



## 10° Seminario Anual

# “El Gasto en Salud: Realidad y Desafíos”

---

Ricardo Bitrán



Bitrán & Asociados

7 de Octubre de 2015

# Gasto en salud en países OECD

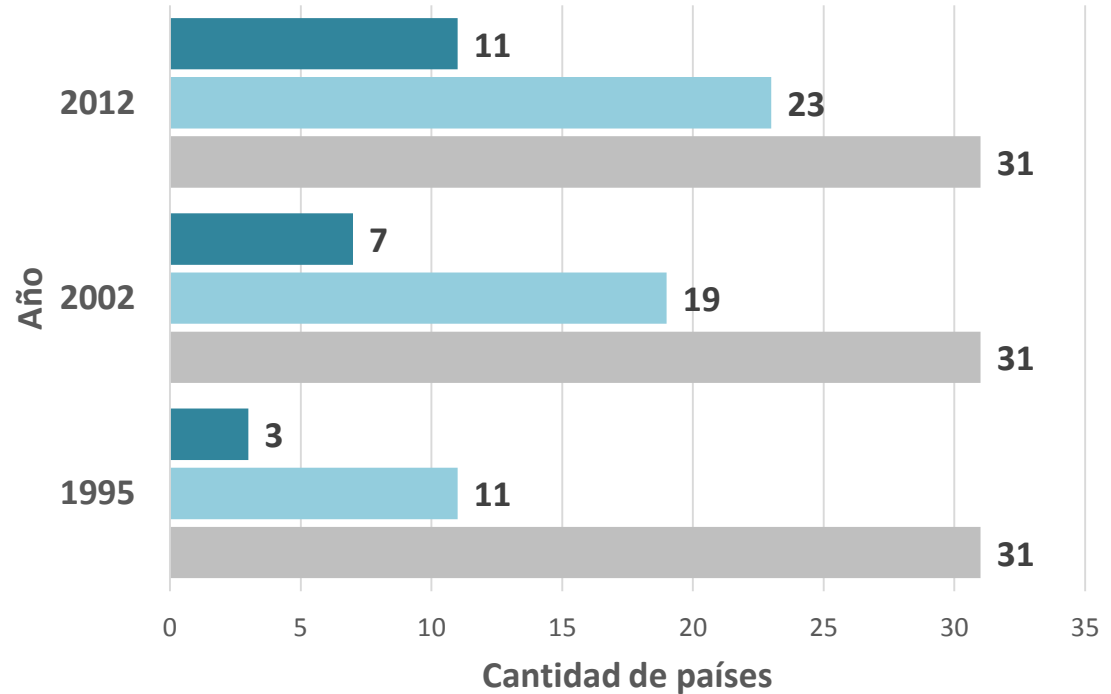
---



# El creciente gasto en salud

- Gasto en salud (GS) de los países crece sostenidamente más rápido que la inflación general y que el producto interno bruto.
- Cantidad de países de la OCED con GS > 10% del PIB:
  - 1995: **3**
  - 2002: **7**
  - 2012: **11**

Gasto en salud en relación al PIB en países OCED, 1995, 2002 y 2012 (cantidad de países)



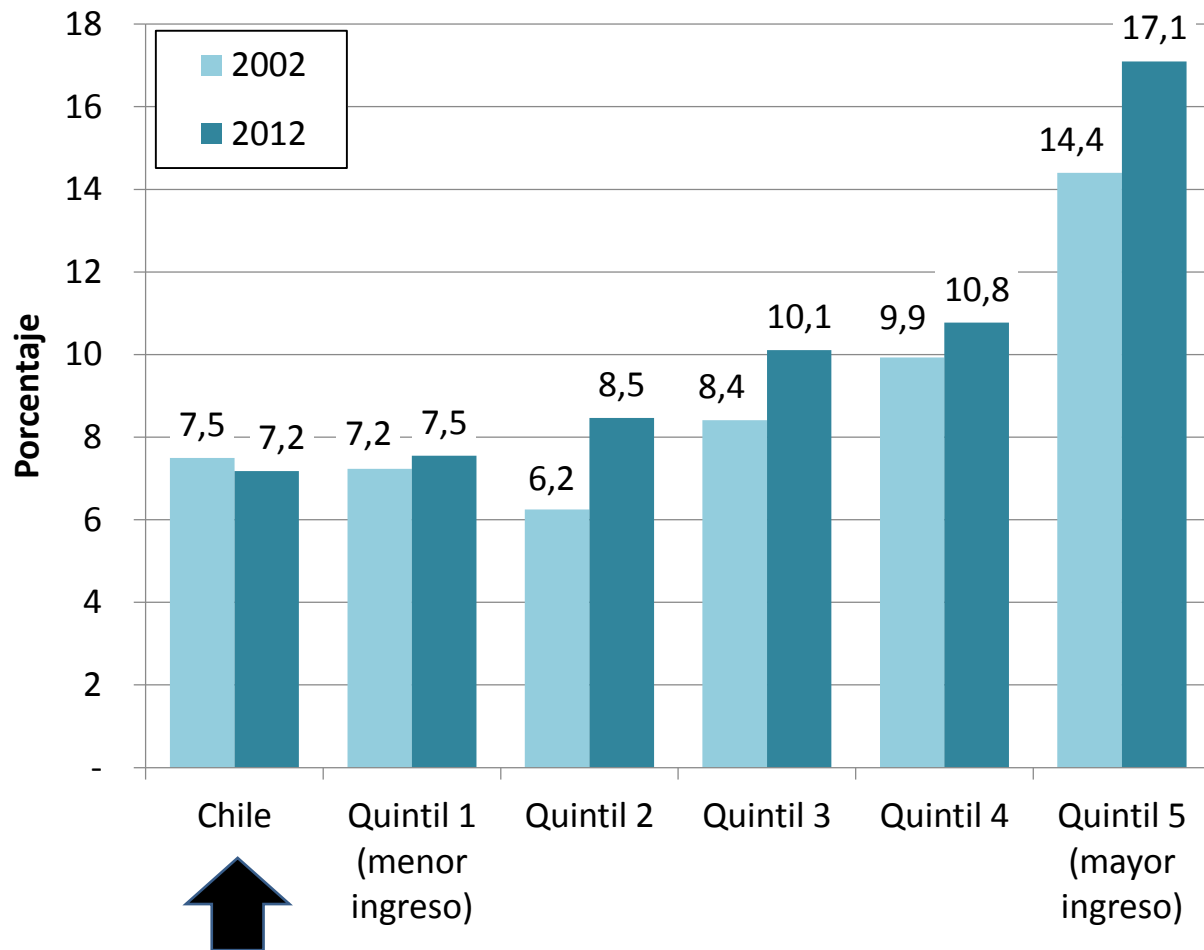
- Países con gasto total en salud superior al 10% del PIB
- Países con gasto total en salud superior al 8% del PIB
- cantidad de países en OCED



# Gasto en salud como % del PIB, OECD y Chile, según quintiles de países

- En la década ese indicador aumentó en todos los quintiles de países.
- Disminuyó ligeramente en Chile.

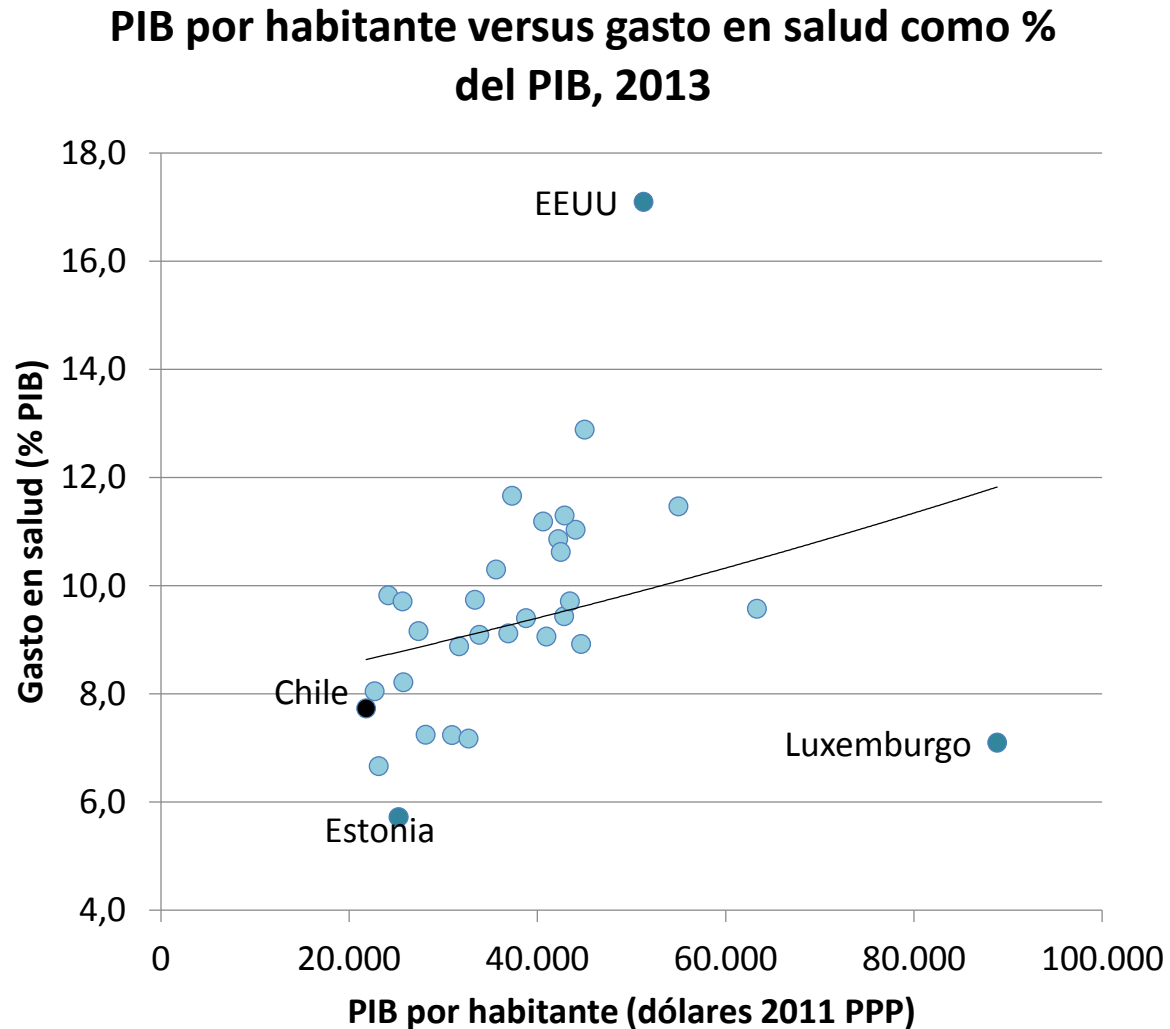
Países de la OECD y Chile: gasto total en salud como proporción del PIB, 2002 y 2012 (porcentaje)



Fuente: Autor con datos de World Bank DataBank.

# Riqueza y gasto en salud

- Mientras más rico es un país, mayor suele ser el % de su PIB destinado a la salud.



Fuente: Autor con datos de World Bank DataBank.

**El gasto en salud aumenta. ¿Y cuál es el problema?**

---



# Consecuencias del aumento del gasto en salud (ejemplo de EEUU)

- Con mayores costos de salud más personas mayores de 65 años enfrentan más carga económica para financiar su salud. Gasto en salud como % de otros gastos del hogar:
  - 2001: 15%
  - 2009: 21%
- 1 de cada 5 familias tienen problemas para pagar sus gastos en salud. Muchas se declaran en bancarrota por sus gastos en salud.
- Las primas de los seguros de salud aumentan.
  - 2001: US\$ 7.601
  - 2011: US\$ 15.073
- Los empleadores trasladan una mayor proporción del costo de aseguramiento a los trabajadores, ofreciendo a menor precio planes con mayores deducibles y copagos, y limitando los aumentos de sueldo.



# ¿El crecimiento del gasto en salud tiene como consecuencia reducir el crecimiento económico?

---

- En países pobres y de ingresos medios bajos, la evidencia es que mayor gasto en salud contribuye a un mayor crecimiento económico.
- En países industrializados, la evidencia es mixta y hay un debate académico.





# Causas del aumento en el gasto en salud: Literatura internacional

---



# Crecimiento económico y gasto en salud

- Uno de los principales determinantes del aumento del gasto en salud per cápita es el crecimiento económico.
- Newhouse (1977): Aprox. el 90% de variación entre países en su gasto en salud estaba determinada por esta variable;<sup>1</sup> muchos otros autores han llegado a la misma conclusión.<sup>2,3</sup>
- El PIB per cápita es aún más importante que el cambio demográfico desde el punto de vista etario – que no es lo mismo que la transición epidemiológica – siendo EEUU el único país que escapa a esta relación.<sup>4,5,6,7</sup>

#### Fuentes:

1. Newhouse JP. Medical-care expenditure: a cross-national survey. J Hum Resour. 1977;12(1):115–25.
2. Getzen TE. Forecasting health expenditures: short, medium, and long (long) term. Journal of Health Care Finance. ASPEN PUBLISHERS, INC; 2000;26(3):56–72.
3. Hitiris T, Posnett J. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. Journal of Health Economics. agosto de 1992;11(2):173–81.
4. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. Ann Intern Med. 17 de mayo de 2005;142(10):847–54.
5. Squires. Issues in International Health Policy. 3 de mayo de 2012;;1–14.
6. Orszag PR, Ellis P. The challenge of rising health care costs--a view from the Congressional Budget Office. N Engl J Med. 1 de noviembre de 2007;357(18):1793–5.
7. Indicators O. Health at a Glance 2011. OECD Indicators. Available at [http://dx. doi. org/10.1787/888932525590](http://dx.doi.org/10.1787/888932525590); 2011.



# Crecimiento tecnológico basal

- Principal causa del aumento del gasto en salud: el ingreso acelerado de nuevas tecnologías (medicamentos, implementos, uso de biotecnología, exámenes o equipos de imágenes e intervencionales).<sup>8,9</sup>
- Cambios en los avances tecnológicos dan cuenta de entre un 27% a un 65% del aumento del gasto en salud.<sup>10,11</sup>
- El aumento del gasto tecnológico es el resultado del incremento en la difusión de nuevas tecnologías y el aumento de la cantidad de especialistas y la profundización de las atenciones de salud.<sup>5,8</sup>
- La difusión tecnológica parece tener, además, un factor de aumento basal que no depende de los sistemas de pago o aseguramiento; sería una característica del sector salud en general.<sup>12</sup>

Fuentes:

8. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation. *Ann Intern Med.* 7 de junio de 2005;142(11):932-7.

9. Robert Wood Johnson Foundation. What are the biggest drivers of cost in U.S. health care? 16 de noviembre de 2011;:1-2.

10. Inc A. The Facts About Rising Health Care Costs. 1 de junio de 2014;:1-7.

11. Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs.* 8 de septiembre de 2009;28(5):1276-84.

12. Castro MF, Guccio C, Pignataro G, Rizzo I. Health Policy. *Health policy.* Elsevier Ireland Ltd; 1 de abril de 2014;115(2-3):215-29.

# Innovación tecnológica y resultados en salud

- Innovación tecnológica: No debe ser considerada como negativa por aumentar el gasto en salud. Su justificación depende de las mejoras de resultados y disminuciones de efectos adversos
- Ejemplo: La relación de costo-efectividad (cociente entre mayores costos y mejores resultados en salud) de avances tecnológicos en infarto agudo al miocardio, cataratas, bajo peso al nacer y depresión es favorable en estas patologías. En el caso del cáncer de mama, los aumentos del costo derivados de nuevas tecnologías son en suma similares a los beneficios derivados de estos.<sup>13</sup>
- Para algunas enfermedades, se producen aumentos de costos por mayor uso de tecnologías ya existentes. Esto ocurre a medida que se definen mejor los grupos que se benefician de tratamiento (“expansión de tratamiento”), y no solamente por el uso de nuevas tecnologías, como es el caso del infarto agudo al miocardio.<sup>13</sup>
- La expansión de tratamiento también está dada por aumento de demanda de pacientes más informados y proactivos, quienes a veces eligen la intensidad de uso tecnológico.<sup>14</sup>

Fuentes:

13. Cutler DM, McClellan M. Is Technological Change In Medicine Worth It?

14. Selder A. Physician reimbursement and technology adoption. Journal of Health Economics. septiembre de 2005;24(5):907–30.



# Factores empíricamente identificados como causantes del aumento del gasto en salud

---



# Efecto tecnología en Chile

---



# El caso de Chile: Exámenes de imágenes/ 1.000 beneficiarios

- Todas las tasas de uso aumentaron, aunque el aumento fue mayor para los procedimientos de imágenes más costosos y modernos, y menor para los más convencionales.
- Esta es un ejemplo de cómo se difunden las nuevas y más costosas tecnologías, en desmedro de las convencionales y menos costosas.

**Estadísticas de uso de exámenes de imagenología por 1000 beneficiarios en Isapres, 2006-2011**

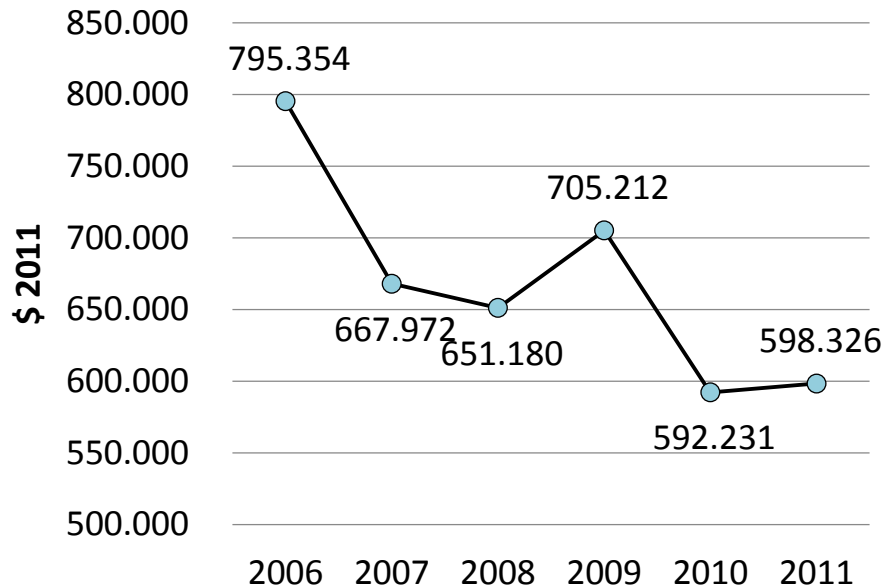
|                                     | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Variación |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Radiología Simple                   | 580  | 586  | 593  | 609  | 606  | 617  | 6.4%      |
| Radiología Compleja                 | 4.1  | 4.2  | 4.5  | 4.5  | 5.5  | 4.6  | 10.7%     |
| TAC                                 | 84   | 93   | 104  | 112  | 115  | 127  | 35.7%     |
| Ecografía mediana y baja resolución | 231  | 234  | 248  | 251  | 248  | 259  | 12.2%     |
| Ecografía alta resolución           | 118  | 127  | 141  | 149  | 152  | 163  | 38.3%     |
| Eco Doppler                         | -    | 14   | 25   | 27   | 29   | 32   | 123.7%    |
| Resonancia Magnética                | 13   | 23   | 27   | 30   | 33   | 41   | 75.7%     |



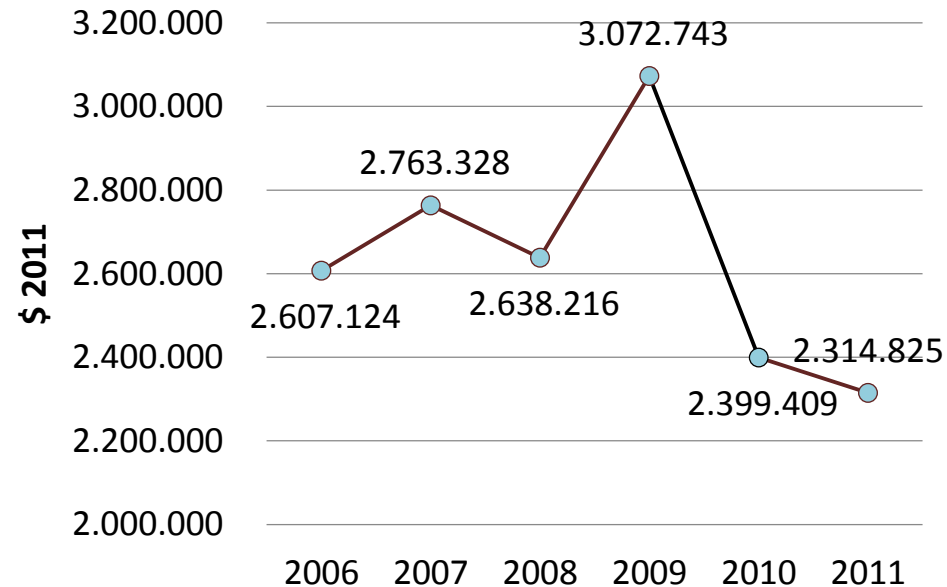
# El caso de Chile: LASIK y Hernia del núcleo pulposo: Disminución del costo de nuevas tecnologías

- En Isapres, canastas “hernia del núcleo pulposo” y “LASIK” registraron una caída de sus precios.

**Costo total canasta LASIK, 2006-2011**  
(\$ año 2011)



**Costo total canasta hernia núcleo pulposo, 2006 - 2011**  
(\$ año 2011)





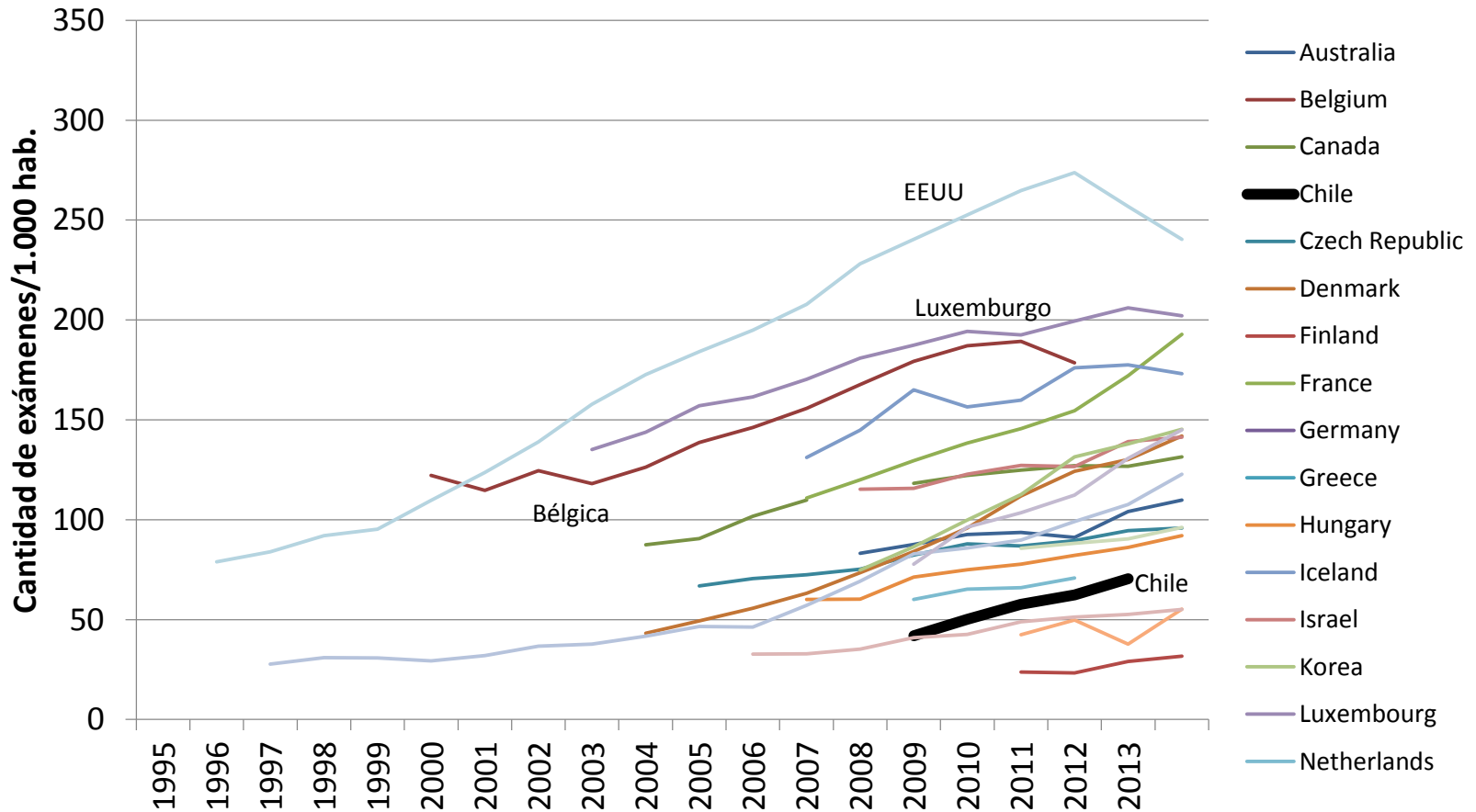
# Efecto consumo OECD

---



# El caso de la OECD: El inexorable aumento del consumo médico por habitante: Exámenes TAC

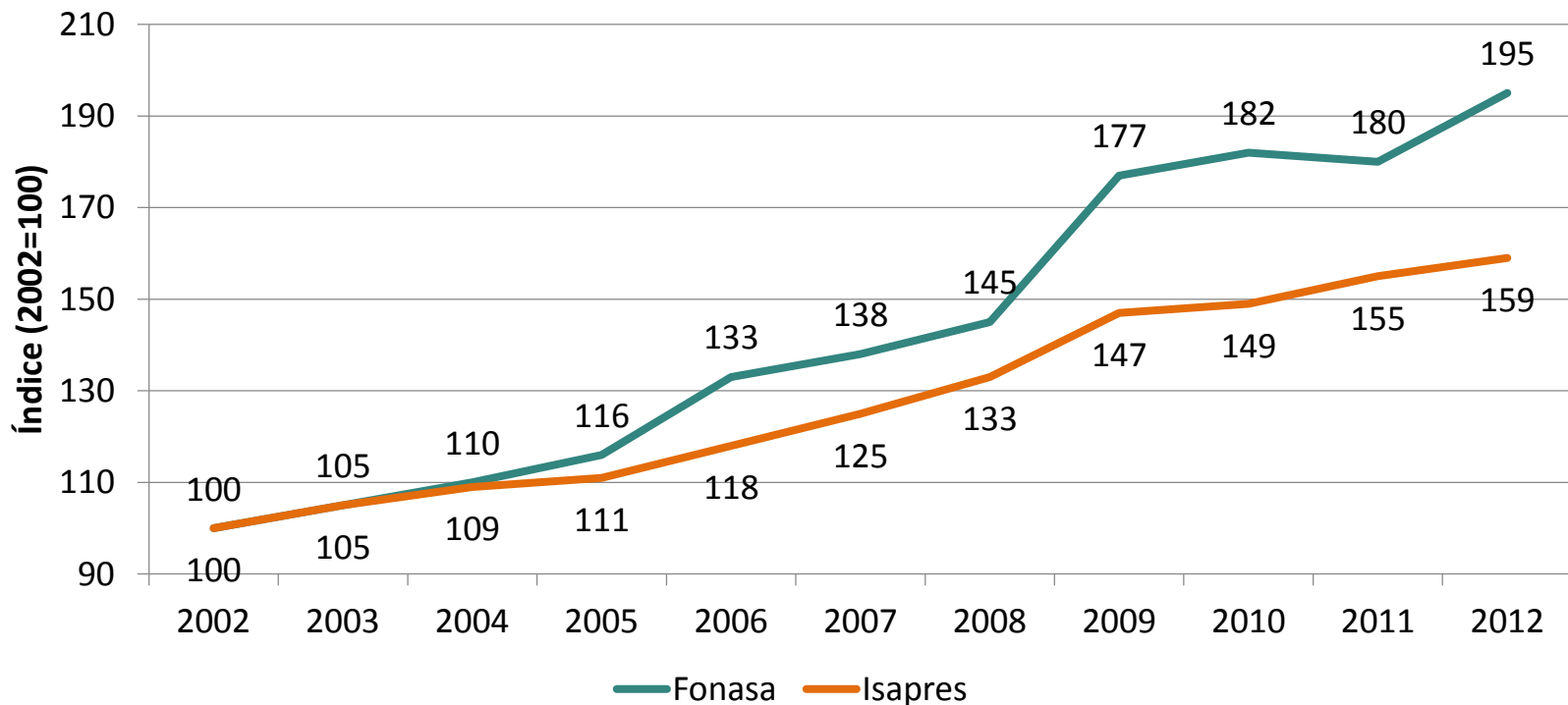
OECD: Exámenes de Tomografía Axial Computarizada por 1.000 habitantes, 1995-2013



# Aumento del gasto: Problema también en Chile, en Fonasa y en Isapres

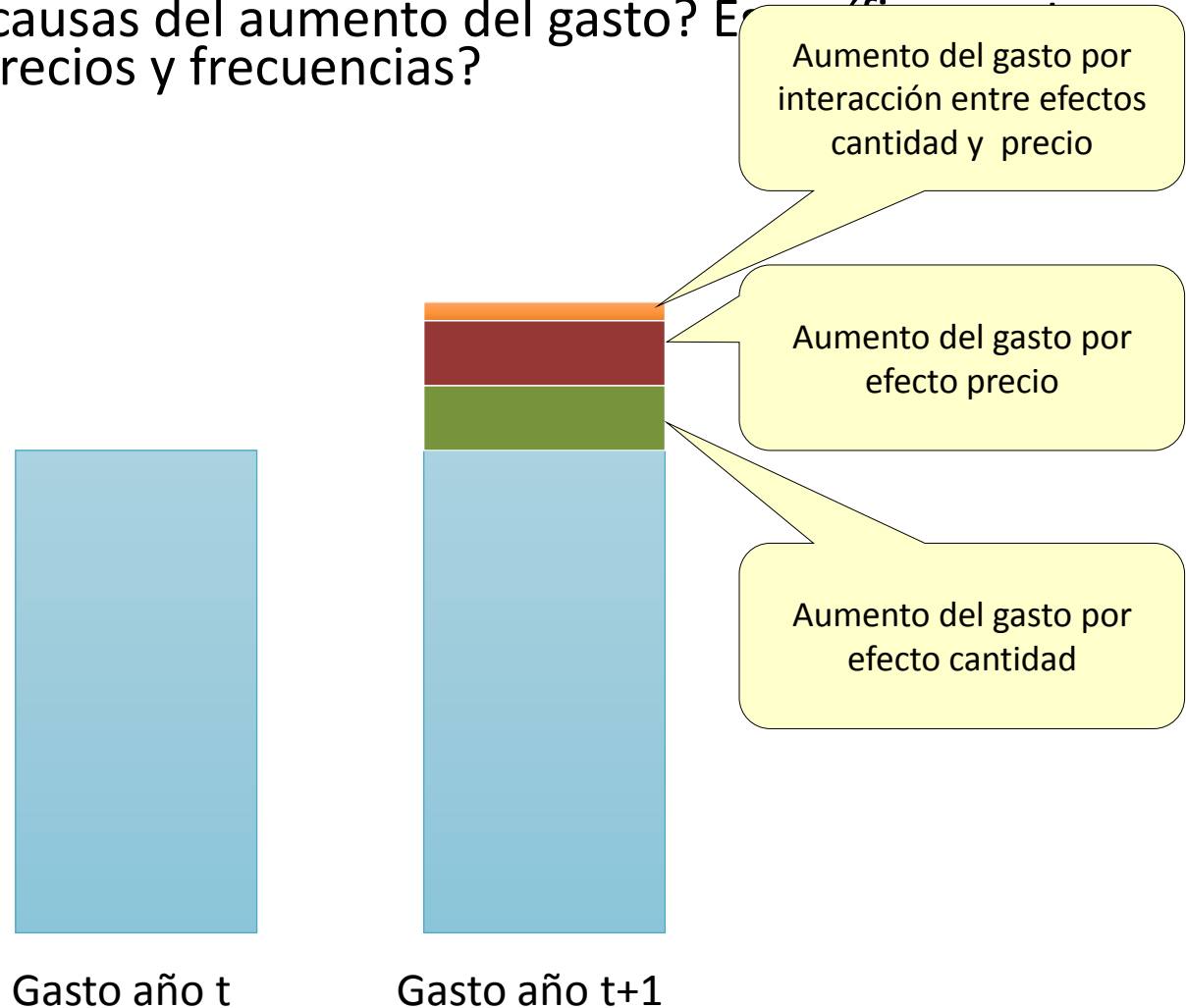
- En Fonasa el problema del gasto por beneficiario ha sido aún mayor que en Isapres.

Índice de gasto real por beneficiario en Fonasa e Isapres, 2002-2011  
(2002=100)



# Influencia de precios y de consumo en gasto

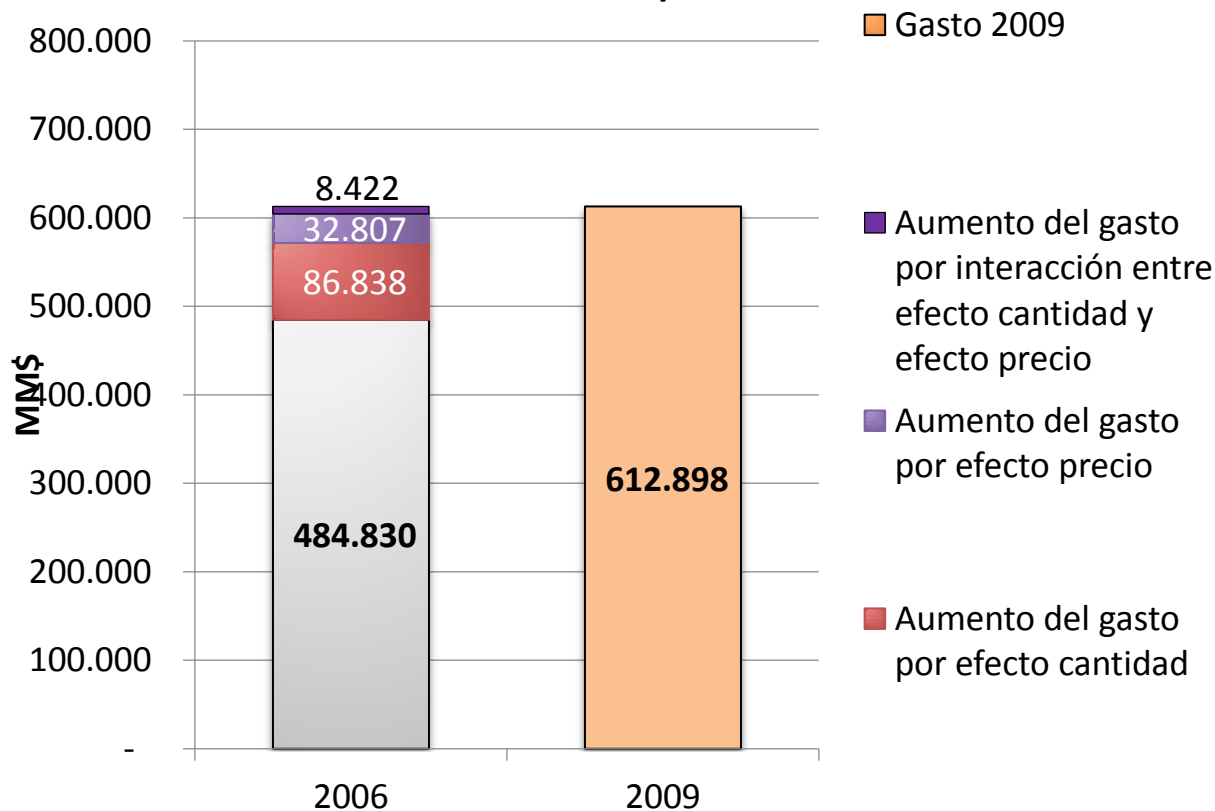
- Los tribunales de justicia han sido renuentes en algunos casos a reconocer como legítimo el aumento del gasto en las Isapres.
- ¿Cuáles son las causas del aumento del gasto? En qué rol juegan precios y frecuencias?



# Influencia de precios y de consumo en gasto

- 2006-2009: El gasto total en atenciones de salud en Isapres aumentó en un 26,4% en términos reales, de \$484.830 millones a \$612.898 millones, o un aumento de MM\$ 128.068.
- El aumento en la cantidad de prestaciones consumidas, de MM\$ 86.838 dio cuenta de las dos terceras partes del aumento del gasto.
- El aumento de los precios, de MM\$ 32.807 fue responsable del 26% del aumento del gasto.
- El efecto conjunto cantidad y precio, de MM\$ 8.422, explicó el 6,6% del aumento del gasto.

**Descomposición de la variación del gasto real por beneficiario en Isapres, 2006-2009 (MM\$ de dic. 2012)**



# Aumento del gasto: ¿Qué hacer?

---



# Factores empíricamente identificados como causantes del aumento del gasto en salud

- ¿Restricciones legales a la adopción de nuevas tecnologías?
- Restricciones al acceso (listas de espera; mayor copago)?

Nada

Envejecimiento población

- ¿Prevención primaria?
- ¿Prevención secundaria?

Estado de salud de la población

- ¿Promover competencia?
- ¿Control de precios?
- ¿Único comprador (monopsonio)?

Innovación tecnológica

Precios relativos

Nada

Crecimiento económico

- ¿Techos presupuestarios?
- ¿Nuevos métodos de pago?
- ¿Salud administrada?

Políticas de salud

Gasto en salud



# Contención de costos mediante reforma en sistemas de pago a prestadores

---

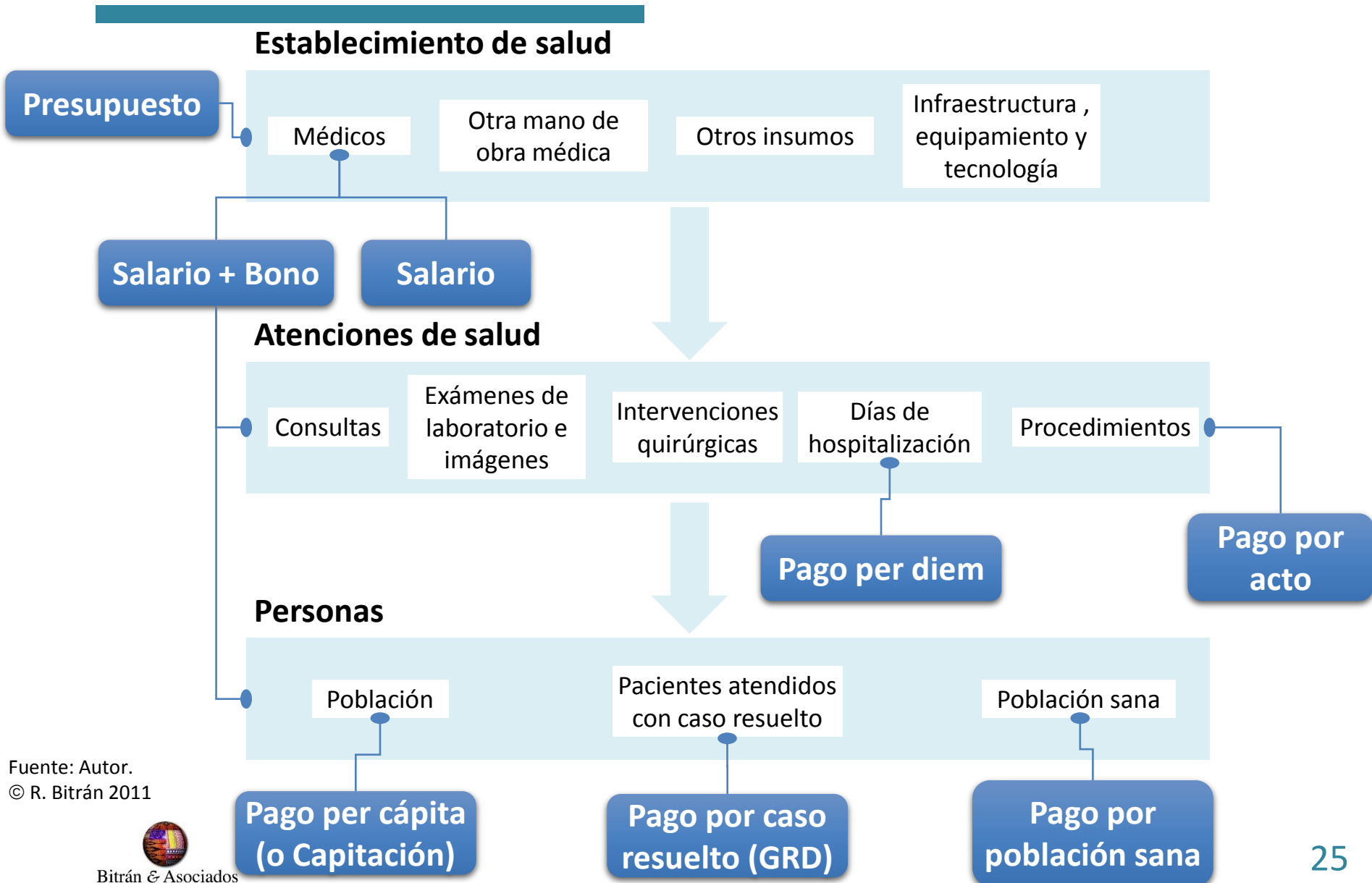
- La mejor oportunidad para avanzar en la contención de costos en los próximos 5-10 años es mediante la reforma de los sistemas de pago a los proveedores, para disminuir gradualmente el papel de reembolso según pago por acto.
- En EEUU hay muchas iniciativas de ese tipo, pero es necesario que Medicaid y Medicare promuevan su adopción generalizada.
- Conferir incentivos a personas para que se adscriban a sistemas de salud administrada.

Ginsburg, P. (2012) ANALYSIS & COMMENTARY. Achieving Health Care Cost Containment Through Provider Payment Reform That Engages Patients And Providers. Health Affairs .32, NO. 5 (2013): 929–934

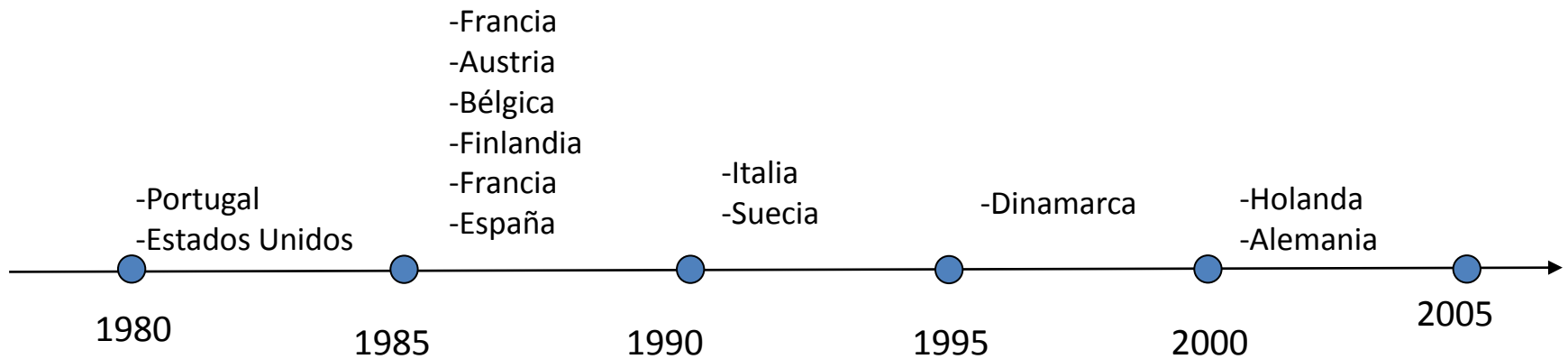




# Métodos de pago



# Año de decisión de implementación de GRDs



# Difusión: razones de implementación fuera de EEUU

- Las principales razones de implementación en los países europeos fueron la eficiencia y la transparencia.
- Otras razones fueron mejorar la calidad, promocionar actividades ambulatorias, promover prevención, y otras

| País         | Eficiencia | Transparencia | Calidad | Otros |
|--------------|------------|---------------|---------|-------|
| Austria      | X          | X             | X       |       |
| Bélgica      | X          |               | X       | X     |
| Dinamarca    | X          | X             |         |       |
| Inglaterra   | X          | X             |         |       |
| Finlandia    | X          | X             |         |       |
| Francia      | X          | X             | X       | X     |
| Alemania     | X          | X             |         |       |
| Italia       | X          |               |         |       |
| Portugal     | X          |               |         |       |
| España       | X          | X             | X       |       |
| Suecia       | X          | X             |         |       |
| Suiza        | X          |               |         |       |
| Países Bajos | X          | X             |         |       |



# Resultados logrados fuera de EEUU

- Bélgica, Finlandia, Italia, Portugal, España, Suecia, Suiza y Países Bajos cumplieron sus objetivos originales.
- Inglaterra, Francia y Alemania aún no tienen evaluación.
- Austria y Dinamarca cumplieron sus objetivos, pero no hay información sobre calidad.
- Bélgica y Suiza ganaron transparencia aunque no era una de sus metas.

| País       | Eficiencia | Transparencia | Calidad | Otros |
|------------|------------|---------------|---------|-------|
| Austria    | X          | X             | N/R     |       |
| Bélgica    | X          | X             |         | X     |
| Dinamarca  | X          | N/R           |         |       |
| Inglaterra | N/R        | N/R           |         |       |
| Finlandia  | X          | X             |         |       |
| Francia    | N/R        | N/R           | N/R     | N/R   |
| Alemania   | N/R        | N/R           |         |       |
| Italia     | X          |               |         |       |
| Portugal   | X          |               |         |       |
| España     | X          | X             | X       |       |
| Suecia     | X          | X             |         |       |
| Suiza      | X          | X             |         |       |
| Holanda    | X          | X             |         |       |



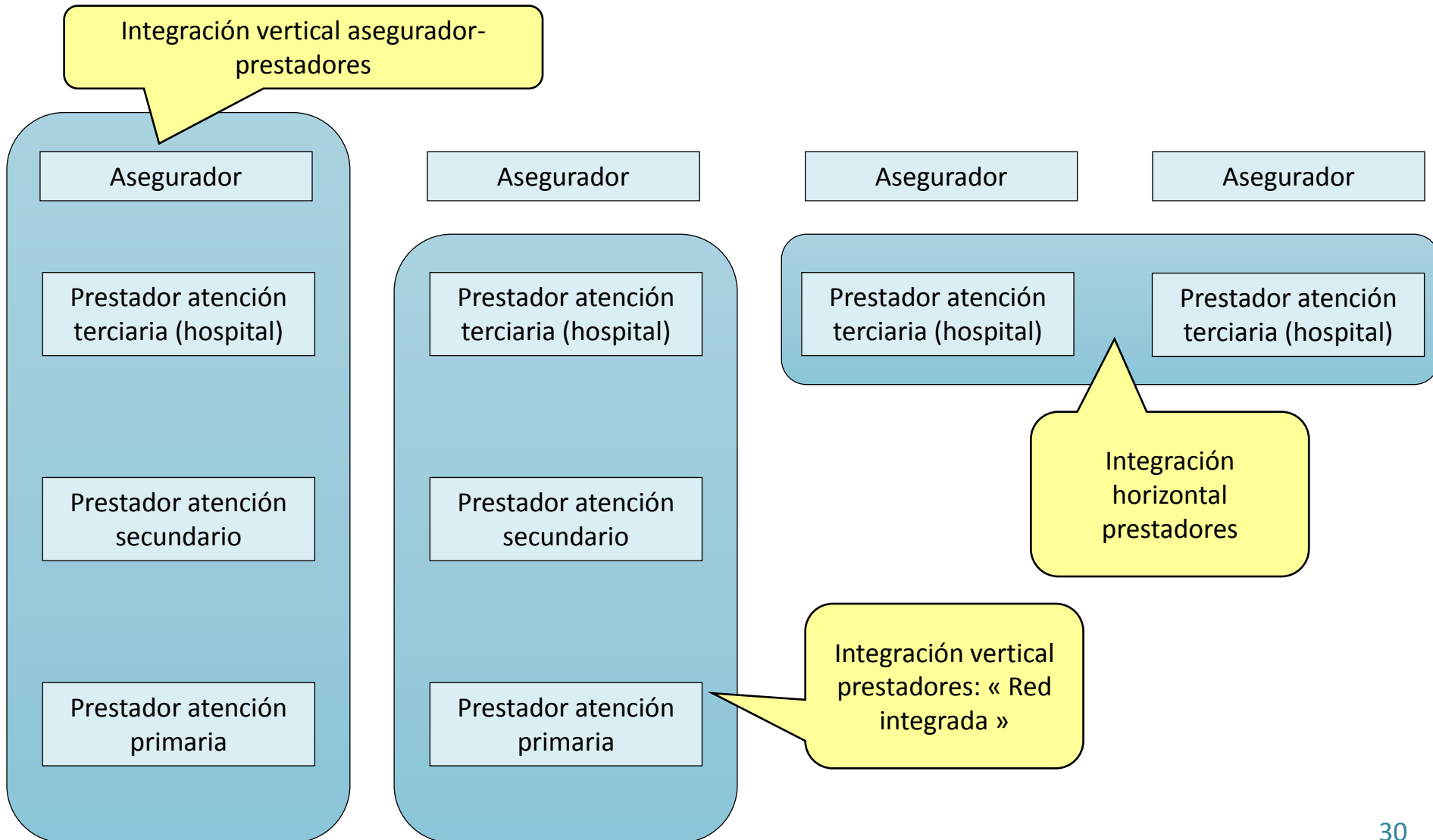
# Problemas de implementación

- Experiencia europea: principales dificultades en la implementación fue la resistencia al cambio de los distintos agentes participantes en el cambio (doctores, hospitales, sistemas de información, etc.).

| País       | Dificultades de implementación   |
|------------|--|
| Bélgica    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Algunos hospitales experimentado diferencias sustanciales entre presupuesto antiguo y actual</li></ul>   |
| Inglaterra | <ul style="list-style-type: none"><li>• Algunas zonas son más avanzadas en la comprensión del sistema y cómo funciona.</li><li>• Médicos no estaban seguros acerca de las clasificaciones.</li></ul> |
| Finlandia  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Demasiado tiempo en la implementación.</li></ul>   |
| Francia    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Convergencia entre hospitales público y privados.</li></ul>  |
| Alemania   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sin problemas de implementación.</li></ul>   |
| Italia     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Exigió cambios tanto en la parte técnica y en las organizaciones.</li></ul>  |
| España     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Oposición al cambio</li></ul>  |
| Suecia     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas en la validación del sistema, oposición de doctores</li><li>• Falta de experiencia</li></ul>   |
| Suiza      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Miedo de los proveedores a la disminución de los recursos</li><li>• Dificultades con la calidad de la información disponible</li></ul>                       |
| Holanda    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas informáticos</li><li>• Problema de los hospitales en calcular sus costos reales</li></ul>  |



# Salud administrada e integración vertical asegurador-prestador



# Política de precios: Día cama (Código FONASA MLE 020210)

- El prestador relacionado cobra un precio a Isapre relacionada igual al promedio que cobra a otras Isapres.

| Día cama (Código FONASA MLE 020210) |                                  |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Isapres abiertas                    | Prestador relacionado A Isapre Y | Prestador relacionado B Isapre Y |
| Isapre J                            | 99                               | 100                              |
| Isapre K                            | 95                               | 74                               |
| Isapre L                            | s.i.                             | s.i.                             |
| Isapre M                            | 127                              | 110                              |
| Isapre N                            | 37                               | 100                              |
| Isapre O                            | 114                              | 91                               |
| Isapre Y                            | 100                              | 100                              |
| Total                               | 100                              | 98                               |



# Política de precios: Eco Doppler (Código FONASA MLE 0309033)

- El prestador relacionado cobra un precio a Isapre relacionada inferior al promedio que cobra a otras Isapres.

| Eco Doppler (Código FONASA MLE 0309033) |                                |
|---|--------------------------------|
| Isapres abiertas                        | Prestador relacionado Isapre Z |
| Isapre O                                | 100                            |
| Isapre P                                | 99                             |
| Isapre Q                                | 101                            |
| Isapre R                                | 109                            |
| Isapre S                                | 104                            |
| Isapre T                                | 95                             |
| Isapre Z                                | 100                            |
| Total                                   | 102                            |





# Respuesta en EEUU y otros países: Planes de salud administrada

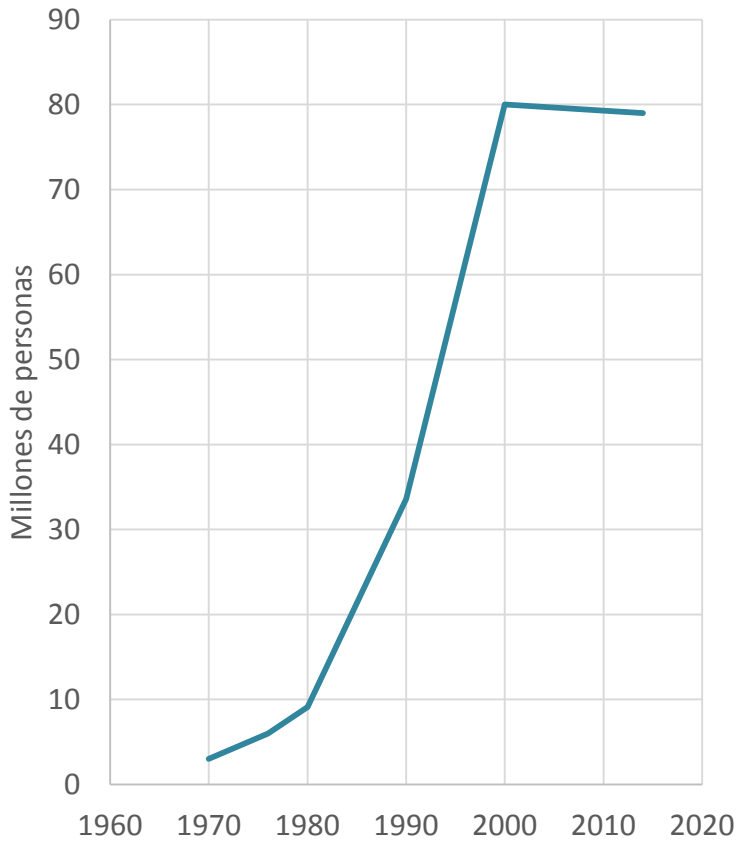
- Actualmente En EEUU hay cuatro tipos de planes de salud administrada:
  - Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) generalmente paga solo por los servicios dentro de la red. El paciente elige a un médico de atención primaria que coordina la mayor parte de su atención.
  - Las organizaciones de proveedor preferido (PPO) generalmente cubren mayor parte de la factura si el paciente recibe atención dentro de la red, aunque también pagan parte del costo si va fuera de la red.
  - Planes de punto de servicio (POS) permiten al paciente elegir entre una HMO o una PPO cada vez que necesite atención.
  - Plan de salud con alto deducible con opción de ahorro (HDHP/So) es una HMO o PPO o POS con un alto deducible y con cuenta de ahorro individual para pagar atención.

## Fuentes:

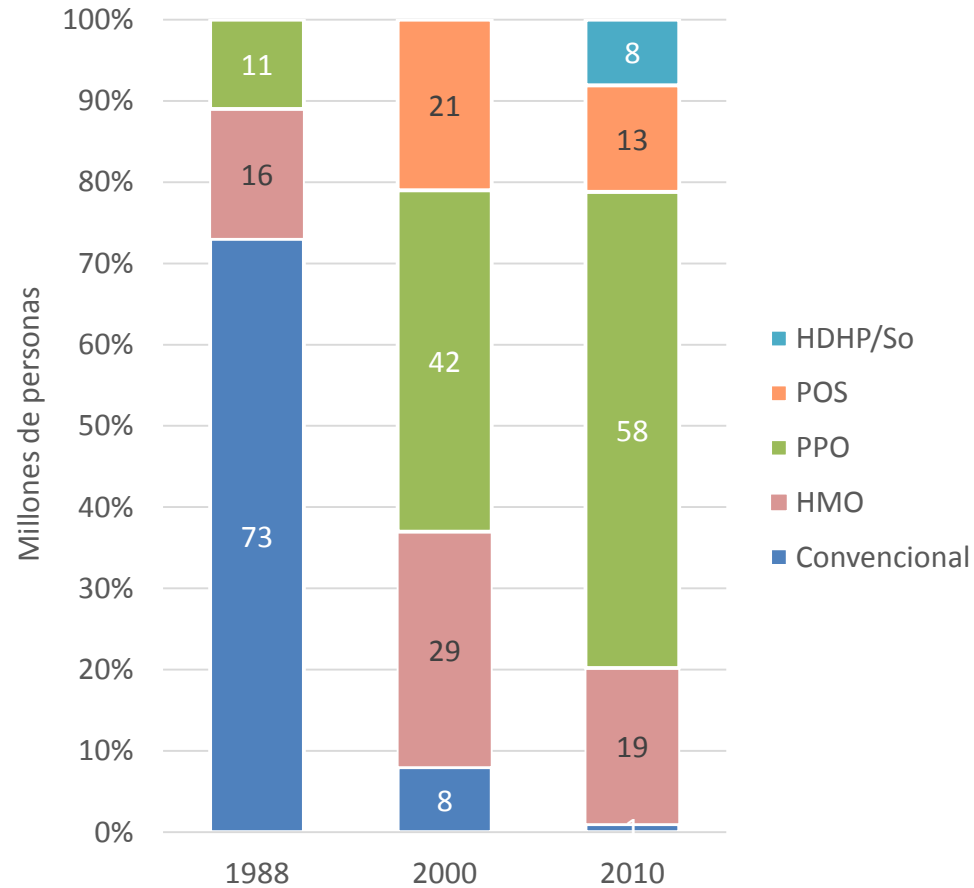
- US National Library of Medicine. MedlinePlus. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/managedcare.html>
- The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2012). Employer Health Benefits 2012 ANNUAL SURVEY. High-Deductible Health Plans with Savings Option. Section 8.
- Pauly, M. y T. McGuire. P. Barros. (2011) Handbook of Health Economics. Volume 2.

# Salud administrada en EEUU: Evolución cobertura

EEUU: Cobertura de las HMO (millones de personas)



EEUU: Distribución de cobertura para trabajadores según tipo de plan (%)



# Kaiser Permanente en EEUU

---

- Kaiser Permanente es un consorcio integrado de atención médica administrada, basado en Oakland, California, EEUU, fundado en 1945 por industrial Kaiser y el médico Sidney Garfield.
- Kaiser Permanente se compone de tres grupos de entidades distintas pero interdependientes:
  - El plan de salud Kaiser Foundation y sus subsidiarias operativas regionales;
  - Los hospitales de la Fundación de Kaiser;
  - Los grupos médicos de Permanente regional.
- En 2014, Kaiser Permanente operaba en ocho Estados y el distrito de Columbia y era la mayor organización de atención administrada en los Estados Unidos.
- Kaiser Permanente tiene 9,1 millones de miembros de su plan de salud, 174.415 empleados, 17.425 médicos, 48.285 enfermeras 38 centros médicos y 608 consultorios.
- Kaiser es reconocida como una institución prestigiosa que logra otorgar atención de buena calidad y contener el gasto en salud de sus miembros.



# Próximas sesiones: El gasto en salud en Chile. ¿Qué estamos haciendo?

---

