 € por día, aunque dicha cantidad está limitada a un máximo de 28 días por año. Países Bajos es el único país que no requiere ningún tipo de co-pago por atención hospitalaria.

Cuidados ambulatorios

Situación y organización labora

En Alemania y Francia, la mayoría de los médicos trabajan por cuenta propia y en consultas individuales. En Países Bajos, la propiedad y organización de las consultas difiere según el ámbito de los servicios médicos. La mitad de los médicos generales trabajan por cuenta propia en consultas individuales, y la otra mitad trabaja en consultas agrupadas o en centros de salud. En Países Bajos, los especialistas trabajan normalmente en unidades ambulatorias de los hospitales. En contraste con los otros países, los médicos en Japón trabajan en todo tipo de organizaciones: son contratados por hospitales y trabajan en las unidades ambulatorias de los mismos o por cuenta propia como médicos con consultas individuales o en clínicas, que son similares a los centros de salud de otros países.

Planeación de los recursos humanos

Los cuatro países limitan la admisión de estudiantes de medicina mediante una cuota. A diferencia de Francia y Japón, Alemania y Países Bajos han limitado el número de médicos, por especialidad médica y región, que prestan servicios ambulatorios. Excepto Japón, todos los demás países definen jurídicamente el ámbito de servicios médicos que los médicos

pueden ofrecer en la atención ambulatoria. En Japón, los médicos pueden decidir libremente el campo de servicios médicos que quieren prestar. Al igual que Francia y Alemania, Japón no tiene un sistema de vigilancia; los pacientes pueden elegir libremente entre médicos generales y otro tipo de especialistas. Países Bajos es el único de los cuatro países que tiene un sistema de vigilancia institucional y obligatorio.

Contratación
En Japón, Alemania y Francia, las cajas de enfermedad están obligadas a contratar colectivamente a todos los proveedores de atención ambulatoria. Sin embargo, Países Bajos estableció en 1994 un sistema de contratación selectiva. Las cajas de enfermedad tienen ahora la opción de decidir si contratan o no a ciertos proveedores de servicios ambulatorios.

Cuotas de reembolso
En los cuatro países hay distintos procedimientos para rembolsar a los médicos por los servicios prestados. En Japón y Alemania, los médicos solicitan su remuneración a los organismos institucionalizados que administran los pagos a los médicos. En Alemania, las asociaciones de médicos de las cajas de enfermedad tramitan las solicitudes y reembolsan a los médicos por regiones. A diferencia de Japón, las cajas de enfermedad en Alemania no reembolsan a las asociaciones de médicos de cajas de enfermedad de acuerdo con cada solicitud, sino que pagan cuotas negociadas que difieren significativamente entre las distintas cajas de enfermedad. Países Bajos no tiene un organismo administrativo que tramite las solicitudes de pago, por lo que los médicos han de solicitar su remuneración directamente al AWBZ, ZFW o a los seguros de enfermedad voluntarios. Los médicos franceses normalmente cobran sus tarifas directamente de los pacientes, de acuerdo con un sistema de reembolso de los costos.

Método de reembolso
Aunque se acepte generalmente que los pagos de honorarios por servicios prestados conducen a un exceso de oferta de servicios, los cuatro países todavía utilizan este método de reembolso, por lo menos parcialmente. Japón y Alemania combinan el pago de honorarios por servicios prestados con un sistema de puntos, según el cual los médicos reciben un cierto número de puntos por cada servicio prestado. En Francia, se aplica el pago de honorarios por servicios prestados como en Japón, a pesar de que algunos servicios se reembolsan con base en una cuota. En Países Bajos, los métodos de reembolso difieren según se trate de médicos generales (cuotas) o de especialistas (pago de honorarios por servicios prestados).

Cuidados de larga duración

Plantación
La planeación de las capacidades en materia de cuidados de larga duración se hace en los niveles local, provincial y central en los cuatro países. En general, la planeación de los recursos está dirigida especialmente a la atención institucional. En Japón, los municipios (comunidades locales) determinan los planes de atención que están sujetos a la supervisión de las prefecturas (provincias). En Francia, la planeación de las capacidades en materia de cuidados de larga duración es responsabilidad de las comunidades locales, mientras que en Alemania, son los gobiernos de los *Länder* (nivel provincial) los que planean los cuidados de larga duración. En Países Bajos, el gobierno central se encarga también de planear la atención institucional.

Prestaciones
El seguro obligatorio de cuidados de larga duración establecido por ley en Alemania y Japón cubre tanto los servicios institucionales como los servicios de atención domiciliaria. En Países Bajos, el AWBZ cubre totalmente los servicios institucionales y de atención domiciliaria. A diferencia de los otros tres países, Francia no tiene un seguro de cuidados de

larga duración separado; y por lo tanto, las cajas de enfermedad financian dichos cuidados. Sin embargo, pronto se introducirá en Francia este seguro de cuidados de larga duración.

Enseñanzas para lograr un seguro social de enfermedad sustentable

¿Competencia o regulación de las cajas de enfermedad?

Desde hace varios años, en Países Bajos y Alemania se ha hecho evidente la tendencia dirigida a impulsar la competencia entre las distintas cajas de enfermedad. En ambos países, las cajas de enfermedad se han abierto y sus regímenes de compensación de riesgos se han ido transformando paso a paso (aunque no queda claro lo que esto significa) con el fin de garantizar una competencia justa entre las cajas de enfermedad. Resulta difícil evaluar empíricamente las repercusiones que tiene la competencia en dichos países. Hasta ahora, las cajas de enfermedad de ambos países no han logrado influir en los parámetros decisivos de la competencia, tales como las tasas de cotización, los servicios prestados y la calidad de los mismos. Por lo tanto, aún no se ha demostrado si la competencia entre cajas de enfermedad es más exitosa.

División de los cuidados de larga duración y de los tratamientos médicos costosos

A la luz del proceso de envejecimiento de las sociedades, de la creciente demanda de cuidados de larga duración y de los consiguientes problemas que experimentan los sistemas de seguro social de enfermedad, todos los países se interesan cada vez en distintas estrategias para financiar los cuidados de larga duración. Excepto en Francia, los demás países han separado su seguro social de enfermedad de los cuidados de larga duración, mediante la introducción de un seguro obligatorio de cuidados de larga duración. En Alemania y Japón, los seguros de cuidados de larga duración únicamente reembolsan los servicios de cuidados primarios de larga duración otorgados a los adultos mayores. Países Bajos ha elegido un enfoque aún más completo. Su seguro de cuidados de larga duración (AWBZ) proporciona una transición tranquila de la atención hospitalaria a los cuidados de larga duración y, por lo tanto, reduce la duración de las estancias hospitalarias. Como también separa los tratamientos médicos costosos y los cuidados de larga duración de la atención médica normal, podría servir como ejemplo para la futura organización del seguro social de enfermedad.

Seguro de enfermedad privado

Con excepción de Japón, los países comparados dependen cada vez más de la integración del seguro médico privado en los sistemas de seguro social de enfermedad. El seguro médico privado se utiliza como complemento para cubrir algunos servicios no incluidos en el seguro social de salud o para sustituirlo. El seguro complementario de enfermedad privado puede ser una opción para crear una mayor orientación hacia el servicio y competencia entre las cajas de enfermedad, a pesar de que en el caso de Alemania, los costos administrativos del seguro privado de enfermedad son más elevados. El seguro de enfermedad suplementario podría ser un importante elemento para el diseño de sistemas de seguro social de enfermedad más sustentables, ya que podría reemplazar inmediatamente los servicios excluidos por las cajas de enfermedad. De esta manera, ayudaría al seguro social de enfermedad a concentrarse en su principal tarea, que es la de la participación grupal en la cobertura de los riesgos con el fin de evitar que los ciudadanos corran riesgos financieros.

Costos para los usuarios

La comparación de los cuatro países revela marcadas diferencias respecto a los costos para los usuarios. Japón se apoya más en los pagos que los usuarios hacen por concepto de atención hospitalaria y cuidados ambulatorios; Países Bajos no cobra a sus usuarios. Debido a que el criterio de Japón para establecer los costos de los usuarios se basa en el nivel de ingresos, dichos costos tienen, en cierta medida, un efecto progresivo similar al de las cotizaciones. Sin embargo, es preciso señalar que los costos de los usuarios pueden establecerse de manera que supongan un incentivo económico (por ejemplo, a través del paciente contacto) y, por ende, eviten un uso abusivo de los servicios. Por este motivo, las tarifas que se exigen en Japón a los usuarios son probablemente la mejor solución para generar ingresos y, al mismo tiempo, crear incentivos económicos.

Reembolso de la atención hospitalaria con GDs

Los cuatro países están haciendo esfuerzos para introducir un sistema similar al del GD para el reembolso de los costos por atención hospitalaria. A pesar de que Japón parece ser el país más avanzado en esta materia, Países Bajos cuenta con el sistema de GD más completo, pues incluyen tanto la atención externa como la hospitalización. Un sistema de reembolso tan completo integraría ambos sectores, tanto institucional como financieramente. Por norma general, semejante sistema facilitaría la transición de la hospitalización a la atención ambulatoria y, hasta cierto punto, generaría ahorros en los costos. Por lo tanto, estimularía la introducción de una atención integrada, en particular para los programas de gestión de enfermedades, que están adquiriendo importancia debido al rápido envejecimiento de las poblaciones.

Otros avances

Se pueden anticipar otros avances en el futuro de los sistemas del seguro social de enfermedad. La mayoría de los países aspira a introducir un sistema de atención médica integrada, estableciendo al mismo tiempo prioridades en la atención médica. Se trata de un tema coherente, y constituye la base sobre la que se llevan a cabo los ajustes cotidianos en los cuatro países comparados en el informe. De conformidad con dichas correcciones y con enfoques más completos en materia de redes de atención médica, los servicios de salud podrían requerir en el futuro un financiamiento diferente del que tenían en el pasado. Hay algunas opciones financieras para estos nuevos enfoques. Podrían inspirarse en los sistemas de Francia, Alemania, Japón y Países Bajos, con sus costumbres y experiencias históricas. Por último, se debe tener en cuenta el futuro del estado de bienestar dentro de la Unión Europea, y su creciente importancia para las políticas económicas y sociales a escala nacional y europea.