

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Bienestar y Política Social

Edwin van Gameren

LA REFORMA AL SEGURO DE SALUD EN LOS
PAÍSES BAJOS Y SU RELEVANCIA PARA MÉXICO

Nelly Aguilera
John Scott

ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD DE CONSTRUIR
UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD:
IMPLICACIONES FINANCIERAS Y DISTRIBUTIVAS

Mark Schreiner

UNA SENCILLA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA
POBREZA PARA MÉXICO

Cristina Gutiérrez

RESEÑA DEL INFORME SOBRE LA SALUD EN EL
MUNDO 2010. LA FINANCIACIÓN DE LOS
SISTEMAS DE SALUD



LA REFORMA AL SEGURO DE SALUD EN LOS PAÍSES BAJOS Y SU RELEVANCIA PARA MÉXICO

Edwin van Gameren*
El Colegio de México
egameren@colmex.mx

Resumen

Alrededor del mundo se observan dos versiones de la organización de los seguros de salud; la seguridad social basada en el empleo, y los servicios nacionales de salud. En Latinoamérica regularmente se usa la primera, pero se está lejos de lograr la cobertura universal. En los Países Bajos encontramos una peculiar mezcla de obligaciones públicas y responsabilidades privadas. La cobertura universal se logra por medio del seguro de salud obligatorio que está a cargo de compañías aseguradoras de organización privada que compiten entre sí. Dicha competencia, que atrae clientes y genera la contratación de diferentes proveedores de servicios de salud, debería garantizar precios bajos y alta calidad. Después de cinco años, la discusión acerca de los logros obtenidos con este sistema continúa, pero nadie ha propuesto un regreso al sistema que se tenía antes del año 2006. El éxito aparente en los Países Bajos no implica que un sistema similar pueda ser introducido de inmediato en México, dado que la mayoría de las condiciones previas no se han satisfecho aún. No obstante, pueden hacerse varias observaciones de utilidad.

Palabras clave: Seguro de salud, Cobertura universal, Competencia administrada, Países Bajos, México.
Clasificación JEL: I11, I18, H51, G22.

Introducción

La organización de los seguros de salud y los servicios médicos es un tema que constantemente se discute en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Existen varios sistemas que van desde las estructuras de organización mayoritariamente privada, pasando por el seguro social de salud con base en el empleo, hasta los sistemas nacionales de salud organizados de manera pública (Wagstaff 2010). Muchos países latinoamericanos, México incluido, tienen un sistema de seguridad social basado en las contribuciones sobre la nómina. Sin embargo, en Latinoamérica, más que en Europa, una gran parte de la población carece de seguro de salud debido a la gran informalidad de

* Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México, Camino al Ajusco 20, Pedregal de Santa Teresa, México, D.F., CP 10740, México. Tel.: +52.55.54493000 ext. 4087. Retomo aquí los comentarios y observaciones realizados por la ponente Mariana Barraza Lloréns y los participantes de la conferencia “Desafíos para lograr Sistemas de Seguro Universal Salud” (28 de febrero del 2011), así como los de las referencias anónimas de esta revista. Mi agradecimiento a Wynand van de Ven por las diapositivas de su presentación en ECHE2010.

sus economías (Baeza y Packard 2006). En comparación con el seguro de salud con base en el empleo, la cobertura universal es relativamente fácil de obtener en un sistema nacional de salud financiado por impuestos. No obstante, otorgar derechos de acceso no es suficiente: es importante que se realicen las inversiones necesarias en instalaciones de servicios de salud. En ambos sistemas los incentivos para la eficiencia y la reducción de gastos son importantes, y éstos, según se percibe, son más fáciles de organizar en un sistema con varios esquemas de seguridad social que en uno con sistema nacional de seguro de salud centralizado (Wagstaff 2010). En la práctica, ambos regímenes encuentran desafíos similares, ya que la organización tal cual del sector salud a menudo cuenta con aspectos de ambos (Baeza y Packard 2006).

En este artículo se describen y analizan las experiencias con la reforma al seguro de salud en los Países Bajos en el 2006, la cual constituye uno de los esfuerzos más ambiciosos para desarrollar un modelo descentralizado con regulación substancial para resolver problemas de equidad e información privada. La reforma que se presenta en la Sección 1, significó una transición de un sistema de regulaciones orientadas a la oferta a un sistema de competencia administrada de acuerdo a la demanda, lo cual genera una mezcla peculiar de obligaciones públicas y responsabilidades privadas. Hoy en día, las aseguradoras privadas que compiten entre sí llevan a cabo un seguro de salud universal obligatorio. En la Sección 2 se discute las prácticas diarias de las aseguradoras, los consumidores, los proveedores y el gobierno. En la Sección 3 se proporciona una breve reseña con base en la guía que proporciona un grupo de condiciones previas para la implementación exitosa de una competencia administrada, incluyendo una discusión de los riesgos a futuro para el sistema de salud. La Sección 4 aborda las lecciones relacionadas con la universalidad y la eficacia del seguro de salud y la atención médica en México que pueden derivarse de las experiencias en los Países Bajos. Una revisión de las precondiciones muestra que México está lejos de satisfacerlas, tal como fue el caso de los Países Bajos en la década de 1990. La Sección 5 constituye la conclusión de este artículo.

1. El Seguro de Salud y la Atención Médica en los Países Bajos

El seguro de salud en los Países Bajos está organizado en un plan de tres estratos. El primero de ellos es el seguro universal financiado con impuestos que cubre la atención excepcional de cuidados a largo plazo.¹ Estos servicios, que frecuentemente implican gastos altos y predecibles, fueron separados de los otros estratos en 1968. El segundo estrato consiste en el seguro básico de salud, que se practica con acceso universal y cubre un amplio rango de cuidados médicos, incluyendo médicos generales, hospitales, atención de emergencia y medicamentos prescritos. El tercer estrato incluye seguros de salud suplementarios para servicios que no están cubiertos por el seguro básico (2° estrato) y tampoco por seguro de cuidados a largo plazo (1° estrato). La cobertura universal no está asegurada para este estrato, y la gente tiene la libertad de adquirir cobertura adicional de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

¹ Los cuidados a largo plazo incluye la atención recibida en el hogar y los asilos para adultos mayores, la atención institucional para los individuos con discapacidad física o mental y la atención recibida por los pacientes psiquiátricos crónicos (Mot 2010). Se financia por medio de impuestos de nómina, que en 2011 fueron equivalentes al 12.15 por ciento sobre los primeros € 33,436 del ingreso (ajustado anualmente de acuerdo a la inflación).

Después de décadas de discusión, en junio del 2005 en el Parlamento de los Países Bajos se llegó a un acuerdo para una nueva Acta de Seguro de Salud que se hizo efectiva en enero del 2006 alterando la estructura financiera y organizacional del segundo estrato del sistema de seguros de salud.

Antes del 2006, el segundo estrato estaba dividido en dos partes: un plan de salud obligatorio sólo para las personas de bajos o medianos ingresos que garantizaba un seguro básico de salud para alrededor de dos tercios de la población. La gente con ingresos anuales por debajo del umbral (€ 33,000 en 2005) estaban obligados a entrar a un fondo para la enfermedad sin afán de lucro. Los fondos para la enfermedad eran financiados por medio de contribuciones sobre el ingreso, es decir, retenciones sobre la nómina directamente pagados por los empleadores. Los servicios eran proporcionados en especie, el fondo para la enfermedad pagaba directamente a los proveedores, y el asegurado rara vez veía una factura. Aquellos con ingresos mayores no tenían acceso a los fondos para la enfermedad y comúnmente compraban un plan de seguro privado sujeto a primas basadas en el riesgo y restricciones de exclusión. A partir de mediados de la década de 1980, se diseñaron varios esquemas de compensación para mantener la capacidad de aseguramiento de la gente con riesgos más altos pero dependientes del sector privado. Estos esquemas de compensación introdujeron aspectos de un seguro social al sector privado. El coaseguramiento y los deducibles eran prácticamente inexistentes para los clientes de los fondos para la enfermedad, pero eran importantes en los contratos de aseguramiento privados. Es importante destacar que ambos hacían uso de los mismos proveedores de servicios médicos, aunque con esquemas financieros muy diferentes.²

La introducción de una nueva Acta del Seguro de Salud se hizo posible como resultado del creciente descontento de la población con las prácticas continuas en el sector salud, aunque de acuerdo a la OCDE los indicadores de desempeño ciertamente no eran malos (Westert et al. 2009). Al paso de los años la demanda de servicios médicos había aumentado y los costos se habían elevado mucho más rápido que el ingreso nacional (Schut y Van de Ven 2005); un hecho que se observa en muchos países (OCDE 2010). Para controlar el crecimiento de los gastos de salud, se había introducido controles de precios y presupuestos máximos, lo que había resultado en un racionamiento de los servicios y había causado largas listas y periodos de espera para servicios esenciales. Lo que es más, el programa no promovía la eficiencia y la innovación, mientras que el acceso al aseguramiento (básico) estaba cada vez en mayor riesgo (Schut y Van de Ven 2005).

En un ambiente en el que las fuerzas del mercado recibían una aprobación más amplia (en la década de 1990 el sector de telecomunicaciones, los servicios postales y el transporte público fueron liberalizados), se acordó una reforma al sector salud con incentivos más orientados al mercado que combinaba el acceso universal con la competencia, con el objetivo de mejorar tanto la eficiencia como la calidad (Helderman et al. 2005). Las reformas siguen muy de cerca las propuestas realizadas por Enthoven (1978, 1988).

² Schut y Van de Ven (2005), Van de Ven y Schut (2008), Westert, Burgers y Verkleij (2009), y Schäfer et al. (2010) ofrecen presentaciones más exhaustivas del sistema que estuvo en funcionamiento de 1941 a 2006, de los problemas y ajustes durante las últimas décadas, y de las recientes reformas.

1.1 Lo esencial sobre el Acta de Seguro de Salud de 2006

Bajo la nueva Acta de Seguro de Salud, toda persona que sea residente legal de los Países Bajos está obligada a adquirir el paquete de seguro de salud básico que se determina legalmente.³ La distinción entre los fondos para la enfermedad y las aseguradoras privadas fue eliminada y ahora ambos pueden ofrecer el seguro de salud de cobertura básica a cada cliente.

Por su parte, las aseguradoras tienen la obligación de aceptar a cada solicitante sin importar sus condiciones preexistentes, su edad o cualquier otra característica individual. Todos los adultos pagan una prima directamente a la compañía aseguradora de su elección. Las primas para los menores de 18 años no tienen costo. Cada aseguradora establece su propia prima para competir y atraer clientes pero, dentro de la compañía aseguradora, cada cliente con el mismo plan de seguro paga la misma prima de tarifa comunitaria. Existen primas más bajas que sólo cubren servicios con proveedores preferidos, en vez de planes que cubran servicios de todos los proveedores. También existen diferencias de primas para planes con servicios en especie o planes de reembolso. Además, se permite un 10 por ciento de descuento sobre la prima estándar de un plan para contratos grupales. Los contratos grupales son adquiridos por los empleadores, los sindicatos, las organizaciones deportivas, las organizaciones de pacientes y otros grupos a nombre sus miembros. Se puede formar cualquier tipo de grupo, pero los descuentos están basados sólo en una membresía grupal, no en los riesgos de salud individuales.

Las aseguradoras reciben una compensación por medio de un “fondo de compensación de riesgos” por aceptar clientes de alto riesgo predecible (por ejemplo, adultos mayores o enfermos crónicos) para quienes la prima de tarifa comunitaria no cubre los costos previstos. El fondo de compensación de riesgos (VWS 2008) está compuesto por contribuciones sobre el ingreso pagadas por los empleadores—como una especie de retención sobre la nómina—a nombre de sus empleados a la oficina de recaudación. Por ley, las primas individuales y las retenciones sobre la nómina financian cada una el 50 por ciento del costo total del esquema de seguro de salud básico. Gracias a la compensación de riesgos, un contrato grupal con, por ejemplo, una organización de pacientes puede ser un cliente atractivo para las aseguradoras, ya que reciben una compensación por gastos mayores predecibles al tiempo que el tamaño del grupo le brinda ganancias a la compañía.

Los hogares con un ingreso laboral bajo o que viven de sus beneficios (es decir, pensiones de retiro, seguro por desempleo, beneficios por discapacidad, asistencia social) enfrentaron un aumento directo de sus gastos con la introducción de la prima de seguro de salud individual. Como una medida compensatoria, se habilitó un subsidio para servicios de salud relacionado con el ingreso. El subsidio es independiente de la prima pagada, por lo que todos tienen un incentivo para seleccionar una aseguradora que ofrezca los servicios deseados a un precio más bajo, fomentando así el empoderamiento del cliente.

³ En 2007, alrededor de un 2.8 por ciento de la población no había adquirido un seguro de salud o pagado la prima (CVZ 2008b). Las iniciativas han comenzado a cobrar a los deudores reteniendo la prima mas un 30 por ciento de multa sobre sus salarios o beneficios (CVZ 2011), pero no se les niega el acceso a los servicios.

El seguro de salud básico incluye un deducible obligatorio. Tanto la prima pagada a la aseguradora como el deducible tienen como objetivo aumentar la conciencia de los clientes sobre los precios. En los sistemas financiados por impuestos (generales o de nómina), los costos de los servicios de salud son con frecuencia invisibles para los clientes, como era el caso de las personas en los Países Bajos que estaban aseguradas por medio de un fondo para la enfermedad.

Los contratos se realizan por un año. Cada primero de enero, los ciudadanos tienen la libertad de dejar su aseguradora y contratar su seguro básico de salud con otra compañía. Las aseguradoras tienen la obligación de informar las primas para el año siguiente antes del 15 de noviembre de cada año.

1.2 El lado de la oferta: la provisión de servicios

La introducción de la nueva Acta del Seguro de Salud estuvo complementada por reformas en el lado de la provisión, con lo que se cambió el sistema orientado a la oferta con regulación de precios y limitación de presupuestos, por un sistema orientado a la demanda con más incentivos para proveer los servicios requeridos a costos alcanzables. Para entender por qué falló la provisión de servicios efectivos y cómo se creó una atmósfera en la que una gran reforma se hizo viable, es necesario conocer más detalles sobre la forma en que los proveedores de servicios de salud estaban financiados a principios de la década del 2000.

A partir de la década de 1970, el reembolso abierto de hospitales había sido sustituido por regulaciones cada vez más detalladas en cuanto a los precios y los presupuestos totales. Los hospitales y las aseguradoras determinaron una “producción acordada de acuerdo a lo esperado” que constituía la base para el presupuesto que recibían. La producción real no tenía efecto sobre el presupuesto anual. Los especialistas médicos, que regularmente trabajan en hospitales como profesionistas independientes, vieron su sistema de tarifa por servicio limitado por un tope máximo a mediados de los años 80. En el 2000 se designó una comisión para diseñar una clasificación de la Combinación de Diagnóstico y Tratamiento (CDT, similares a los Grupos de Diagnóstico empleados por Medicare) como un marco para una visión más realista de los costos.

Un ejemplo de incentivos perversos fue el pago de médicos generales o de cabecera (MG). Todos los hogares están obligados a registrarse con un MG que funciona como una puerta hacia el resto del sistema de salud y por lo tanto tiene un papel central. Los MG recibían una cuota fija por cliente registrado asegurado con un fondo para la enfermedad, mientras que los pacientes asegurados pagaban una “cuota por servicio”.

Los precios de los medicamentos con prescripción aumentaron rápidamente a partir de la década de 1980. A partir de los años 90, los fondos de enfermedad sólo podían reembolsar el costo de las más baratas de un grupo de medicinas con efectos similares. Más tarde, también se impusieron limitaciones para la inclusión de nuevos medicamentos en el paquete básico del seguro. Cuando las restricciones fueron levantadas en el 2000, los gastos por medicamentos empezaron a subir rápidamente de nuevo. Por medio de un trato con el gobierno y las aseguradoras, las farmacias acordaron dejar que los descuentos que recibían de la industria farmacéutica se reflejaran en los precios para el consumidor.

El control de calidad y la medición del rendimiento estaban tradicionalmente a cargo de los profesionales de la salud, lo que implicaba que no había información comparable disponible. A partir de 2002, ha habido un progreso importante con la recolección independiente de información, por ejemplo, a nombre del Sindicato de Consumidores. También se han fortalecido las estructuras de supervisión impuestas por el gobierno, tales como la Autoridad de Competencia de los Países Bajos (NMa) y la recientemente fundada Autoridad Holandesa de la Salud (NZa).

Bajo la nueva Acta de Seguro de Salud, las aseguradoras obtienen más derechos para negociar los precios y la calidad de los tratamientos y otros servicios con los proveedores, lo que incrementa los avances en cuanto a las CDT y la calidad de la información. No obstante, el alcance para una rápida introducción de las fuerzas del mercado es limitado debido a la costumbre de presupuestar y regular los precios. Una liberalización inmediata sólo llevaría al aumento de precios.

2. El Acta del Seguro de Salud en la Práctica Diaria

La nueva Acta del Seguro de Salud y las reformas que la acompañan fueron implementadas con la intención de combinar el acceso al seguro de salud universal con la elección del consumidor y la competencia entre las aseguradoras, proporcionando así incentivos para reducir costos al tiempo que se mejoran la eficiencia y la calidad de los servicios.

Hoy en día, cinco años después de que la nueva acta se puso en marcha, es posible hacer algunas observaciones acerca de los logros prácticos de las reformas. A continuación se presenta una revisión del mercado para los seguros de salud y las opciones elegidas por los consumidores, seguida de una evaluación de la influencia de las aseguradoras sobre los proveedores de servicios y la importancia (monetaria y reguladora) del gobierno.

2.1 La competencia en el mercado de los seguros

- Alrededor de 30 aseguradoras ofrecen seguros básicos de salud con un total de 55 planes diferentes. Los índices de Herfindahl-Hirschman muestran que en varias provincias hay aseguradoras con poder de mercado substancial –aunque menos que oligopolístico– y la misma conclusión aplica a los conjuntos de compra en los que cooperan las aseguradoras (CVZ 2008a; Vektis 2011). Cuatro grandes conglomerados –cada uno formado por varias aseguradoras formalmente independientes– cuentan con una parte de mercado conjunta de 80 a 90 por ciento (Greß et al. 2007). A partir de 2006, varias fusiones entre aseguradoras tuvieron lugar, lo que redujo lentamente las opciones de los consumidores (CVZ 2008a; Vektis 2011). Por otro lado, demasiados planes de seguros pueden reducir la competencia cuando los consumidores no pueden o no desean hacer el esfuerzo de comparar toda la información (Frank y Lamiraud 2009).

- La competencia severa a nivel de precios mantuvo la prima anual promedio en 2006 en alrededor de €1027, un precio menor al esperado por el gobierno, lo que resultó en pérdidas para las compañías aseguradoras. En 2007, la prima nominal fue de alrededor de 6 por ciento

más alta. En 2008 la prima se redujo a un promedio de €1040, debido a una reforma realizada al deducible.⁴ En 2009 y 2010 hubo aumentos relativamente menores, y en 2011 hubo uno substancial que resultó en una prima promedio anual de €1188 (Vektis 2011).

- Con la introducción de la nueva Acta del Seguro de Salud, 19 por ciento de la población cambió de aseguradora (Smit y Mokveld 2008). Una explicación para esta movilidad tan alta es que, bajo el Acta del Fondo para la Enfermedad, el cambio estaba esencialmente descartado; pero también las nuevas oportunidades para contratos grupales causaron movilidad. Considerando las diferencias de edades, género y educación, la movilidad entre los enfermos crónicos y los discapacitados fue tan grande como en la población en general (De Jong et al. 2008). Las primas más bajas y las ofertas grupales fueron las razones más importantes para cambiar, mientras que la calidad del servicio fue la razón menos importante (De Jong et al. 2008; Van den Berg et al. 2008). En años subsiguientes el número de asegurados que cambiaron compañía fue de alrededor de 4 por ciento (CVZ 2009b), una cantidad mucho menor que la que hubo cuando se introdujo la nueva acta; pero después del aumento substancial de la prima en 2011, 5.5 por ciento cambiaron (Vektis 2011). Hay que resaltar que la sola amenaza de cambio puede ser suficiente para mantener la competitividad.

2.2 Opciones de planes de seguro para los clientes

- El número de personas aseguradas por medio de contratos grupales ha aumentado continuamente de 53 por ciento en 2006 a 65 por ciento en 2011 (Vektis 2011), lo que implica que las aseguradoras compiten cada vez más para atraer grupos (empleadores, municipios, sindicatos, organizaciones de pacientes) en vez de individuos u hogares. El descuento promedio, legalmente limitado al 10 por ciento, disminuyó poco a poco al paso del tiempo hasta llegar a 5 por ciento en 2011 (Vektis 2011). Representar grandes grupos de asegurados aumenta el poder de regateo de la aseguradora con respecto de los proveedores de servicios de salud, lo que puede ser usado para estimular la mejora de la eficiencia y la calidad. Sin embargo, Boone et al. (2010) encuentran que los grupos localizados cerca del área de origen de una aseguradora obtienen descuentos menores que otros grupos, lo que contradice la hipótesis del regateo.⁵ Si el poder de regateo de la aseguradora fuera el problema principal, se esperarían un precio más bajo en la región de origen, en donde el poder de regateo es mayor. Parece que los descuentos grupales se usan principalmente para atraer clientes, los cuales tienden a venir de cualquier forma en las regiones de origen.

- También es posible realizar descuentos de la prima estándar si los clientes eligen voluntariamente un deducible más alto que el obligatorio de €170. Sólo un 6 por ciento de los asegurados eligen un deducible adicional. De ellos, en 2011 cerca de un 25 por ciento tomó el deducible adicional más bajo posible (€100) mientras que un 46 por ciento eligieron el máximo de €500 (Vektis 2011). A pesar de un desplazamiento hacia deducibles voluntarios

⁴ En 2006 y 2007 se organizó como un “reembolso de no reclamación”; a la gente que usara menos de €255 de servicios se le reembolsaba una parte de su prima. A partir de 2008 es un deducible “verdadero”, los primeros €150 (que se elevaron a €170 en 2011) de costos de atención médica son cubiertos por el consumidor.

⁵ Los antiguos fondos para la enfermedad tenían un monopolio local, y aunque hoy en día se les permite vender seguros en todo el país, aún tienen una posición muy fuerte en su antigua región de monopolio.

más altos en comparación con los años anteriores, el número de personas que eligen tener otros deducibles además del obligatorio sigue siendo pequeño.⁶

- Históricamente, los consumidores tenían planes de seguros de salud que cubrían a todos los proveedores. Las aseguradoras temen perder su reputación si fomentan planes de “proveedores preferidos” y se vuelven más estrictos que sus competidores en cuanto al acceso a proveedores fuera de contrato (Van de Ven & Schut 2009). Alrededor de un 70 por ciento de los consumidores tiene un plan que les brinda acceso sólo a los proveedores contratados, pero debido a la contratación no selectiva—las aseguradoras negocian contratos con prácticamente todos los proveedores—esto no impone restricciones de acceso ni tiene consecuencias financieras (NZa 2009). Con frecuencia, los servicios médicos de los proveedores fuera de contrato son reembolsados (parcialmente), aunque en este caso se observa un cambio. En 2007, 50 por ciento de los clientes disfrutaban un reembolso del 100 por ciento por proveedores fuera de contrato. En 2009, sólo un 28 por ciento obtiene un reembolso total por servicios fuera de contrato, mientras que un 32 por ciento recibe reembolso por menos del 80 por ciento de los costos de servicios fuera de contrato (NZa 2009).

- El seguro básico de salud es obligatorio, pero la gente tiene la libertad de comprar seguros suplementarios para servicios que no están cubiertos por el seguro básico. Las aseguradoras tienen la libertad de diseñar planes suplementarios de seguros y de determinar los criterios de aceptación. Cerca del 90 por ciento de los costos totales por servicios de salud están cubiertos por el paquete básico, lo que deja un 10 por ciento para los servicios adicionales (Boone et al. 2010). Los elementos más comunes en los paquetes suplementarios son: fisioterapia, cuidados dentales y atención alternativa. La gran mayoría de la población contrata seguros adicionales, pero el número ha disminuido lentamente de 93 por ciento en 2006 a 89 por ciento en 2011 (NZa 2009; Vektis 2011). Es posible obtener seguros básicos y suplementarios de distintas compañías, pero en la práctica sólo el 0.2 por ciento contrata con diferentes aseguradoras (Vektis 2011). La prima promedio para los seguros suplementarios ha crecido de €290 en 2006 a €362 en 2009, un aumento mucho mayor que el crecimiento de las primas para el paquete básico (NZa 2009). La aceptación sólo es legalmente obligatoria en el caso del paquete de seguro básico, pero hasta ahora las aseguradoras han sido generosas para aceptar clientes de seguros suplementarios (NZa 2009).⁷ Es poco probable que esta generosidad vaya a continuar por siempre, lo que conlleva riesgos para la movilidad de los consumidores, dada la venta conjunta de planes de seguros básicos y suplementarios.⁸

⁶ La efectividad de los deducibles actuales está en duda, ya que (debido a la fuerte oposición dentro y fuera del Parlamento), los costos de los MG y los medicamentos de prescripción no entran en ellos. Van Kleef et al. (2009) proponen un ‘deducible desplazado’: el deducible no debería cobrarse a partir de los primeros gastos de salud, sino sobre los costos por encima de un umbral determinado de manera individual por el uso de servicios de salud previstos. En dicho caso, también los adultos mayores y los enfermos crónicos tendrían un incentivo para evitar el uso excesivo de los servicios de salud.

⁷ Con la introducción de la nueva acta, las aseguradoras proclamaron la generosidad para lograr la aceptación del nuevo programa y al mismo tiempo evitar enormes costos administrativos y demoras (se requirió a todos los residentes que seleccionaran una aseguradora; revisar las condiciones preexistentes para los seguros suplementarios habría sido una tarea formidable).

⁸ Paolucci et al. (2007) encuentran que, cuando se puede emplear el seguro suplementario para la selección de riesgos en el seguro básico, la probabilidad de que sea usado como tal es alta. Ellos consideran que un sistema de compensación de riesgos es de suprema importancia para reducir las probabilidades de que ocurra una selección de riesgos por medio de los seguros suplementarios.

A pesar de la baja movilidad, las tendencias hacia los contratos grupales, los deducibles más altos y la menor cantidad de seguros suplementarios sugieren que la gente está buscando formas de reducir gastos en seguros de salud. A pesar del poder de mercado de la aseguradora, las primas siguen siendo insuficientes para cubrir los costos de los servicios recibidos (CVZ 2009b). Presumiendo que a largo plazo las aseguradoras no aceptarán pérdidas sobre el seguro básico, podrían aumentar las primas pero también podrían decidir ejercer su poder de mercado al contratar proveedores de servicios.

Una meta importante de la nueva estructura de seguros es que las aseguradoras, a nombre de sus clientes, sean motivadas a mejorar la calidad y la eficiencia de los proveedores de servicios de salud por medio de un comportamiento de compra activo. Los planes de seguro de salud con una prima menor como resultado de la selección de “proveedores preferidos” no son populares, no sólo porque los consumidores esperan que todos los proveedores estén cubiertos, sino porque varios hechos relacionados con el mercado de proveedores implican que la influencia de la aseguradora sobre la compra de servicios avance lentamente.

2.3 Influencia de las aseguradoras sobre los proveedores de servicios

- En 2006, sólo alrededor del 9 por ciento de los servicios hospitalarios se encontraba dentro del segmento negociable; este porcentaje aumentó a 20 por ciento en 2008 (CVZ 2009a) y a 34 por ciento en 2009 y 2010 (Van de Ven y Schut 2009; NZa 2010). La capacidad de ese porcentaje para generar presión y mejorar la eficiencia de los hospitales es cuestionable debido a que la mayor parte del financiamiento de los hospitales todavía se maneja de acuerdo al sistema previo de presupuesto. El diseño de las combinaciones diagnóstico-tratamiento (CDT) está en constante desarrollo, lo que crea un ambiente inestable en el que es difícil obtener información sobre la calidad y los costos. Además, debido al fondo para la compensación de riesgos y, en especial, dado que durante su desarrollo éste está acompañado por reembolsos retrospectivos, el riesgo financiero que las aseguradoras manejan en cuando a cuidados hospitalarios es bajo. Con un segmento negociable más amplio, un mejor sistema ex ante de compensación de riesgos y la abolición de los reembolsos ex post, puede haber mayor cabida para aseguradoras activas (Van de Ven y Schut 2009).

- La disponibilidad de información sobre la calidad y el desempeño de los hospitales es importante para la viabilidad de la selección de proveedores preferidos y las negociaciones con los hospitales. Regularmente, dicha información no estaba disponible, ya que las decisiones de tratamiento se dejaban a los profesionales. Desde la introducción del Acta de Seguro de Salud, la disponibilidad de la información aumentó, también debido a la presión de las organizaciones de pacientes (Van de Ven y Schut 2009). Hoy en día, sitios de internet como <http://www.kiesbeter.nl/>, <http://www.zorgkiezer.nl/> y <http://www.independer.nl/> dan a conocer información sobre las aseguradoras y los proveedores de servicios, en particular sobre hospitales y clínicas y, cada vez más, sobre MG, fisioterapeutas, dentistas y otros servicios.⁹ Aún pueden realizarse mejoras importantes en el aspecto de la medición del desempeño.

⁹ La información acerca de los servicios de las aseguradoras ha mejorado los niveles de servicios de algunas compañías de bajo desempeño (Hendriks et al. 2009). La competencia entre hospitales explica las diferencias

- Como antes, todas las personas deben registrarse con un MG local y pasar por su consulta antes de obtener acceso a más servicios. Para la mayoría de las personas, una consulta con su MG es el único contacto que tendrán con el sistema de salud. Los MG manejan cerca del 96 por ciento de todos los contactos (Westert et al. 2009). A menudo, los pacientes tienen una relación de largo tiempo con su “médico familiar”, y las aseguradoras no tienen éxito convenciéndoles de visitar a otro MG. Hoy en día, los MG están financiados por medio de un sistema mixto de cuota fija por cliente registrado y una (pequeña) cuota por consulta (NZa 2007), con un máximo de cuotas establecido por la Autoridad Holandesa de la Salud (NZa). Las comisiones reales tienden a estar más cerca de las tarifas máximas. Para las aseguradoras una buena relación con los MG es muy importante, porque como guardianes tienen una gran influencia en los costos totales de salud (NZa 2010). La mejora a la accesibilidad y la calidad es más común que la negociación sobre el precio.

- Con el apoyo de los cambios en la regulación de las farmacias, las aseguradoras obtuvieron un papel en el mercado para la prescripción de medicamentos, y han podido detener el rápido aumento de los precios (CVZ 2009a). La separación de los pagos de farmacia en aquellos relacionados con los medicamentos recibidos y aquellos causados por la infraestructura y otros servicios ha ampliado la comprensión de los costos. Hoy en día, varias aseguradoras sólo reembolsan medicamentos genéricos una vez que los productos de marca salen del periodo de patente (Van de Ven y Schut 2009). Cada vez más, las aseguradoras promulgan las “políticas de medicamentos preferenciales”, reembolsando medicamentos sólo con un precio que no esté por encima de el del medicamento más barato. Esto ha causado reducciones de precios debido a que las compañías farmacéuticas deseaban que sus productos calificaran para reembolso (CVZ 2009a). Las políticas preferenciales pueden ser exitosas porque las preferencias del paciente en cuanto a farmacias y medicamentos no son tan fuertes como sus preferencias en cuanto al MG (NZa 2010).

- Como las aseguradoras, los hospitales han mostrado un comportamiento de fusión o colaboración en grupos más grandes, lo que fortalece su posición ante las aseguradoras. Las iniciativas de integración vertical de aseguradoras con proveedores de servicios de salud (en Organizaciones de Mantenimiento de la Salud del estilo de las de EEUU), han ocurrido pocas veces y recibieron gran oposición política. No hay conciencia aún de los beneficios potenciales de los sistemas de servicios de salud integrados.¹⁰

El papel de las aseguradoras en la compra cobra cada vez más importancia, pero es un proceso lento en el que tanto las aseguradoras como los proveedores necesitan tiempo para reconocer las oportunidades. La falta de entendimiento en cuanto al desempeño y los costos reales de los proveedores de servicios de salud es un factor importante que complica las cosas junto con los riesgos financieros limitados que corren las aseguradoras en algunos mercados. Actualmente, el mercado de la prescripción de medicamentos es en donde las aseguradoras son más activas como compradoras de servicios, pero las iniciativas en otros mercados están progresando.

en desempeño en cuanto a indicadores de procesos (por ejemplo, operaciones canceladas poco tiempo antes de las mismas, diagnósticos dentro de 5 días, etc.) pero no en cuanto a los indicadores de egresos (por ejemplo, índices de mortandad) (Bijlsma et al. 2010). A nivel internacional, la disponibilidad abierta de la información sobre la calidad ha causado que los proveedores eviten daños a su reputación (Fung et al. 2008).

¹⁰ Hay que hacer notar que la integración vertical también tiene desventajas (Bijlsma et al. 2008; Douven et al. 2011).

Los consumidores, las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud tienen decisiones importantes que tomar dentro del marco de las normas y la reglamentación que deciden los legisladores. Hay aspectos de la influencia del gobierno que no se han resaltado aún pero que son muy relevantes para el funcionamiento del sistema de salud.

2.4 Flujos monetarios a través del gobierno

- Cerca de 6 millones de hogares (60 por ciento de la población) reciben un subsidio para servicios de salud de acuerdo a su ingreso (Van de Ven y Schut 2010). En 2011, la cantidad máxima de dicho subsidio, €835 por año (€1753 para las parejas) es pagado si el ingreso (conjunto) es menor a €19,890, mientras que un ingreso menor a €36,022 (€54,264 para parejas) califica para un subsidio menor (Belastingdienst 2010b). El umbral para la recepción de algún subsidio ha aumentado, lo que ha causado un crecimiento en el número de personas con derecho a dicho subsidio. El umbral para poder recibir el subsidio máximo ha aumentado con la inflación, pero el subsidio máximo mismo ha aumentado mucho más rápido debido al crecimiento de la prima por encima de la inflación. Por lo tanto, los gastos totales en subsidios de servicios de salud ha crecido rápidamente.¹¹

- Lo que es menos visible para la mayoría de las personas es la prima relacionada con el salario que pagan los empleadores al fondo de compensación de riesgos. La prima que depende del ingreso, y que se supone debe cubrir un 50 por ciento de los costos totales de los servicios básicos de salud, varió de un 6.5 por ciento en 2006 y 2007, a 7.2 por ciento en 2008, 6.9 por ciento y 7.05 por ciento en 2009 y 2010 respectivamente y 7.75 por ciento en 2011 (Belastingdienst 2011a). Estas primas sólo se pagan por los primeros €33,427 del ingreso (individual) total (en 2011, se ajustó anualmente para la inflación), por lo que la contribución máxima del individuo ha aumentado hasta €2500.

- Debido a las imperfecciones en el sistema de compensación de riesgos (por ejemplo, miles de enfermedades raras no son tomadas en cuenta), hay grupos substanciales de clientes sobre los que las aseguradoras pueden esperar perder dinero (Stam y Van de Ven 2008; Van de Ven y Schut 2010). Las aseguradoras se muestran renuentes a hacer arreglos para proporcionar servicios de alta calidad para estas personas vulnerables, con el objetivo de evitar atraer más clientes que impliquen pérdidas predecibles.

2.5 Otros problemas de regulación

- Las aseguradoras tienen la obligación de garantizar la recepción de servicios. Las ambigüedades legales con respecto a la exclusión de proveedores de servicios fuera del contrato y su reembolso implican que la contratación selectiva no está funcionando como debería (Van de Ven y Schut 2010).

¹¹ Van de Ven y Schut (2010) sugiere reducir las primas pagadas directamente a las aseguradoras y, al mismo tiempo abolir el subsidio para servicios de salud. Esto eliminaría los costos de la administración del subsidio para servicios de salud y simplificaría las regulaciones, pero no reduciría los incentivos para seleccionar una aseguradora. Podría incluso incrementarlos, ya que las diferencias relativas de primas entre aseguradoras se hace más grande. Lo que es más, se reducirían los incentivos para evadir el pago.

- El papel de los legisladores no es siempre transparente. Con frecuencia el Parlamento solicita medidas que no están en línea con las metas a largo plazo de la reforma implementada. Un factor importante en este caso es la oposición de grupos con intereses involucrados que pierden influencia o dinero debido a la implementación de más cambios. Esto va de médicos generales descontentos con la nueva reglamentación para establecimiento de precios, hasta el público en general que siente que su derecho a elegir un proveedor está siendo limitado. Parece que los legisladores no siempre están preparados para renunciar a su función tradicional de retener costos por medio de mecanismos de regulación de lado de la oferta.

3. Evaluación en Términos de las Precondiciones para la Competencia Administrada

Ahora, algunos años después de la implementación de la reforma al seguro de salud y de las varias reformas acompañantes de lado de la oferta, hay quienes están en contra de la reforma y quienes la consideran exitosa. Rosenau y Lako (2008) concluyen que la reforma en los Países Bajos no trajo los beneficios esperados. Los gastos en servicios de salud siguen creciendo y las primas se elevan. La satisfacción de los consumidores es baja y la calidad percibida ha reducido. No obstante, estas cifras provienen de encuestas de opinión de 2006 y 2007, cuando todos se vieron forzados a sufrir las molestias de los cambios impuestos. Por otro lado, Westert et al. (2009) reportan que cerca del 90 por ciento de los habitantes dan un juicio favorable acerca del servicio de salud holandés en general, lo cual no difiere mucho de 2005 (aunque hay un pequeño descenso en 2006, seguido de una recuperación). La advertencia de Rosenau y Lako (2008) de que quienes crean la política no deberían subestimar la oposición de los proveedores y profesionistas de servicios de salud, es sin duda correcta, pero no constituye una razón para no realizar cambios. Evidentemente, la economía no es el único factor relevante, pero hay suficiente evidencia de que los incentivos económicos son relevantes también en el sector salud.

La ocurrencia de un descenso de los gastos de salud en el futuro es incierta. Dado el estado de envejecimiento de la población, el reconocimiento de que, en promedio, los adultos mayores son los usuarios más caros de servicios de salud, y dadas las oportunidades en aumento debido al progreso tecnológico y la situación económica en general, no debería sorprendernos que las preferencias por el mantenimiento de la salud se traduzcan en gastos mayores. No hay razón para prohibirle a los hogares que gasten más en servicios de salud; pero no es recomendable permitir que los gastos públicos crezcan sin control cuando el gobierno tiene costos marginales altos de impuestos, tampoco es recomendable permitir gastos elevados debidos a acuerdos (públicos o privados) de cártel o poder de monopolio. El sistema reformado del seguro de salud debería garantizar que los gastos se hagan bajo circunstancias que proporcionan incentivos de eficiencia y calidad para todos los involucrados en el proceso de toma de decisiones (las compañías aseguradoras, los proveedores de servicios y los consumidores).

3.1 Precondiciones para un sistema de competencia administrada

Van de Ven et al. (2009) y Van de Ven (2010) presentan un conjunto de precondiciones que deben satisfacerse antes de introducir un sistema de competencia regulada:

- (1) Se requiere un sistema de compensación (ex ante) de riesgos; de otra forma, las aseguradoras no están preparadas para aceptar a todos sino que insistirán en seleccionar los “mejores riesgos”;
- (2) Las autoridades deben supervisar el funcionamiento de los mercados y el cumplimiento con las regulaciones, tanto en lo relacionado con la competencia, la calidad de los servicios y la solvencia de los competidores, como en cuanto a la protección de los intereses de los consumidores;
- (3) Los mercados deben ser transparentes; los consumidores deben tener la posibilidad de comparar seguros de salud (obligatorios y suplementarios) para poder hacer una elección informada de acuerdo a lo apropiado del seguro, mientras que para las aseguradoras la calidad y la eficiencia de los proveedores de servicios de salud debe ser transparente para facilitar la correcta toma de decisiones en cuanto a contratación;
- (4) La información dirigida a los consumidores sobre la calidad, el precio y el servicio de los proveedores de salud y las aseguradoras de salud, debe ser comprensible, relevante, objetiva y confiable, y debe estar a disposición de todos;
- (5) Las aseguradoras deben tener la libertad de contratar a los proveedores de su elección, habilitando así el establecimiento competitivo de primas;
- (6) Los consumidores deben tener la posibilidad de elegir su seguro; es decir, debe haber competencia entre las aseguradoras para atraer clientes;
- (7) Deben existir incentivos financieros para la eficiencia y la eficacia, tanto para las aseguradoras, como para los proveedores de servicio y los consumidores; sin esto, la competencia no contribuirá al control de costos y, en consecuencia las posibilidades de que exista el oportunismo serían eliminadas;
- (8) La posición de las aseguradoras y los proveedores deben estar sujetas a los poderes de mercados, los nuevos competidores deben tener la posibilidad de entrar a la competencia por el mercado y salir de ella por medio de la bancarrota debe ser posible como una consecuencia final.

Los Países Bajos estaban lejos de cumplir con estas condiciones a principios de la década de 1990, tanto para los fondos para la enfermedad como para el mercado de los seguros de salud privados (Van de Ven et al. 2009). Para aquellos obligados a obtener un seguro con un fondo para la enfermedad, no había ninguna otra opción: cada fondo tenía un monopolio regional. Los fondos para la enfermedad tenían contratos con todos los proveedores que tenían permitido brindar servicios. El paquete de seguro obligatorio era totalmente claro, pero los paquetes suplementarios y la calidad de los servicios recibidos no eran transparentes. Los proveedores no tenían definiciones estándar de sus productos, lo que dificultaba la comparación de los costos y la calidad. En el sector privado, los consumidores tenían la libertad de elegir una aseguradora, pero en la práctica

la elección era limitada, especialmente para los adultos mayores y las personas con condiciones preexistentes; las aseguradoras no tenían la obligación de aceptar clientes. Las aseguradoras podían diseñar planes a su satisfacción, reduciendo así la comparabilidad. Los incentivos financieros, virtualmente ausentes en los fondos para la enfermedad, eran aparentes en el sector privado. En un marcado contraste con los fondos para la enfermedad, la mayoría de los planes de seguro privados incluían pagos combinados y deducibles, con lo que imponían fuertes incentivos financieros a sus clientes. La compensación de riesgos no existía.

Para 2005 se habían realizado varias mejoras y se pudo vislumbrar el cumplimiento de las precondiciones (Van de Ven et al. 2009). Los consumidores que estaban obligados a tener un seguro por medio del fondo para la enfermedad ahora contaban con la libertad para elegir el fondo de su preferencia, aunque en la práctica la gran mayoría se quedaba con el fondo para la enfermedad regional. La introducción de la elección estuvo acompañado de la introducción de un sistema (rudimentario) de compensación de riesgos ex ante, e hizo que la Autoridad de Competencia prestara más atención. En cuanto a la comparación entre proveedores, la introducción de las CDT había mejorado la comparabilidad de los productos y los servicios. Desde 2005, los hospitales y las aseguradoras comenzaron a negociar precios para las CDT para alrededor del 9 por ciento de la producción de los hospitales. En el sector privado, empezó a haber más libertad para negociar precios con los proveedores de servicios, pero la falta de transparencia limitaba las posibilidades. Los riesgos financieros para las aseguradoras privadas se habían reducido en comparación con la década de 1990 debido a la introducción de seguros especiales para los adultos mayores y la gente con condiciones preexistentes, lo que esencialmente eliminó riesgos privados y la introducción de un elemento social.

Los cambios realizados entre 1990 y 2005 implicaban que las precondiciones para un sistema funcional de competencia administrada eran suficientes para permitir una reforma radical al seguro de salud, combinando la transparencia del plan de seguro de los fondos para la enfermedad, la compensación de riesgos y los incentivos financieros observados en el sector privado.

3.2 El futuro del sector salud en los Países Bajos

La fuerte competencia de precios entre las aseguradoras ha mantenido las primas de seguros por debajo de lo que inicialmente se esperaba pero, a pesar de que el tablero parece positivo en general, es necesario mantener un monitoreo continuo y realizar más mejoras en varios aspectos. Van de Ven (2010) identifica cinco temas clave que pueden amenazar el futuro de la competencia administrada que se ha implementado:

- (1) Las aseguradoras se muestran renuentes a la contratación selectiva de los proveedores, principalmente debido a la falta de información sobre la calidad de los proveedores de servicios de salud;
- (2) El sistema de compensación de riesgos ex ante debe ser mejorado, especialmente en lo referente a la compensación de pérdidas predichas sobre los enfermos crónicos y sobre las enfermedades raras pero costosas;
- (3) La responsabilidad en el caso de la bancarrota de un hospital es más bien confusa y debe ser aclarada; ¿quién es el responsable: el gobierno, o la aseguradora?;

(4) Actualmente, el seguro suplementario de salud (en el que se permite la selección) está íntimamente ligado al seguro básico de salud, y un efecto colateral de esto es que se reduce las posibilidades de elección y de movilidad de los enfermos crónicos;

(5) La práctica histórica del establecimiento de un presupuesto máximo para la salud aún puede observarse en las discusiones (políticas), mientras que la competencia administrada bajo un presupuesto global es una combinación no mantenible de dos mecanismos de control de costos.

Debemos ser conscientes de que la reforma del sector salud es un trabajo en proceso, y de que una de las razones para la abolición del sistema anterior era que su desempeño era subóptimo y estaba sujeto a la crítica creciente. Nadie ha propuesto una reinstauración del antiguo sistema de segmentos con fondos para la enfermedad y seguros de salud privados. Hasta ahora, las reformas han afectado principalmente al mercado de los seguros. En los años por venir las reformas se enfocarán más sobre los proveedores.

4. Relevancia para la Organización del Sector Salud en México

En México, como en los Países Bajos, el tema de la organización del sector salud ha sido el motivo de una larga discusión. Las varias reformas implementadas al paso de los años han generado un mosaico de incentivos y trabas que combinan aspectos del sistema de seguridad social con características del servicio nacional de salud. La opción de una reforma podría ser discutida más a fondo revisando las condiciones para la competencia administrada como se introdujo en los Países Bajos.

4.1 El seguro de salud y la provisión de servicios de salud en México

Actualmente, el seguro de salud en México está integrado verticalmente pero separado horizontalmente. Los trabajadores asalariados y sus dependientes tienen acceso a los servicios proporcionados por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), u otras instituciones de seguridad social.¹² Cada una de estas instituciones se encarga de todos los aspectos relacionados con los servicios de salud de sus afiliados. Por otro lado, la separación entre las cadenas de seguridad social es virtualmente del 100 por ciento: por ejemplo, los médicos que trabajan para el IMSS no pueden atender a personas afiliadas al ISSSTE. La competencia entre los institutos, los respectivos proveedores de servicios, los departamentos de finanzas, etcétera, es inexistente, y los incentivos para incrementar la eficiencia y reducir los costos son muy pocos. Hoy en día un segundo pilar se está expandiendo con la creación del Seguro Popular, un esquema de seguro de salud para la gente que no está cubierta por la seguridad social. La expansión a nivel nacional de este nuevo seguro

¹² La seguridad social está financiada por las contribuciones de los empleados y los empleadores, y por recursos públicos, con lo que se brinda acceso a los servicios a los empleados y sus dependientes. Las compañías pueden pagar a (algunos) empleados por concepto de honorarios o comisiones sin la obligación de pagar las contribuciones de seguridad social. Aunque esto es completamente legal, los trabajadores no están entonces cubiertos por la seguridad social.

comenzó en 2004 y se espera que tenga como resultado la cobertura universal del seguro de salud en un futuro cercano. Existe un sistema separado de proporción de servicios para los trabajadores afiliados al Seguro Popular, en donde la toma de decisiones en cuanto a la provisión de servicios es descentralizada para los 32 estados gubernamentales y sus sistemas de servicios de salud. Además, existe un pilar de seguros de salud privados que también cuentan con sus propias instalaciones. Estos servicios son accesibles para cualquiera que pueda pagar las cuotas, ya sea por medio de una aseguradora privada o (en su mayoría) por medio del pago del propio bolsillo de los clientes. El aseguramiento privado está dominado por planes de indemnización que proporcionan cobertura por gastos catastróficos de salud (tales como gastos hospitalarios mayores) en diagnósticos específicamente definidos.

La separación horizontal de los esquemas de seguros también existía en los Países Bajos antes de 2006, con un seguro de salud obligatorio disponible sólo para los grupos de ingresos bajos o medios. Una diferencia importante es que en México son los grupos de bajos ingresos quienes quedan fuera de la cobertura de la seguridad social. Asegurar un acceso igualitario y más equidad en el financiamiento de los servicios públicos de salud es por lo tanto un asunto de reforma más importante en México que en los Países Bajos. Otra diferencia es la clara separación entre el papel de las aseguradoras/compradoras de servicios y los proveedores de servicios de salud en los Países Bajos. La actual integración vertical del aseguramiento, la compra y la entrega de servicios en México podría contribuir a la eficiencia (como se ha observado en algunas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) de EEUU), si los incentivos se establecen correctamente. En el sector competitivo privado, casi no se observa ningún desarrollo de productos de servicios administrados de manera integral; esto se debe al pequeño tamaño del mercado y a la falta de aseguradoras especializadas en salud. Los planes de seguros privados en México normalmente no ofrecen la cobertura para los servicios de salud básicos, lo cual es una gran diferencia con el papel que tiene este tipo de compañías en los Países Bajos.

De acuerdo a las discusiones al respecto y las propuestas de reforma, parece haber espacio para realizar mejoras en la organización del sistema de salud en México (por ejemplo, Barraza-Lloréns et al. 2002; Frenk et al. 2006; Homedes y Ugalde 2009; Lakin 2010; Aguilera 2010). México gasta sólo el 5.9 por ciento de su PIB en salud, mientras que en los Países Bajos se gasta cerca del 9 o 10 por ciento del PIB en este sector. En México, los gastos generales de seguridad pública y salud llegan sólo al 2.8 por ciento del PIB, mientras que el 93 por ciento de los gastos privados restantes son pagos de bolsillo (OCDE 2010). Una reforma cuidadosa al sector salud que lo dirija hacia más posibilidades de elección para los consumidores, los proveedores de salud y las aseguradoras, podría aumentar aún más la accesibilidad, la calidad y la eficiencia. Es importante que los recursos extra se traduzcan en servicios más eficientes.

A pesar de las diferencias de contexto y de los objetivos de la reforma, el sistema mexicano comparte algunas características institucionales con el sistema holandés previo a 2006, y puede ser útil analizar las condiciones para la implementación de un modelo de competencia administrada para comprender mejor las oportunidades y restricciones existentes para la adopción de una política similar en México.

4.2 Precondiciones para la competencia administrada

En el Cuadro 1 se resume el estado de cada una de las precondiciones sugeridas por Van de Ven et al. (2009) y Van de Ven (2010) para un sistema de competencia administrada, revisada para los Países Bajos en la sección anterior, para los varios segmentos del sistema actual en México.

Un prerrequisito importante para el funcionamiento adecuado de un sistema en el que cada consumidor—rico o pobre, sano o enfermo—elige la compañía de seguros de su preferencia, es la existencia de un fondo de compensación de riesgos que compense a las aseguradoras por pérdidas predecibles. La compensación de riesgos evita que sólo los “mejores riesgos” sean de interés para la aseguradora; aun con una aceptación obligatoria como la que existe en los Países Bajos, sigue siendo importante minimizar las pérdidas predecibles y otros mecanismos de selección. Para desarrollar un fondo de compensación de riesgos se requiere contar con información detallada de los perfiles de riesgo, la capacidad de los productos y los precios realistas de los tratamientos médicos. La compensación de riesgos, en la actualidad no existe en México, las aseguradoras privadas son libres de elegir a quien ellos quieran, mientras que la seguridad social y protección social aceptan a cualquiera que cumpla con los requisitos legales. Dado el alto grado de desigualdad de ingresos puede ser difícil pensar en un sistema donde todas las personas están obligados a pagar directamente la prima (ver nota 11), sin embargo, para la introducción de la elección del consumidor es importante tener algo de compensación de riesgos, o como mínimo, conocimiento de los riesgos y las estructuras de costos.

Aunque el sistema en los Países Bajos se basa en la competencia, ésta es una competencia administrada. La reglamentación legal y las autoridades activas de supervisión deben garantizar que todas las partes involucradas se comporten de acuerdo a las reglas. La reglamentación legal está determinada por la Secretaría de Salud. Debido a la ausencia de un mercado en México, los consejos de supervisión difícilmente están activas en el sector salud. La posición de la Comisión Federal de Competencia y de la Procuraduría Federal del Consumidor en el sector salud va mejorando, pero aún es débil. Quizá la autoridad con un papel más fuerte sea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), que, sin embargo, se enfoca más sobre asuntos de salud no médicos. Las aseguradoras privadas también están sujetas a la supervisión de la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF) y la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financiero (Condusef). El marco de las autoridades de supervisión, con una extensión hacia la seguridad social, debe ser fortalecido.

La transparencia de la cobertura del seguro es bastante clara, debido a la gran estandarización de los paquetes que ofrecen las instituciones de seguridad social, e incluso más en el Seguro Popular.¹³ Entre las aseguradoras privadas no existe la transparencia, dada la falta de estandarización y una variedad de restricciones de exclusión. Con respecto a los productos médicos, el entendimiento de la calidad y el desempeño es muy limitado. Casi no hay información objetiva disponible, y si las aseguradoras tuvieran la libertad de contratar proveedores preferidos, sería difícil determinar a quién contratar.

¹³ En el IMSS y el ISSSTE no hay derecho a un paquete explícito de servicios, pero en general ofrecen un amplio espectro de intervenciones médicas. El Seguro Popular ofrece el derecho a un paquete bien definido de intervenciones.

Actualmente, el precio y la calidad de la información difícilmente son un asunto para los consumidores, dada la falta de opciones en el sector público. Para los proveedores privados, los “rumores” son una importante fuente de información de calidad, mientras que las estructuras tarifarias pueden ser complicadas. La medición del desempeño, la calidad y la disponibilidad de esa información tanto para las aseguradoras como para los pacientes son elementos necesarios si se quiere evitar que la competencia sólo se enfoque en el precio.

La libertad de las aseguradoras para contratar proveedores es prácticamente inexistente en el pilar de la seguridad social; debido a la integración vertical, es virtualmente imposible reemplazar un proveedor con otro. En el Seguro Popular hay más libertad legal para la contratación, pero en la práctica esa libertad es limitada porque a nivel estatal la implementación de una división comprador/proveedor no se ha logrado completamente. Por otro lado, las aseguradoras privadas tienen mucha libertad para reembolsar los servicios otorgados por proveedores preferidos o seleccionados.

Las opciones de elección de los consumidores son totalmente inexistentes en el sector público, pues el estatus del empleo determina la aseguradora indicada, y dentro de cada pilar, la elección entre proveedores es limitada. En el sector privado, la elección de una aseguradora es libre en teoría, pero en la práctica se ve limitada debido a las reglas de aceptación o exclusión de las aseguradoras.

Los incentivos para la eficiencia son menores en el sector público. Los presupuestos son retenidos por medio de una cuota basada en los salarios de los asegurados y una contribución del gobierno. El no cumplimiento con el presupuesto no necesariamente afecta a las aseguradoras o a sus proveedores (integrados). Los consumidores tienen todavía menos incentivos para solicitar solo los servicios estrictamente necesarios, ya que los co-pagos son también inexistentes. Con respecto al Seguro Popular, el oportunismo es una posibilidad seria, ya que prácticamente no se corrobora el ingreso establecido por el usuario de los servicios. En la práctica, el Seguro Popular es casi un seguro gratuito.¹⁴ En el sector privado, las aseguradoras son totalmente responsables por todos sus costos, y por lo tanto tienen un gran incentivo para ser eficientes. La mayoría de las aseguradoras privadas cuentan con un sistema de co-pagos y deducibles, lo que brinda a los consumidores un incentivo para reducir la demanda. Por el otro lado, los proveedores de servicios difícilmente están sujetos a incentivos de eficiencia, ya que se les paga por tratamiento. Básicamente obtienen un ingreso mayor si atienden a más clientes.

La última precondition para la introducción de una competencia administrada es la contestabilidad de los mercados. Por ahora, no existe la competencia entre aseguradoras, excepto en el sector privado. Sin embargo, dada la variedad de instituciones de seguridad social, hay cabida para la competencia si los consumidores tienen la opción de elegir el seguro de su preferencia (en cuyo caso el Seguro Popular debería ser una de las opciones). Tampoco para los proveedores hay mucho mercado, ya que están integrados en gran medida con los esquemas de seguridad o protección social. En situaciones locales, especialmente en comunidades pequeñas, a menudo no hay más que un proveedor que se encarga de todos los individuos, pero en áreas con una población

¹⁴ Las contribuciones individuales nunca tuvieron el objetivo de ser la fuente de financiamiento principal del *Seguro Popular*. En un principio, los dos deciles más bajos de ingresos estaban oficialmente exentos del pago de contribuciones, lo que recientemente se extendió al tercer y cuarto decil. En la práctica, sólo una pequeña minoría realmente contribuye.

más densa la competencia entre los proveedores de servicios de salud públicos podría lograrse si se hiciera una división entre el seguro y los proveedores.

A partir del Cuadro 1, es claro que se está lejos de satisfacer las precondiciones mencionadas. La situación de México es parecida a la de los Países Bajos a principios de la década de 1990 (Van de Ven y Schut 2009), cuando comenzaron las discusiones cruciales acerca de la reforma. Varios ajustes son necesarios antes de que México pueda estar listo para la competencia administrada en el sector salud. Aun cuando no se persiguiera un sistema similar, las observaciones tienen relevancia para la discusión en México.

Cuadro 1
Cumplimiento de las Precondiciones para la Competencia Administrada, México, 2010^{1/}

	Seguridad social ^{2/}	Seguro Popular	Privado
1 Compensación de riesgos	-	--	--
2 Regulación del mercado			
Autoridad de competencia	nd	nd	-
Autoridad de calidad	nd	nd	-/+
Autoridad de solvencia	nd	nd	-
Autoridad de protección al consumidor	nd	nd	-/+
3 Transparencia			
Seguro de salud	+	++	-
Productos médicos	-	-	-/+
4 Información del consumidor	-/+	-/+	-
5 Libertad de contrato	--	-	+
6 Elección del consumidor	--	--	-/+
7 Incentivos financieros para la eficiencia			
Consumidores	--	--	-/+
Aseguradoras	-	-	++
Proveedores	-	-	-
8 Mercados susceptibles a la competencia			
Aseguradoras suficientes	-	--	+
Proveedores suficientes	-	--	+

Notas: 1/ --: no se cumple en absoluto; -: no se cumple; /+: se cumple parcialmente; +: se cumple; ++: se cumple por completo; nd: no disponible. 2/ Nótese que la seguridad social consiste en varios pilares no integrados, con el IMSS (para los trabajadores del sector privado) y el ISSSTE (para los trabajadores del sector público) como las instituciones principales.

Fuente: El diseño del Cuadro se basa en el de Van de Ven et al. (2009, p.197) y Van de Ven (2010).

5. Conclusiones

Está por verse si todas las ventajas esperadas de la competencia administrada en los Países Bajos se materializarán a largo plazo. Un cambio en el sistema del seguro de salud es un proyecto a largo plazo en el que los objetivos pueden fácilmente perderse de vista durante el periodo de implementación. La presión ejercida por los participantes, cada uno por sus propios intereses, pueden fácilmente tener como resultado ajustes que resuelvan el problema pero que no ayuden a alcanzar los objetivos. Inicialmente, el énfasis en los Países Bajos se ha hecho sobre la reforma en el mercado de los seguros de salud implementada en 2006. La nueva Acta del Seguro de Salud combina un seguro de salud universal obligatorio con competencia entre las aseguradoras de salud. Realizar reformas continuas a una situación con competencia efectiva entre aseguradoras que usan su poder para reforzar el mercado de servicios de salud para lograr mejoras en cuanto a eficiencia y calidad, es un proceso mucho más lento y difícil.

En México, los cambios recientes en los sistemas de seguridad social (IMSS en 1997, ISSSTE en 2007) y la introducción reciente del Seguro Popular (desde 2004) aumentaron esencialmente la fragmentación y la segmentación, y la sustentabilidad del sistema sigue a discusión. Introducir más opciones para los consumidores en cuanto a seguros de salud y provisión de servicios puede generar opciones para mejorar la calidad al tiempo que se reducen los costos por medio de un desempeño más eficiente. No obstante, México no es como los Países Bajos, y actualmente las precondiciones para la introducción de la competencia administrada no se cumplen. Un modelo de competencia administrada basado en el aseguramiento privado no parece factible para México, por lo menos a corto plazo, dada la poca participación del sector de aseguradoras privadas. El papel principal de las aseguradoras privadas sigue siendo el de proveedoras de seguros suplementarios. No obstante, algo se puede aprender de las experiencias, y vale la pena reflexionar sobre la posibilidad de introducir algún tipo de competencia entre las aseguradoras y/o proveedores de servicios públicos. Dada la ausencia de una cultura del aseguramiento en general, es de esperarse que la gente esté más dispuesta a ejercer su derecho a elegir en cuanto a los proveedores de servicios, por lo que se puede argumentar que puede haber mayores ganancias en cuanto a eficiencia si se introducen más opciones en cuanto a la provisión de servicios de salud.

Una reforma comprehensiva del sector salud debe cubrir la estructura del aseguramiento, junto con una discusión de la organización de la función de la compra y la provisión de los servicios. Una estructura con una sola aseguradora, la cual se promueve con frecuencia debido a que puede mejorar la accesibilidad directamente, no es necesariamente preferible a un sistema de seguros más competitivo. Tener una sola aseguradora que compra servicios de salud de una gama múltiple de proveedores no necesariamente es mejor que tener varias aseguradoras. Con ambas alternativas, es importante diseñar mecanismos que aseguren que las funciones de aseguramiento y de compra se lleven a cabo tan eficientemente como sea posible. El empoderamiento de los consumidores y de los compradores por medio del uso de la información sobre precios y calidad podría contribuir a lograr mejoras en la eficiencia. Aunque, dentro del contexto de la OCDE, los gastos públicos de México en salud son bajos, es importante asegurar que los gobiernos, las aseguradoras, los proveedores y los pacientes sean consientes de los gastos, y que el espacio para el aumento del gasto público y una reducción de los pagos de bolsillo sean usados de forma efectiva.

También es importante distinguir entre los bienes públicos y los servicios de salud. La mejora a la salud pública no implica que todos los bienes y servicios producidos por el sistema de salud deban venir del sector público. La Secretaría de Salud, junto con otras agencias reguladoras, debe tener un papel importante como el guardián del sistema de salud, pero este papel debe ser distinto al que tienen las aseguradoras o los proveedores de bienes y servicios. Aun si no se persigue un modelo de competencia administrada, una revisión de la organización institucional que origine una división más clara entre las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión, y entre el papel de guardián de la Secretaría de Salud y otras agencias regulatorias que monitoreen el cumplimiento con la reglamentación y el desempeño, especialmente para los proveedores (incluyendo las clínicas) es de gran importancia para generar incentivos para la mejora de la eficiencia y la calidad.

Desafiar los derechos adquiridos no fue fácil en los Países Bajos, y tampoco lo será en México. El aseguramiento y la provisión son asuntos separados pero íntimamente relacionados, y la experiencia holandesa muestra que es crucial asegurar que las reformas en ambas esferas sean consistentes. Se requiere un gobierno con determinación y con un plan de reforma convincente que traiga ventajas para una gran parte de la población para construir una opinión pública positiva; algo que será necesario para obtener el apoyo suficiente para una implementación exitosa de dichas reformas.

Referencias

Aguilera, Nelly. “Una propuesta integral para mejorar el sistema de salud.” *Los grandes problemas de México*. vol. X: Microeconomía, editado por Castañeda. México: El Colegio de México, (2010): 343-375.

Baeza, Cristian y Packard Truman G. *Beyond Survival. Protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC/Palo Alto, Calif.: World Bank/Stanford University Press, 2006.

Barraza-Lloréns, Mariana, Bertozzi Stefano, González-Pier Eduardo y Gutiérrez Juan Pablo. “Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico.” *Health Affairs*, vol.21 no.3 (2002): 47-56.

Belastingdienst. Percentages bijdrage Zvw en mogelijke vergoeding. The Hague: Dutch Tax Administration. http://belastingdienst.nl/variabel/zorgverzekeringwet/bijdrage_zorgverzekeringwet/bijdrage_zorgverzekeringwet-08.html#P93_7978 (consultado el 25 de abril de 2011a).

Belastingdienst. Toelichting Aanvragen Zorgtoeslag. The Hague: Dutch Tax Administration. http://download.belastingdienst.nl/toeslagen/docs/toelichting_aanvragen_zorgtoeslag_2011_tg1731t12fd.pdf (consultado el 25 de abril de 2011b).

Bijlsma, Michiel, Koning Pierre, Shestlova Victoria y Aouragh Ali. “The effect of competition on process and outcome quality of hospital care. An empirical analysis for the Netherlands.” CPB Discussion Papers 157. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2010.

Bijlsma, Michiel, Meijer Arno y Shestlova Victoria. “Vertical relationships between health insurers and healthcare providers.” CPB Discussion Paper 167. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2008.

Boone, Jan, Douven Rudy, Dröge Carline y Mosca Ilaria. “Health insurance competition: the effect of group contracts.” CEPR Discussion Paper 7871. London: Centre for Economic Policy Research, 2010.

Boonen, L.H.H., Schut Frederik.T. y Koolman X. “Consumer channelling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market.” *Health Economics*, vol.17 (2008): 299-316.

- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Zorgcijfers kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 3e kwartaal 2008. Diemen: Health Care Insurance Board, 2008a.
- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Zorgcijfers kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 4e kwartaal 2008. Diemen: Health Care Insurance Board, 2008b.
- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Zorgcijfers kwartaalbericht 2009, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 1e kwartaal 2009. Diemen: Health Care Insurance Board, 2009a.
- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Zorgcijfers kwartaalbericht 2009, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 3e kwartaal 2009. Diemen: Health Care Insurance Board, 2009b.
- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Zorgcijfers kwartaalbericht 2010, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 1e kwartaal 2010. Diemen: Health Care Insurance Board, 2010.
- College voor Zorgverkeringen (CVZ).** Wanbetalers. Diemen: Health Care Insurance Board. <http://www.cvz.nl/verzekeringen/zvw/wanbetalers/wanbetalers.html> (consulted April 26, 2011).
- De Jong, Judith, Van den Brink-Muinen Atie y Groenewegen Peter.** “The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled.” *BMC Health Services Research*. vol.8 no.58, 2008.
- Douven, Rudy, Halbersma Rein, Katona Katalin y Shestalova Victoria.** “Vertical integration and exclusive vertical restraints between insurers and hospitals.” CPB Discussion Papers 172. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2011.
- Enthoven, Alain C.** “Consumer-Choice Health Plan: A National-Health-Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector.” *New England Journal of Medicine*, vol.298 no.13 (1978):709-720.
- Enthoven, Alain C.** *The Theory and Practice of Managed Competition*. North-Holland: Elsevier, 1988.
- Frank, Richard G. y Lamiraud Karine.** “Choice, price competition and complexity in markets for health insurance”. *Journal of Economic Behavior & Organization*, vol.71 no.2, (2009):550-562.
- Frenk, Julio, González-Pier Eduardo, Gómez-Dante Octavio, Lezana Miguel A. y Knaul Felicia Maria.** “Health system reform in Mexico 1: comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.” *The Lancet*, vol.368 (2006):1524-1534.
- Fung, Constance H., Lim Yee-Wei, Mattke Soeren, Damberg Cheryl y Shekelle Paul G.** “Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care.” *Annals of Internal Medicine*, vol.148 no.2 (2008):160-1.
- Greß, Stefan, Manouguian Maral y Wasem Jurgen.** “Health Insurance Reform in the Netherlands”. CESifo DICE Report 1/2007. Munich: Ifo Institute for Economic Research, (2007):63-67.
- Helderman, J., F.T. Schut, T. van der Grinten y W. van de Ven.** “Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.30, (2005):189-210.
- Hendriks, Michelle, Spreeuwenberg Peter, Rademakers Jany y Delnoij Diana M.J.** “Dutch healthcare reform: Did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time.” *BMC Health Services Research*, vol.9 no.167 (2009):1-9.
- Homedes, Núria y Ugalde Antonio.** “Twenty-Five Years of Convoluted Health Reforms in Mexico.” *PLoS Medicine*, vol.6 no.8 (2009):1-8.
- Lakin, Jason M.** “The End of Insurance? Mexico’s Seguro Popular, 2001 – 2007.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.35 no.3 (2010):313-352.
- Leu, Robert E., Rutten F.H., Brouwer Werner, Matter Pius y Rüttschi Christian.** “The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets.” *The Commonwealth Fund*, vol. 104, January 2009.
- Meijer, Sylvia, Douven Rudy y Van den Berg Bernard.** “Hoe beïnvloedt gereguleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?” *TPEdigitaal*, vol.4, (2010):39-49.
- Mot, Esther. S.** “The Dutch system of long-term care”. CPB Discussion Paper 204. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2010.

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).** “An optimal remuneration system for General Practitioners.” Utrecht: Dutch Healthcare Authority, 2007.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).** “Monitor Zorgverzekeringmarkt 2009. Trends en acties van de NZa”. Utrecht: Dutch Healthcare Authority, 2009.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).** “Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars.” Utrecht: Dutch Healthcare Authority, 2010.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).** OECD Health Data 2010 - Datos solicitados con frecuencia. Disponibles en línea: http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (2010).
- Paolucci, Francesco, Schut Erik, Beck Konstantin, Greß Stefan, Van de Voorde Carine y Zmora Irit.** “Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets.” *Health Economics, Policy and Law*, vol.2 (2007):173-192.
- Rosenau, Pauline y Lako Christian J.** “An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.33 no.6 (2008):1031-1055.
- Schäfer, Willemijn, Kroneman Madelon, Boerma Wienke, Van den Berg Michael, Westert Gert, Devillé Walter y Van Ginneken Ewout.** “The Netherlands: Health system review.” *Health Systems in Transition*, vol.12 no.1 (2010):1–229.
- Schut, Frederik. T. y Van de Ven Wynand P.M.M.** “Rationing and competition in the Dutch health-care system.” *Health Economics*, vol.14 (2005):S59-S74.
- Smit, Marieke y Mokveld Philip.** “Verzekerdemobiliteit en keuzegedrag. begin of einde van de rust?” Zeist: Vektis, 2008
- Stam, P. y Van de Ven W.P.M.M.** “De harde kern in de risicoverevening.” *Economisch Statistische Berichten*, vol.93 (2008):104-107.
- Van den Berg, Bernard, Van Dommelen Paula, Stam Piet, Laske-Aldershof Trea, Buchmueller Tom y Schut Frederik T.** “Preferences and choices for health care and health insurance.” *Social Science and Medicine*, vol.66 no.12 (2008):2448-2459.
- Van de Ven, W.P.M.M. y Schut Frederik T.** “Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States?.” *Health Affairs*, vol.27 (2008):771-781.
- Van de Ven, W.P.M.M., Schut Frederik T., Hermans H.E.G.M., De Jong J.D., Van der Maat, Coppen R., Groenewegen P.P. y Friele R.D** “Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag.” Den Haag: ZonMw, 2009.
- Van de Ven, W.P.M.M. y Frederik T. Schut.** “Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress.” *Health Economics*, vol.18 (2009):253-255.
- Van de Ven, W.P.M.M. y Frederik T. Schut.** “Is de Zorgverzekeringswet een success?” *TPedigitaal*, vol.4 (2010):1-24.
- Van de Ven, W.P.M.M.** “Managed competition in health care: evaluation of the Dutch health insurance reform.” Presentación en la 8^a Conferencia Europea sobre Economía de la Salud (ECHE), Helsinki, 9 de julio 2010.
- Van Kleef, R.C., Beck K., Van de Ven W.P.M.M. y Van Vliet R.C.J.A.** “Risk equalization and voluntary deductibles: A complex interaction.” *Journal of Health Economics*, vol.27 (2008):427-443.
- Van Kleef, R.C., Van de Ven W.P.M.M. y Van Vliet R.C.J.A.** “Shifted deductibles for high risks: More effective in reducing moral hazard than traditional deductibles.” *Journal of Health Economics*, vol.28 (2009):198-209.
- Vektis.** “Zorgthermometer 2011. Verzekerden in beweging.” Zeist: Vektis, 2011.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS).** “Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands.” The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport, June 2008.
- Wagstaff, Adam.** “Social health insurance reexamined.” *Health Economics*, vol.19 (2010):503-517.
- Westert, Gert P., Burgers Jako S. y Verkleij Harry.** “The Netherlands: regulated competition behind the dykes?” *BMJ: British Medical Journal*, vol.339 (2009):839-842.