



Competición Regulada en el Sector Salud

La Reforma en Holanda 2006

Jorine Muiser

Para el Seminario Internacional
Financiamiento de la Salud en Centroamérica

4 y 5 de diciembre 2008

San José, Costa Rica

Contenido

- Reforma
- Antecedentes
- Objetivos
- Nuevo esquema
- Primeros resultados
- Riesgos
- Conclusiones: Equidad, Eficiencia y Calidad
- Resultados 2008
- Condiciones
- Indicadores Financieros Holanda

Reforma

ANTES		DESPUÉS
Compartimiento 3		
Seguro Suplementario Voluntario		
Compartimiento 2 (1964)		Compartimiento 2 (2006)
Seguro Social Mandatario bajo umbral	Seguro Privado Voluntario	Seguro Social Mandatario para todos
Compartimiento 1 (1968)		
Seguro Social para Gastos Médicos Excepcionales Mandatario para todos		

Antecedentes

Demandas sociales por:

- Compartimiento 2 estaba fragmentado
 - Intransparente: diferencias regulatorias
 - Inequitativo: diferentes paquetes
 - Incertidumbre: ingresos cerca del umbral
- Crecientes listas de espera
- Crecientes gastos en salud

Antecedentes

- Alto nivel de intervención gubernamental; modelo *top-down* dirigido de lado de la oferta (falta de eficiencia)
 - paquete de beneficios
 - nivel de contribuciones
 - cobertura (umbral)
 - tarifas
 - control de cantidad y calidad

Objetivos

- Incrementar eficiencia (principios de mercado en segmentos seleccionados)
- Generar conciencia de costos con los usuarios (promoción de salud)
- Aumentar la transparencia (en contratación, información al público y administración. Esquema DBC: Combinación Diagnóstico–Tratamiento; total: 30,000; en segmento B: 7,000)
- Alcanzar los objetivos principales de los sistemas de salud:
 - Salud para todos
 - Financiamiento justo para todos
 - Responsividad (calidad) para todos

Nuevo esquema: Competición Regulada

- Afiliación mandataria
- Aceptación mandataria
- Delegación incremental de funciones al sector privado dentro de un marco regulatorio
- Creciente papel al consumidor: modelo *bottom-up* dirigido de lado de la demanda e incentivos que facilitan competencia:
 - Elección libre para consumidores para aseguradores y proveedores
 - Contratación selectiva de proveedores por parte de aseguradores

Nuevo esquema: Financiamiento

- **Contribuciones proporcionales** con techo para no desmotivar a los afluentes: empleadores: 7.2%; independientes: 5.1%
- **Cuota nominal:** +/- 1,100 Euros por año (\$ 1,400)
- **Crédito fiscal** para corregir el carácter regresivo
- **Compensación enfermedades crónicas:** 47 Euros por año (\$ 60)
- **Riesgo propio:** 155 Euros (\$ 200) por año
 - No para médico familiar
 - Servicios de salud reproductiva
 - Servicios odontológicos hasta 22 años
 - A partir de 2009, aseguradores pueden eliminar el riesgo propio
- **Co-pago** sólo en paquete 'natura'
- **Multa** de 130% para no asegurados
- **Ecuilización de Riesgos** a través de Fondo de Seguro de Salud

Nuevo esquema: Papeles

- **Gobierno:** regula, controla el mercado y salvaguarda los intereses públicos (calidad, acceso, asequibilidad)
- **Consumidores:** informan aseguradores y proveedores de sus necesidades/preferencias, dirigen su comportamiento por la fuerza de la elección, monitorean la calidad de los servicios prestados
- **Proveedores:** son empresarios sociales, toman más responsabilidad para calidad y eficacia de los servicios prestados
- **Aseguradores:** compran/seleccionan buenos servicios de salud

Nuevo esquema: Papeles

Marco
Regulatorio

Todos los actores negocian entre sí con autonomía relativa, restringidos por un sólo marco regulatorio (diálogo social, solución de conflictos). No sólo el Gobierno, sino los actores entre sí vigilan la correcta implementación de las reglas.

Nuevo Esquema: Superintendencia de Salud (independiente)

- Determina paquete de beneficios básico en base a **funciones**
- **Vigila el mercado:**
 - Determina presupuestos y tarifas para los servicios **no abiertos al mercado**
 - **Promueve y controla el mercado de salud**, y determina las áreas **a ser abiertas** a la competencia: sólo donde se generan beneficios para el consumidor (controla fusiones, comportamientos perversos)

Nuevo esquema: Consumidores

- Residentes mayores de 18 años deben comprar un seguro de salud
- Tienen elección periódica de:
 - Aseguradores
 - Proveedores (en casi todos paquetes)
 - Organizaciones integradas de financiamiento y provisión tipo 'HMO' (Organizaciones de Gestión de Salud)

Nuevo esquema: Proveedores

- Son contratados en forma selectiva (antes: colectiva)
- Deben ser transparentes y aplicar condiciones uniformes en todos contratos
- Pago de médicos familiares mixto: capitación + pago por consulta (+ derecho a subsidios para innovaciones, etc.)
- Pago de especialistas: basado en # de intervenciones (hospitales pago por servicio; control de demanda por aseguradores y consumidores)

Nuevo esquema: Aseguradores

- Open Enrolment (aceptación mandataria; mismas condiciones para todos)
- Negocian con Proveedores sobre precios (empresas privadas); deben ser transparentes en todos contratos
- Atraen clientes en base a cuota nominal, variedad de paquetes y niveles de deducibles (riesgo propio):
 - Paquete 'natura': cuota más baja, pago en especies, elección entre proveedores limitada a los contratados por el asegurador o a costo de co-pago
 - Paquete restitución: cuota más alta, libre elección entre proveedores
 - Paquetes colectivos: para grupos (en base a enfermedad, edad, ingreso, profesión, etc.), deducción máxima de 10% de la cuota
 - Paquetes suplementarios (C3), por ejemplo odontología a partir de los 22 años; servicios de salud alternativos; otros servicios adicionales

Nuevo esquema: Ley de puente

- No residentes no pueden comprar seguro de salud, pero sí servicios de salud de su bolsillo
- Servicios de emergencia prestados no cubiertos son financiados por el gobierno
- Proveedores de servicios primarios son compensados por servicios prestados no cubiertos por ONG Asociación Puente
- Proveedores de servicios secundarios tienen provisión presupuestaria para 'malos deudores'

Primeros resultados (mayo 2006)

	ANTES	DESPUÉS
Cobertura mandataria, incluyendo dependientes	63%	100%
Selección de riesgos para paquete básico	37%	0%
Número no asegurados	250.000	180.000 - 240.000
Compra de seguros privados	95%	93%
% de asegurados que cambia periódicamente de asegurador	1 – 4 %	2006:18 – 30% (2007: 4.4%) (2008: 3.5%)
Número de fondos de riesgos	22	37

Resultados 2008

● Calidad

- No hay indicaciones de que se cambió la calidad
- Se aumentó la diferenciación de productos, particularmente en el mercado de seguros

● Acceso

- El acceso al seguro básico se mejoró por la obligación de los aseguradores de afiliar a todos sin condiciones
- Sigue habiendo personas no aseguradas (más o menos la misma cantidad que antes)
- El acceso a los servicios aumentó porque los aseguradores contratan casi todos los hospitales de preferencia de sus clientes

● Eficiencia

- Efectos de la libre elección: hasta ahora sólo un 26% de la población compara conscientemente entre proveedores.

El gobierno quiere que los aseguradores les ayuden a la gente a elegir más conscientemente, para que ellos contraten más selectivamente y vendan más paquetes 'natura'. Ahora, los aseguradores contratan casi a todos los proveedores y la mayoría de la gente compra paquetes 'restitución'.

Resultados 2008

● Eficiencia

- Se redujeron los tiempos de espera pero siguen encima de la norma
- La contribución nominal está debajo (creció menos rápido) de lo que se proyectaba (se aumentó la asequibilidad de los servicios)
- Hay indicaciones de que hay mejoramientos en la eficacia. Los aseguradores ofrecen premios relativamente bajos y tratan de incrementar la eficiencia a través de reorganizaciones y fusiones
- También en la oferta de servicios hay mas eficacia. El crecimiento de los precios en el segmento B (donde hay competición) están un 2.8% en promedio debajo de los demás servicios

Fuente: Ministerio de Asuntos Económicos, febrero 2008

Conclusiones

En principio hay más equidad y eficiencia, si funcionan los principios de mercado:

- Un solo sistema **regulatorio que** incluye a todos los segmentos y actores del mercado de salud (altos niveles de cobertura y solidaridad)
- **Afiliación y aceptación mandataria para todos**
- Protección financiera pobres vía **crédito fiscal**
- Esquema de **ecualización de riesgos** avanzado

Conclusiones: Eficiencia y Calidad

- Libre elección del consumidor: **votar con los pies** (nueva ley da más poder al consumidor)
- **Diferentes niveles de regulación** por paquetes de servicios básicos y no básicos, y entre intervenciones hospitalarios
- Se supone que todos los actores tienen interés in **promover la salud** (reduciendo gastos)
 - Hasta los 56 años, el gasto anual en salud era lo más alto para personas obesas. Para edades más altas, los fumadores tenían gastos más altos. Sin embargo, por la diferencia en esperanza de vida, el gasto en salud sobre el periodo de vida era lo más alto en personas que vivían de manera sana, luego en obesos, y los más bajos en fumadores. Aunque la prevención efectiva contra la obesidad lleva a una disminución en gastos por enfermedades relacionadas a obesidad, el gasto total en salud incrementa por enfermedades no relacionadas a obesidad durante los años ganados. La prevención de obesidad puede ser una manera efectiva para mejorar la salud pública, pero no es una cura para los crecientes costes en salud.

Conclusiones: Eficiencia y Calidad

- **Dialogo social/solución de conflictos continuos** entre las partes: base para un proceso continuo
- Más eficacia y clientes satisfechas, **PERO**: ¿se controlan efectivamente los gastos? Por ejemplo, el volumen sigue creciendo y los gastos administrativos y de transacciones son altos ...

Riesgos

- Las grandes decisiones siguen siendo de carácter político (requiere la participación de todas partes):
 - Las áreas que se abren a la competencia
 - La definición del paquete básico
- Aseguradores y proveedores pueden prevaler ganancias sobre calidad y desarrollar alianzas 'perversas' (control de mercado)
- Fusiones entre aseguradores pueden concentrar el mercado a costo de la competencia (monopolización)
- Creciente administración puede deshumanizar profesión médica

Condiciones

- **Monitoreo continuo** por todas partes, incluyendo el consumidor (actitudes críticas)
- Para tener más efecto, el sistema requiere de mucha vigilancia, pero también **cooperación** entre las partes (proveedores, aseguradores, consumidores para incrementar transparencia, responsividad, calidad, y eficiencia)
- Gobierno debe **empoderar al consumidor**, otorgándole **capacidad legal y técnica y asegurando que tiene suficiente información** sobre los productos ofrecidos por proveedores y aseguradores (¿Se necesita acceso al internet?)

Indicadores Financieros

	1996	2006
Ingreso Bruto Nacional por cápita (PPP \$ intern.)	24,390	37,940
Gasto total en salud como % del PIB	8.2	9.3
Gasto gobierno en salud como % de gasto total en salud	66.2	81.8
Gasto gobierno salud como % gasto total gobierno	11.0	16.4
Gasto por cápita en salud	1,862	3,383
Gasto de gobierno por cápita en salud	1,232	2,768

Indicadores Financieros

	1996	2006
Gasto privado como % gasto total en salud	33.8	18.2
Gasto de bolsillo como % gasto privado	24.0	33.0
Gasto de bolsillo como % gasto total en salud	8.1	6.0
Gasto de planos privados como % gasto privado	57.7	32.3
Gasto de planos privados como % gasto total en salud	19.5	5.9
Gasto de seguro social como % gasto de gobierno en salud	93.7	95.1
Gasto de seguro social como % gasto total salud	62.0	77.8

Proyecciones Gasto total en Salud como % del PIB para 2018

- Sin medicamentos: 10.7 – 11.3% (9.3 en 2006)
- Con medicamentos: 13.1 – 14.0%
- Factores:
 - No enfermedades crónicas, porque se resolverán crecientemente en el sector privado
 - Evolución demográfica
 - por envejecimiento: 1.0%
 - por crecimiento población: 0.0 – 0.5%
 - Desarrollo médico tecnológico
 - Factores socio-culturales
 - Cambios en la política gubernamental
 - Desarrollo productividad laboral
 - Crecientes precios en el sector salud por deficiente productividad laboral

Fuente: Ministerio de Salud

- WHO (2007), *The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing*, Discussion Paper Number 3, 2007, Department Health Systems Financing, Cluster Health Systems and Services, Jorine Muiser,
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_3-new_dutch_healthinsurance.pdf

Gracias! Dank je wel!

