

El Desafio de la inclusion en la Regulacion de los Seguros de Salud en America Latina

Un problema de sinergia regulacion-incentivos
para un esfuerzo de inclusion en la region

Cristian Baeza

Director Regional America Latina y el Caribe

Programa STEP

OIT

Un llamado a la inclusion en salud en America Latina

- Mas de 200 millones de ciudadanos en America Latina no estan cubiertos por ningun mecanismo formal de proteccion social en salud.
- Mas de 98 millones de ciudadanos en America Latina, aun cuando cubiertos formalmente, no tienen acceso a servicios basicos de salud
- Los esfuerzos contra la exclusion deben enfrentar entonces, tanto la exclusion total de proteccion social en salud como las barreras de acceso y expulsion del sistema de quienes en teoria cuentan con cobertura formal

Reforma Seguridad Social

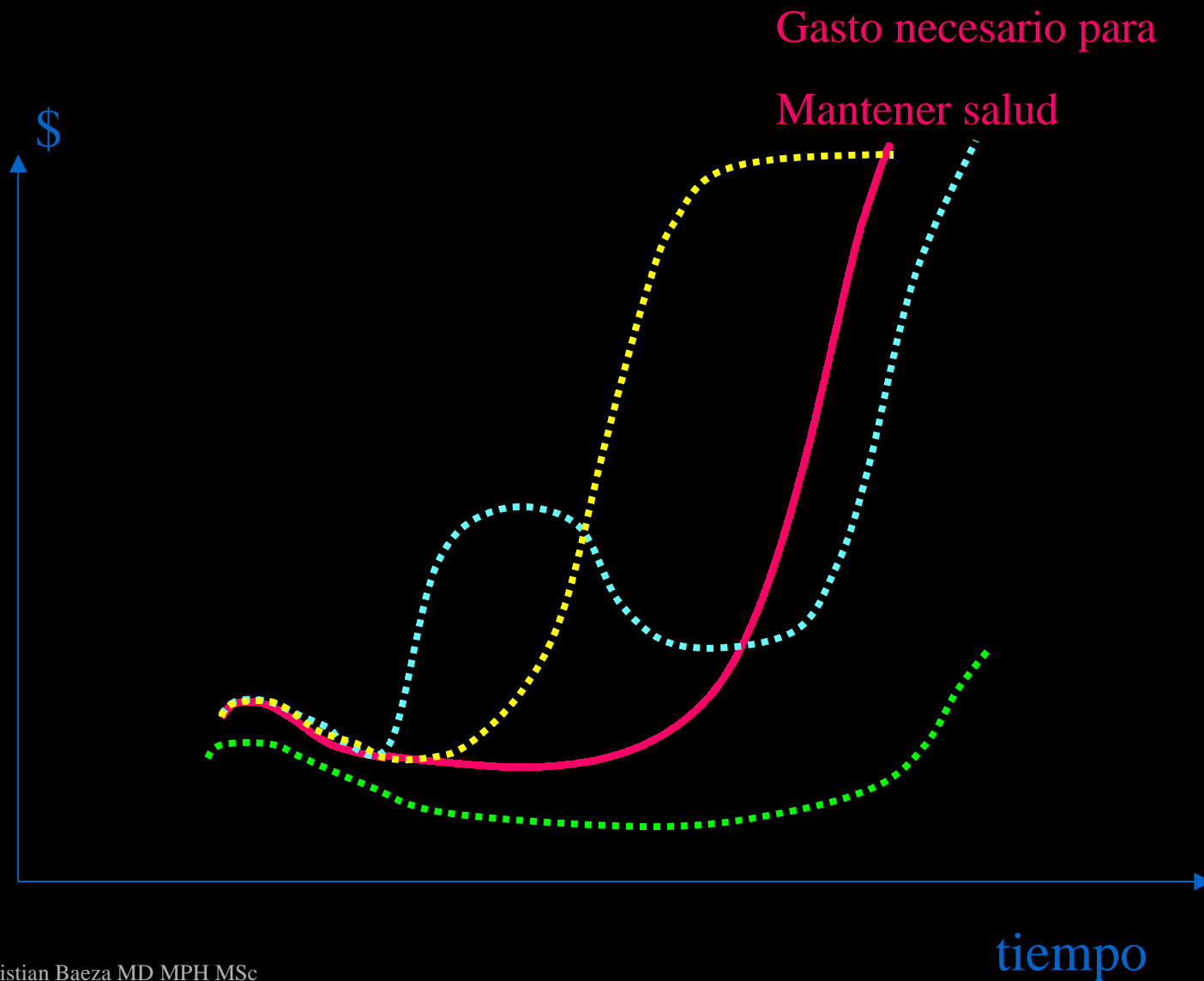
- La Reforma de la Seguridad Social es como el sexo entre los adolescentes:
 - Todos hablan de ella pero muy pocos en realidad lo han hecho
 - Cada uno cree que su vecino tiene más experiencia que el/ella
 - Cuando finalmente se hace, se hace a la rápida y bajo muy difíciles circunstancias
 - Muchos lo lamentan después
 - Nadie quiere hacerse cargo de los resultados

Presentacion

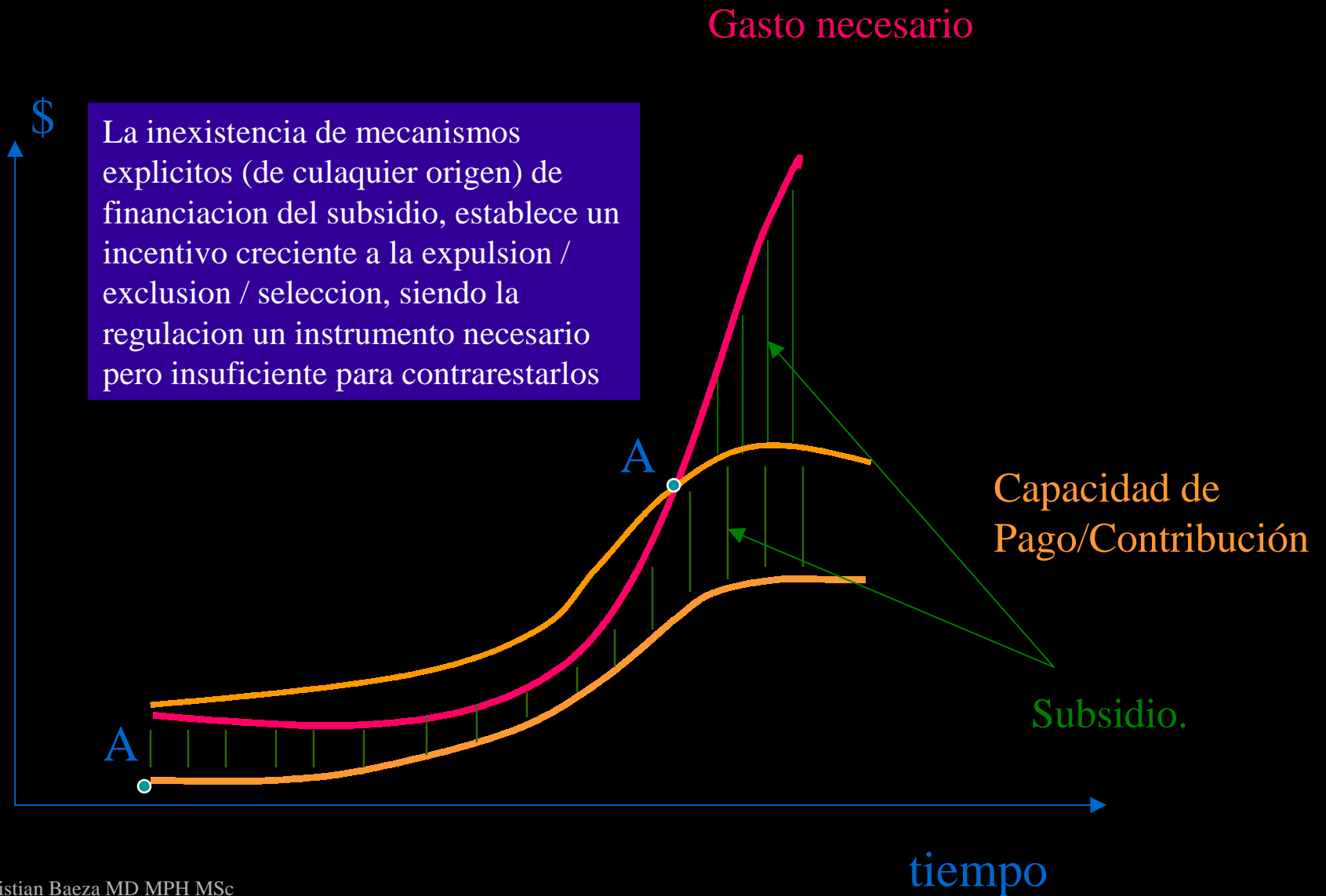
- El concepto y necesidad de subsidio en el aseguramiento en salud
- Los incentivos a la exclusion
- Los arreglos organizacionales tradicionales para enfrentar la necesidad de subsidio y la segmentacion de la proteccion social en salud en America Latina
- Los desafios para el logro de la inclusion en la proteccion social en salud:
 - Incentivos correctos: Los mecanimos de redistribucion y el ajuste de riesgo
 - El problema de la portabilidad de los subsidios publicos: la dificil transicion desde el subsidio a la oferta al subsidio a la demanda en America Latina



El riesgo individual promedio



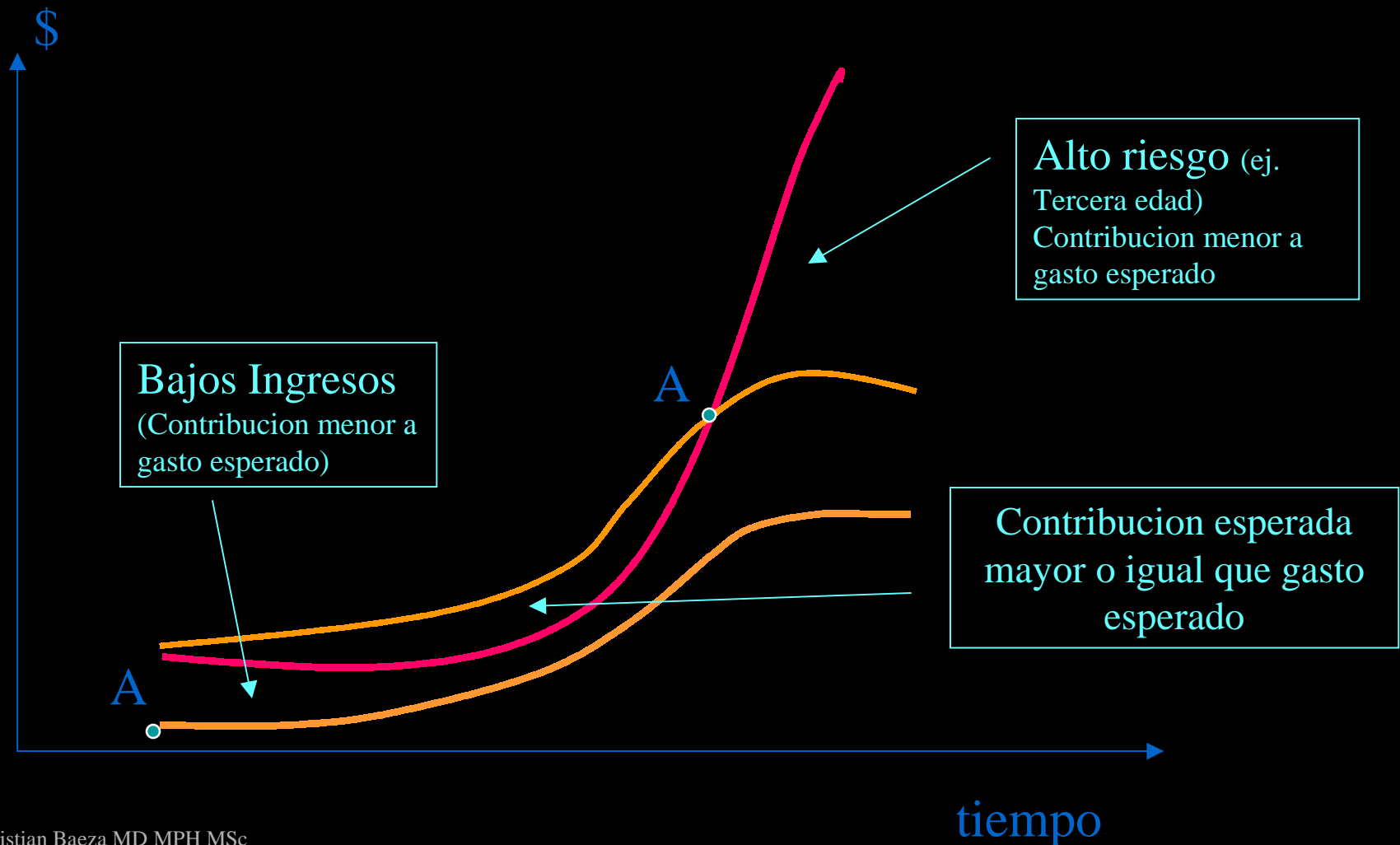
La necesidad de subsidio



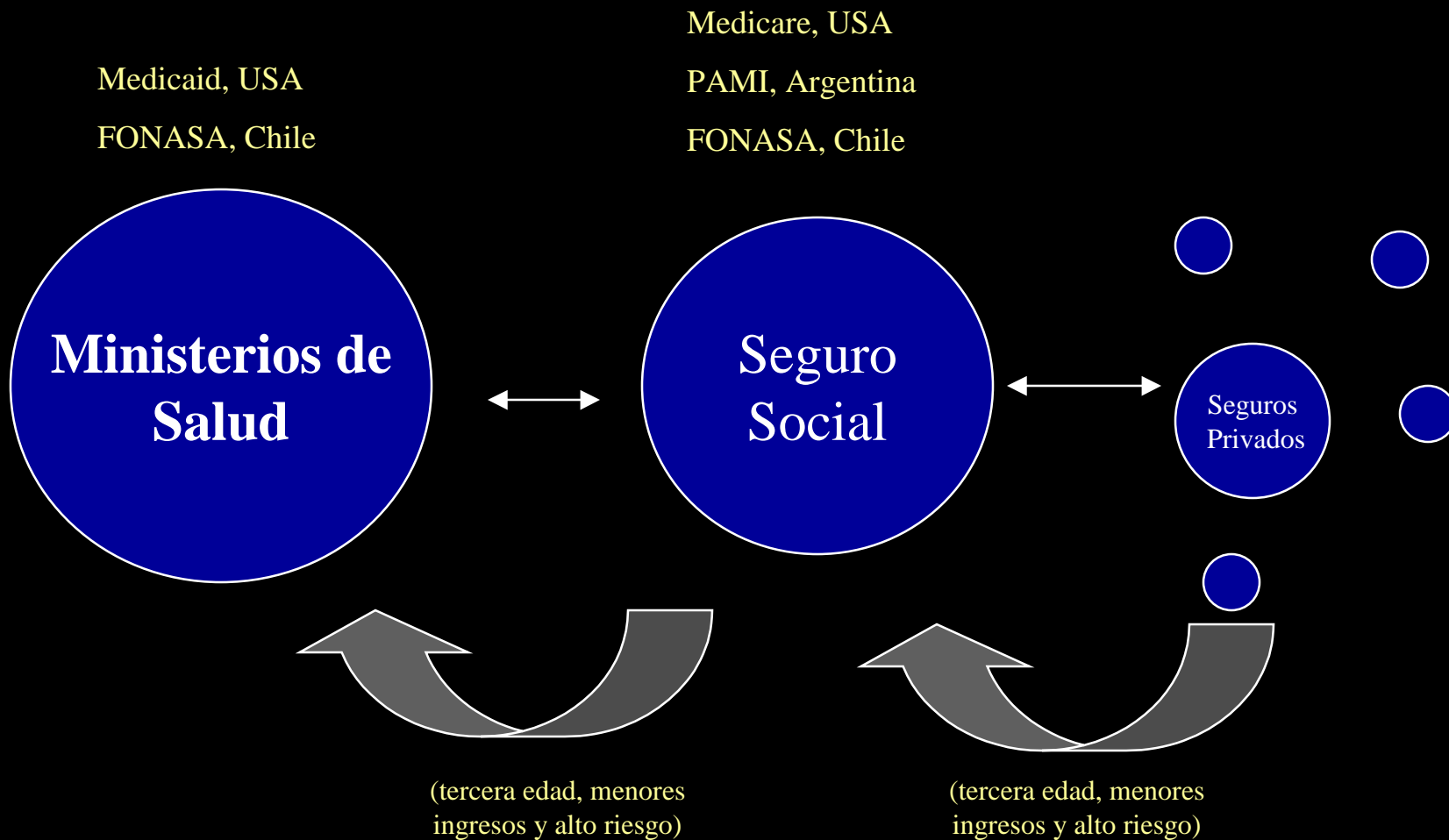
Tres Grupos Poblacionales

El Origen de la Segmentación de los Sistemas de

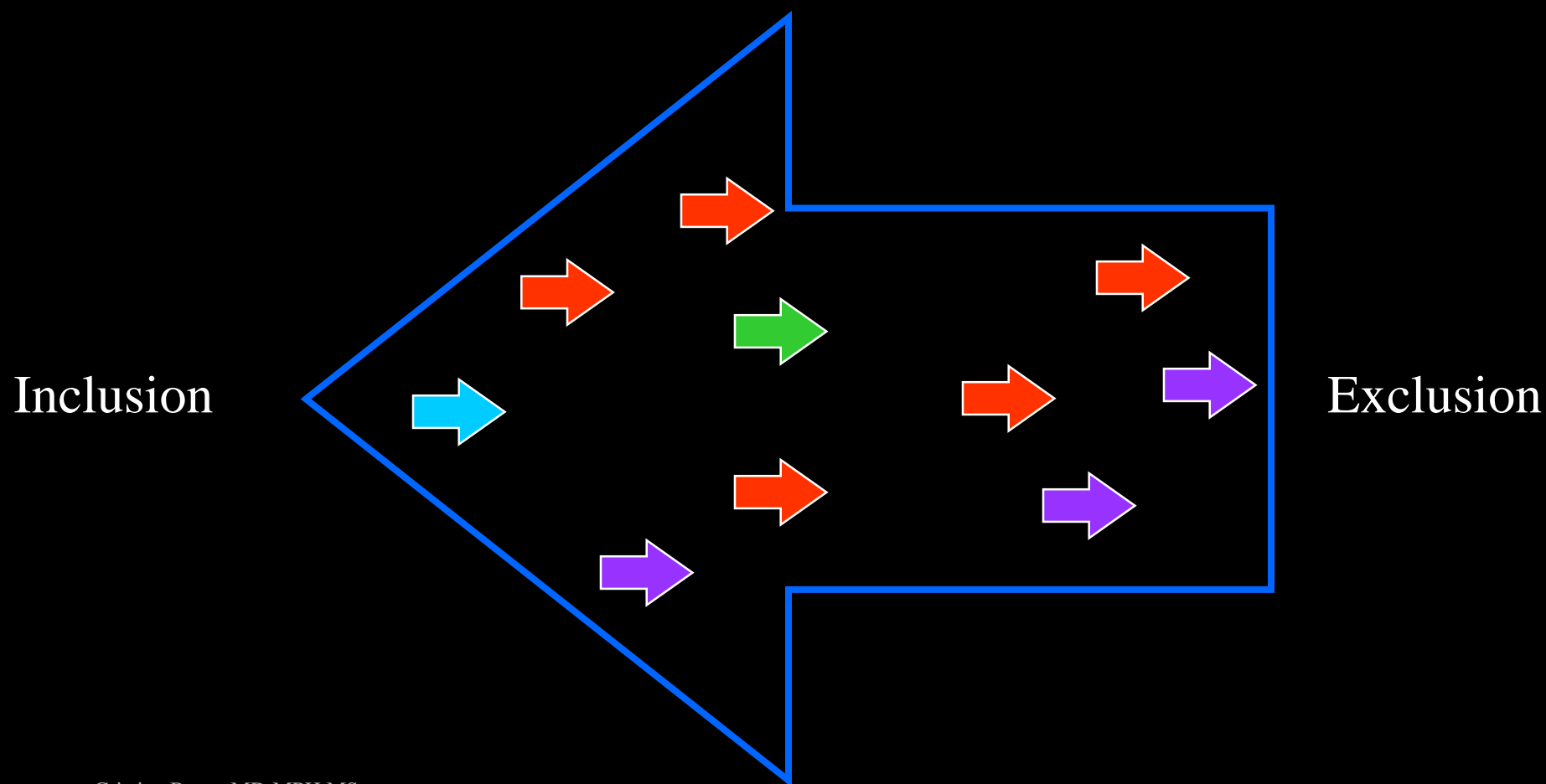
Salud en A.L.



La segmentacion de la proteccion social en salud en America Latina



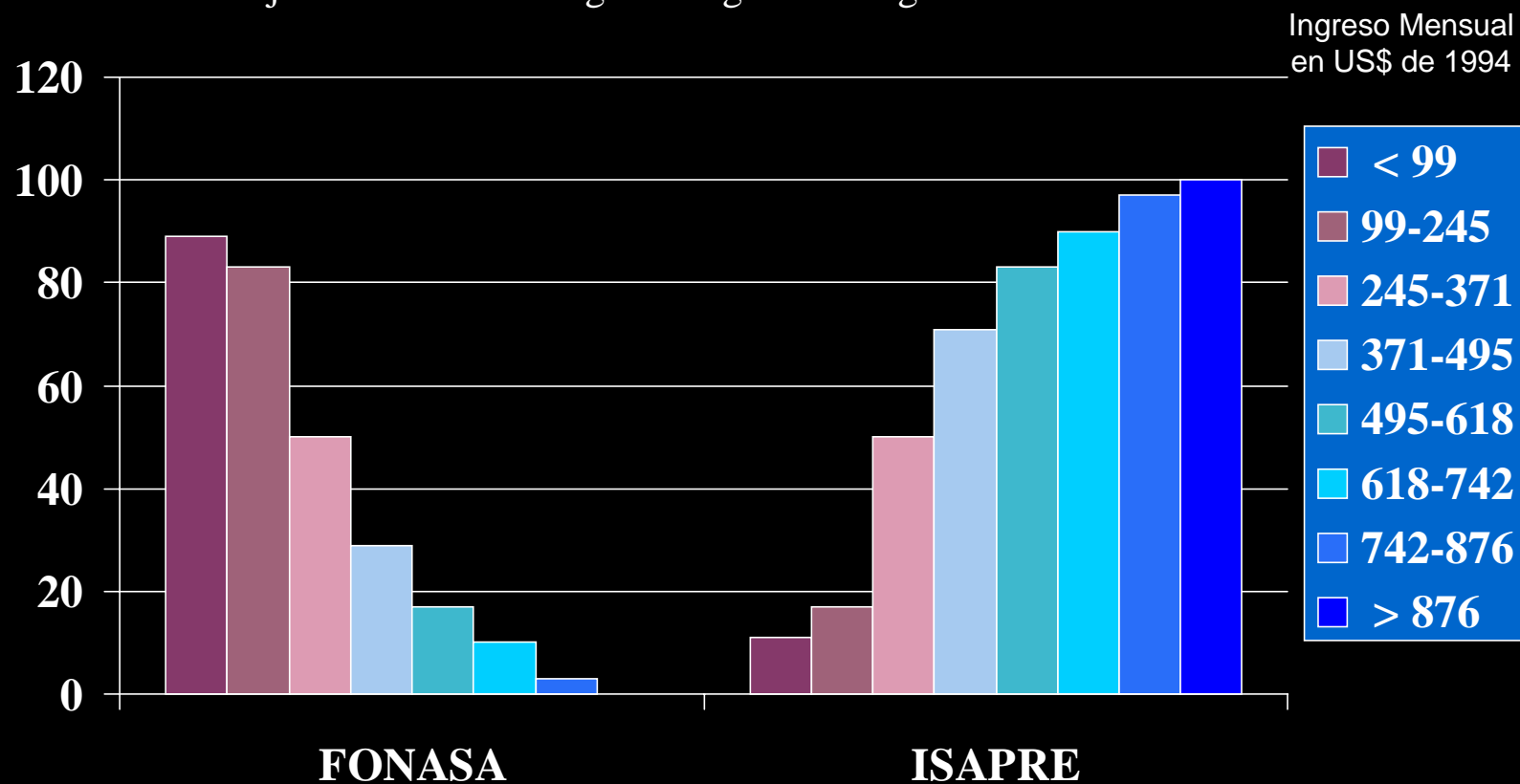
Los esfuerzos politicos por inclusion en salud fallan si no estan acompanados por regulacion e incentivos efectivos para contrarestar los incentivos a la exclusion



Población FONASA e ISAPREs según ingreso (1994)

Fuente: Asociación de ISAPRE y FONASA

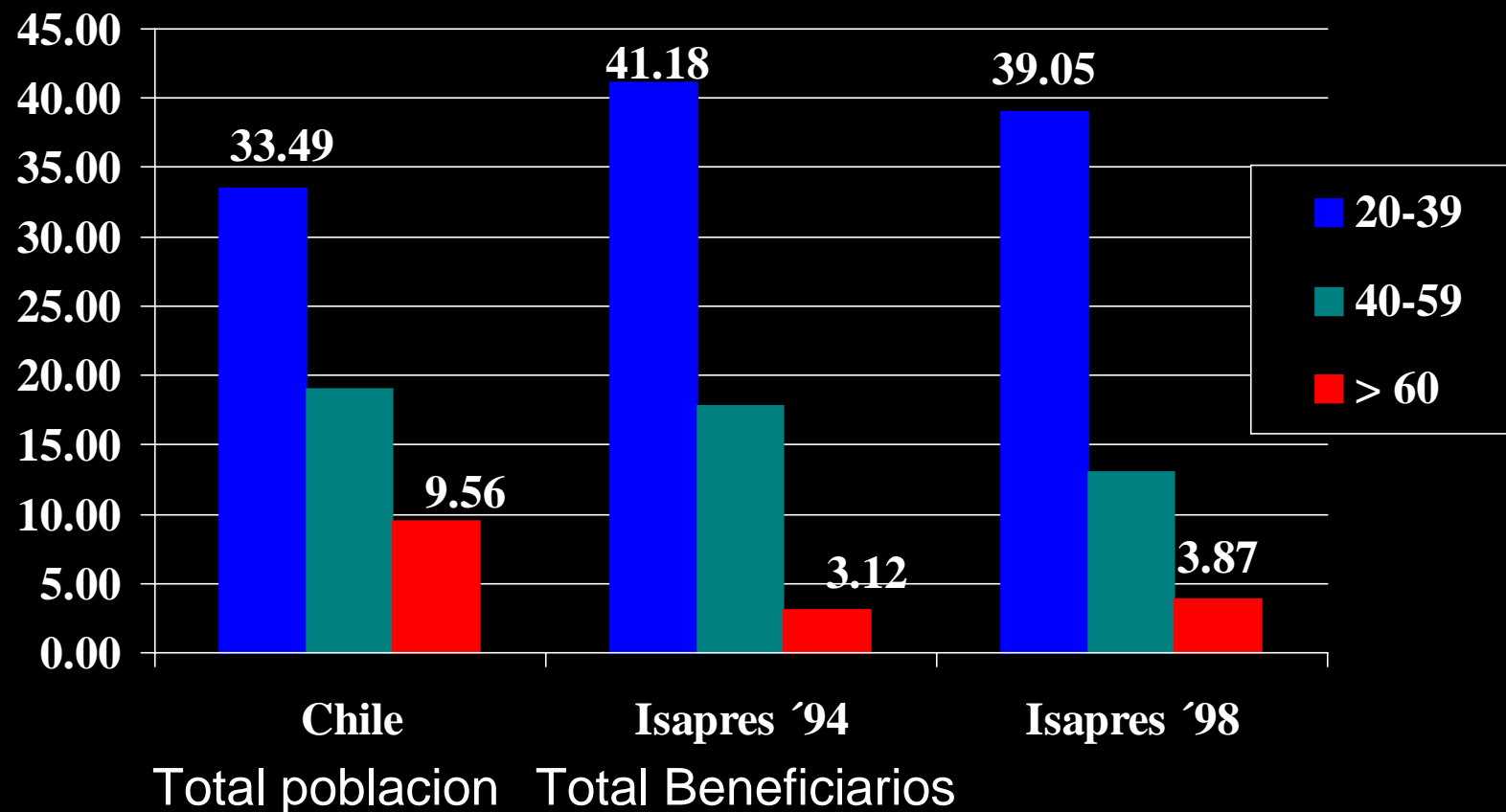
% del total de trabajadores formales según categoría de ingreso



Estructura Etarea, Chile e ISAPREs

excluyendo poblacion bajo 20 a.

% del total



Estrategias de Exclusion / Selección

$$P\$ = (Pe * p * q) + CAdm + Tx + U + e$$

Selección
por Ingreso

Exclusion de prestaciones y/o Alto copago – Sub-cobertura
Control de volumen de utilización y calidad– Sub-provision

Selección por riesgo

Fuentes y portabilidad del subsidio, causa de la segmentacion

- Subsidio cruzado interior del mismo “pool” de riesgo (ej. Seguros Sociales de Salud sin subsidio publico: IPSS). No requiere portabilidad interseguros.
- Ahorro personal o colectivo para subsidio futuro (ej. Medical Savings Accounts de Singapore; PAMI, Medicare)
- Subsidio cruzado entre “pooles” de riesgo (ej. Fondo de Redistribucion entre EPSs en Colombia). Requiere diversos grados de portabilidad interseguros.
- Subsidio publico a la oferta (no portable: FONASA en Chile) o a la demanda por aseguramiento (Regimen Subsidiado en Colombia)

**Seguro unico o Multiple en competencia?
Administrador unico o subsidio publico a la
demanda por seguros en competencia?**



La Regulacion, condicion necesaria y suficiente en un sistema de competencia por seguros?

- Existen diversas normativas posibles para prohibir el comportamiento de seleccion / Exclusion
- Sin embargo, mientras mayor es la diferencia entre el gasto esperado y la contribucion esperada, mayor es el incentivo a excluir / seleccionar y mas indispensable se le hace al asegurador buscar formulas para burlar la regulacion
- La regulacion sola, particularmente en contextos de baja capacidad institucional para asegurar su cumplimiento, ha probado ser insuficiente para evitar el comportamiento de exclusion / seleccion
- La clave esta en crear las condiciones (regulacion e incentivos) para que el asegurador se enfrente a una menor diferencia entre el gasto esperado (prima esperada) y el aporte recibido (prima recibida) para cada individuo
- El exito para evitar la exclusion / seleccion y segmentacion depende de:
 - La fuente de subsidio y;
 - La portabilidad de este

El Desafio de la Estimacion del Subsidio

- Evitar esta segmentacion / exclusion, con sus implicancias en inequidades de cobertura, implica entonces enfrentar el desafio es crear las condiciones para la existencia de subsidio suficiente para eliminar los incentivos a la exclusion sea este a traves de:
 - Un solo administrador
 - Multiples administradores sin competencia
 - Multiples administradores en competencia

El subsidio en Seguro Universal con multiples administradores en competencia



La Estimacion del Subsidio

$$P\$ = (Pe * p * q) + e + (CF + CM + CC + CI) + Tx + U$$

Donde:

P\$= Precio del Seguro

Cac= Costo Actuarial= Pe*p*q

Pe=Probabilidad del Evento

p=Precio de los Servicios

q=Cantidad de los Servicios

p*q=Costo del Evento

Cadm=Costo Administrativo=CF+CM+CC+CI

CF=Costo Financiero

CM=Costo Marketing

CC=Costo del Claim

CI=Costo de Información

Tx=Impuestos

U =Utilidades


e =Varianza

Varianza a Explicar

Varianza predecible
Maxima
25%

Componente Random
no predecible: 75%

Ajustador Ideal
20% a 25%



Clasificación Modelos de Ajuste de Riesgo

Variables
Demográficas
Edad, Sexo, etc

Variables
Diagnósticas

**Según Variables
de Ajuste**

Ajuste Prospectivo
Gasto Pasado

Ajuste Retrospectivo
Gasto Corriente

**Tipo de
Mecanismo**

Mix de mecanismos

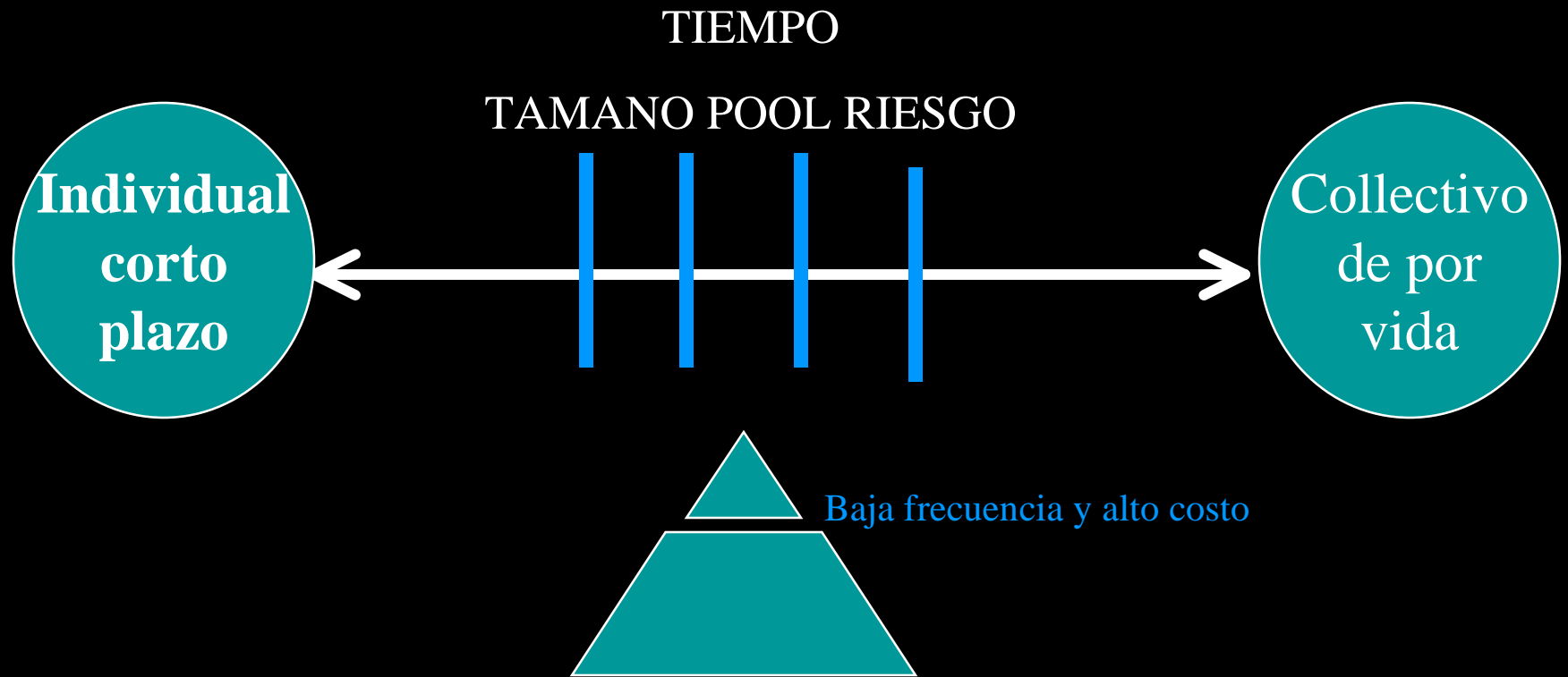
Modelos Prospectivos, USA

- **Modelos Demograficos:** (AAPCC-- HCFA, Holanda, Colombia): Estimacion basada en sexo, edad y condicion “institucional”. Predice entre el 0,6 y 1,4% de la varianza total (5% de varianza predecible)
- **Modelo tipo HCC:** Utilizan modelos predictivos basados en diagnosticos de desacarga hospitalaria y su gasto asociado. Son capaces de predecir 6-10% de varianza total (40-50% de varianza predecible)
- **Modelo ADGs:** Utilizan modelos predictivos basados en atencion ambulatoria y su gasto asociado, incluyendo modelos de asociacion con descarga hospitalaria. Son capaces de predecir 6-10% de varianza total (40-50% de varianza predecible)

La Información para los modelos

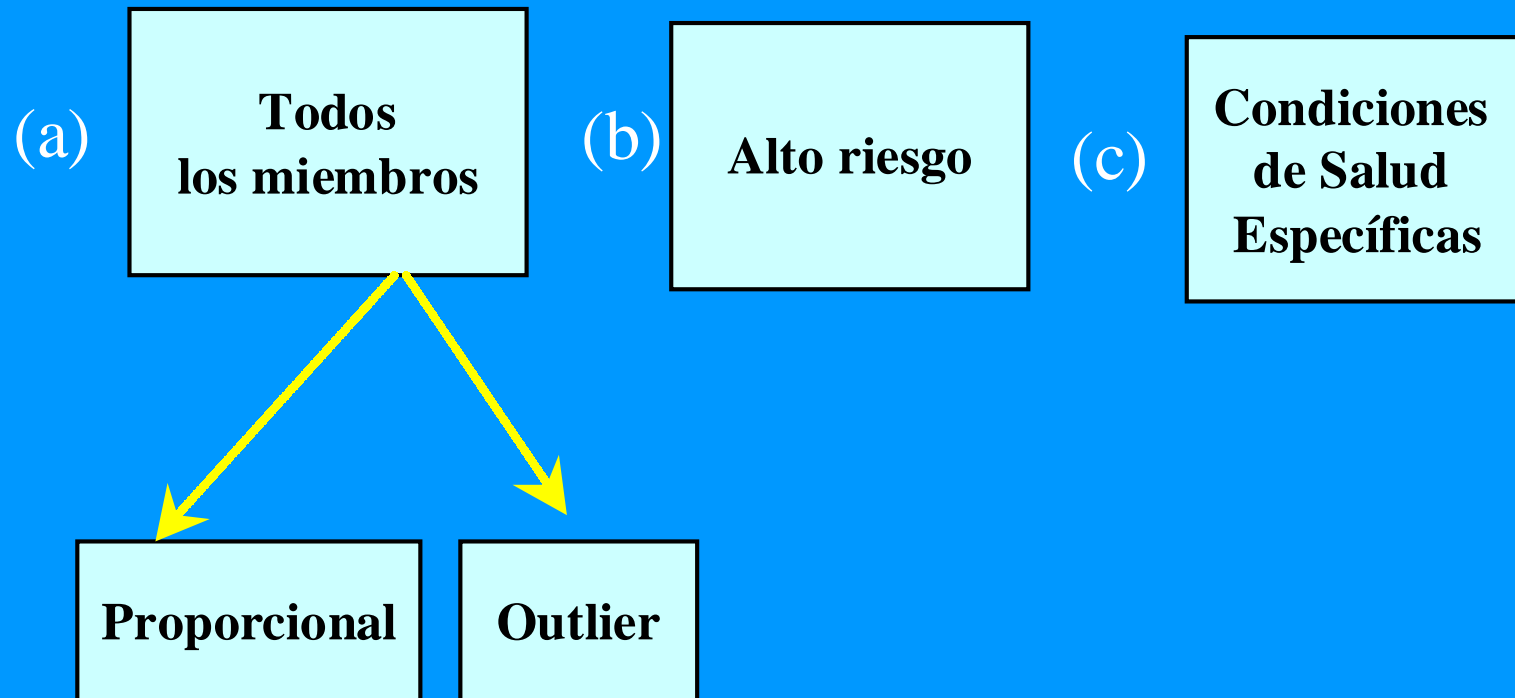
- Los modelos de variables diagnósticas requieren ser alimentados con información por cada individuo respecto a:
 - Edad y sexo de cada individuo
 - Identificar todos los diagnósticos (con ICD-9) de la persona durante el año asociados a los eventos
 - Gasto total ambulatorio (bonificado y copago)
 - Gasto total hospitalizado (bonificado y copago)

Contexto de Gestión para el cálculo del Subsidio



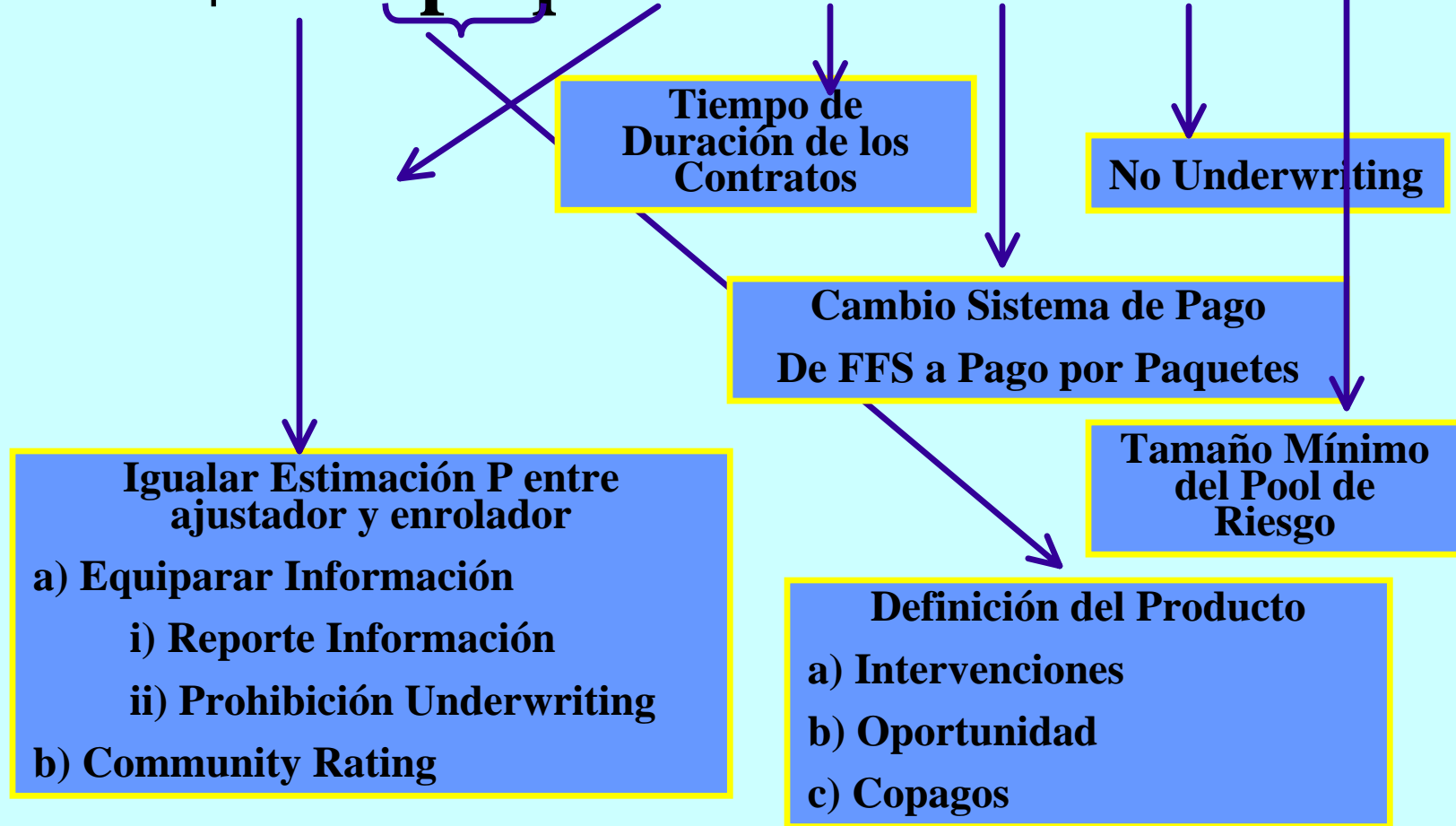
“TRUNCADO” DE PIRAMIDE DE RIESGO

Tipos de “Truncado”

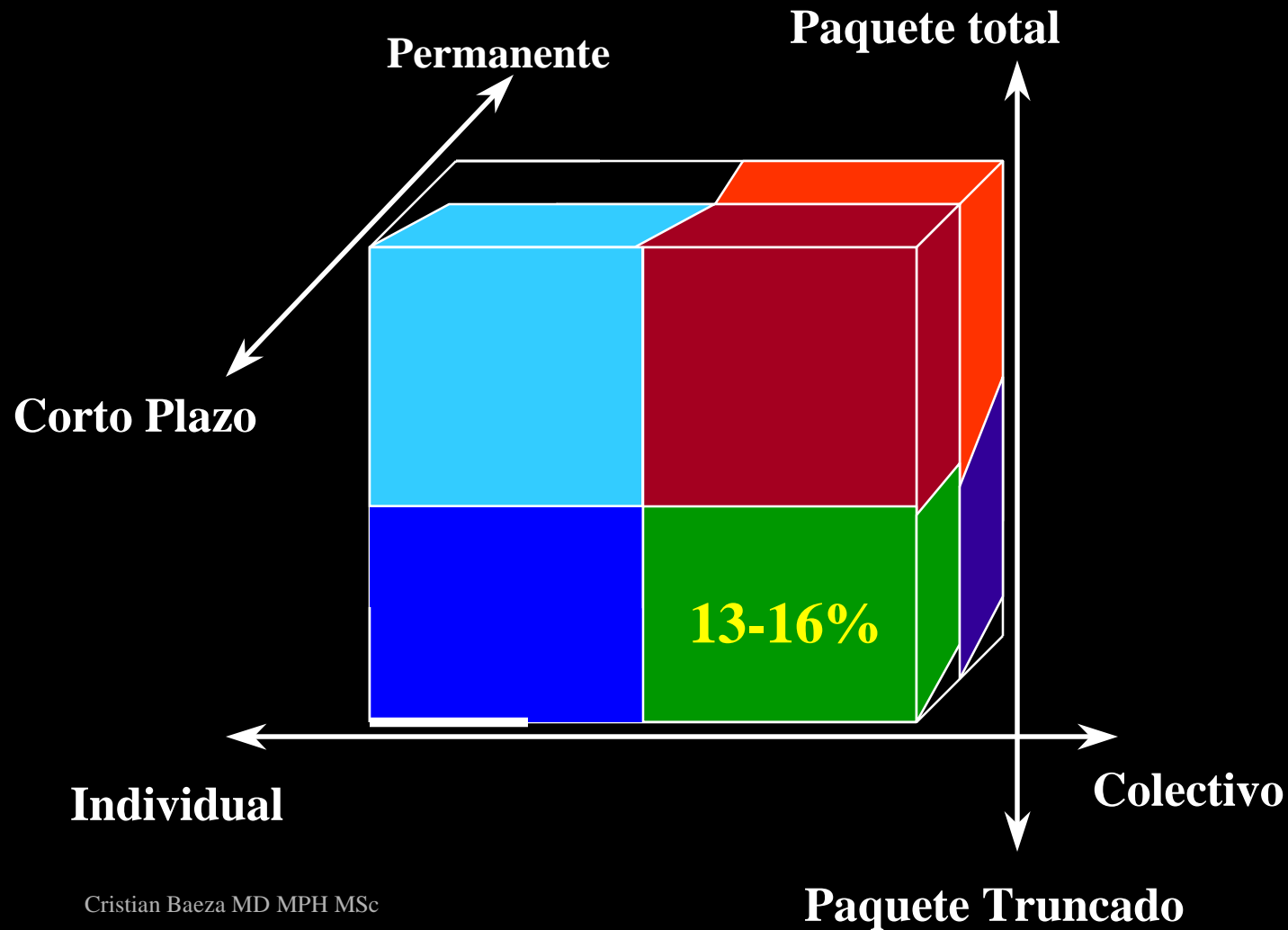


Ajuste de Riesgo y Necesidad de Regulación

$$P\$ = Pe * \underbrace{p * q}_{\text{Tiempo de Duración de los Contratos}} + CF + CM + CC + CI + e$$



Sinergismo Regulacion - Ajuste de riesgo



“La perfeccion de los medios y la confusion de los fines parece ser la característica de nuestro tiempo”.

Albert Einstein

El tema de Equidad sigue pendiente en el sector salud

| | | |
|---|--|---|
| A nivel de Estado por Impuestos Generales | Sector o Estado (redistribucion) | A nivel sector por subsidios cruzados intra e inter seguros |
|---|--|---|

| | | |
|-------------------------|------------------------------------|--------------|
| Maximo Aceptable | Cuanta? (Redistribucion) | Total |
|-------------------------|------------------------------------|--------------|

| | | |
|--|--------------|---|
| Prima Asociada a riesgo Plan Medico Obligatorio Subsidio publico a la demanda por seguros en competencia | Como? | Prima asociada a ingreso Cobertura total implicita Subsidio cruzado a la oferta |
|--|--------------|---|

FIN

To be continued...

Por muchos años