

Desafíos del sistema de salud chileno

Thomas Leisewitz

24 Octubre 2013

Elementos para un diagnóstico

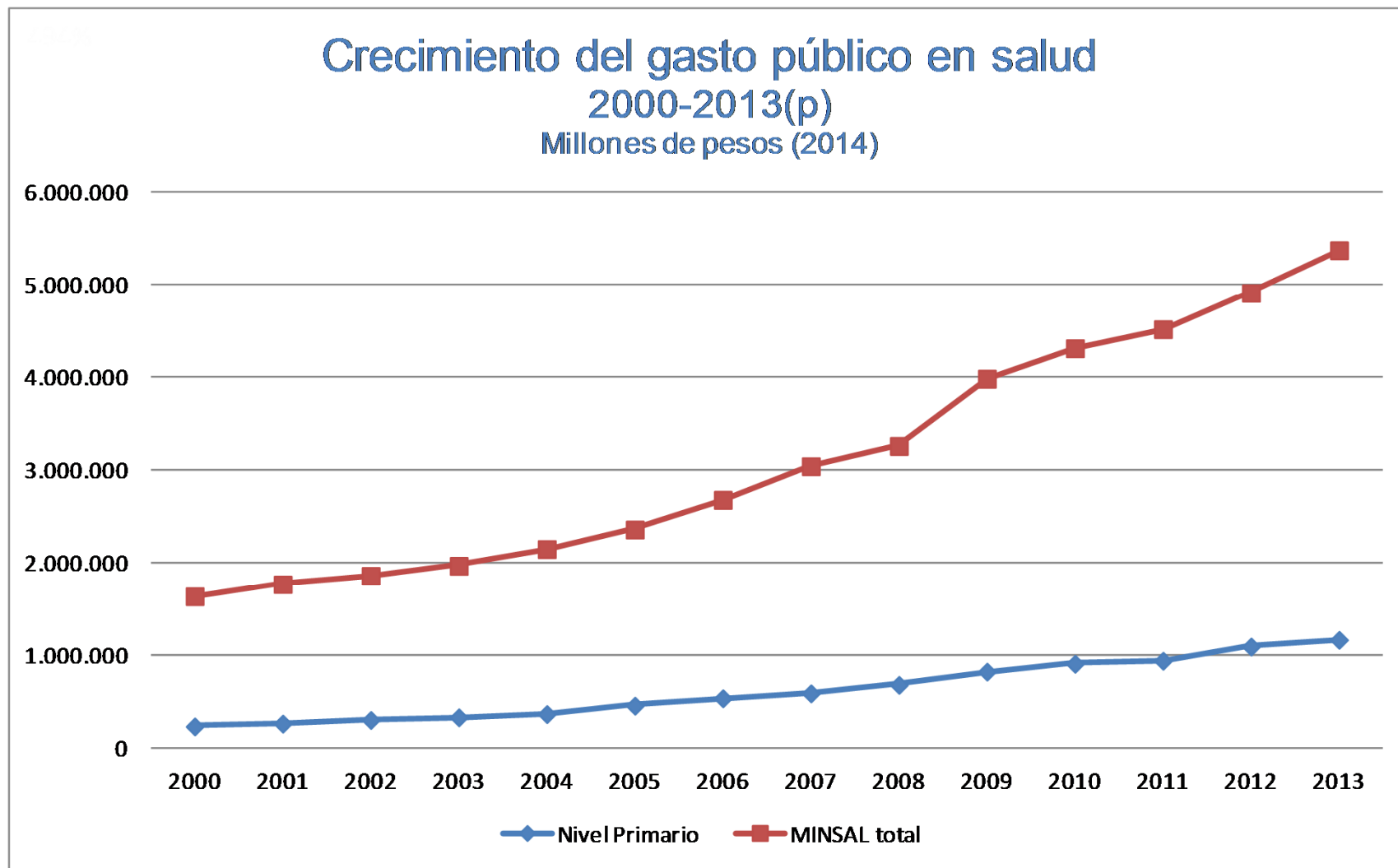
Diagnóstico

- ① Macro indicadores sanitarios buenos, aunque en riesgo
- ② Gasto en salud creciente, equivalente en la actualidad al mundo privado
- ③ Pérdida de productividad
- ④ Excesivo poder del Estado (asegurador, prestador, regulador)
- ⑤ Insatisfacción de los pacientes, y judicialización de la salud

Diagnóstico | Buenos macro-indicadores de salud, pero...

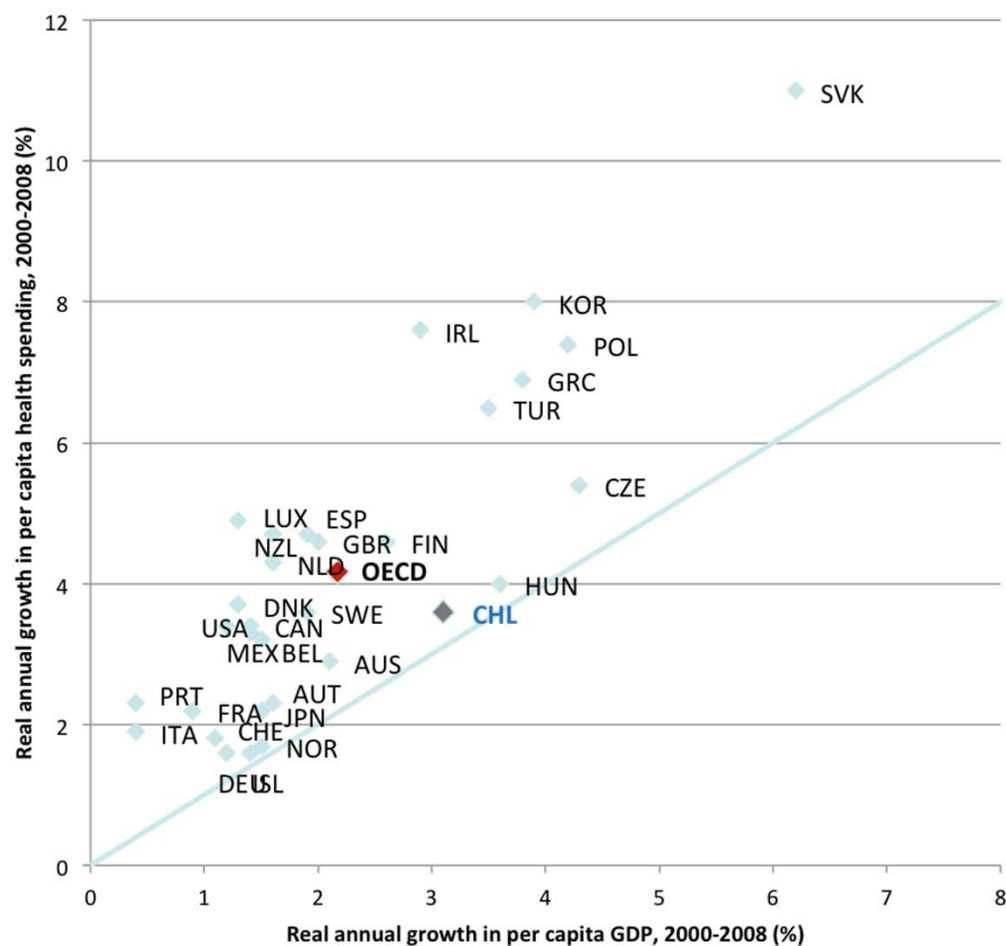
Problema de Salud	Prevalencia (%) ENS 2003	Prevalencia (%) ENS 2009-2010
Tabaquismo (fumador actual)	42	40,6
Sobrepeso	37,8	39,3
Obesidad	23,2	25,1
Diabetes mellitus	6,3	9,4
Sedentarismo	89,4	88,6
Síntomas depresivos en último año	17,5	17,2

Diagnóstico | Gasto creciente



Diagnóstico | Gasto creciente

Figure 1. Annual growth in health expenditure and GDP, 2000-2008

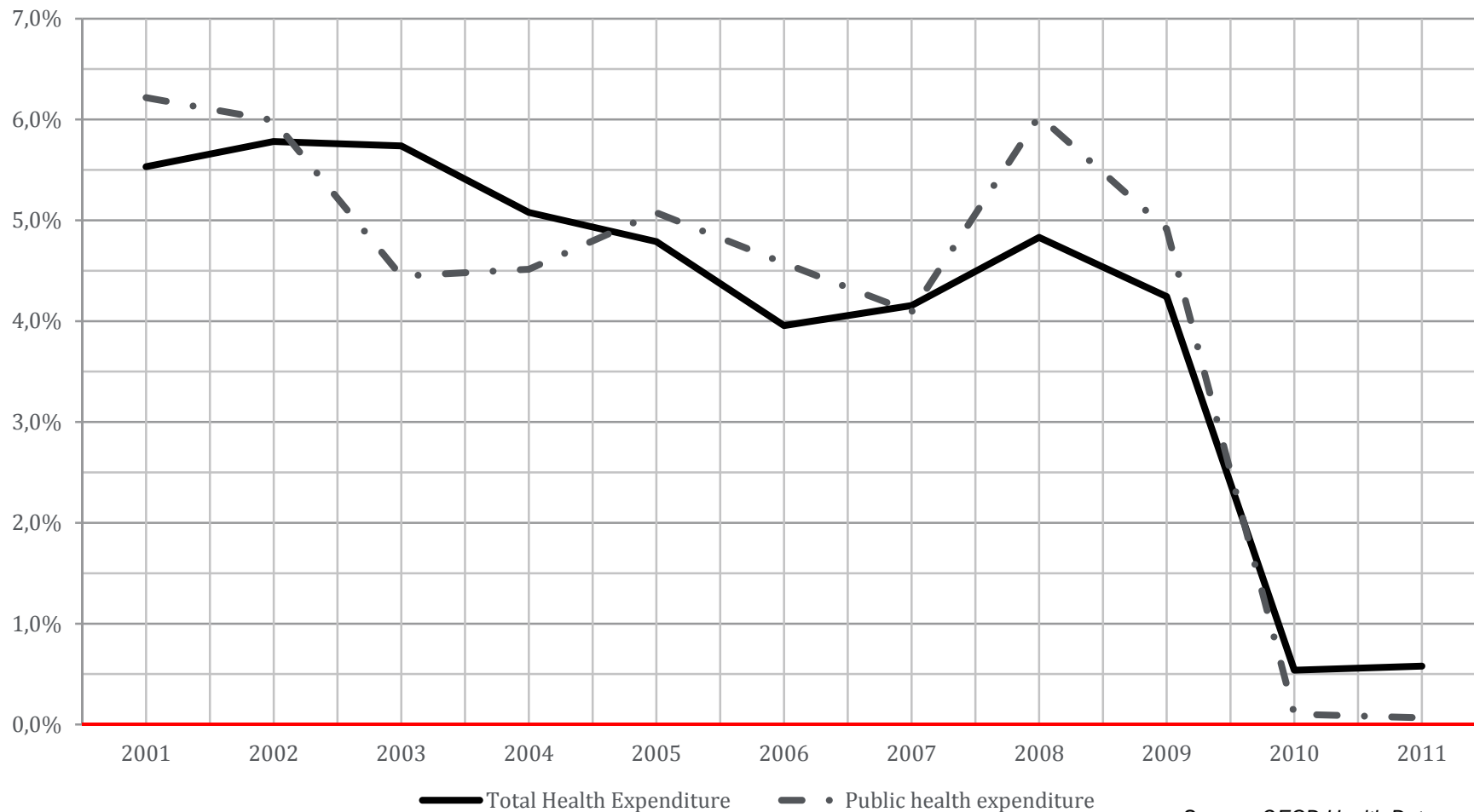


	Real annual growth in per capita health spending, 2000-2008 (%)	Real annual growth in per capita GDP, 2000-2008 (%)	Real annual growth in health spending over growth in GDP 2000-2008 (%)
HUN	4,0	3,6	11,1%
NOR	1,7	1,5	13,3%
ISL	1,6	1,4	14,3%
CHL	3,6	3,1	16,1%
CZE	5,4	4,3	25,6%
DEU	1,6	1,2	33,3%
AUS	2,9	2,1	38,1%
AUT	2,3	1,6	43,8%
JPN	2,2	1,5	46,7%
CHE	1,8	1,1	63,6%
POL	7,4	4,2	76,2%
FIN	4,6	2,6	76,9%
SVK	11,0	6,2	77,4%
GRC	6,9	3,8	81,6%
TUR	6,5	3,5	85,7%
SWE	3,6	1,9	89,5%
OECD	4,2	2,7	53,9%
KOR	8,0	3,9	105,1%
BEL	3,2	1,5	113,3%
GBR	4,6	2,0	130,0%
MEX	3,3	1,4	135,7%
CAN	3,4	1,4	142,9%
FRA	2,2	0,9	144,4%
ESP	4,7	1,9	147,4%
IRL	7,6	2,9	162,1%
NLD	4,3	1,6	168,8%
USA	3,4	1,2	183,3%
DNK	3,7	1,3	184,6%
NZL	4,7	1,6	193,8%
LUX	4,9	1,3	276,9%
ITA	1,9	0,4	375,0%
PRT	2,3	0,4	475,0%

Fuente: OECD, 2010

Diagnóstico | Desacople en el gasto

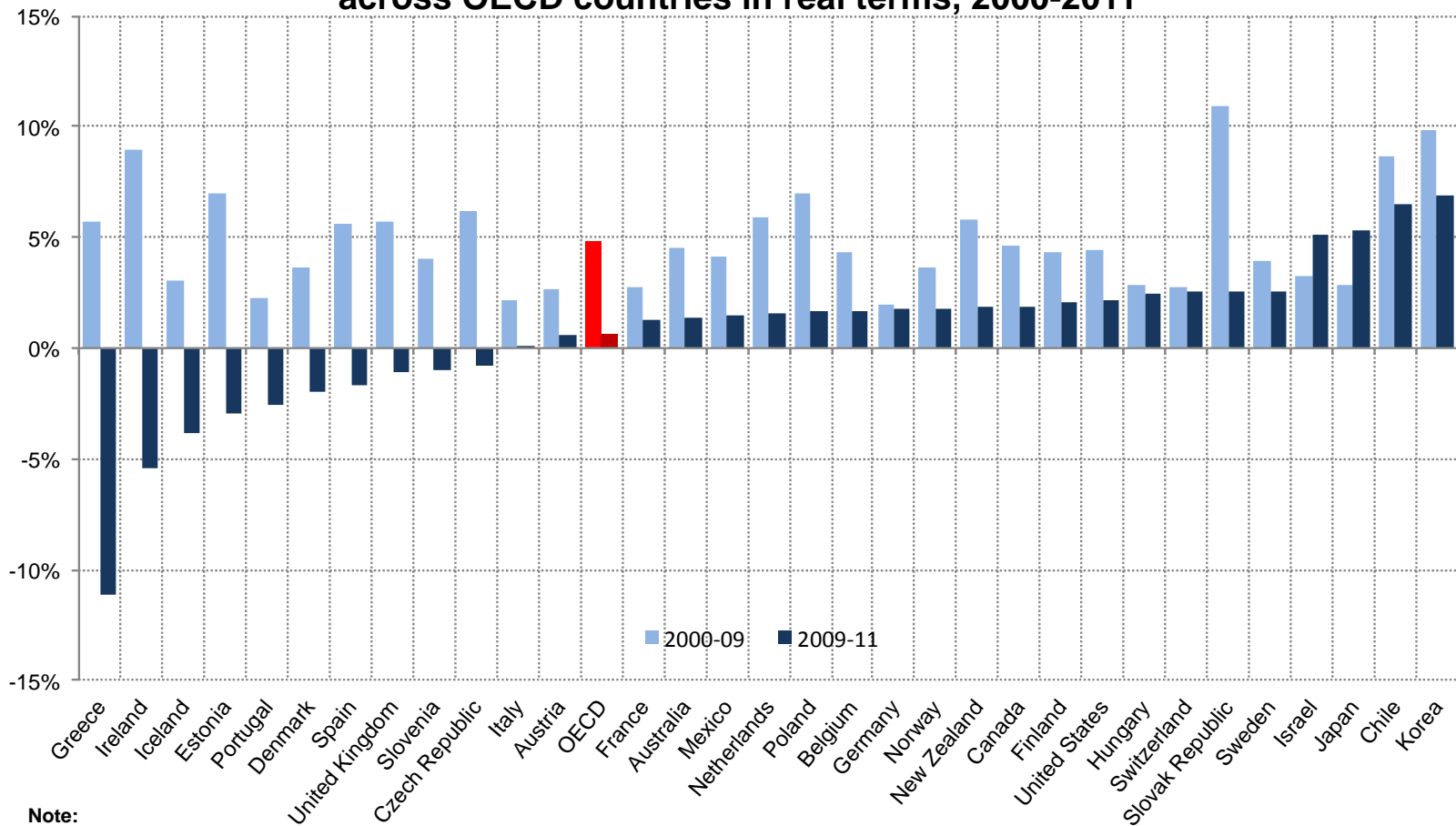
Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2011, public and total



Source: OECD Health Data

Diagnóstico | Gasto en salud sigue creciendo en Chile

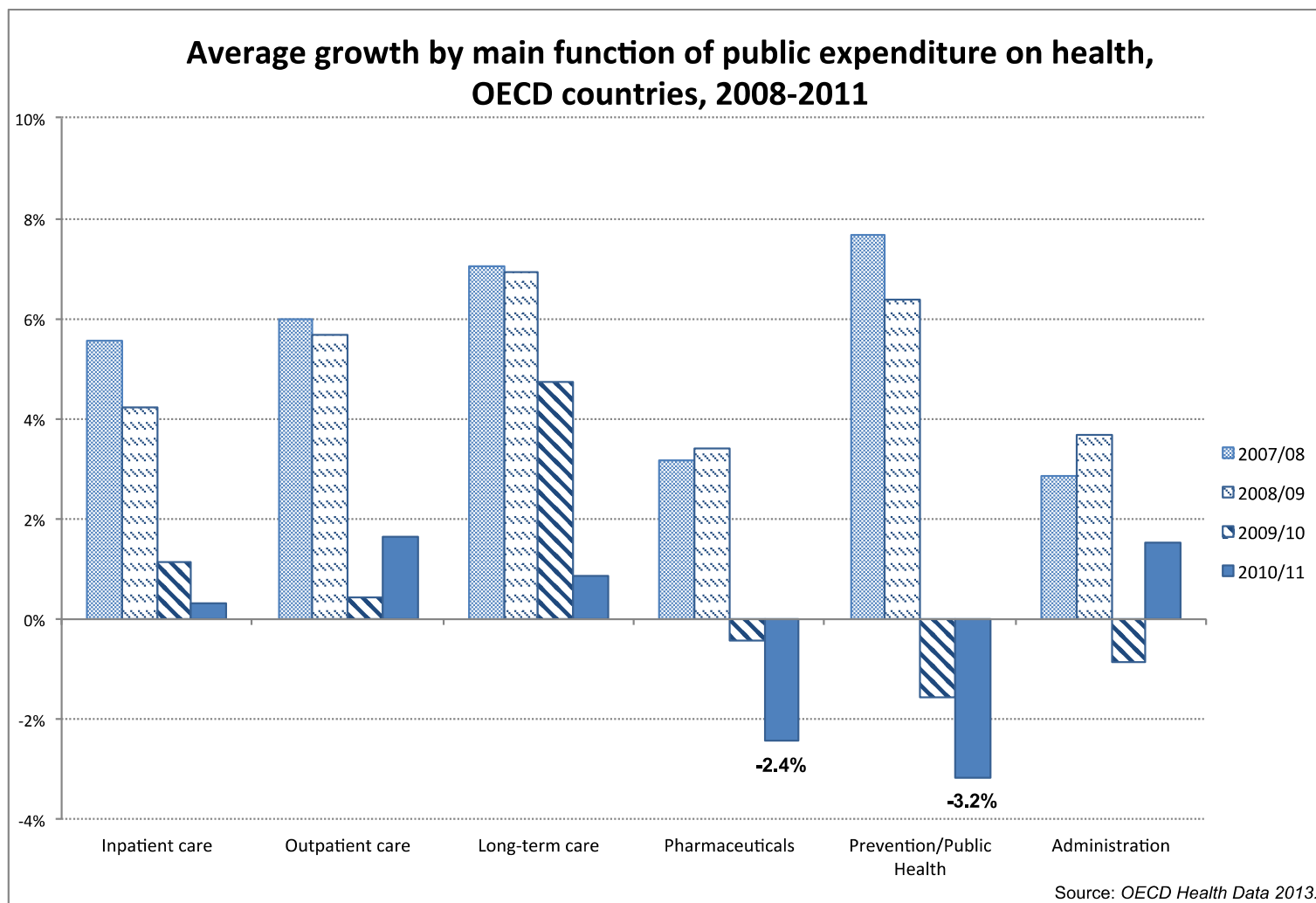
**Average annual growth in health spending
across OECD countries in real terms, 2000-2011**



Note:
 Growth rates for Australia, Denmark, Japan, Mexico and Slovak Republic refer to 2009-10 instead of 2009-11
 Growth rates for 2009-11 are not available for Luxembourg, and Turkey.
 Growth rates for Chile calculated using the Consumer Price Index (CPI).

Source: OECD Health Data 2013.

Diagnóstico | La crisis afecta principalmente a la prevención



Diagnóstico | Gasto *per capita*, FONASA versus ISAPRE

Año 2012	FONASA	ISAPRES	
Beneficiarios	13.377.082	2.885.331	
Gasto mensual per capita en prestaciones	\$ 24.135	\$ 26.259	92%

Cambio en la tendencia de estas atenciones:

Consultas de urgencia en atención primaria superan por primera vez las de hospitales

Mayor disponibilidad y uso de los SAPU deberían comenzar a descomprimir las esperas de los servicios de urgencia de hospitales, que se enfocan cada vez más en casos de mayor complejidad.

RENÉ OLIVARES

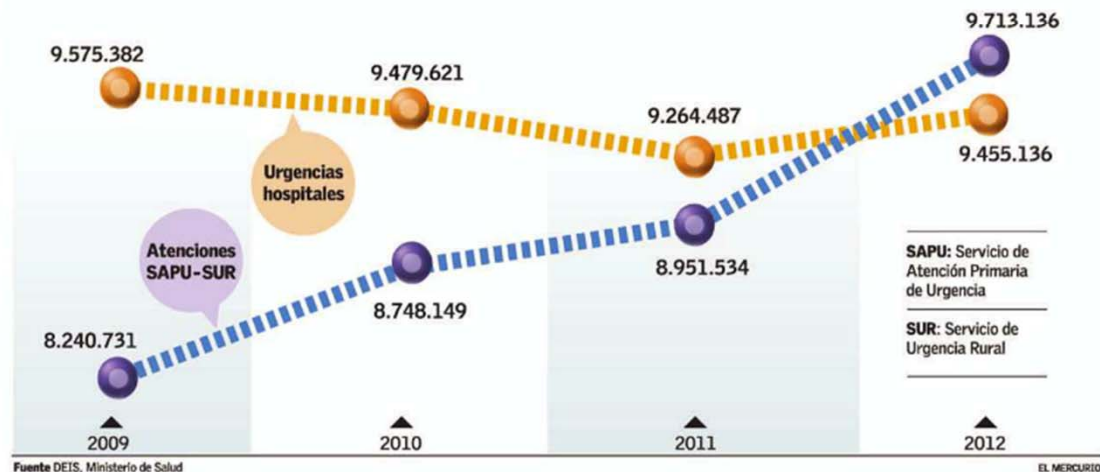
La “urgencialización” de las atenciones médicas no solo afecta al mundo privado, donde el aumento de uso empuja los costos de la salud al alza, lo que finalmente se traduce en aumentos de precio de los planes de isapres.

Esta tendencia de utilizar los servicios de urgencia para resolver los problemas de salud no es ajeno al sector público. De hecho, mucha gente llega a las emergencias por no encontrar respuesta a sus problemas en los consultorios.

Sin embargo, esta conducta por primera vez muestra un cambio que puede ser auspicioso. Los últimos datos disponibles del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud muestran que, durante 2012, por primera vez las atenciones de consultas de urgencia en la atención primaria —que se realizan en los Servicios de Atención Pri-

Más atenciones en los SAPU

Recién en agosto de este año fueron validadas las estadísticas que muestran cómo, por primera vez, las urgencias de atención primaria superaron a las de los hospitales.



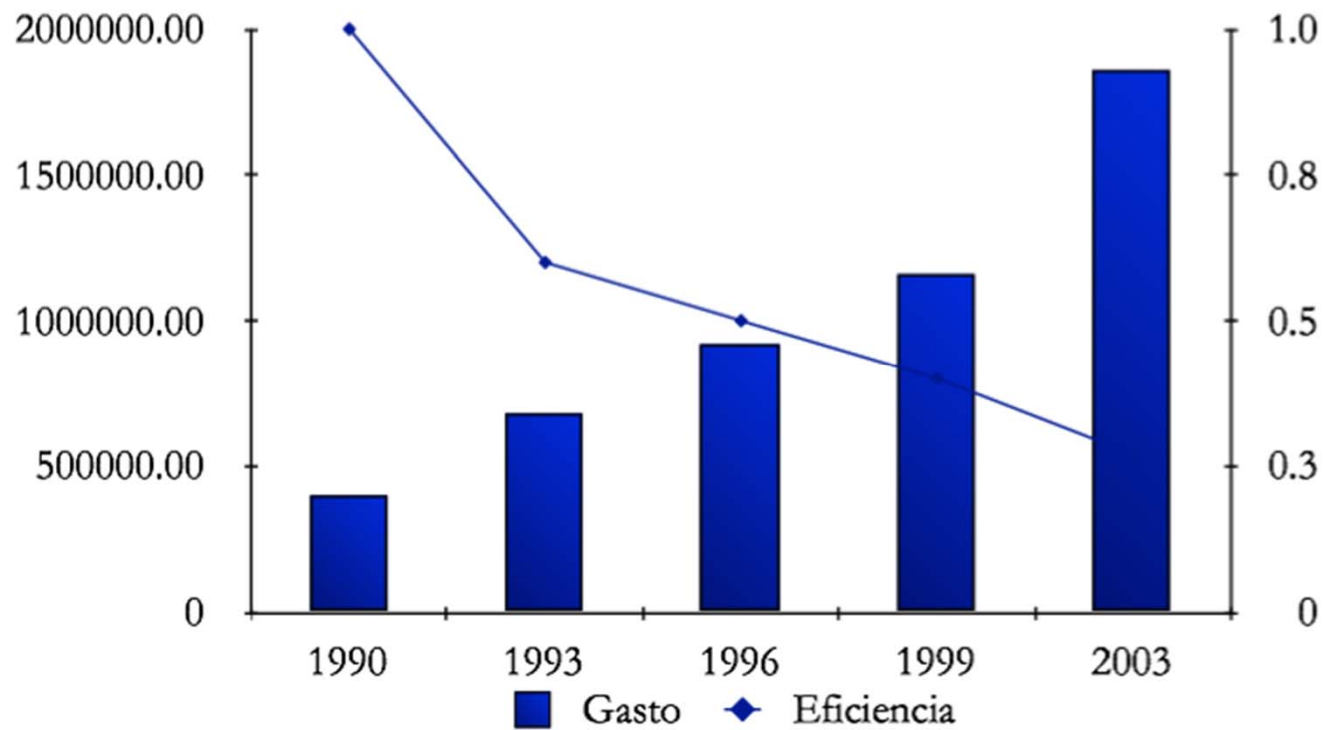
“¿Quiénes son los que alegan? Los que deberían estar en los SAPU. ¿Es razonable que un paciente sea capaz de esperar 12 o incluso 24 horas por atención de urgencia? Lo que pasa es que no son urgentes”.

LUIS CASTILLO
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES.

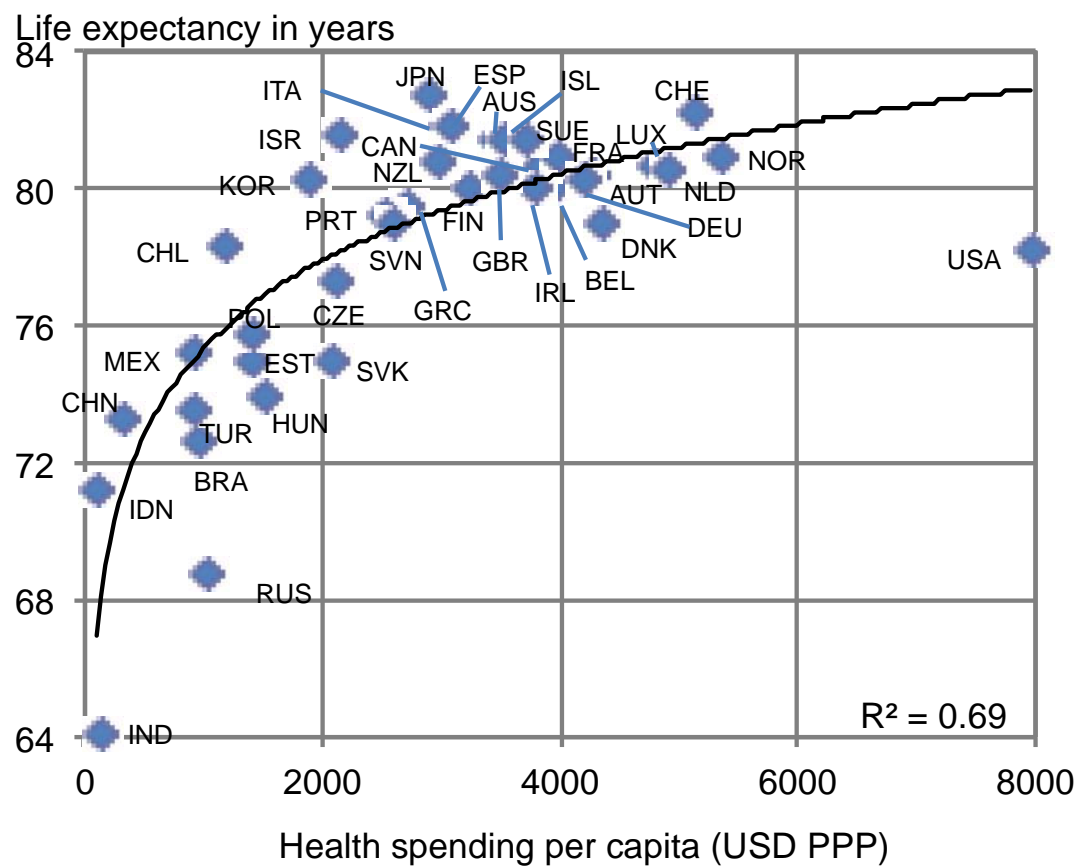
19,1
millones de atenciones de urgencia se realizaron en el sector público en el año 2012.

50,7%
del total de dichas consultas se realizaron a nivel primario, lo que rompe una tendencia histórica.

Diagnóstico | Productividad a la baja (2)



Diagnóstico | “Flat-of-the-curve medicine”?



Diagnóstico | “Flat-of-the-curve medicine”?

- Evidentemente, queda mucho por mejorar

Average length of stay, for Acute Myocardial Infarction (AMI)
2011 (or nearest year)

	Days
Australia	5.5
Austria	8.1
Belgium	7.2
Canada	5.9
Chile	7.8
Czech Republic	6.8
Denmark	3.9
Estonia	9.1
Finland	8.1
France	6.2
Germany	10.6
Greece	7.0
Hungary	8.2
Iceland	6.8
Ireland	8.0
Israel	5.7
Italy	7.7
Japan	..
Korea	10.4
Luxembourg	5.9
Mexico	7.2
Netherlands	6.2
New Zealand	8.9
Norway	4.0
Poland	6.4
Portugal	7.9
Slovak Republic	4.8
Slovenia	7.7
Spain	7.8
Sweden	4.7
Switzerland	6.9
Turkey	4.0
United Kingdom	7.8
United States	5.4
OECD AVERAGE	6.9

Diagnóstico | Mercado privado de la Salud poco competitivo

- Excesivo rol del Estado, ¿causa o efecto?
 - asegurador
 - prestador

- Incertidumbre regulatoria
 - Judicialización creciente
 - Cambios normativos en discusión (por ejemplo, PGS)

Diagnóstico | Insatisfacción creciente



Satisfacción: Comparativo

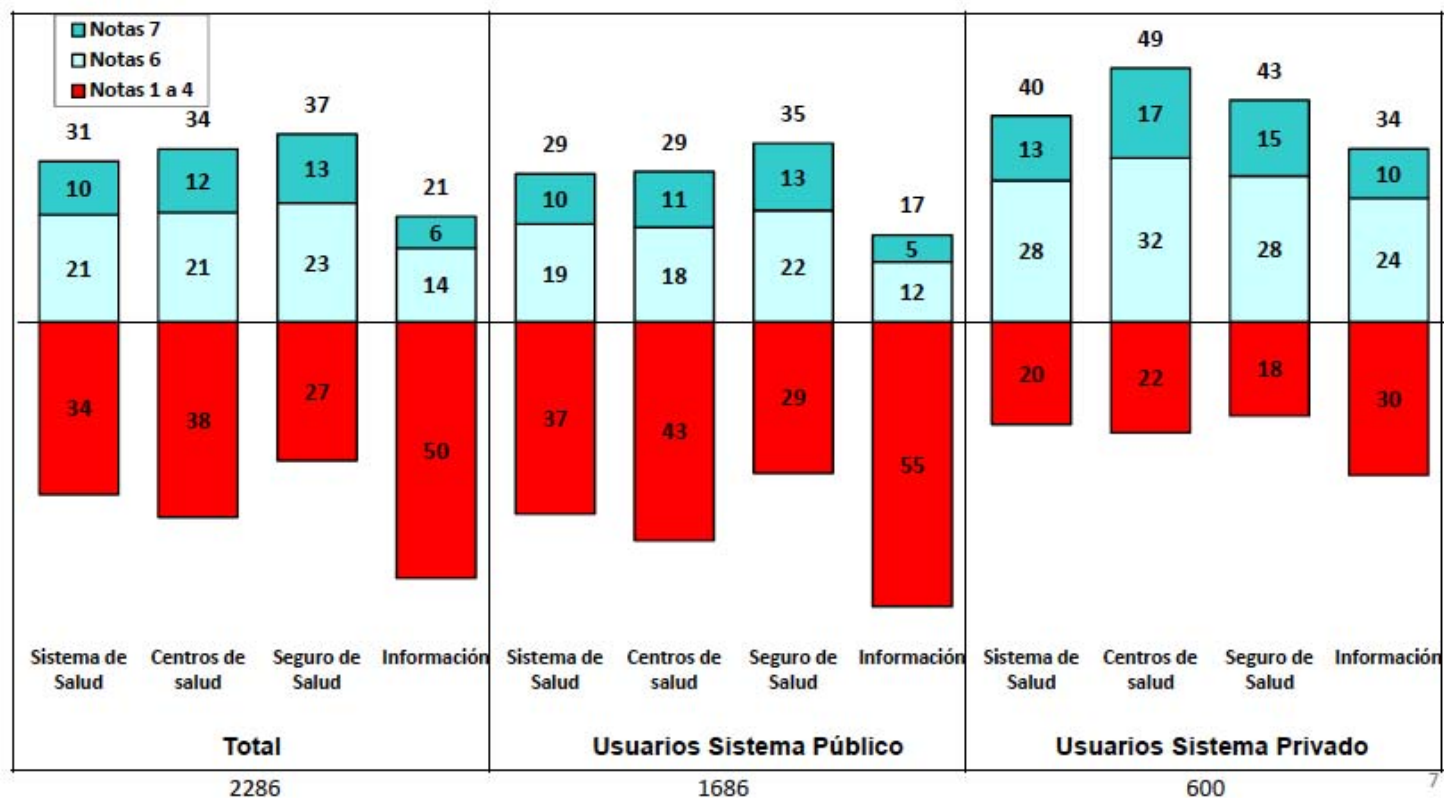
A3. En general, ¿cuán satisfecho o insatisfecho está usted con su sistema de salud?

A5. ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con FONASA/su ISAPRE ?

A6. ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los centros de salud?

A9. ¿Cuán satisfecho se encuentra con la información que recibe de su sistema de salud?

Base: Total Entrevistas.



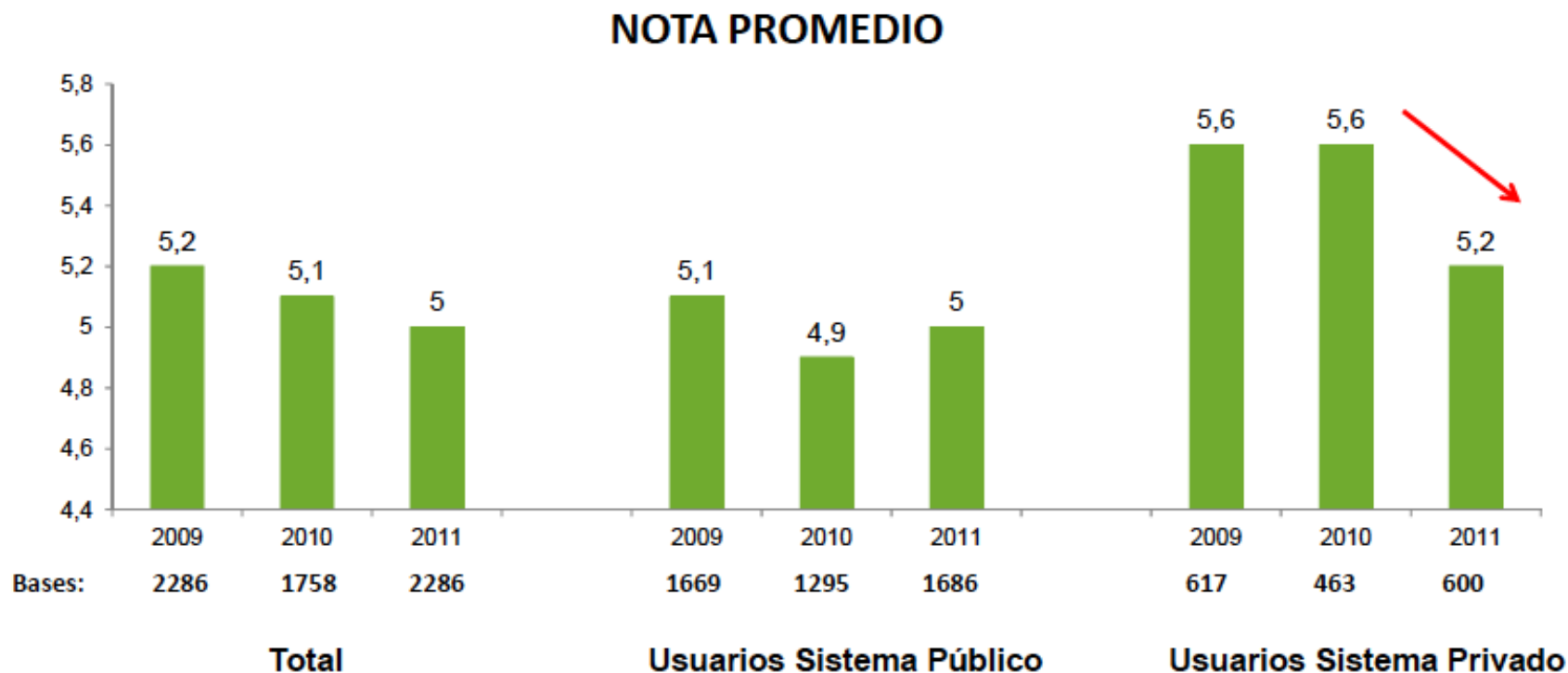
Diagnóstico | Insatisfacción creciente

SATISFACCIÓN con el Seguro de Salud: evolutivo



A5. ¿Cuán satisfecho o insatisfecho está usted con FONASA/su ISAPRE (según P1)?

Bases: Total entrevistas.



3 desafíos

1

Después de 25 años, el sistema requiere un rediseño.

Distintos modelos: “No silver bullets”

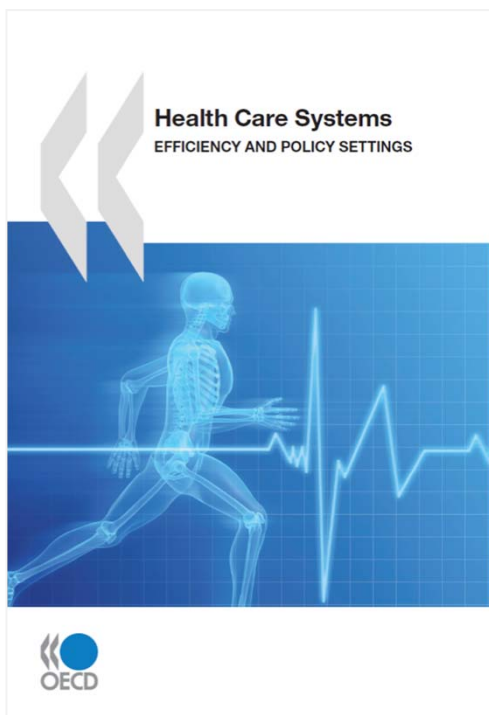
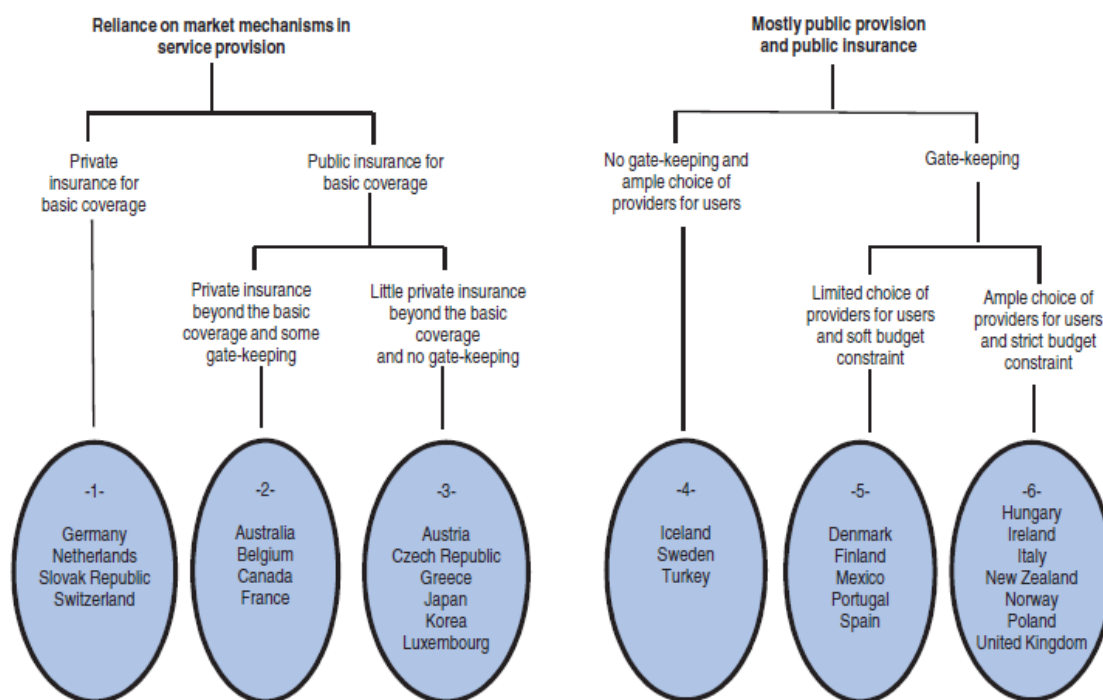


Figure 0.1. Groups of countries sharing broadly similar institutions



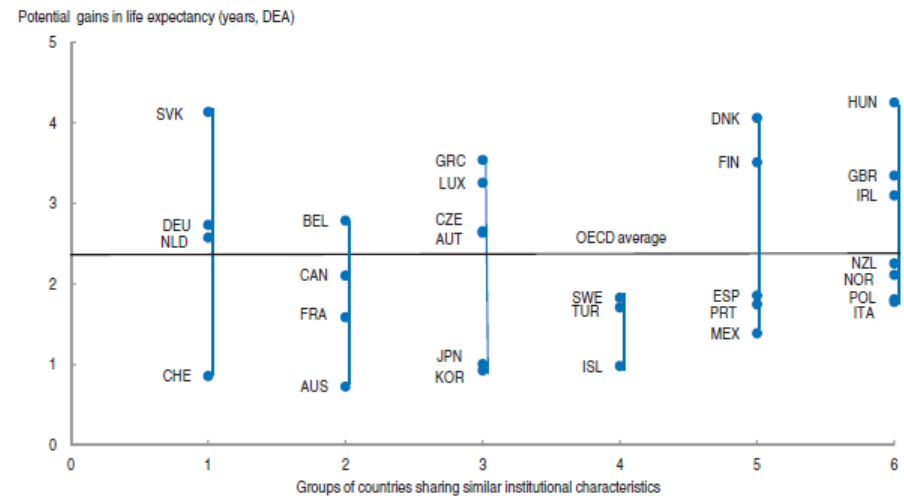
The countries on the left such as Germany and the Netherlands tend to rely on market mechanisms to supply health care whereas those on the right such as Finland and the United Kingdom depend more on public command and control. Apparently diverse countries fit the same group; the rules in Iceland, Sweden and Turkey for instance all provide for ample user choice, even if in practice there are geographical and other constraints. Note that the United States did not participate in the survey.

Source: OECD.

Todos los sistemas son igualmente buenos (o igualmente malos...)

“Efficiency estimates vary more within country groups sharing similar institutional characteristics than between groups. This suggests that **no broad type of health care system performs systematically better than another** in improving the population health status in a cost-effective manner. Still, within-group comparisons allow the spotting of strengths and weaknesses for each country and identifying areas where achieving greater consistency in policy settings could yield efficiency gains.”

Figure 4.3. DEA efficiency scores across and within country groups



Note: Potential gains in life expectancy are derived from an output oriented DEA with *per capita* health care spending and a composite indicator of socio-economic environment and lifestyle factors as inputs for 2007. To facilitate the interpretation, the efficiency scores have been converted into potential gains in life expectancy, *i.e.* the gains that a country could achieve for a given level of spending if it were as efficient as the best performing country.

Source: OECD.

Salud en el mundo del “segundo mejor”

- Mercado: no alcanza naturalmente los puntos óptimos de eficiencia
- ¿Rol del Estado? Ojo con el Transantiago...

The General Theory of Second Best¹

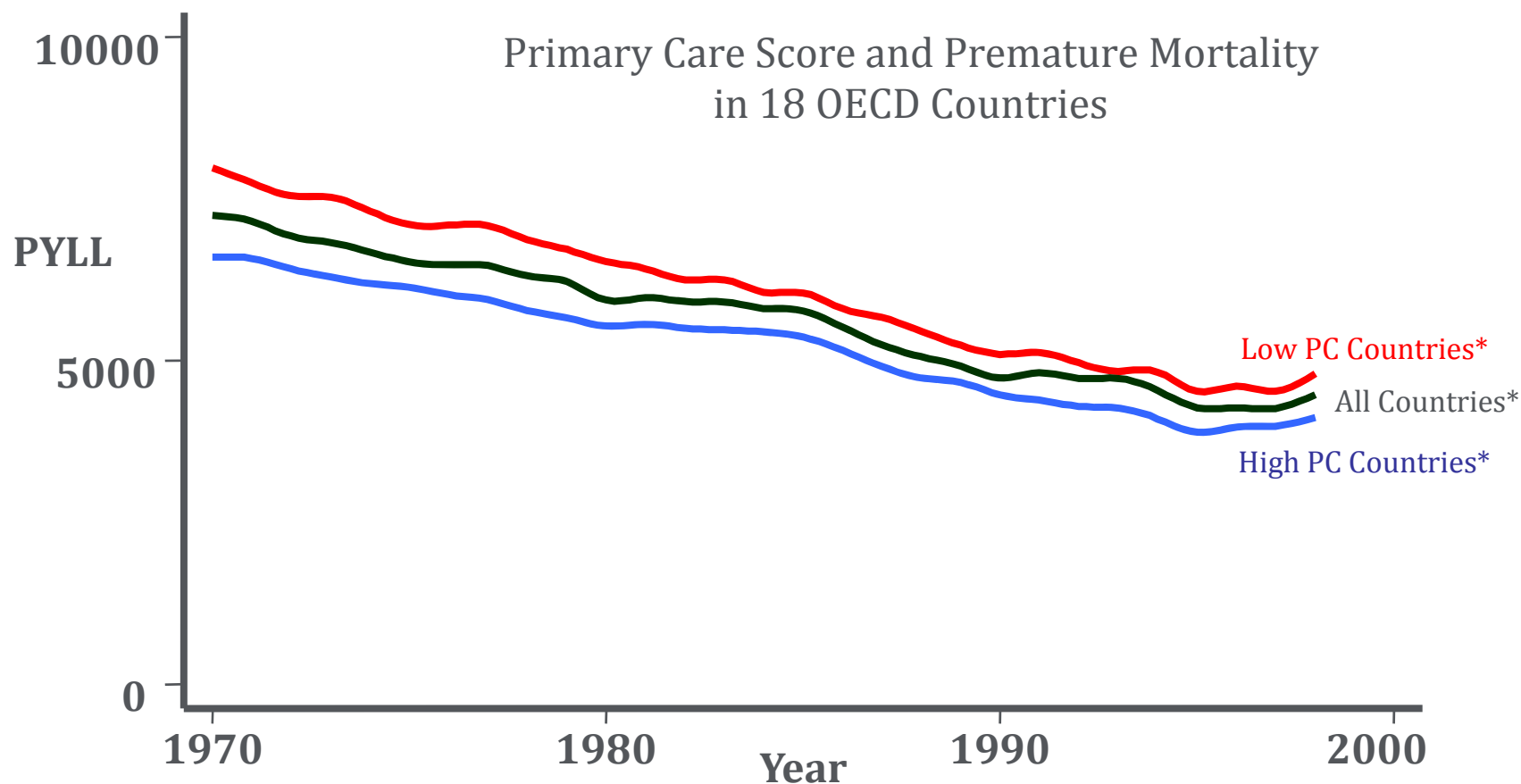
There is an important basic similarity underlying a number of recent works in apparently widely separated fields of economic theory. Upon examination, it would appear that the authors have been rediscovering, in some of the many guises given it by various specific problems, a single general theorem. This theorem forms the core of what may be called *The General Theory of Second Best*. Although the main principles of the theory of second best have undoubtedly gained wide acceptance, no general statement of them seems to exist. Furthermore, the principles often seem to be forgotten in the context of specific problems and, when they are rediscovered and stated in the form pertinent to some problem, this seems to evoke expressions of surprise and doubt rather than of immediate agreement and satisfaction at the discovery of yet another application of the already accepted generalizations.

In this paper, an attempt is made to develop a general theory of second best. In Section I there is given, by way of introduction, a verbal statement of the theory's main general theorem, together with two important negative corollaries. Section II outlines the scope of the general theory of second best. Next, a brief survey is given of some of the recent literature on the subject. This survey brings together a number of cases in which the general theory has been applied to various problems in theoretical economics. The implications of the general theory of second best for piecemeal policy recommendations, especially in welfare economics, are considered in Section IV. This general discussion is followed by two sections giving examples of the application of the theory in specific models. These examples lead up to the general statement and rigorous proof of the central theorem given in Section VII. A brief consideration of the existence of second best solutions is followed by a classificatory discussion of the nature of these solutions. This taxonomy serves to illustrate some of the important negative corollaries of the theorem. The paper is concluded with a brief discussion of the difficult problem of multiple-layer second best optima.

I A GENERAL THEOREM IN THE THEORY OF SECOND BEST²

It is well known that the attainment of a Paretian optimum requires the simultaneous fulfillment of all the optimum conditions. The general theorem for the second best optimum states that if there is introduced into a general equilibrium system a constraint which prevents the attainment of one of the Paretian conditions, the other Paretian conditions, although still attainable, are, in general, no longer desirable. In other words, given that one of the Paretian optimum conditions cannot be fulfilled, then an optimum situation can be achieved only by departing from all the other Paretian conditions. The optimum situation finally attained may be termed a second best optimum because it is achieved subject to a constraint which, by definition, prevents the attainment of a Paretian optimum.

Rediseño | Empezar por la Atención Primaria



*Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use. $R^2(\text{within})=0.77$.

Rediseño | Colocar al paciente al centro

- Implica reconocer que el paciente, su familia y la comunidad deben participar de los procesos de decisión respecto a los servicios de salud que recibirán
- Integrar red de prestadores al servicio de los pacientes, con flexibilidad
- Fomentar que el usuario “vote con los pies”
- Estudiar la incorporación de copagos (contingente a los ingresos) diferenciado según el tipo de servicios.

Rediseño | Dividir para reinar

La oferta actual puede desagregarse en 3 grupos:

1. Prevención Primaria

- Screening, controles sanos, vacunas, supervisión del embarazo, EMP, etc.

2. Prevención Secundaria-Terciaria:

- Programas de crónicos: cardiovascular, respiratorio, etc.

3. Morbilidad aguda:

- Compiten todos los niveles de la red

Prevención Primaria

Crónicos

Morbilidad

Rediseño | Algunos elementos

- Desdibujamiento de los límites entre los niveles primario, secundario y terciario
- El nivel primario se transforma en el articulador de los prestadores, con acceso amplio a servicios de los otros niveles.
- Además de los médicos generales y familiares, se incorporan otros especialistas médicos “generalistas” a los equipos de APS: internistas, geriatras, pediatras, gineco-obstetras.
- Se re-ordenan las poblaciones, de manera de generar polos de excelencia en torno a necesidades de los pacientes. Por ejemplo: pacientes crónicos, pacientes en control sano (embarazadas, niños, etc.).
- La prevención y promoción salen del ámbito exclusivamente asistencial, hacia el educacional, laboral y comunitario

Rediseño | 2 ejemplos concretos

Compra de servicios del Nivel Secundario

- Se podría permitir comprar exámenes y consultas a diferentes establecimientos públicos (y privados), desde la Atención Primaria.
- Requiere poner la plata en el nivel primario, y comprar “hacia arriba”

Competencia en Morbilidad

- Se podría permitir competir por el pago por atención de morbilidad entre centros y entre el nivel primario y terciario (SAPUs versus SUH)

Rediseño | Incentivos

- Estructura de incentivos
 - ▶ Magnitud de la recompensa económica o premio
 - ▶ Quién debe soportar el riesgo
- Estructura de incentivos modifica la conducta de personas y organizaciones
- La conducta de las personas y organizaciones tiene consecuencias reales sobre la calidad y el volumen de los servicios de salud (y el gasto en salud).

Rediseño | Alinear mecanismos de pago

Prevención Primaria	Per-capita + P4P
Crónicos	Pago por diagnóstico + P4P
Morbilidad	Pago por diagnóstico; o Per-capita + FFS

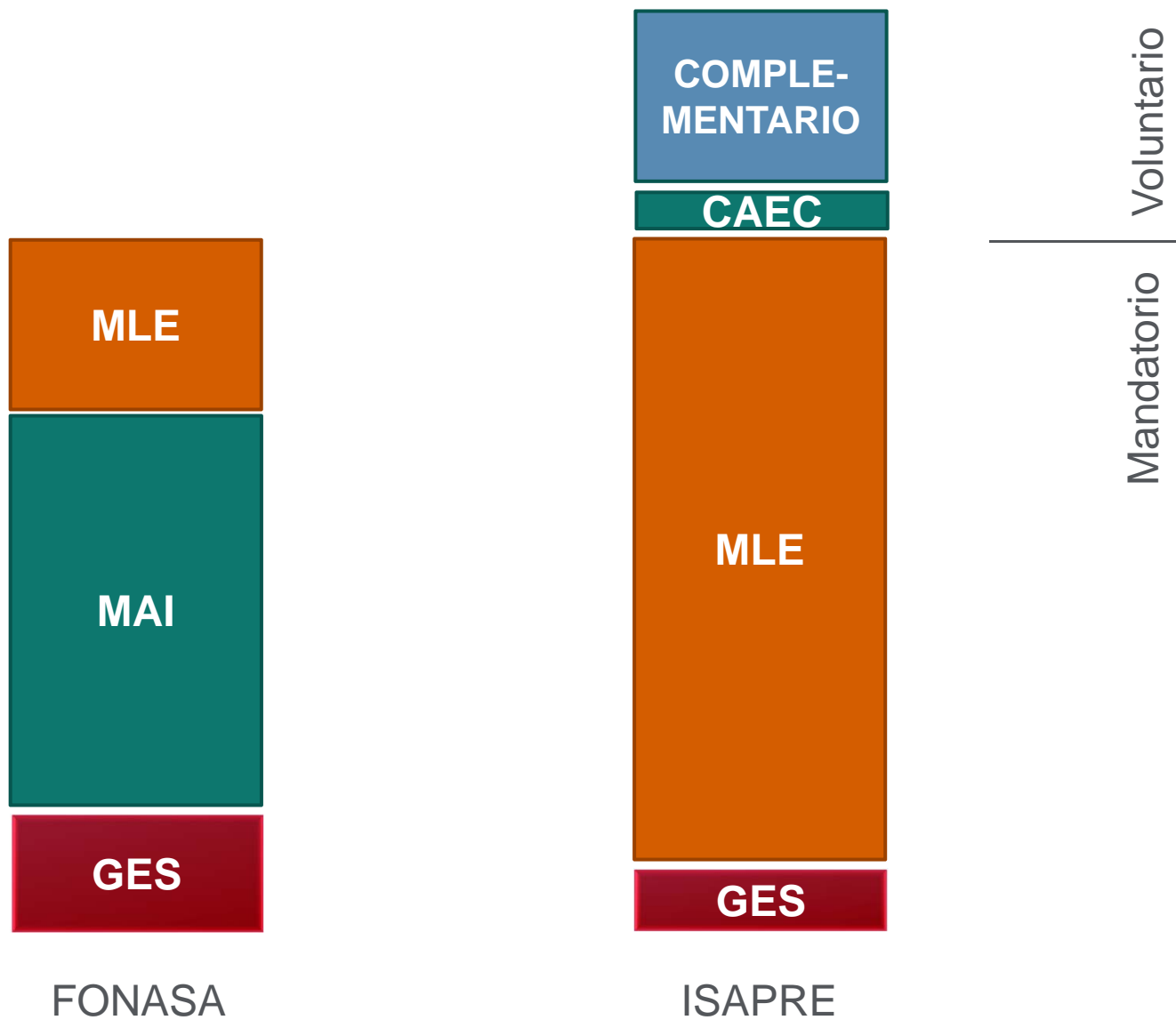
Rediseño | Alinear mecanismos de pago (2)

Prevención Primaria	Per-capita + P4P	Salarios + bonos de desempeño
Crónicos	Pago por diagnóstico + P4P	
Morbilidad	Pago por diagnóstico; o per-capita + FFS	FFS

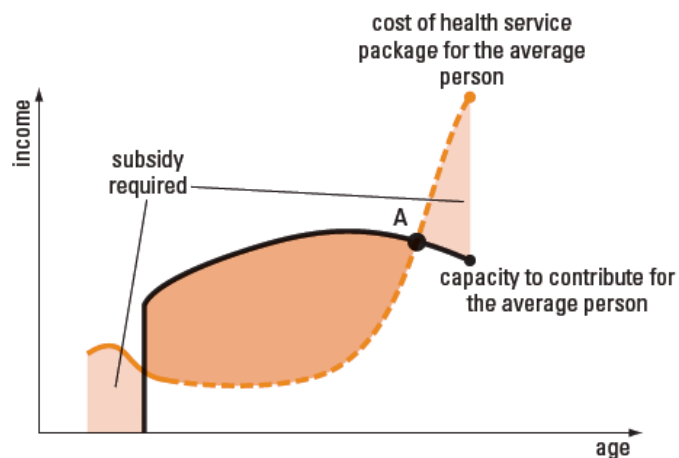
2

Hay que revisar el “mandato” del seguro

Plan de salud

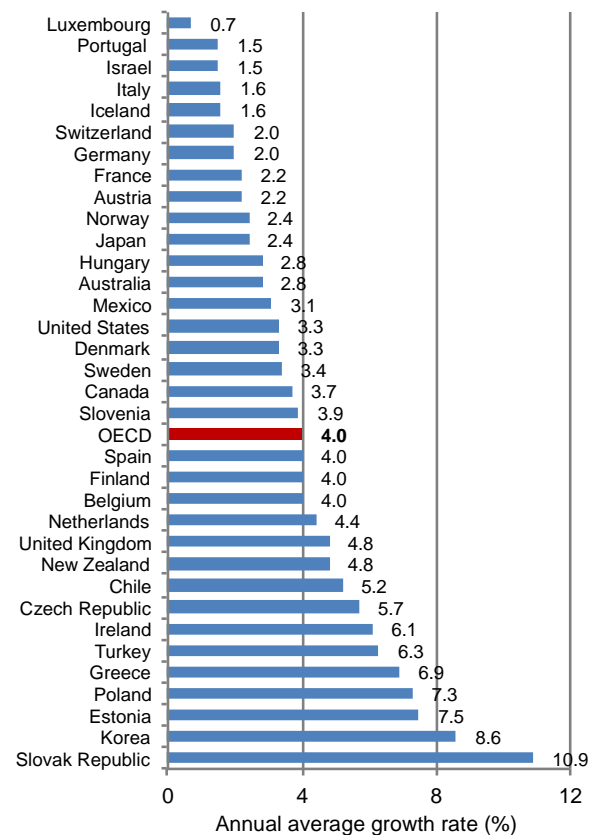


Sistemas de salud | 2 problemas centrales a resolver



¿Qué hacer con las diferencias de costo esperado del gasto en salud de una persona a lo largo de su vida y entre personas?

¿Cómo enfrentar el incremento de costos de la salud?



Fuente: (1) OIT / STEP 2002, en WB, 2006. Health Financing Revisited. (2) OECD 2011. Annual average growth rate in health expenditure per capita in real terms, 2000-09. Health at a Glance 2011.

Seguro | Reducir el mandato a

- Un seguro “pobre, pero honrado”, menor al mandato actual
 - Amplia cobertura a prevención primaria y secundaria (ojo con Atención Primaria)
 - Seguro catastrófico grande, que cubre eventos hospitalarios y gastos ambulatorios (incluyo medicamentos), con un deducible importante.
 - Cobertura GES
- Un seguro muy bueno para eventos infrecuentes y no prevenibles)
 - Uso más importante de copagos y deducibles para eventos ambulatorios y más discrecionales.
 - Cuentas de ahorro para la salud para cubrir esos copagos.

Seguro | Temas adicionales

- Seguros suplementarios: muchos, distintos, voluntarios
- Pueden usarse parcialmente como seguro complementario para cubrir copagos y deducibles del seguro mandatorio.
- Hay que revisar potencial “sobre-aseguramiento”, evitando duplicación de coberturas
- Subsidio del Estado: no hay razón para que esté atrapado en el seguro público.

3

Podemos incorporar elementos de
“inteligencia sanitaria”

“No Toyotas in Healthcare”

- La salud sufre, como describió el profesor William Baumol, del “Cost Disease”, la enfermedad de los costos.
- A diferencia de otras “industrias”, el problema de las nuevas tecnologías sanitarias es que en vez de bajar los costos, generalmente los aumentan.

Medicine & Chronic Illness

No Toyotas In Health Care: Why Medical Care Has Not Evolved To Meet Patients' Needs

Until payment policies reward quality improvement, providers will not place it at the core of their business strategy.

by Molly J. Coye

ABSTRACT: The incentives and structure of health care in the United States produce exactly what we should expect in the quality of care for chronic disease: highly variable patterns of care and widespread failure to implement evidence-based best practices. The persistent inability of providers to improve patterns of practice is due in part to the lack of a "business case for quality." Providers cannot anticipate that quality improvements will result in higher prices, increased volume, or decreased costs. However, signs of a business case for quality are emerging, fueled by cost pressures, the increased availability of data, informed consumers, and public- and private-sector purchaser initiatives.

44 CARE & PATIENTS' NEEDS

The structures, incentives, and forces at work in the U.S. health system produce exactly what we should expect in the quality of care for chronic disease: highly variable patterns of care, widespread failure to implement recognized best practices and standards of care, and the persistent inability of provider systems to achieve substantive changes in patterns of practice. Moreover, after more than two decades of effort to improve clinical care management and to promote the adoption of evidence-based standards, these variations persist! As noted in the recent Institute of Medicine (IOM) report, *To Err Is Human*, "There is abundant evidence that serious and extensive quality problems exist throughout American medicine resulting in harm to many Americans."²

The health sector has been exceptionally untouched by the transforming principles of quality management that revolutionized manufacturing and service industries in the 1980s. For those sectors, quality management became a core task of executive leadership and

Molly Coye is chief executive officer of the Health Technology Center in San Francisco. A physician, she has served as director of the California Department of Health Services and as commissioner of health for the State of New Jersey.

HEALTH AFFAIRS - Volume 20, Number 6

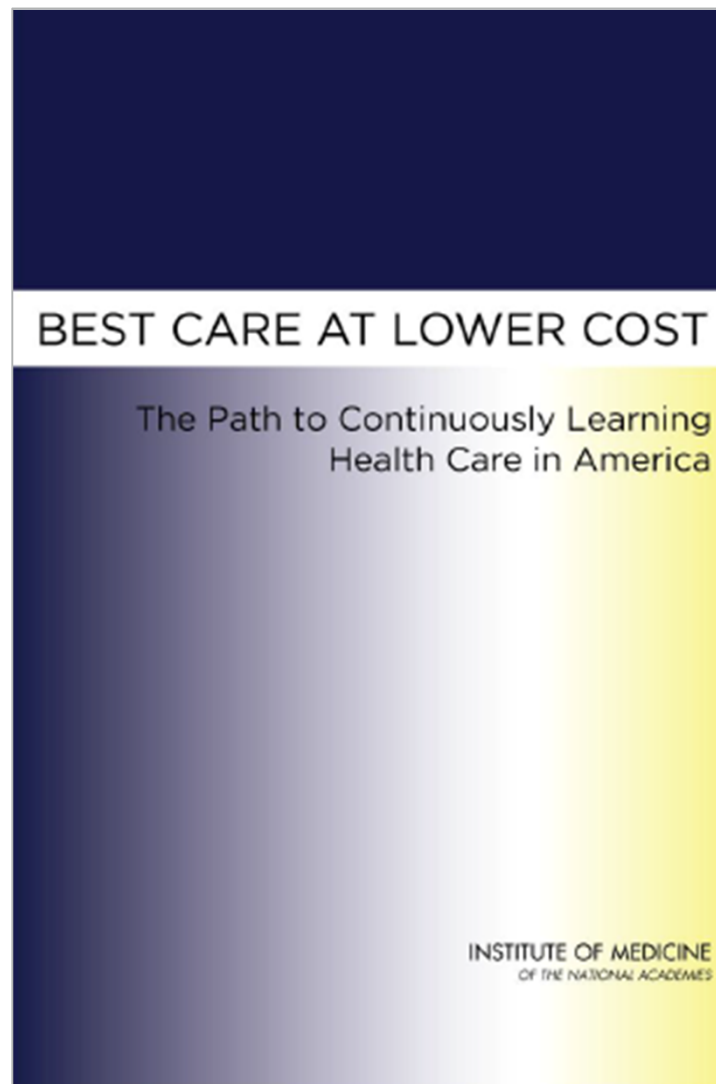
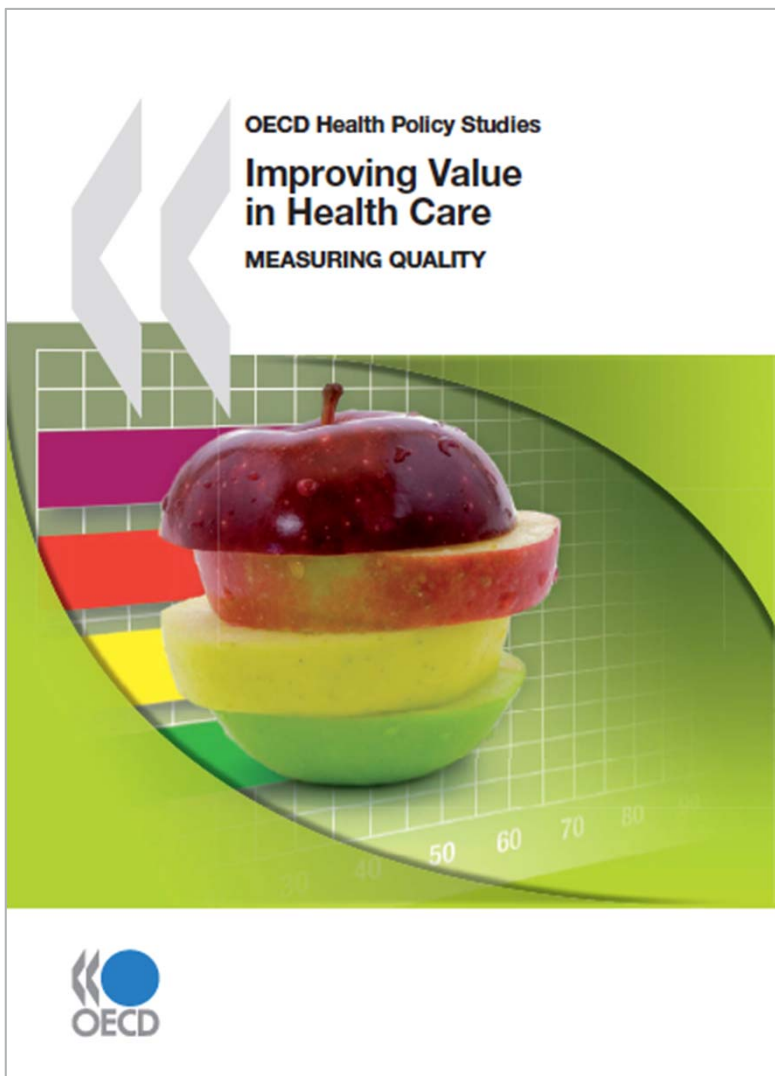
©2001 Project HOPE - The People to People Health Foundation, Inc.

Inteligencia sanitaria | Introducir el “Value-for-money”

- Nueva medida: “value-for-money”, entendida como el beneficio que agrega en términos de salud por cada peso gastado (costo efectividad)
- Implica medir costos y resultados, de manera sistemática, y tomar decisiones acorde a ello.

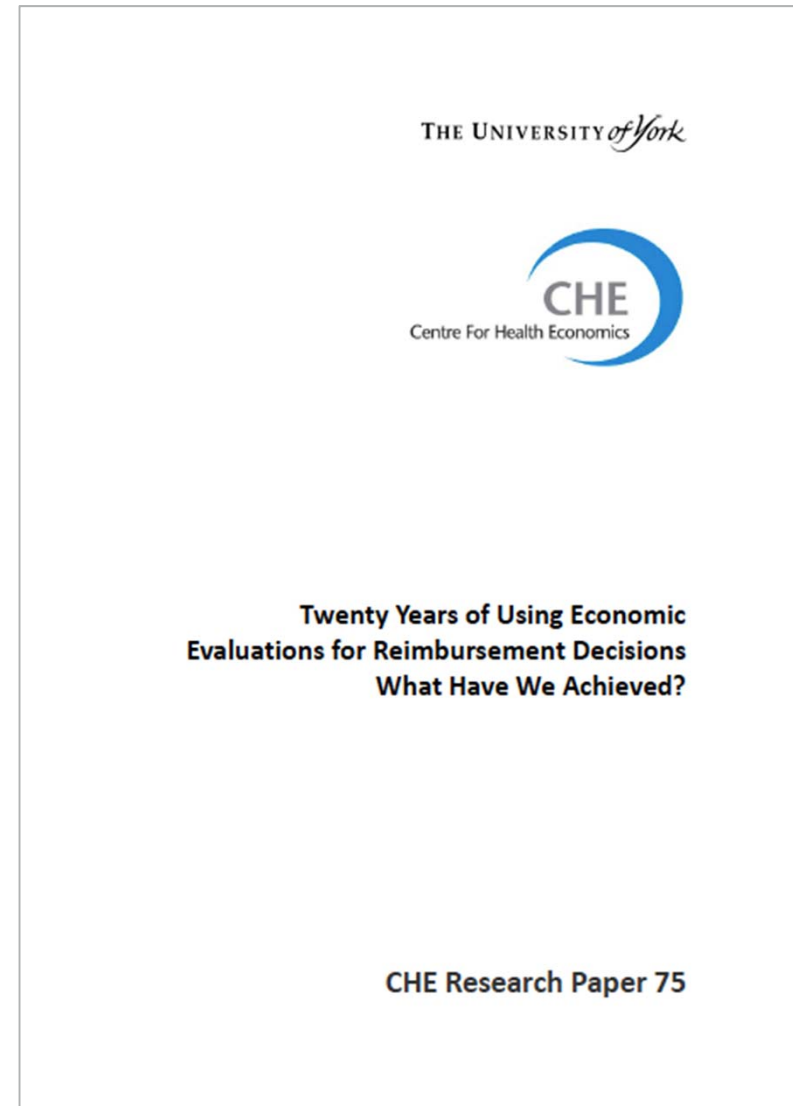


Inteligencia sanitaria | “Value-for-money”



Inteligencia sanitaria | Evaluaciones económicas

- “(...) an evidence-based system of pricing and reimbursement for drugs, considering societal willingness-to-pay, is a reasonable policy objective to pursue.”
- Implica: formalizar evaluaciones de tecnologías; y restricciones al libre acceso a ellas



Inteligencia sanitaria | Introducir el “*Value-for-money*”

- Mezclar instrumentos de pago que permitan poner incentivos acordes a los objetivos
 - ▶ Prevención: per capita, pago por desempeño (P4P)
 - ▶ incremento de prestaciones curativas: pago por prestación (fee for service, FFS)
 - ▶ aumento de calidad: pago por desempeño (P4P)
 - ▶ fomento a la eficiencia (pago por caso, diagnóstico)

Inteligencia sanitaria | Introducir el “*Value-for-money*”

- Mezclar instrumentos de pago que permitan poner incentivos acordes a los objetivos
 - ▶ Prevención: per capita, pago por desempeño (P4P)
 - ▶ incremento de prestaciones curativas: pago por prestación (fee for service, FFS)
 - ▶ aumento de calidad: pago por desempeño (P4P)
 - ▶ fomento a la eficiencia (pago por caso, diagnóstico)

Acceso a nuevas tecnologías | 4 caminos



The way forward | Recommendation

- Rationalize access to new drugs, introducing formal HTA process, at least for public affiliates. That way could at the same time improve the value-for-money achieved, and improve access to better treatments.
- FONASA should avoid decentralized buying definition at hospitals, but could introduce two new mechanisms for covering innovative drugs: Coverage with evidence development, and Risk-sharing agreements.
- Private insurance may be spending too much in innovative medicines. They should be beneficiated also with formal HTA introduction.

Desafíos del sistema de salud chileno

Thomas Leisewitz

24 Octubre 2013

Disclaimer

El autor es responsable de toda la información y opiniones presentadas, y no representa necesariamente a las instituciones con las cuales está vinculado.