

Implementación de seguros sociales en salud: experiencia Europea y de otros países desarrollados

Francesco Paolucci, PhD.

Profesor asociado de Política y Economía de la Salud

Escuela de Economía, Administración y Estadísticas @ Universidad de Boloña, Italia

&

Director de Políticas de Salud, Escuela de Políticas Públicas y Asuntos Internacionales Sir Walter

Escuela de Negocios y Gobernanza @ Universidad de Murdoch, Australia

Francesco.Paolucci77@gmail.com

Temas

1. Génesis y terminología:
 - Definiendo seguros de salud y financiamiento de la salud
 - ¿Qué es seguro social de salud?

2. Implementación y evolución de los esquemas de Seguro Social de Salud:
 - Razones detrás de las reformas
 - Principales características
 - Efectos
 - Problemas que han surgido

3. ¿Convergencia hacia un patrón universal de sistemas de salud basados en Seguros Sociales de Salud?



Génesis y terminología

Definiendo seguros de salud y financiamiento de la salud

- **Sistema de Bismarck** (Alemania, 1883): Sistema de seguro social;
- **Sistema de Semashko** (Unión Soviética, 1918): sistemas centralizados de países comunistas;
- **Sistema de Beveridge** (Reino Unido, 1948): Servicio Nacional de Salud (NHS).

Sistema de Bismarck (1883)

- **Contribuciones** de empleadores y empleados;
- **Contratos** entre fondos de enfermedad (aseguradoras) y proveedores de salud;
- **Obligatorio** para trabajadores con un ingreso bajo cierto nivel;
- **Gobierno** determina las condiciones que gobiernan las relaciones entre los fondos de enfermedad, proveedores y consumidores.

Sistema de Semashko (1918)

- Altamente **centralizado** y financiado por el presupuesto del Estado;
- **Acceso gratis** a la salud para todos;
- Las instalaciones **son del estado** y administradas por autoridades distritales y regionales;
- La población es asignada a los centros de atención ambulatoria de su área;
- **No hay elección** del doctor;
- Centros de atención ambulatoria y hospitales financiados por **presupuestos**;
- Los doctores son asalariados.

Sistema de Beveridge (NHS, 1948)

- **Centralizado** y financiado por el Estado;
- **Acceso gratis** (casi) a la salud **para todos**;
- Instalaciones **son del Estado** y **financiadas por presupuesto**;
- Doctores de hospitales son asalariados;
- Algún espacio par **servicios privados** y **seguros privados**;
- Médicos generales: contrato con el NHS;
- Sector ocupacional de la salud no es grande.

¿Qué es Seguro Social de Salud?

- (I) Seguro social abordamos los problemas que surgen cuando una sociedad considera proporcionar atención médica a través de la oferta de seguros de salud, en un **grado significativo**, a **expensas del público**. Tales programas de seguros provistos a través de **impuestos o regulaciones** se denominan *programas de seguro social*.

Fuente: Folland, Goodman, Stano (2007...).

Seguro Social de Salud (2)

(2) El financiamiento de seguros sociales de salud se produce cuando es legalmente **obligatorio** obtener seguro médico con un **tercero pagador** mediante contribuciones o primas no relacionadas con el riesgo, que se mantienen separadas de otras contribuciones o impuestos legalmente obligatorios.

Fuente: Mossialos et al. (2002).

Seguro Social de Salud (3)

Seguro de salud es seguro social. El seguro de salud es entendido apropiadamente como seguro *social* y no un seguro de *siniestros*.
(...) Seguro social asegura acceso financiero universal a un mínimo decente y requiere a los que están sanos compartir el costo del cuidado de los enfermos. *El elemento de subsidios cruzados es esencial.*

Enthoven (1988b).

Solidaridad

El **principio de solidaridad** implica que los individuos de alto riesgo reciben un subsidio de aquellos de bajo riesgo para incrementar su acceso a la cobertura de seguros de salud.

Además de la **solidaridad en cuanto al riesgo** (ver arriba) discernimos **solidaridad de ingresos**: subsidios cruzados de las personas de altos ingresos hacia los de bajos ingresos.

El Seguro Social de Salud tiene variantes

- **Contribuciones:**
 - ¿Relacionadas con el ingreso?
 - ¿Planas (iguales para todos)?
 - ¿Según el riesgo?
 - ¿Contribuciones de los empleados/empleadores?
 - ¿Contribuciones del gobierno?
 - ¿Quién determina las contribuciones?
- **¿Obligatoria/voluntaria?**
- **¿Elección periódica de asegurador?**

El Seguro Social de Salud tiene variantes

- **Beneficios:**

- ¿Paquete de beneficios mínimos?
- ¿Paquete de beneficios fijos?
- ¿Algo de elección del consumidor?

- **Derechos:**

- ¿Libre elección de proveedor o red limitada de proveedores?
- ¿Limitaciones debido a protocolos?
- ¿Máximo tiempo de espera?

El Seguro Social de Salud tiene variantes

- ¿Riesgo compartido: deducible, coinsurance, copagos?
- ¿Reembolso / beneficios en especie?
- ¿ Seguro individual/grupal?
- ¿Provisión pública o privada de salud?

Los sistemas de salud cambian

- Transición de un sistema al otro;
- Mezclas de sistemas de salud;
- Grandes cambios dentro de cada tipo de sistema de salud.

Pregunta crucial: ¿quién es el “comprador” de cuidado de la salud?



Implementación y evolución de los esquemas de Seguro Social de Salud

‘Olas’ de reformas en salud

- Las reformas de salud en países de la OCDE parecen seguir un patrón similar, consistiendo en tres olas:
 1. La **primera ola** de reformas buscó lograr la **cobertura universal y la igualdad de acceso a servicios de salud**, por medio de:
 - programas de seguro social de salud o prestación pública (NHS),
 2. La **segunda ola** de reformas buscó **contener costos**, por medio de:
 - controles, racionamiento y topes a los gastos
 3. La **tercera ola** de reformas buscó mejorar la **eficiencia** por medio de:
 - Introducción de incentivos y competencia

Primera ola (1945-1975): Cobertura universal e igualdad de acceso

- Principales razones:
 - Cuidado de la salud era percibido como un **derecho**, no como un bien de mercado
 - Por lo tanto, asignación de recursos de salud debe basarse en **necesidades**, no en poder adquisitivo
 - Con la rápida expansión del sector de atención médica y la creciente redistribución de gasto sanitario (subsidios cruzados) entre grupos de ingresos y riesgo se hizo necesaria asignar servicios de acuerdo a necesidades
- Reformas:
 - La provisión pública de atención médica por el Servicio nacional de salud (**NHS**)
 - Seguro social de salud: ya sea universal o para grupos específicos de bajo ingreso/alto riesgo (**Medicaid y Medicare** en los Estados Unidos)

Características y problemas comunes de los sistemas de salud después de la primera ola de reformas

- Características comunes:
 - Cobertura obligatoria amplia
 - Copagos limitados
 - Libre elección de los proveedores de salud
 - Leyes “cualquier-proveedor-dispuesto”
 - Sistemas financieros sin fin
 - ningún riesgo financiero para las organizaciones del seguros social de salud
 - reembolso retrospectivo en hospitales
 - pago por servicio a médicos especialistas
- Problema común:
 - **Inflación incontrolable del costo de salud debido a la ausencia de restricciones en la oferta y la demanda**

Segunda ola (1975-1990): Contención de costos

- Principales razones:
 - Explosión de los costos de salud amenazaba:
 - Acceso universal al cuidado en salud
 - Crecimiento económico
 - Por lo tanto, los gobiernos fueron buscando instrumentos para **controlar el gasto en salud**
- Reformas:
 - Introducción de restricciones en la demanda:
 - Repartición de riesgos: copagos, co-aseguramiento y deducibles
 - moderadamente utilizado en la mayoría de países OECD.
 - **Introducción de restricciones a la oferta**
 - control de capacidad y entrada (e.g CON-laws en EEUU)
 - Regulación de la tarifa
 - Racionamiento de la cantidad
 - Topes de gasto global para profesionales de la salud.
 - presupuestos globales para hospitales.
 - ampliamente utilizados en todos los países del OECD.

Problemas comunes de los sistemas de salud después de la segunda ola de reformas

- Conflictos crecientes entre las políticas de racionamiento y el "derecho" a la salud
 - las **listas de espera** reducen el acceso a la atención en salud proporcionada o pagada públicamente
 - Cuidado de la **salud privado emergente** resulta en acceso desigual (aunque puede aliviar los problemas de las listas de espera del sistema público)
- **Regulación de precios y oferta resulta en ineficiente asignación de recursos (falla del gobierno)**
- Regulaciones de precio y oferta no pueden contener el crecimiento del costo de largo plazo.
 - controles de precios (salarios) no son sostenibles en una economía competitiva (mercado laboral)
 - innovaciones en tecnología médica (y su difusión) son en gran parte exógenas a la mayoría de los países fuera de Estados Unidos.

La tercera ola (1990-...): incentivos y competencia

- Principales razones :
 - Creciente **descontento** sobre las políticas de racionamiento.
 - Falta de incentivos para un uso más eficiente de los servicios de salud.
- Reformas:
 - Fuerte dependencia en las restricciones de demanda:
 - Repartición de riesgo: copagos, coaseguramiento y deducibles
 - transferencia de beneficios "innecesarios" de la seguridad social al **seguro voluntario suplementario**
 - Estrategia dominante en Canadá, Francia, Alemania, Italia y Japón
 - Introducción de **incentivos y competencia en los programas de seguro social de salud (competencia regulada o administrada)**:
 - libertad de elegir proveedores seguro social de salud (libre afiliación)
 - introducción de la competencia de precios entre los seguros sociales de salud
 - introducción de contratación selectiva.
 - introducción de sistemas de ajuste de riesgo.
 - Estrategia dominante en Alemania y Estados Unidos (Medicare) y fuera del G7 en los Países Bajos y Suiza
 - Introducción de un **mercado al interior** de la oferta:
 - Reino Unido: GP-fundholding y hospital trusts

Problemas de los sistemas de salud con la tercera ola de reformas

- Problemas de cost-sharing creciente y dependencia de seguros suplementarios:
 - **reducción de (igualdad en) acceso**
 - falla de mercado en los seguros suplementarios (selección adversa, mercado incompleto)
- Problemas de competencia regulada o administrada:
 - racionamiento por parte de los aseguradores de salud dio lugar a una "reacción negativa de atención médica administrada" en Estados Unidos.
 - falta de información adecuada (del consumidor) sobre la calidad
 - Costos (pacientes) concentrados y beneficios difusos (asegurados).
 - **selección de riesgos** (ajuste de riesgo inadecuado:Alemania)
 - fuerte poder de mercado y colusión por el lado de la provisión
- Problemas de un «mercado interno» por parte del proveedor:
 - **grupo pequeño de proveedores** (riesgo del seguro)
 - costos de transacción
 - **Selección de riesgo**



¿Convergencia hacia un patrón universal de sistemas de salud basados en Seguros Sociales de Salud?

¿Convergencia hacia la competencia regulada (administrada)?

- Europa:

- **Partida:** sistemas de salud equitativos y regulados
- **Problemas percibidos:** falta de incentivos para la eficiencia y la innovación
- **Reforma de salud:** ¿desde la regulación de oferta hacia la competencia regulada?

- Estados Unidos:

- **Partida:** sistemas de salud inequitativos y competitivos
- **Problemas percibidos :** falta de acceso, contención de costos y eficiencia
- **Reforma de salud :** ¿desde competencia no administrada hacia competencia administrada?

Gran desafío

- En la mayoría de los países, los gobiernos toman medidas para aumentar la solidaridad, lo que resulta en una *reducción* del nivel de *competencia* (por ejemplo, un extremo es un esquema de seguro nacional de salud de pagador único como Medicare en Australia, o el servicio nacional de salud en el Reino Unido) *y de la elección* y, por tanto, de la eficiencia.
- Pregunta crucial: *¿Cómo combinar competencia y solidaridad en los mercados de seguros de salud?*

Garantizando la solidaridad en los mercados competitivos de seguro de salud

- ¿Cuál es el mejor instrumento regulatorio que los gobiernos pueden adoptar para garantizar *un nivel aceptable de solidaridad* en los mercados competitivos de seguro de salud?

Instrumentos de regulación para alcanzar la solidaridad en los mercados competitivos de seguros de salud

- a) Restricciones a las tarifas
- b) Esquemas de compensación de riesgos;
- c) Esquemas de compensación de primas;
- d) Esquemas de compensación de siniestros (claims).

La estrategia preferida

- Esquemas de compensación de riesgo son el "primer mejor";
- Esquemas de compensación de primas y de compensación de siniestros (claims) son el "segundo mejor".
- PRR y OE no son instrumentos regulatorios aconsejables para lograr la solidaridad de riesgo en los mercados competitivos de seguro de salud.

Resumen de los mercados de seguros de salud obligatorios (SSO)

	Alemania	Israel	Países Bajos	Suiza
% población cubierto por SSO	90%	100%	98%	100%
¿Hay libertad de elección de asegurador?	Sí	Sí	Sí	Sí
Responsabilidad financiera de las entidades aseguradoras individuales	100%	94%	66%	100%

Estructura del mercado para SSO

	Alemania	Israel	Países Bajos	Suiza
Número de empresas abiertas	256	4	12	93
% del mercado del asegurador más grande	36%	55%	20%	16%
% del mercado de los 4 más grandes	63%	100%	60%	46%
¿Hay subsidios a las primas y/o descuentos de impuestos para la compra de SSO?	No	No	Sí	No
¿Restricciones a las primas?	Primas comunitarias (planas)	Primas comunitarias (planas)	Primas comunitarias (planas)	Primas comunitarias (planas)
Flexibilidad para el diseño del paquete	Muy poca	Muy poca	Poca	Poca

Resumen de los mercados de seguros de salud voluntarios (SSV)

	Australia	Irlanda	Sudáfrica
% población cubierta por SSV	47%	52%	15%
Personas cubiertas por SSV	10.9 millones	2.2 millones	7.8 millones
% gasto en SSV en relación a gasto nacional en salud	8 %	12%	55%
¿Hay libertad de elección de asegurador?	Sí, 93% están en esquemas abiertos	Sí, 95% están en esquemas abiertos	Sí, 67% están en esquemas abiertos
Responsabilidad financiera de las entidades aseguradoras individuales	Muy baja. Costos >AU \$50,000 Se comparten.	100%	100%

Market structure for VHI markets

	Australia	Irlanda	Sudáfrica
Número de empresas abiertas	25	3	41
% del mercado del asegurador más grande	30%	66%	25%
% del mercado de los 4 más grandes	70%	100%	44%
¿Hay subsidios a las primas y/o descuentos de impuestos para la compra de SSV?	Sí (Rebate and Medicare Levy Surcharge)	Sí	Sí (pero no subsidios para personas bajo el umbral de impuestos)
¿Restricciones a las primas?	Primas comunitarias (planas)	Primas comunitarias (planas)	Primas comunitarias (planas)
Flexibilidad para el diseño del paquete	Muy alta	Muy alta	Muy alta

Conclusiones

- *Selección de riesgo* es un problema importante;
- En caso de seguro voluntario de salud: la *selección adversa* es un problema adicional;
- *Subsidios ajustados por riesgo* son una estrategia clave para atenuar estos problemas que amenazan la capacidad de pago y eficiencia en los mercados de seguros de salud competitivos;
- La importancia de la compensación del riesgo es que mientras mejor son ajustados los subsidios explícitos en base a factores de riesgo relevantes, menor es la necesidad de *estrategias complementarias* (por ejemplo mecanismos repartición de riesgo, subsidios cruzados, herramientas de regulación, etc.) para 'lograr' solidaridad de riesgo.
- La compensación de riesgo es muy compleja, tanto técnica como políticamente compleja; así como también los aspectos *legales*.



Discusión

Tarifas planas (comunitarias): ¿objetivo o herramienta?

- Como un objetivo: cada persona en la comunidad paga más o menos la misma prima.
- Como herramienta: La regulación crea pérdidas/ganancias predecibles y, por tanto, incentivos para la selección que socavan el objetivo de las tarifas planas;
- ¿Existen herramientas más eficaces para alcanzar el objetivo?

Chile: ¿Desde SSV a SSO?

Como Australia, Irlanda y Sudáfrica con fuerte dependencia de SSV, Chile ha estado considerando la introducción del seguro universal de salud obligatorio (SSO), con elección de aseguradores por parte de los consumidores

- Australia: Comisión de reforma nacional a la salud y a los hospitales (NHHRC) – “**Medicare Select**”;
- Ireland: Fine Gael’s “**FairCare**”;
- Sudáfrica:
 - ‘**Seguro Social de Salud**’ propuesto desde 1994;
 - Nuevo gobierno electo en 2009: “dentro de 5 años” Seguro Nacional de Salud.

De SSV a SSO: Pre-condiciones

- Buen esquema de compensación de riesgo
- Políticas de competencia efectivas;
- Información al consumidor (precio, calidad);
- Transparencia (p.e., planes de salud;
- Sistema de clasificación de productos (planes de salud);
- Supervisión de la calidad de la atención;
- Suficiente libertad de contratación (precio, calidad, contratación selectiva);
- Apoyo político (bipartidista) para aplicación secuencial;
-,,

Compensación de riesgo es fundamental

- Compensación de riesgo adecuada es una condición previa esencial (pero no la única) para la competencia eficiente de los mercados de seguros de salud/prestación de salud (con libre afiliación y primas comunitarias).
- Sin compensación de riesgo adecuada las desventajas de la competencia podrían superar las ventajas de un mercado competitivo.
- La compensación de riesgo debería no sólo basarse en edad y de género, sino también en el *estado de salud*.

Implementación de seguros sociales en salud: experiencia Europea y de otros países desarrollados

Francesco Paolucci, PhD.

Profesor asociado de Política y Economía de la Salud

Escuela de Economía, Administración y Estadísticas @ Universidad de Boloña, Italia

&

Director de Políticas de Salud, Escuela de Políticas Públicas y Asuntos Internacionales Sir Walter

Escuela de Negocios y Gobernanza @ Universidad de Murdoch, Australia

Francesco.Paolucci77@gmail.com