

**Propuesta**



# Reforma al Financiamiento del sistema de Salud

**Comisión de Salud**

**Revolución Democrática**

**Jueves 26 de junio 2014**

# **TEMARIO**

**1.Principios para la reforma.**

**2.Problemas identificados.**

**3.Propuesta de reforma.**

# Nuestros Principios

- Desde Revolución Democrática consideramos que los principios que deben guiar la reforma son:
  - Universalidad.
  - Equidad.
  - Solidaridad.

# Recomendaciones OMS/OPS

- **Aumentar el financiamiento público al 5 a 6% del PIB.**
- **Reducir gasto de bolsillo al 10 a 15%.**
- **Generar sistemas de aseguramiento que mancomunen los recursos y riesgos.**
- **Países en desarrollo, deberían optar por un sistema de financiamiento basado principalmente en impuestos.**

# Otras consideraciones

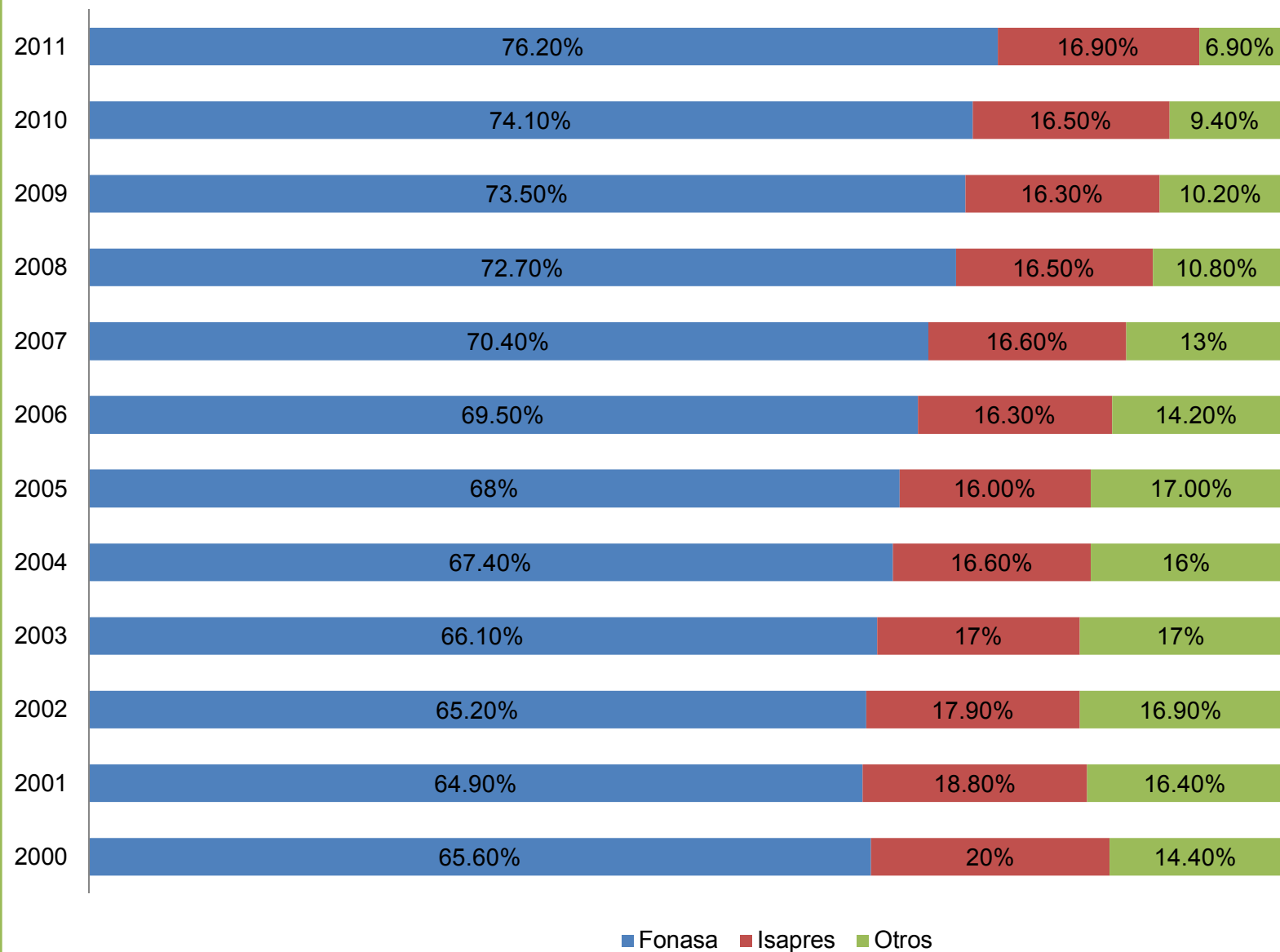
Un sistema de Salud para proveer y financiar la atención de salud debe equilibrar 3 objetivos:

1. Evitar la privación de la atención debido a la incapacidad del paciente para pagar.
2. Evitar el uso ineficiente de recursos.
3. Permitir que la atención refleje las diferentes preferencias de los pacientes individuales.

**El seguro de salud es el que debe garantizar que se cumplan con estos objetivos**

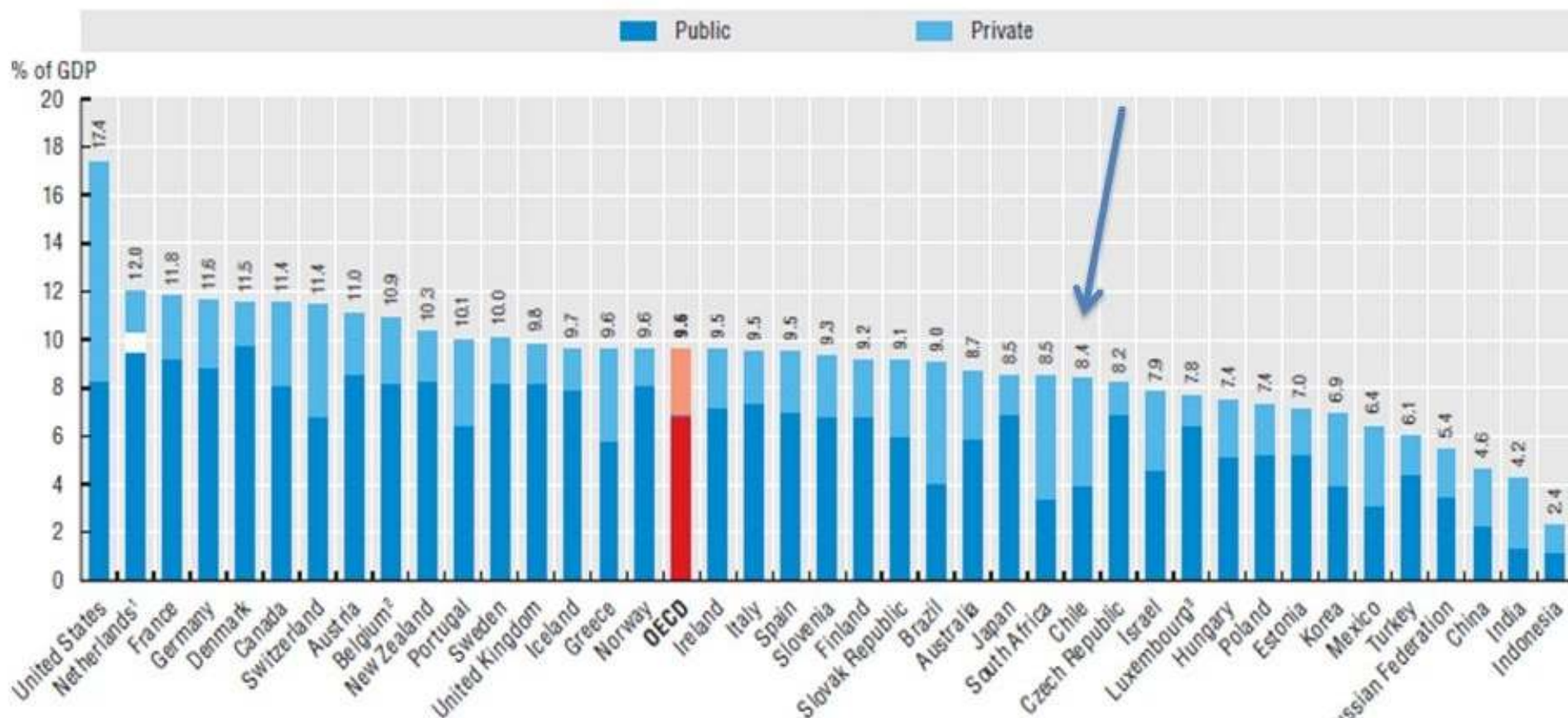
# PROBLEMAS ACTUALES

## Antecedentes Generales Porcentaje Afiliados Fonasa v/s Isapre



FUENTE : ELABORACION PROPIA DATOS FONASA

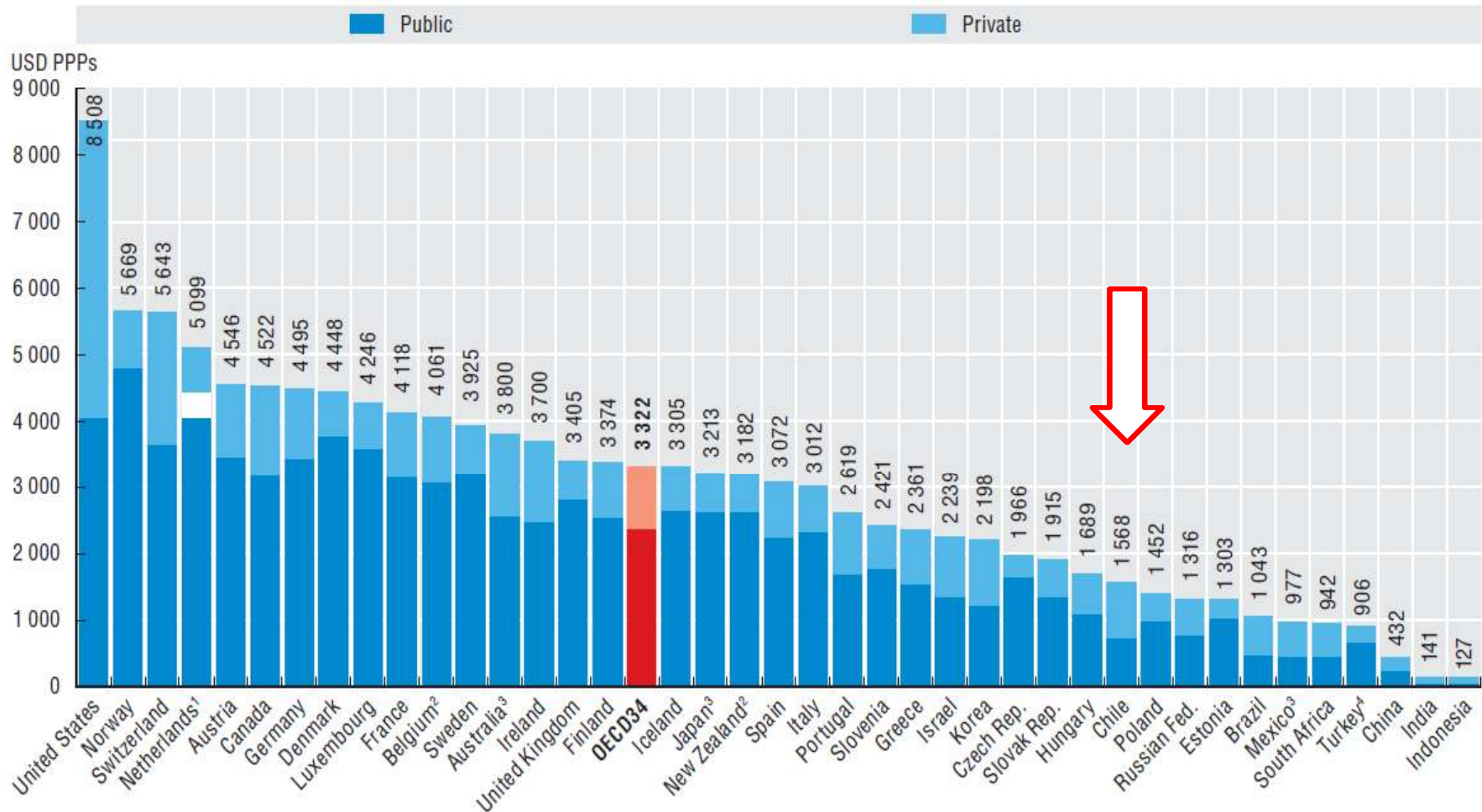
# Gasto Público vs Gasto Privado (% PIB)



- ❑ El gasto de Salud en Chile es de 8,4% del PIB, de los cuales 4,4% es Privado y 4% Público (incluyendo FF.AA).
- ❑ El Promedio OCDE es 9,6% total gasto salud. 6,9% Público y 2,7% Privado.




### 7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)

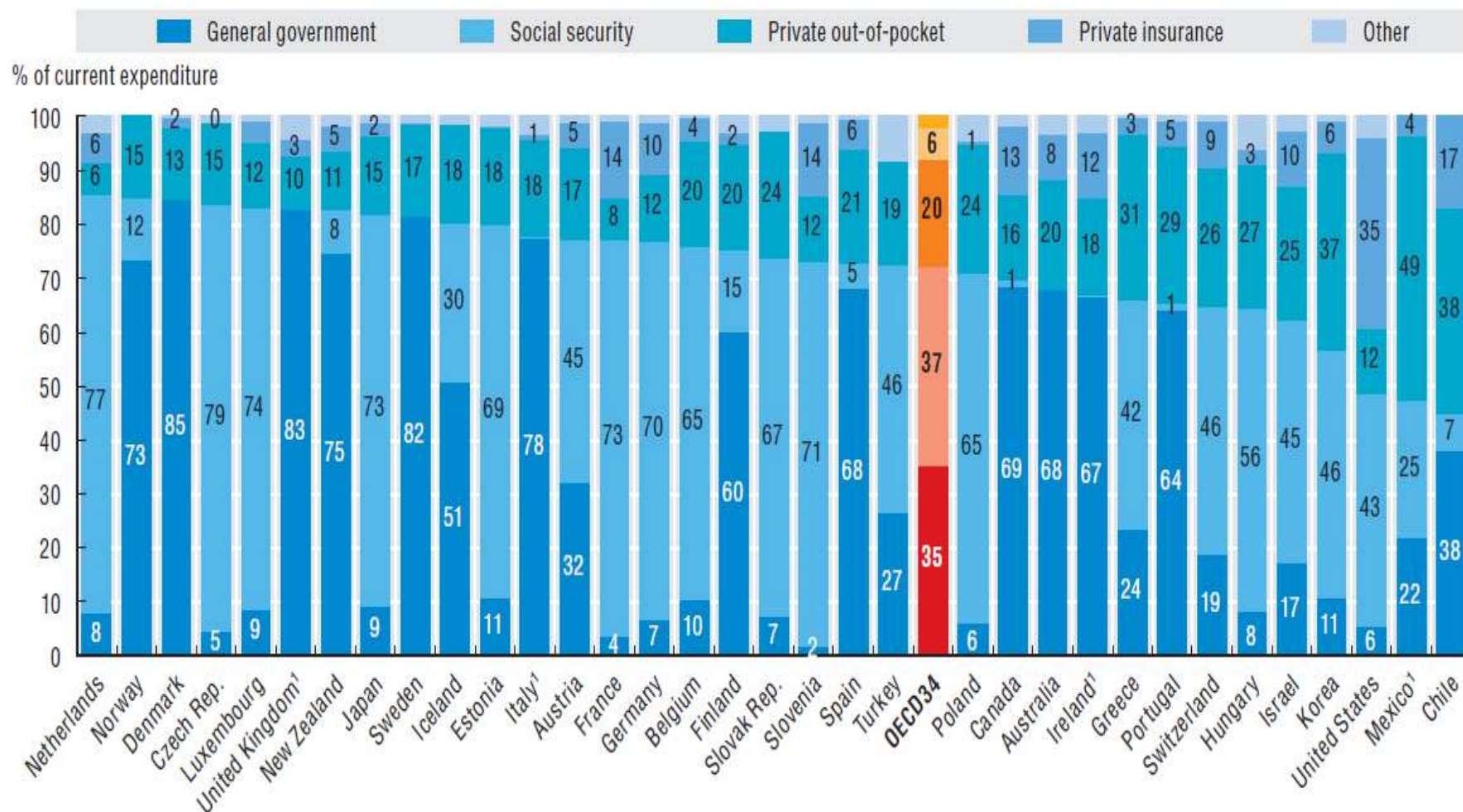


1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Current health expenditure.
3. Data refers to 2010.
4. Data refers to 2008.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918833>

### 7.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2011 (or nearest year)

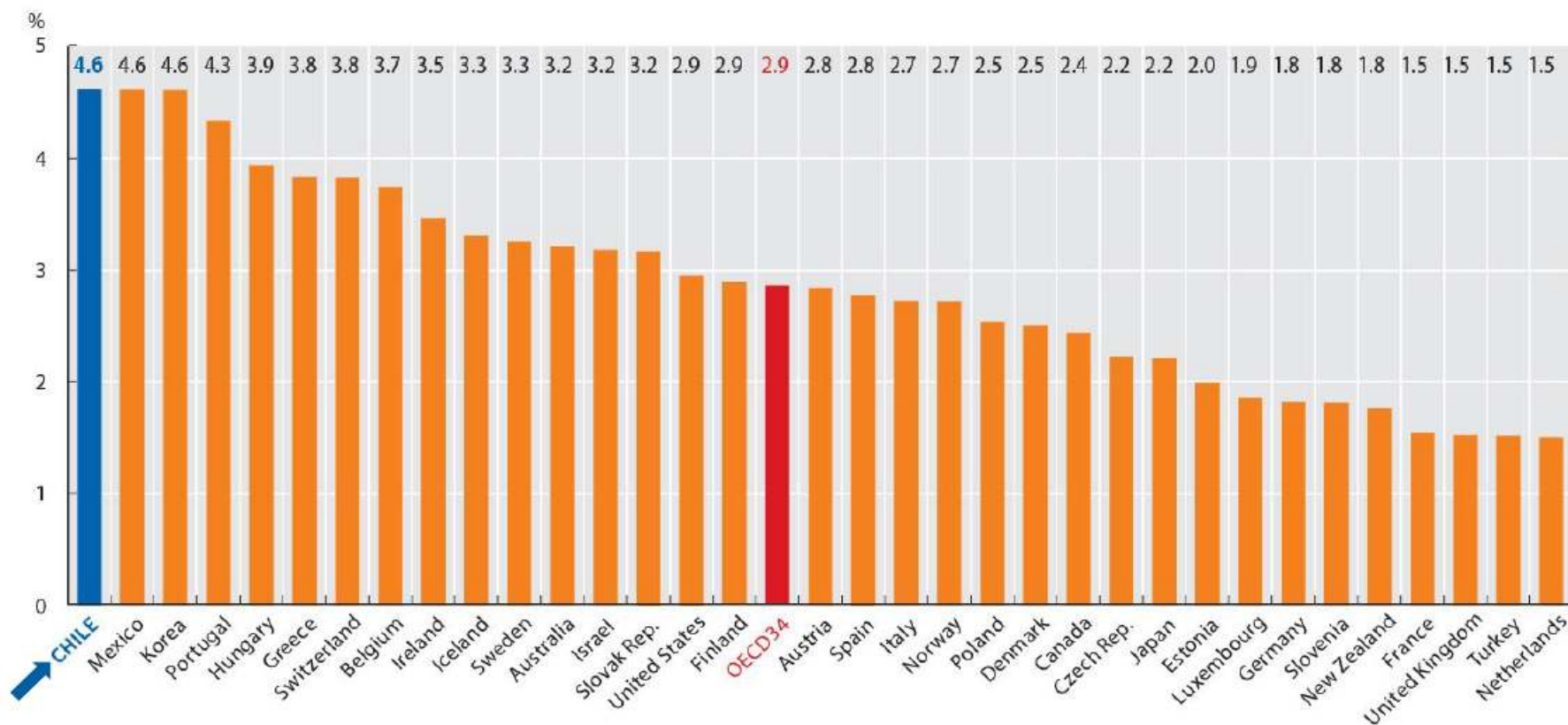


1. Data refer to total health expenditure.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932919061>

# Gasto "de bolsillo" como parte del consumo final del hogar



Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.

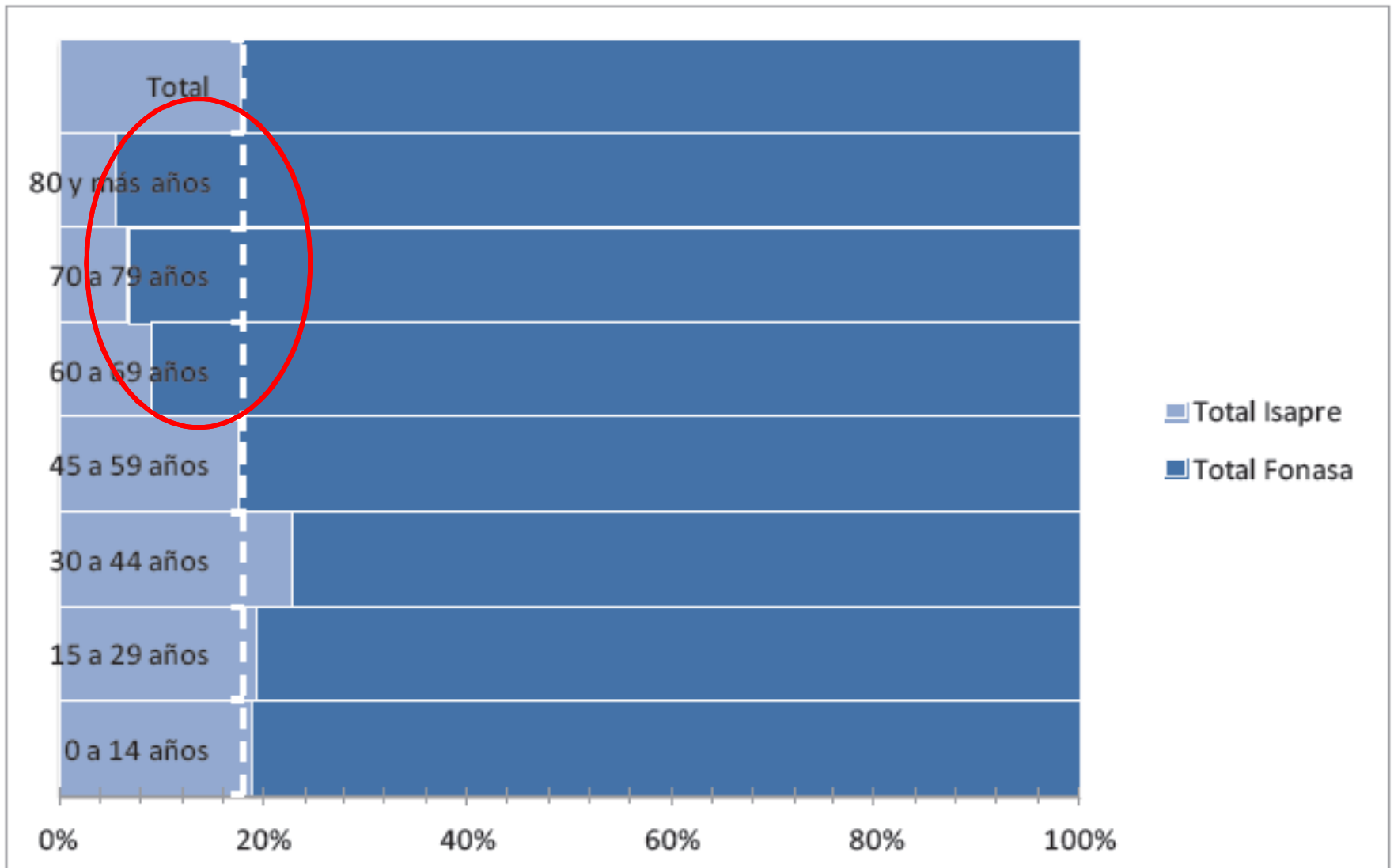
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

\*2011

■ OECD  
■ Chile



# Distribución por edad de los afiliados



# Problema global financiamiento

- Baja inversión en salud para nivel de desarrollo del país.
- Baja inversión pública en salud **(47% del total). No alcanza 6% recomendado.**
- Distribución inequitativa del gasto en salud entre público y privado. **\$ 257.100 Beneficiario Publico, \$379.000 Beneficiario Privado este ultimo SIN incluir los copagos**
- Diferenciación de riesgos entre sistemas FONASA e ISAPRE (33% más riesgo en 10 años).
- Estructura de financiamiento con rol preponderante de gasto de bolsillo (38% del total).
- Gran porcentaje de la población en riesgo financiero por salud (baja cobertura, limitación acceso).
- Sistemas de pago poco eficientes.
- Ineficiencia global (Sist. Privado con baja eficiencia; Sist. Público desfinanciado).

# ISAPRES / FONASA

- Selección de riesgo y discriminación.
  - Cuatridad.
  - Gran gasto de bolsillo.
  - Baja protección financiera.
  - Escasa contención costos (Pago por prestación, APS?, Integración vertical).
  - Poco eficiente socialmente.
- Falla lógica de subsidios cruzados por descreme ISAPRES.
  - Desfinanciamiento crónico.
  - Gran carga de riesgo y enfermedad.
  - Arancel prestaciones subvalorado
  - Sistema de pago poco eficiente.
  - Dependencia de sist. privado: traspados (MLE, PPV).

**Consecuencia: limitación en el acceso a prestaciones en salud**

# **Propuesta Revolución Democrática**



# Propuesta RD

Solución requiere mirada global, interviniendo sintéticamente

AVANZAR HACIA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD....



# Objetivos específicos

- Aumentar presupuesto global de salud.
- Redistribuir equitativamente presupuesto.
- Asegurar acceso a toda la población.
- Cambiar estructura de financiamiento: disminuir Gasto de Bolsillo
- Mayor protección financiera.
- Dar mayor eficiencia al uso de recursos.

# Seguridad Social

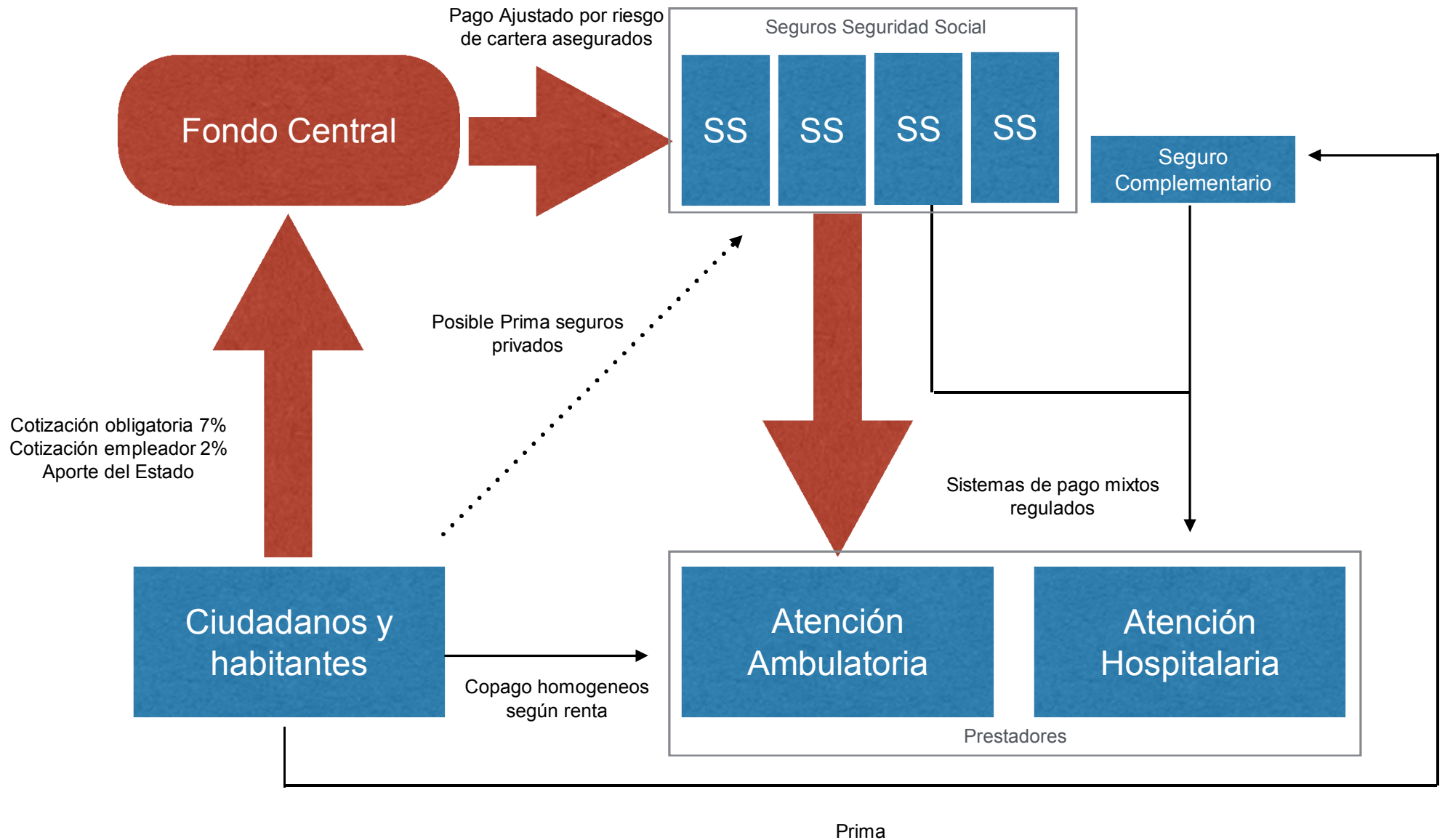
Las reformas hacia la seguridad social pueden llevar 3 caracteres:

- **Sistema Único de Salud**

- **Seguro Único de Salud.**

- **Sistemas de seguridad social (Multiseguro).**

# Sistema Multiseguro



# Sistema Multiseguro

- **Problemas:**

- Riesgo de potenciar el desfinanciamiento de la red asistencial pública, con importante incentivo al desarrollo de Red Privada.
- Sin regulación actual adecuada de sistema de prestación privado (lucro). Presencia de integración vertical es una gran amenaza.
- Sin cambios en los sistema de pago (ajustado por riesgo e integrado en red) puede generar mayor ineficiencia en el sistema.
- Evidencia internacional ha mostrado que **no termina con problema de discriminación por riesgo.**



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

## Health Policy

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)



### Review

## Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison

Sarah Thomson<sup>a,\*</sup>, Reinhard Busse<sup>b</sup>, Luca Crivelli<sup>c</sup>,  
Wynand van de Ven<sup>d</sup>, Carine Van de Voorde<sup>e</sup>

<sup>a</sup> LSE Health and European Observatory on Health Systems and Policies, LSE Health (COW3.01), Houghton Street, London WC2A 2AE, United Kingdom

<sup>b</sup> Berlin University of Technology, Department of Health Care Management, Strasse des 17. Juni 135, 10623 Berlin, Germany

<sup>c</sup> Università della Svizzera italiana, Faculty of Economics, Via Buffi 13, 6900 Lugano, Switzerland

<sup>d</sup> Erasmus University Rotterdam, Burgemeester Oudlaan 50, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands

<sup>e</sup> Catholic University Leuven, Naamsestraat 69, 3000 Leuven, Belgium

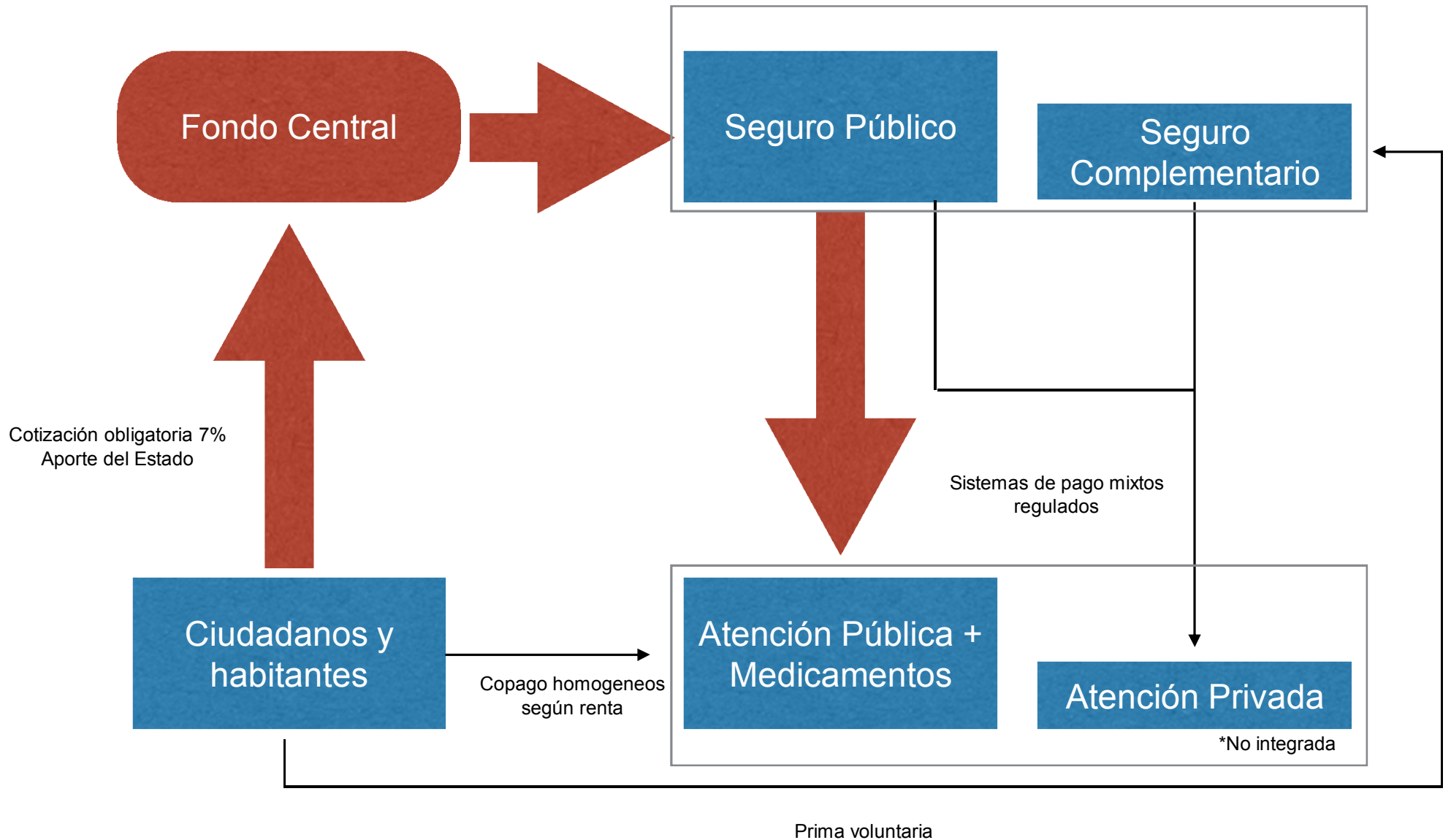
# Abstract

---

This paper explores the goals and implementation of reforms introducing choice of and competition among insurers providing statutory health coverage in Belgium, Germany, the Netherlands and Switzerland. In theory, health insurance competition can enhance efficiency in health care administration and delivery only if people have free choice of insurer (consumer mobility), if insurers do not have incentives to select risks, and if insurers are able to influence health service quality and costs. In practice, reforms in the four countries have not always prioritised efficiency and implementation has varied. Differences in policy goals explain some but not all of the differences in implementation. **Despite significant investment in risk adjustment, incentives for risk selection remain and consumer mobility is not evenly distributed across the population. Better risk adjustment might make it easier for older and less healthy people to change insurer.** Policy makers could also do more to prevent insurers from linking the sale of statutory and voluntary health insurance, particularly where take-up of voluntary coverage is widespread. Collective negotiation between insurers and providers in Belgium, Germany and Switzerland curbs insurers' ability to influence health care quality and costs. Nevertheless, while insurers in the Netherlands have good access to efficiency-enhancing tools, data and capacity constraints and resistance from stakeholders limit the extent to which tools are used. **The experience of these countries offers an important lesson to other countries: it is not straightforward to put in place the conditions under which health insurance competition can enhance efficiency.** Policy makers should not, therefore, underestimate the challenges involved.

- Despite significant investment in risk adjustment, incentives for risk selection remain and consumer mobility is not evenly distributed across the population. Better risk adjustment might make it easier for older and less healthy people to change insurer.
- The experience of these countries offers an important lesson to other countries: it is not straightforward to put in place the conditions under which health insurance competition can enhance efficiency.

# Seguro Nacional de Salud





# Propuesta Reforma RD

- **Recaudación:** Avanzar hacia la obtención de recursos que aseguren contar con un 9% del PIB en Salud:
  - **Cotizaciones obligatoria trabajador:** 7% de la renta imponible, aumentar tope actual de 4,92 UF (salario 70,3 UF) a 6,3 UF (salario 90 UF). Con esto aumentan recaudación en US \$120.000.000 anuales con efecto fiscal neutro (redistributivo).
  - **Aporte fiscal: Aumentar los \$3.800.000 mill actuales de inversión pública para cubrir gap con 9% PIB.**
- **Fondo Único de Salud:** Pooling único de las cotizaciones de trabajadores + aportes fiscales. Esto establece las bases de un sistema solidario y opera bajo lógica de subsidios cruzados, dando equidad. Considerando datos de 2011:
  - Ingreso por beneficiario FONASA  $\$21.000 \times 13.000.000 = \text{USD } \$546.000.000$
  - Ingreso por beneficiario ISAPRE (sólo considera 7% obligatorio):  $\$31.000 \times 3.000.000 = \$186.000.000$
  - Ingreso por aumento de tope imponible: USD \$120.000.000
  - Aporte fiscal: USD \$ 6.000.000
  - **Disponibilidad per cápita media cercana a los \$32.000 mensuales. Aumento del un 52% per cápita para beneficiarios del sistema público.**

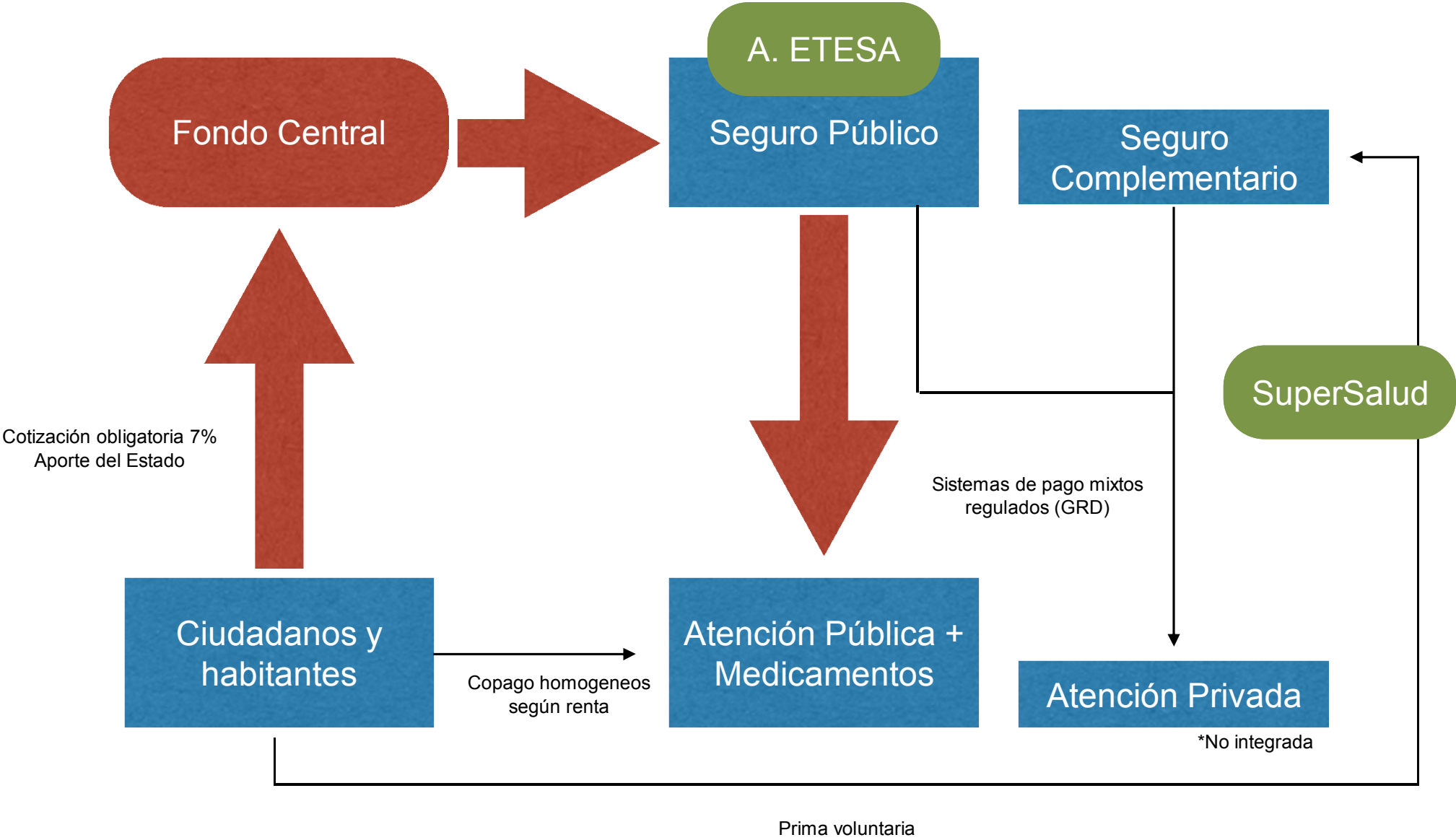
# Propuesta Reforma RD

- **Seguro Nacional de Salud (amplio) + Seguro Complementario**
  - **SUS:** amplio, que incluya el tratamiento de TODAS las enfermedades FONASA, con protocolos definidos de cobertura de tratamientos/procedimientos. Excluye procedimientos estéticos, experimentales, fármacos fuera de arsenal SUS y hotelería. Prima promedio esperada por persona de \$32.000 financiada por FUS.
  - **Seguro complementario:** Cubren aspectos no cubiertos en seguro básico: estético + hotelería + procedimientos experimentales. Potencialidad de captar al menos 3% cotización voluntaria actual de ISAPRES (\$12.000 por beneficiario). Por lo que per cápita de beneficiarios SUS + Complementario tendrían per cápita de mayor de \$40.000.
- **Pago:** Sistema de pago mixto, basado en esquema de Yardstick competition. A nivel hospitalario se plantea vía GRD. SUS sin portabilidad por si mismo. Seguro complementario permite pago desde SUS a Prestadores Privados (pagando según GRD), cubriendo diferencia este la diferencia arancelaria.

# Propuesta Reforma RD

- **Regulaciones complementarias:**
  - Agencia de ETESA para determinar medidas de SUS.
  - Prohibir Integración vertical Seguros Complementarios con Prestadores Privados.
  - Regulación de precios en prestadores privados (Superintendencia de Salud): Similar a lo que ocurre en Inglaterra (NHS) donde instituciones privadas deben respetar los estándares de calidad y precio impuestos por el NHS

# Seguro Nacional de Salud



# Ventajas

- Redistribuye recursos del sector salud (Publ - priv).
- Elimina selección de riesgo.
- Asegura acceso a toda la población.
- Contención de costos.
- Mayor eficiencia y equidad.
- Respeta libertad de las personas para elección de seguro privado (complementario).

# Cambios legales

- Mandato FONASA: responsable de la seguridad social.
- Modificación DFL 1 - 2005 MINSAL.
- Modificación Ley ISAPREs: transformación en seguros complementarios.
- Decreto de Ley de creación de Agencia ETESA (autónoma).
- Modificación funciones SuperSalud: regulación prestadores privados.



Comisión de Salud