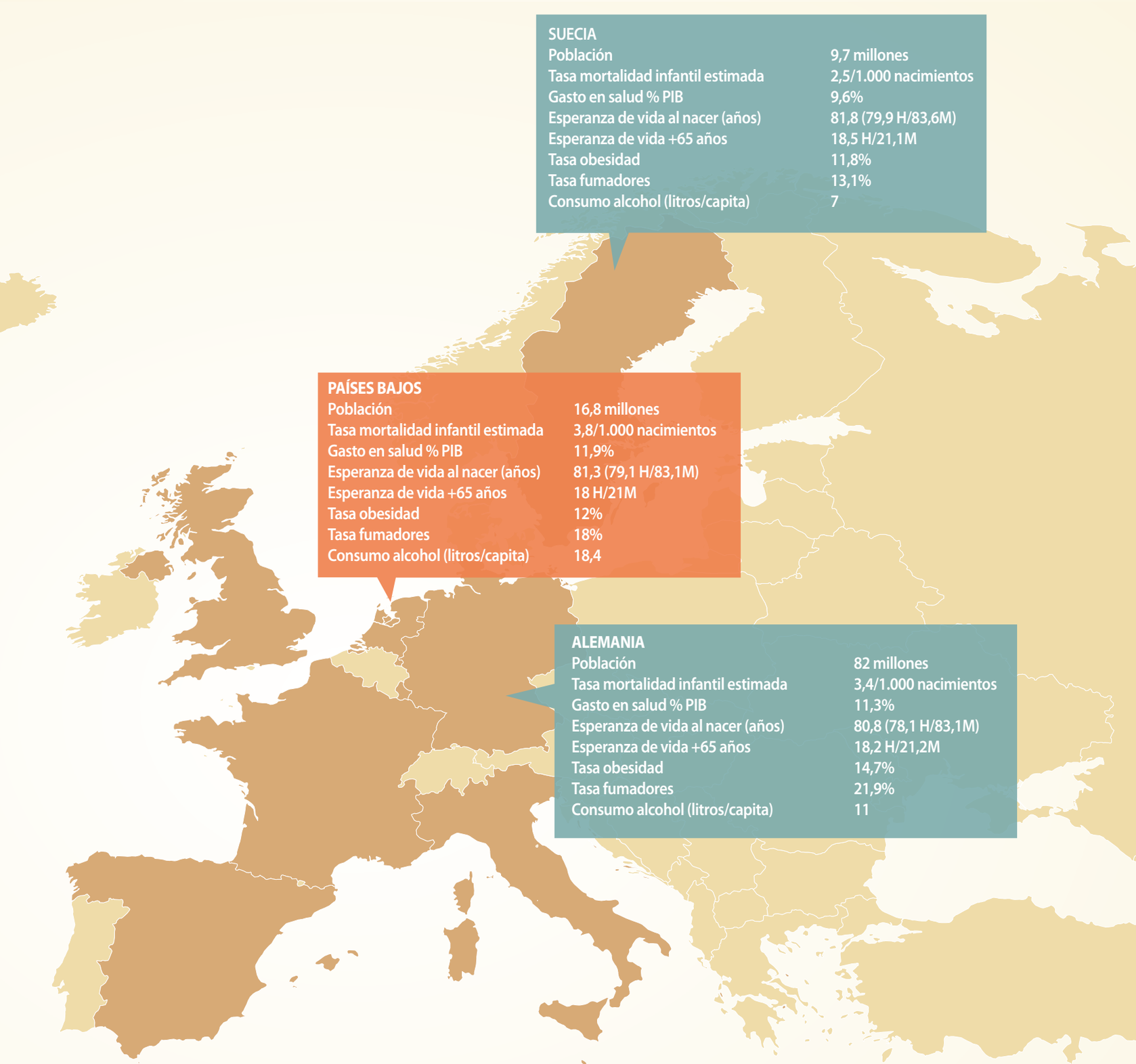
Los sistemas sanitarios en Europa (segunda parte)



En el primer bloque de este estudio publicado en el número anterior, hemos analizado los principales indicadores de salud que caracterizan siete países europeos. En el presente artículo, nos adentraremos en las particularidades de los modelos sanitarios de los Países Bajos, Suecia y Alemania.

En el Viejo Continente domina una gran heterogeneidad entre los más de 50 países y los 743 millones de habitantes que actualmente lo pueblan, y en este espacio de diversidad también se encuentra la sanidad, que se rige por dos modelos principales: Beveridge y Bismarck. El primero se basa en el sistema nacional de salud, es decir, la financiación viene mayoritariamente a través de los impuestos. Italia y Suecia estarían dentro de este grupo. En cambio, otros países, como Alemania o Países Bajos, aplican un modelo sanitario de seguridad social (Bismarck) en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los fondos de enfermedad se organizan según las categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. El Reino Unido fue el impulsor del modelo Beveridge, después de que en 1942 el Gobierno británico publicara el Plan Beveridge, llamado así por su autor principal, Lord Beveridge, y que puso las bases del primer sistema unificado de seguridad social. Por su parte, el modelo Bismarck es el más antiguo de Europa y fue diseñado por el Canciller alemán Otto von Bismarck hace más de 120 años, con el propósito de introducir el seguro social en Alemania para promover el bienestar de los trabajadores.

Una de las diferencias fundamentales entre ambos modelos es el acceso a los servicios médicos. Así, mientras en el modelo Bismarck, el paciente tiene que pasar obligatoriamente por el médico de cabecera para acudir al especialista, en el modelo Bismarck, puede acceder directamente al especialista.

SNS: Sistema Nacional de Salud. SSS: Sistema de Seguridad Social.

Principales características de los modelos sanitarios

	Suecia	Alemania	Países Bajos
Tipo sistema sanitario	SNS	SSS	SSS
Modo de provisión en AP	Pública	Privada	Privada
Provisión pública en hospitales	98%	49%	0%
Libertad elección médico AP	limitado	Sí	Sí
Filtro para acceso a especialistas	Limitado	Sí	Sí
Listas de espera como problema público	Sí	No	No

Copago pacientes

	Suecia	Alemania	Países Bajos
Atención primaria	sí	no	sí
Atención especializada ambulatoria	sí	no	sí
Ingreso hospitalario	sí	sí	sí
Urgencias	sí	sí	sí
Fármacos con receta	sí	sí	sí

Acceso a los servicios sanitarios

La atención primaria exime de copago a los habitantes de Alemania, mientras que en Suecia y Países Bajos, los ciudadanos deben aportar una cantidad económica para poder ser atendidos en estos centros primarios. El país germano abolió el copago en atención ambulatoria en 2013, momento en el que los ciudadanos dejaron de abonar los diez euros trimestrales que venían pagando desde 2004. El copago fue una medida implantada por el socialdemócrata Gerhard Schröder para apaciguar el déficit de Sanidad y moderar el incremento de consultas médicas.

En 11 países de la UE-15, la consulta ambulatoria a especialistas tiene copago, casi en el 73% de los países UE-15. En los Países Bajos y Suecia los ciudadanos abonan un copago para consulta ambulatoria a especialistas. Estos mismos países también aplican un copago a la hospitalización. Mientras que en otros países como Reino Unido, Italia o España, la hospitalización continua siendo gratuita, sin copago. Por último, los servicios de urgencias son gratuitos en Reino Unido y España, pero existe el copago en Italia, Suecia, Alemania, Francia y Países Bajos.

El informe Euro Health Consumer Index se calcula a partir de la combinación de estadísticas públicas, encuestas a pacientes y una investigación independiente llevada a cabo por Health Consumer Powerhouse

Informe sobre Euro Health Consumer Index 2014

Países Bajos	**898**
Suiza	851
Noruega	851
Finlandia	846
Dinamarica	836
Bélgica	820
Islandia	818
Luxemburgo	814
Alemania	**812**
Austria	780
Francia	763
Suecia	**761**
Portugal	722
Reino Unido	718
República Checa	714
Escocia	710
Macedonia	700
Estonia	677
España	**670**
Eslovenia	668
Eslovaquia	665
Italia	648
Irlandia	644
Coracia	640
Chipre	619
Hungría	619
Letonia	601
Malta	593
Grecia	561
Bulgaria	547
Albania	545
Polonia	511
Lituania	510
Serbia	473
Montengero	463
Rumanía	453
Bosnia Hercegovina	420

En 2013 en los Países Bajos, había 131 hospitales y 106 clínicas especializadas, incluyendo ocho centros médicos universitarios. Prácticamente todos estas organizaciones son privadas y sin ánimo de lucro.

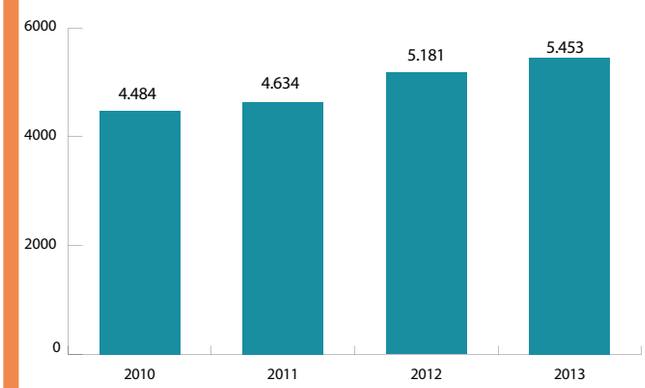
PAÍSES BAJOS

Según el informe *Euro Health Consumer Index* (EHCI) que elabora la organización *Health Consumer Powerhouse*, los Países Bajos obtienen el primer puesto en excelencia global sanitaria. Este informe evalúa la calidad del sistema de salud de 35 países de Europa, partiendo de cinco parámetros: derechos de pacientes e información, listas de espera, resultados, servicios cubiertos y productos farmacéuticos. En el último informe de 2014, este país se mantiene en la cima, consiguiendo 898 puntos de un máximo de 1.000 posibles, seguido por Suiza, Noruega, Finlandia y Dinamarca.

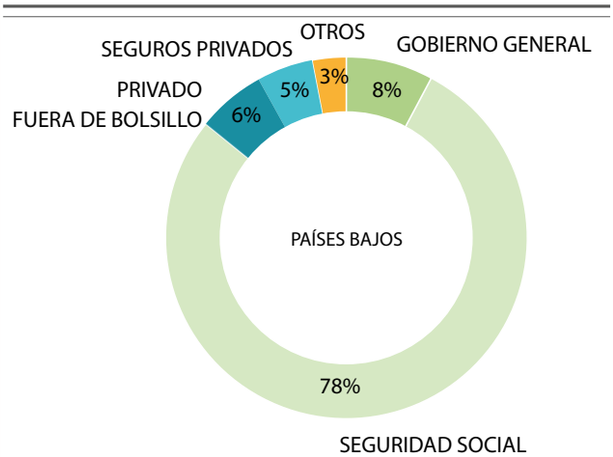
Según apunta esta clasificación, el modelo sanitario de este país es el mejor por su estructura y organización; además, el paciente tiene un papel muy importante. En 2006, los Países Bajos renovaron su sistema sanitario con el consenso de todos los partidos tanto de izquierda como de derecha. Se puso en marcha, entonces, un nuevo sistema de financiación y prestación de servicios, en el que el Estado se encarga de la financiación y planificación de los servicios esenciales de salud, mientras que la gestión de los servicios sanitarios queda en manos de aseguradoras privadas que deben proporcionar por ley una cobertura sanitaria a toda la población. Por lo tanto, las compañías de seguros tienen prohibido rechazar a los pacientes en función de su edad o de su historial clínico, incluso reciben unos incentivos por parte del Estado en el supuesto de que un paciente de algún grupo de riesgo contrate una póliza.

En dicho informe también se observa que los países con mejor calidad de vida y mayor satisfacción en la atención sanitaria recibida son los nórdicos o centroeuropeos, entre ellos Suiza, Dinamarca, Islandia, Luxemburgo o Suecia. Durante siete años consecutivos, el modelo de los Países Bajos ha arrasado en este ranking elaborado por Health Consumer Powerhouse.

TOTAL DE GASTO EN SALUD PER CÁPITA
(en euros)



GASTO EN SALUD POR TIPO DE FINANCIAMIENTO
(o años más próximo)



The Netherlands do not account for fixed deductable payable by patients (350 EUR per year) as out-of-pocket spending, resulting in an underestimation

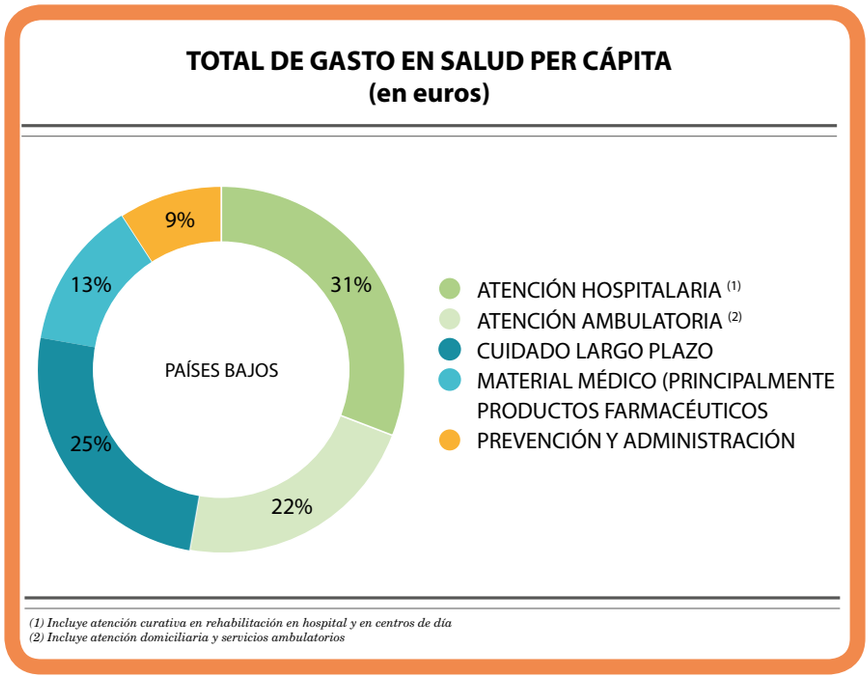
Número de médicos por 1.000 habitante **3,1**

Número de consultas anuales per capita **6,1**

Por ley, los grupos de riesgo no pueden quedar excluidos de los seguros privados

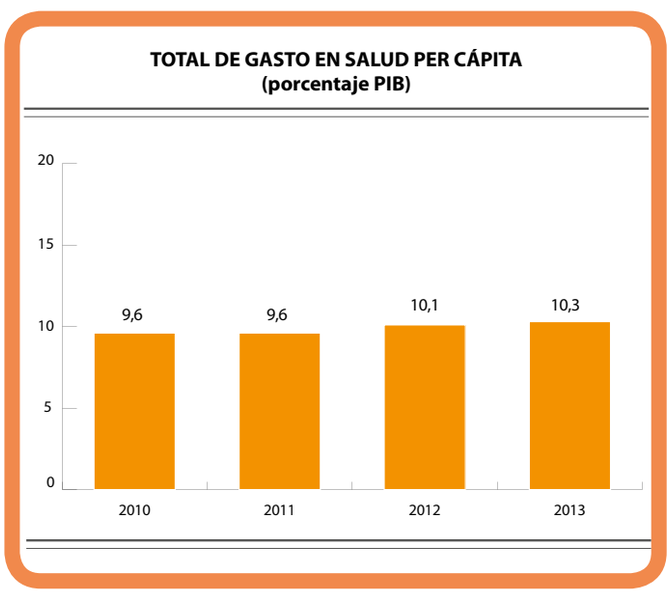
El ciudadano holandés valora positivamente este sistema porque prefiere pagar más por un servicio mejor y por tener la libertada de elegir el médico

En 2013, los Países Bajos contaban con 40.000 profesionales registrados como médicos: 12.195 eran médicos de atención primaria y 20.000 especialistas



Sistema que promueve la competencia entre compañías aseguradoras privadas

El gasto en salud representó el 12,9% del PIB en 2013, el segundo más elevado después de Estados Unidos



El coste por habitante en salud es muy elevado respecto a otros países de Europa. Actualmente esta cantidad ronda los 4.000 euros anuales. Sin embargo, la calidad y cantidad de servicios está muy bien valorado por los holandeses

Financiación

En este país europeo, la financiación (a través de cajas aseguradoras) como la prestación de servicios sanitarios es de gestión privada, mientras que el Estado se encarga de regular y controlar. El seguro holandés es financiado por el Gobierno, las empresas (a sus empleados) y los asegurados, que pagan una cuota mensual que ronda los 100 euros por adulto (los niños están incluidos en la póliza de los padres) y con la que pueden acceder a los médicos de cabecera, especialistas y obstetras, así como dentistas hasta los 18 años, urgencias ambulatorias, algunas medicinas y asistencia prenatal. Los ciudadanos de este país pueden elegir la aseguradora y cambiarla anualmente. Por su parte, las compañías se encargan de contratar los servicios a médicos y hospitales. Un 99% de la población de este país está cubierto por un seguro privado de salud.

Además, para las personas que no pueden hacerse cargo del sobrecoste sanitario, el Estado mantiene una serie de ayudas en función de los ingresos de sus ciudadanos. Las ayudas públicas para ayudar a pagar el seguro son recibidas por casi el 70% de los hogares de este país. A parte de la póliza privada, el ciudadano holandés también abona cada año una cantidad parecida al copago, que ronda los 200 euros. Este saldo le sirve para las primeras visitas al médico especialista o a la farmacia. De este modo, cuando se agota esta cantidad abonada entra en juego el seguro privado.

En los Países Bajos, los ciudadanos acceden a los servicios sanitarios a través de los médicos de medicina generalista, también llamados médicos de cabecera, que actúan como filtro a los demás servicios del sistema.

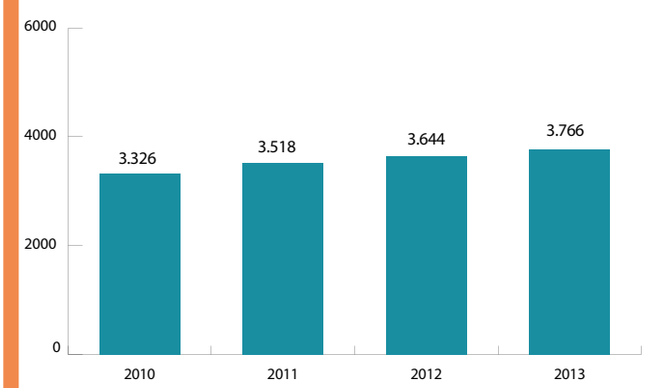
SUECIA

En el sistema de salud sueco participan tres órganos independientes. El Estado se responsabiliza de las políticas sanitarias, pero la financiación y provisión de servicios son ejecutadas por las regiones y los 290 municipios. En este país escandinavo la mayoría de hospitales son públicos, aunque también hay algunos centros privados gestionados por organizados con o sin ánimo de lucro. Los médicos suecos son asalariados del proveedor de servicios tanto en el sector público como privado. A los especialistas de ambulatorio y hospitalarios se les paga en base a GRDs, dietas y pagos por rendimiento.

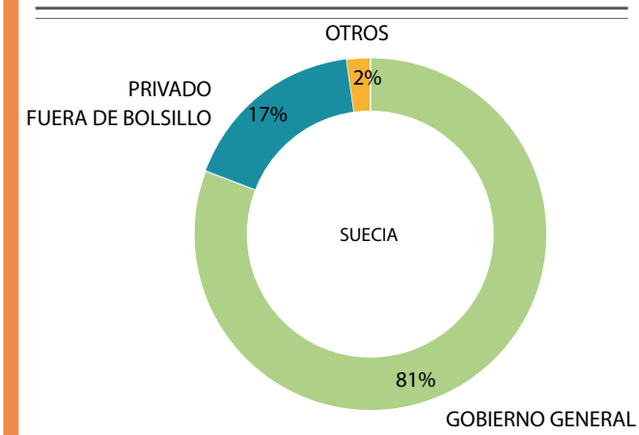
Los costes en atención primaria han ido en aumento en los últimos años, y la tendencia ha llevado a las diputaciones provinciales a comprar servicios de proveedores de salud privados. La gran mayoría de hospitales suecos son públicos, aunque también los hay privados, gestionados por organizaciones con o sin ánimo de lucro.

El gasto total en salud representó el 9,5% del PIB en 2013 para este país escandinavo. Si analizamos la evolución de dicho gasto en los últimos años, observamos que se ha mantenido la tendencia al alza.

TOTAL DE GASTO EN SALUD PER CÁPITA
(en euros)



GASTO EN SALUD POR TIPO DE FINANCIAMIENTO
(o años más próximo)



Financiación

La sanidad sueca se rige por el modelo Beveridge, es decir, es financiada a partir de impuestos locales complementados con algunos nacionales. Asimismo, el gobierno central proporciona a las regiones y municipios ayudas y subvenciones para equilibrar las diferencias socio-económicas de los distintos territorios.

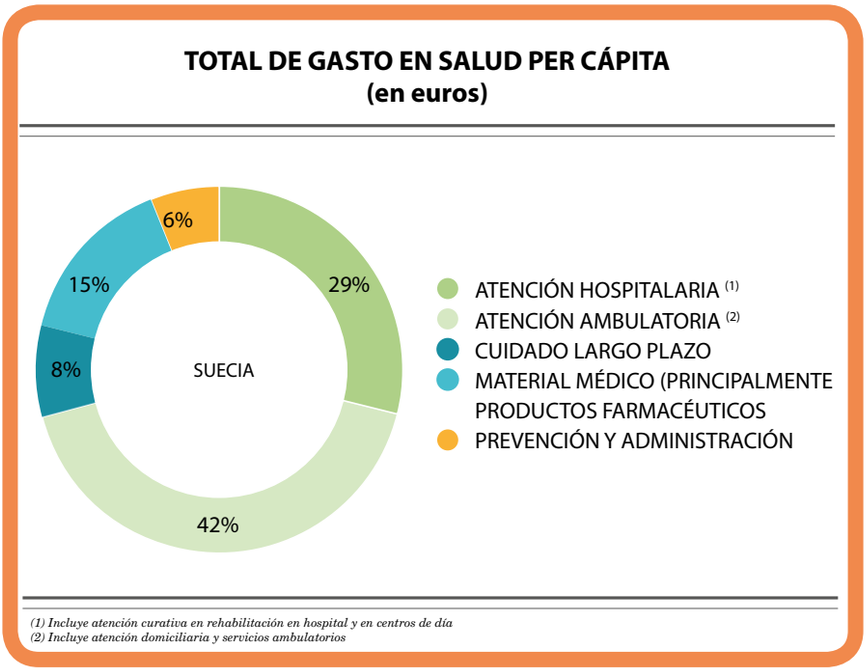
Por su parte, en Suecia también existe el seguro privado, que cubre el 2,5% de la población, jugando un papel suplementario (por ejemplo, permite un acceso más rápido a determinados servicios). A diferencia de España, que también aplica el modelo Beveridge, en Suecia sí que existe el copago para la mayoría de servicios hospitalarios. Existe una cantidad anual máxima por cada persona de 101,48€ para servicios sanitarios y de 202,96 € para medicamentos. Las cantidades de cada copago son fijadas por los regiones mientras que el límite máximo está establecido a nivel nacional. Las regiones gestionan la mayoría de centros de AP y hospitales, aunque la tendencia de los últimos años muestra un claro ascenso de los proveedores privados en estos centros.

Número de médicos por 1.000 habitante **3,9**

Número de consultas anuales per capita **3,5**

En Suecia sí que existe el copago para la mayoría de servicios hospitalarios

En Suecia hay cerca de 65 hospitales centrales y nueve hospitales regionales



El gobierno central proporciona a los condados y ayuntamientos ayudas y subvenciones para equilibrar las diferencias socioeconómicas de los distintos territorios

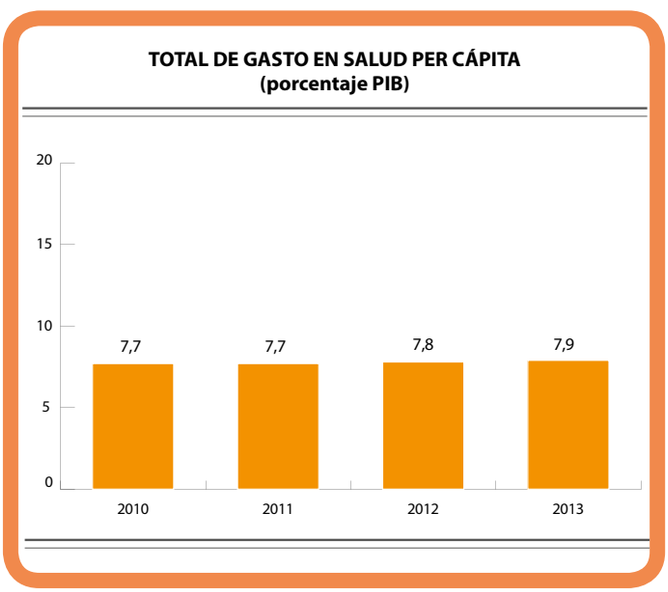
Acceso y coberturas

La población sueca tiene libertad para elegir el médico en los centros de atención primaria. En este caso, el médico generalista no ejerce de filtro para el acceso a especialistas, pero hay incentivos económicos para pasar primero por el médico de AP. En definitiva, el sistema de atención primaria sueco es amplio y grande. Todos los ciudadanos pueden elegir su médico de familia (sólo el 20% de los médicos son generalistas). En Suecia hay cerca de 65 hospitales centrales /distritales, y nueve hospitales regionales. Alrededor del 17% de la financiación total del gasto en salud es privado, predominantemente de los usuarios.

Para acceder a los servicios de hospitalización, la población de Suecia también aporta una tarifa diaria de 9 € para los primeros 10 días y 6 € por el resto de días de hospitalización. En cuanto a las consultas a especialistas, se paga un máximo de 40 €.

Cuando el paciente ha sobrepasado este límite, el resto de consultas para completar los 12 meses son gratuitas. Esta regla se aplica a todo el país menos en Estocolmo, donde la cantidad máxima por año es mayor.

En Suecia, uno de los países europeos que promovió el Estado del Bienestar en los noventa, también ha introducido algunas reformas sanitarias en los últimos años. La llegada al poder del gobierno conservador de Carl Bildt propició un cambio en el modelo sanitario del país. Básicamente se introdujo la lógica del mercado dentro del sistema de salud, se privatizaron algunos ambulatorios, centros médicos y hospitales, junto con la subcontratación de servicios. Las compañías de salud son libres para crear centros médicos y los ciudadanos de Suecia pueden escoger dónde ir, al público o al privado. Aunque, mayoritariamente los hospitales son públicos, y cerca del 27% de los servicios sanitarios son proporcionados por empresas privados.



El médico generalista no ejerce de filtro para el acceso a especialistas, pero hay incentivos económicos para pasar primero por el médico de AP

ALEMANIA

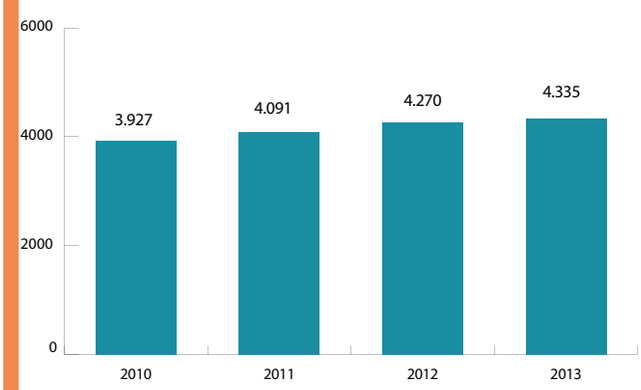
Alemania es el país más poblado de la Unión Europea, viven en él 82 millones de personas. El Seguro Sanitario Estatutario (SSE) alemán es considerado el primer sistema de seguridad social establecido en el mundo.

Este país cuenta con un sistema obligatorio de salud con multitud de cajas tanto públicas como privadas y una mezcla de oferta de servicios también pública y privada. Cerca del 88% de la población en Alemania está cubierta por un seguro obligatorio y el resto privado (autónomos y personas con altos salarios que pagan un seguro voluntariamente) o por seguros de tipo beneficencia. Desde 1995, tener un seguro de cuidados de larga duración es obligatorio para toda la población, tanto a través de seguros públicos como privados.

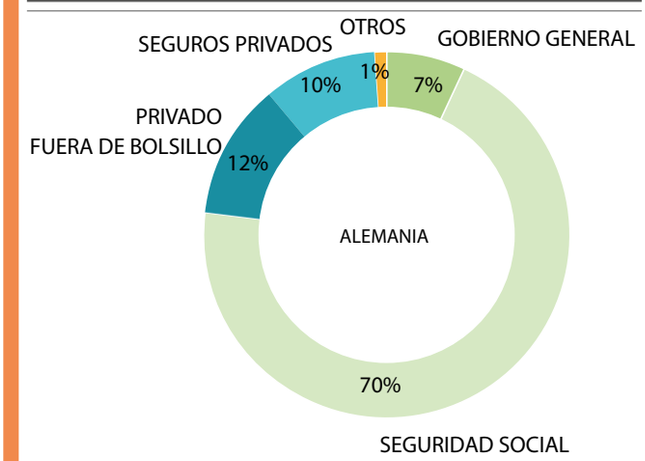
En Alemania hay que separar el sistema de pensiones y bajas, que tributa de forma separada al sistema de salud. Sanidad funciona a través de un sistema de cajas de salud públicas, constituidas por empresas aseguradoras sin ánimo de lucro. El trabajador es libre de elegir la caja de salud, a la que se la paga un 15% del sueldo, la mitad la paga el trabajador y la otra mitad el empleador. Por su parte, también existe la posibilidad de asegurarse por vía privada, pagando una cantidad fija. A este tipo de seguro acceden las personas con sueldos muy elevados. En el país germano también existe el sistema sanitario privado (Private Krankenversicherung-PKV), que cubre cerca del 15% de la población alemana. Este seguro está previsto por los trabajadores por cuenta ajena con sueldos superiores a 50.850 euros y para los autónomos, que también están obligados a asegurarse. A diferencia del seguro público, las primas no vienen calculadas en base a la renta, sino en base a la edad, al sexo, al estado de salud y a la prestación requerida.

Las competencia en materia de sanidad se distribuyen desde el gobierno central (Asamblea Federal, Ministerio de Salud y Seguridad Social) y los 16 Länders que intervienen en la planificación de algunos servicios y la inversión en hospitales y centros

TOTAL DE GASTO EN SALUD PER CÁPITA
(en euros)



GASTO EN SALUD POR TIPO DE FINANCIAMIENTO
(o años más próximo)

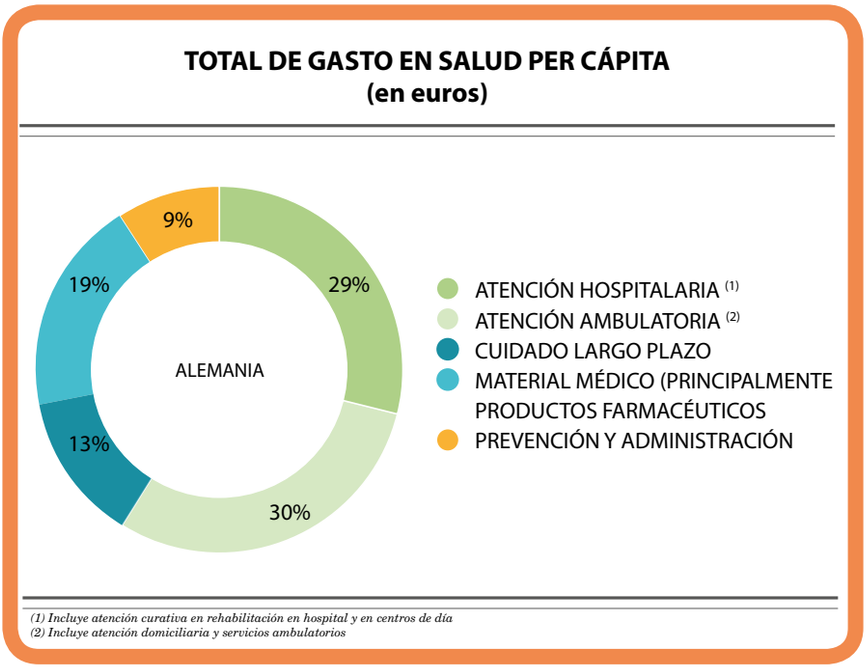


Número de médicos por 1.000 habitante **4**

Número de consultas anuales per capita **9,7**

Las primas de las Cajas de enfermedad se calculan teniendo en cuenta una serie de variables como son la edad, la existencia de enfermedades crónicas y el sexo.

La densidad de médicos en Alemania es ligeramente elevada si la comparamos con los demás países



de primer nivel. Así, la visita al especialista solo es reembolsable si es referido por un médico de primer nivel. Por su parte, la lista de espera en el país germano es poco significativa.

El paciente alemán debe pagar el 10% del precio del medicamento con un mínimo de 5 € y un máximo de 10 €. Quedan exentos de pago los menores, embarazadas y víctimas de guerra. Este copago tiene el límite del 2% de los ingresos brutos anuales y el 1% en el caso de tener enfermedades crónicas.

Alemania tiene uno de los sistemas de salud en Europa más restrictivos. Ofrece un ratio muy pequeño de hospitales generales, no especializados, lo que le ha llevado a puntuaciones muy mediocres en calidad en el ranking Euro Health Consumer, algo en lo que parece ser está mejorando. ✚

Fuente: OCED Health

de cuidados de larga duración. Finalmente, también juegan un papel las organizaciones responsables de los diversos seguros y de profesionales.

Desde enero de 2013, no existe copago en la consulta de Atención Primaria ni del especialista. Hay copago de 10 €/paciente/día de ingreso hospitalario, 10% del precio del medicamento (con mínimo de 5 € y máximo de 10 €).

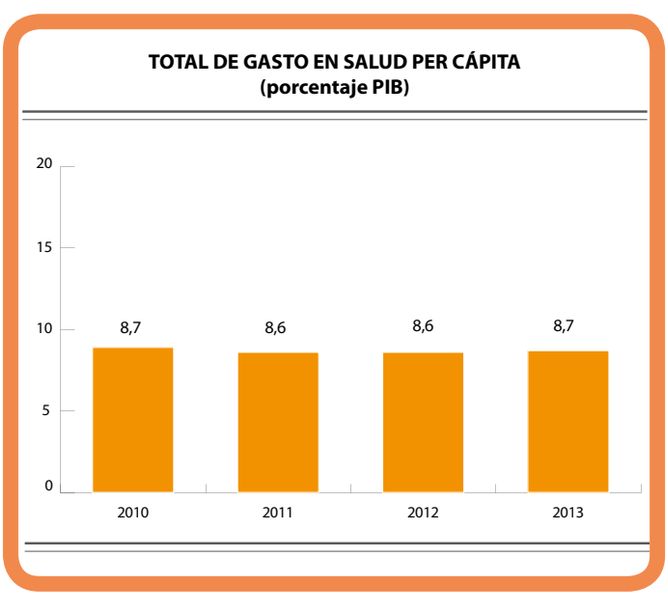
Otra tendencia a destacar es la reducción del gasto farmacéutico en Alemania, tras la introducción de una ley que eleva los descuentos obligatorios para los fabricantes en 2011 y con precios congelados.

Proveedores

La Atención Primaria se provee por médicos de familia (un 94%) que reciben un pago por su servicio. Los especialistas ambulatorios trabajan de forma privada y reciben un pago por servicio. La atención hospitalaria es provista por una mezcla de público (54%) y privado sin fines de lucro (38%). Los proveedores privados con ánimo de lucro representan un 8% de las camas, con tendencia creciente. Los médicos especialistas hospitalarios cobran un salario.

Las prestaciones sanitarias en Alemania se recogen en el denominado Social Code Book V, es decir, los Estatutos de los seguros médicos. Dichas prestaciones son independientes de la duración o coste del seguro.

El acceso al sistema sanitario en el país germano permite una libre elección del médico en la Atención Primaria, así como del dentista, el psicoterapéutica o el servicio urgencias. En el acceso a especialistas, desde 2004 los sistemas de seguro están obligados a que la visita a un especialista sea derivada por algún profesional



El sector sanitario ocupaba el 11,2% de la población trabajadora en Alemania, es decir, 4,9 millones. El acuerdo con la Oficina Regional de la OMS para la Salud Europea, en 2012, había 382 médicos por 100.000 habitantes en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria