

# Mecanismos de contención de costos en los sistemas de salud: El caso de Países Bajos

## Autor

---

Pablo Morales P.  
Email: [pmorales@bcn.cl](mailto:pmorales@bcn.cl)  
Tel.: +56 322263196

Nº SUP: 140.240

## Resumen

---

Países Bajos cuenta con uno de los sistemas de seguridad social de salud emblemáticos de Europa, el cual se caracteriza por la importante presencia de proveedores privados y por la relevante participación y responsabilidad del Estado en lo que se refiere a la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la atención de la salud.

Los seguros de salud en los Países Bajos son proporcionados por compañías de seguros privadas, pero deben cumplir con ciertas regulaciones y estándares establecidos por el Estado a través de la Ley del Seguro de Salud (Zorgverzekeringswet). Asimismo, los seguros de salud privados en los Países Bajos están regulados por la Autoridad de Cuidados de Salud de los Países Bajos (Nederlandse Zorgautoriteit), la cual establece límites a las primas de seguros de salud privados y controla el mercado para garantizar que los seguros sean asequibles y de calidad. El Estado además proporciona subsidios para ayudar a personas con ingresos bajos a pagar sus primas de seguro de salud. Esto garantiza que incluso aquellos con menos recursos tengan acceso a la atención médica.

En Países Bajos, el sistema de salud aborda la contención de costos a través de distintas estrategias entre las cuales destacan: el Énfasis en la atención primaria; los Grupos relacionados de diagnóstico; la Competencia entre compañías de seguros; el Seguro básico estandarizado y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Health Technology Assessment), entre las más relevantes.

## I. Introducción

Países Bajos cuenta con uno de los sistemas de seguridad social de salud emblemáticos de Europa, el cual se caracteriza por la importante presencia de proveedores privados y por la relevante participación y responsabilidad del Estado en lo que se refiere a la accesibilidad, la asequibilidad y la calidad de la atención de la salud<sup>1</sup>. La medicina curativa en Países Bajos se financia principalmente por cotizaciones obligatorias, donde el sistema opera actualmente con una oferta predominantemente privada tanto a nivel de aseguramiento como de provisión de servicios, esto, con una clara separación de ambas funciones. (Herce J, Azpeita F, et al; 2014)

En Países Bajos, el sistema de salud se basa en un sistema de seguro de salud obligatorio, en el cual cada persona debe tener un seguro de salud básico. Este sistema está normado por la Ley del Seguro de Salud ( Zorgverzekeringswet<sup>2</sup>).

Los seguros de salud en los Países Bajos son proporcionados por compañías de seguros privadas, pero deben cumplir con ciertas regulaciones y estándares establecidos por el Estado a través de la Ley del Seguro de Salud ( Zorgverzekeringswet ). Asimismo, los seguros de salud privados en los Países Bajos están regulados por la Autoridad de Cuidados de Salud de los Países Bajos (Nederlandse Zorgautoriteit), la cual establece límites a las primas de seguros de salud privados y controla el mercado para garantizar que los seguros sean asequibles y de calidad<sup>3</sup>.

De esta manera, aunque existen compañías privadas que ofrecen seguros de salud, el Estado establece las coberturas mínimas que deben incluirse en el seguro básico, lo que garantiza que todos tengan acceso a la atención médica esencial. Todas las aseguradoras ofrecen el mismo paquete estándar y las aseguradoras de salud están obligadas a aceptar a cualquiera que solicite el paquete de seguro estándar y deben cobrar la misma prima a todos los asegurados, independientemente de su edad o estado de salud<sup>4</sup>. De esta manera, el sistema de seguro de salud de los Países Bajos se basa en el principio de solidaridad social. Así, todos contribuyen, por ejemplo, al costo de tratamientos tales como la atención de maternidad y la atención geriátrica<sup>5</sup>.

El Estado además proporciona subsidios para ayudar a personas con ingresos bajos a pagar sus primas de seguro de salud. Esto garantiza que incluso aquellos con menos recursos tengan acceso a la atención médica<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Disponible en:

<https://www.medwave.cl/medios/medwave/InicTran/PDF/28%20Recursos%20a%20nivel%20comunal.pdf>

<sup>2</sup> Cabe señalar que el sistema público en Holanda sufrió un importante reforma en el año 2006 con la Ley del Seguro de salud (Zorgverzekeringswet) que estableció como obligatorio para toda la población la contratación de un seguro privado de salud para cubrir los servicios sanitarios generales. Como resultado de dicha reforma, prácticamente todas las compañías de seguros sanitarios en Holanda son cooperativas sin fines de lucro que destinan los beneficios que obtienen a las reservas que deben mantener o los devuelven en forma de reducción de las primas (Ministry of Public Health, Welfare and Sport, 2016, p.3)

<sup>3</sup> Disponible en: <https://www.nza.nl/over-de-nza> ( Noviembre 2023)

<sup>4</sup> Disponible en: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance> ( Noviembre 2023)

<sup>5</sup> *Ibíd.*

<sup>6</sup> Disponible en: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance> ( Noviembre 2023)

El seguro de salud básico cubre la mayoría de los servicios de atención médica, como consultas médicas, hospitalización, medicamentos recetados, atención de maternidad, atención dental para menores de 18 años y algunos tratamientos especializados. Sin embargo, algunos servicios tales como la atención dental para adultos, la fisioterapia y la atención de salud mental, pueden requerir una cobertura adicional o complementaria que puede ser adquirida a través de pólizas adicionales ofrecidas por las compañías de seguros privados<sup>7</sup>.

Cada persona es responsable de elegir su propia compañía de seguros de salud y pagar una prima mensual. Además, existe un deducible anual que debe ser cubierto por el asegurado antes de que el seguro comience a cubrir ciertos gastos médicos, aunque hay algunas excepciones, como la atención médica para menores de 18 años.

## II. Marco legal del sistema de salud en Países Bajos

En términos generales, la estructura del sistema de salud en Países Bajos se organiza en base a 4 leyes principales (Ministerio de salud, 2016):

- Ley de seguros de salud: *the Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet)* - HIA
- Ley de cuidados larga duración: *the Long-Term Care Act (Wet langdurige zorg)*
- Ley de apoyo Social: *the Social Support Act (Wet maatschappelijke ondersteuning)*
- Ley de juventud: *the Youth Act (Jeugdwet)*

De esta manera el sistema de salud holandés divide explícitamente los cuidados curativos (HIA), los cuidados de largo plazo y la salud pública, con cuerpos legales, financiamiento y provisión separados (SIS, 2017, p.20). Así mientras HIA rige desde el año 2006, el *Long-Term Care Act*, *Social Support Act* y *Youth Act*, son más recientes y rigen en su forma actual desde 2015

Paquete de servicio	Ley	Estatus / financiamiento *	Población Cubierta	Servicios específicos
Cuidados de largo plazo	Long-Term Care Act (2015)	Sistema público solidario, financiado con contribución obligatoria (9,65% del ingreso tributable, con un tope)	Población más vulnerable (adulto mayor con demencia avanzada, personas con discapacidad severa física o intelectual, o con desorden psiquiátrico crónico)	Cuidados de larga duración para personas que requieren cuidados permanentes o domiciliarios de 24 horas
Cuidado Curativo (Plan básico)	Health Insurance Act (2006)	Cuasi – Privado financiado con cotización obligatoria (prima	Obligatorio para todos los residentes	Medicina Curativa: incluye

<sup>7</sup> Disponible en: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance> ( Noviembre 2023)

		nominal fija independiente de la condición de salud y prima adicional dependiente del ingreso pagado por empleador) y fondo público que cubre a menores de 18 años		atención primaria, secundaria, terciaria y otros
Cuidados descentralizados de salud pública y prevención (Municipalidades)	Social Support Act (2015)	Publico: autoridades locales reciben fondos del gobierno central a través del Fondo Municipal.	Personas con alguna discapacidad: incluye discapacidades físicas, mentales o psíquicas y adultos mayores	Proporciona cuidados con soluciones personalizadas con un enfoque individual
Cuidados descentralizados de salud pública y prevención (Municipalidades)	Youth Act (2015)	Publico :financiado con fondos del gobierno central (municipalidades son libres de definir el tipo de provisión)	Niños. niñas y adolescentes hasta 18 años de edad (en algunos caso puede extenderse hasta los 23 años)	Proporciona atención a los jóvenes y familias que se enfrentan a problemas de crianza y desarrollo, problemas psicológicos y trastornos. <sup>8</sup>

(\*) Ver esquema y flujo de financiamiento en figura 1 a continuación

Fuente: Elaboración propia a partir de SIS, 2017

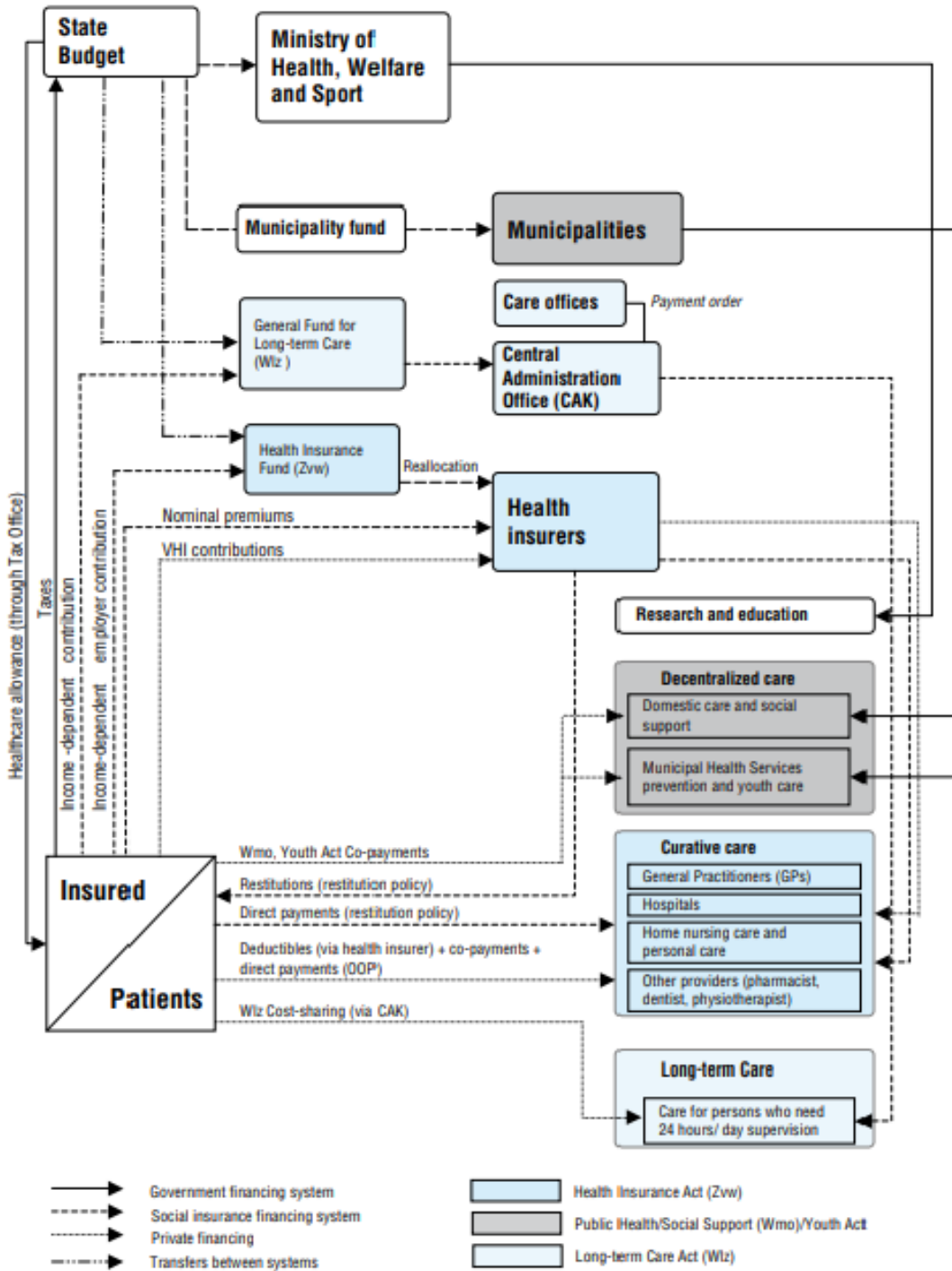
Cabe señalar que la atención de largo plazo es realizada por instituciones de cuidados de largo plazo (casas de reposo y asilos) o mediante hospitalización domiciliaria (enfermeras) por requerimiento del gobierno central y oficinas regionales.

La atención curativa (HIA) incluye la interacción de proveedores de salud primaria (GPs), secundaria y terciaria (hospitales, centros de salud y especialistas) y otros proveedores (farmacias, atención de urgencias médicas) Por su parte, la salud preventiva es principalmente realizada por prestadores públicos, bajo la responsabilidad de las municipalidades.

Los flujos financieros para estos diferentes paquetes de servicios se grafican en la figura 1, a continuación:

<sup>8</sup> Los jóvenes que necesitan apoyo continuo, por ejemplo debido a una discapacidad mental grave, no están cubiertos por la Ley de Juventud, sino por la Ley de Cuidados a Largo Plazo.

Figura 1: Flujo Financiero del sistema de salud en Holanda



Fuente: Kroneman M, et al (2016)

### III. Mecanismos de Contención de Costos

En Países Bajos, el sistema de salud aborda la contención de costos a través de distintas estrategias, entre las cuales destacan las siguientes<sup>9</sup>:

#### 1. Énfasis en la atención primaria

Una de las estrategias relevantes del sistema de salud en Países Bajos es fomentar la atención primaria para ayudar a prevenir enfermedades más graves, reducir la necesidad de atención hospitalaria costosa y promover un enfoque más preventivo en la atención médica.

La atención primaria de Holanda está organizada con un sistema de gatekeeping, también denominados General Practitioners (GP).

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud los GPs son empresas privadas que entran en un contrato con las aseguradoras para la prestación de servicios a los clientes de la compañía de seguros. A los médicos se les paga una tarifa de capitación por cada paciente registrado en su práctica, una tarifa por la consulta y el reembolso de los gastos de práctica negociable, dependiendo de los servicios ofrecidos, el personal, y el logro de los indicadores de calidad y eficiencia. La mayoría de los médicos de familia se establece de forma independiente y por cuenta propia. Los pacientes pueden elegir su médico de familia, pero están obligados a inscribirse en un GP. Muchos GPs emplean una enfermera para proporcionar tratamiento de enfermedades crónicas y la mayoría de los médicos emplean personal auxiliar médico, que puede llevar a cabo procedimientos médicos simples, como tomar la presión sanguínea, la aplicación de inyecciones y la realización de punciones venosas bajo la instrucción de los médicos.

#### 2. Grupos relacionados de diagnóstico<sup>10</sup>

En los Países Bajos, opera un sistema de financiación y clasificación denominado "Combinaciones de Tratamiento de Diagnóstico (en neerlandés, Diagnose Behandelings Combinaties, o DBC). Este sistema se utiliza para facturar y financiar los servicios de atención médica y se basa en los denominados grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) en los Países Bajos son una forma de clasificar los tratamientos y diagnósticos médicos en categorías específicas para fines de facturación y reembolso en el sistema de salud. Los GRD están diseñados para agrupar servicios médicos similares que consumen recursos similares.

Cada GRD representa un conjunto de servicios y tratamientos relacionados con un diagnóstico específico. Cuando un paciente recibe atención médica, se registra bajo un GRD específico que refleja el diagnóstico y los servicios proporcionados. Esto se utiliza para la facturación a las compañías de seguros de salud o al sistema de salud. La idea del sistema es estandarizar la forma en que se registran y se pagan los tratamientos médicos en el país.

<sup>9</sup> Disponible en: <https://www.oecd.org/netherlands/34081266.pdf> ( Noviembre 2023)

<sup>10</sup> Disponible en: <https://www.poliswijzer.nl/zorgverzekering/kennisbank/diagnose-behandelcombinatie-dbc>

De esta manera, las aseguradoras y los proveedores de atención médica llegan a acuerdos sobre las tarifas de los distintos tratamientos. La aseguradora intenta adquirir la atención lo más barata posible. Al acordar tarifas fijas para los tratamientos (DBC), la aseguradora puede mantener los costos bajos y, por tanto, también mantener la prima lo más baja posible. Así, el sistema de Combinación de Diagnóstico y Tratamiento apunta a generar transparencia en los costos de salud y evita que ciertos hospitales cobren tarifas excesivamente altas<sup>11</sup>.

### 3. Competencia entre compañías de seguros

El sistema favorece la competencia entre las compañías de seguros para ofrecer planes que se ajusten a las necesidades de los asegurados. Esta competencia puede ayudar a mantener los costos bajos al incentivar a las compañías a ofrecer mejores servicios a precios competitivos.

Adicionalmente, la competencia entre compañías de seguros promueve la eficiencia en la gestión. Las aseguradoras buscan optimizar sus procesos administrativos para atraer y retener clientes, lo que puede llevar a una reducción de los gastos administrativos.

### 4. Seguro básico estandarizado

El gobierno establece un paquete de seguro básico con cobertura mínima que todas las compañías deben ofrecer. Esto asegura que haya un estándar común de cobertura para todos los asegurados y evita que las compañías de seguros compitan en términos de cobertura básica.

### 5. Evaluación de tecnologías sanitarias (Health Technology Assessment)

Este ámbito se ha vuelto cada vez más visible en la últimas décadas. Un fondo nacional especial para la Evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), creado en 1988, ha dado lugar a muchos cambios formales e informales<sup>12</sup>. La ETS ha pasado de ser una actividad de investigación a convertirse en una investigación de políticas públicas para mejorar la atención sanitaria a nivel nacional.

En 1993, el gobierno declaró formalmente que mejorar la eficacia de la atención sanitaria era uno de sus principales objetivos y que la ETS sería una herramienta fundamental para este propósito. El tema actual más importante es la coordinación de las actividades de ETS, que ahora está a cargo de una nueva plataforma que representa a los actores importantes en la atención médica de salud y a aquellos que participan en las actividades vinculadas a la evaluación de tecnologías sanitarias<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Disponible en: <https://www.poliswijzer.nl/zorgverzekering/kennisbank/diagnose-behandelcombinatie-dbc>

<sup>12</sup> Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10932421/#:~:text=Health%20technology%20assessment%20\(HTA\)%20has,car,e%20on%20the%20national%20level.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10932421/#:~:text=Health%20technology%20assessment%20(HTA)%20has,car,e%20on%20the%20national%20level.) ( Noviembre 2023)

<sup>13</sup> *Ibíd.*



## 6. Otras medidas de contención de costos<sup>14</sup>

Deducibles y copagos: Los asegurados tienen responsabilidades financieras como el deducible anual y copagos por ciertos servicios médicos. Esto contribuye a desalentar el uso excesivo de servicios médicos y controlar los costos totales.

Negociación de precios: Las compañías de seguros negocian con los proveedores de atención médica (hospitales, médicos, farmacias, etc.) para establecer precios y acuerdos que ayuden a mantener los costos a un nivel razonable. Esto puede incluir acuerdos de tarifas fijas o descuentos por volúmenes de servicios.

Estandarización de procesos: Se establecen estándares y directrices claras para los procesos administrativos en el sistema de salud. Esto ayuda a minimizar la variabilidad y los costos asociados con la administración de seguros médicos.

Sistemas electrónicos: El uso extensivo de sistemas electrónicos y registros médicos ayuda a simplificar y agilizar los procesos administrativos. Esto incluye la facturación electrónica, la gestión de reclamaciones y la transferencia de datos entre proveedores de servicios médicos y aseguradoras.

Reducción de trámites burocráticos: Se implementan medidas para reducir la burocracia y simplificar los procedimientos administrativos, lo que ayuda a disminuir los costos relacionados con la gestión de seguros de salud.

---

<sup>14</sup> Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/834375482128.pdf?expires=1700764679&id=id&accname=ocid195468&checksum=09D3F3570DCB63EE13C137FF4CC89E8D> ( Noviembre 2023)



## Referencias

- Bos M. Health technology assessment in The Netherlands. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000 Spring;16(2):485-519. doi: 10.1017/s0266462300101126. PMID: 10932421.
- Herce José A., Fernando Azpeitia, Enrique Martín y Ana Ramos.(2014) Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del sistema sanitario público. [https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2013/04/621Rol-de-las-Aseguradoras\\_FINAL.pdf](https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2013/04/621Rol-de-las-Aseguradoras_FINAL.pdf)
- Kroneman M, Boerma W, et al (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*. 2016; 18(2):1–239. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330244/HiT-18-2-2016-eng.pdf?sequence=5>
- Netherlands, Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016). Health Care in the Netherlands. <file:///C:/Users/egoldstein/Downloads/healthcare+in+the+netherlands.pdf>
- Superintendencia de Salud (SIS, 2017). Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. Departamento de Estudios y Desarrollo. [https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf)
- Tapay, N. and F. Colombo (2004). Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study. OECD Health Working Papers, No. 18, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/834375482128>

---

### Nota aclaratoria

Este trabajo ha sido elaborado a solicitud de parlamentarios del Congreso Nacional de Chile, bajo sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, sus contenidos están delimitados por los plazos de entrega que se establezcan y por los parámetros de análisis acordados. No es un documento académico y se enmarca en criterios de neutralidad e imparcialidad política.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)