



Colaboración público/privada. El caso de Europa y España

XXIII ENASA 2018

Desafíos en salud para una reforma

Santiago de Chile, 27 de noviembre, 2018

- Posible conflicto de intereses
 - No
 - Ex – consejero de Vithas y Ribera Salud
 - Todo lo que se expone aquí se hace desde una posición de independencia, sin representar a ninguna organización pública ni privada

Índice

1. Un sistema de salud que vive de la inercia del pasado
2. Crece el sistema de salud privado, pero no a costa de lo público
3. ¿Qué entendemos por colaboración público/privada en salud?
4. La situación en Europa
5. La colaboración público/privada en salud en España
6. ¿Algunas enseñanzas?

1. Un sistema de salud que vive de la inercia del pasado

Mensaje fundamental del libro



- Como consecuencia de la crisis y de los recortes que la acompañaron, se ha ido consolidando una idea: pueden solucionarse los problemas del Sistema Nacional de Salud
 - Si se recuperan los gastos públicos a niveles previos a la crisis
 - Si se revierten las privatizaciones
- Esto es totalmente falso y eso no arreglará nada:
 - El Sistema Nacional de Salud requiere reformas en profundidad
 - En esas reformas debe contemplarse el sector privado
 - El peligro no es el “enemigo exterior”, sino las resistencias al cambio y la ausencia de dirección estratégica

Una sensación de ataque al sistema público de salud



“Resiliencia” del sistema



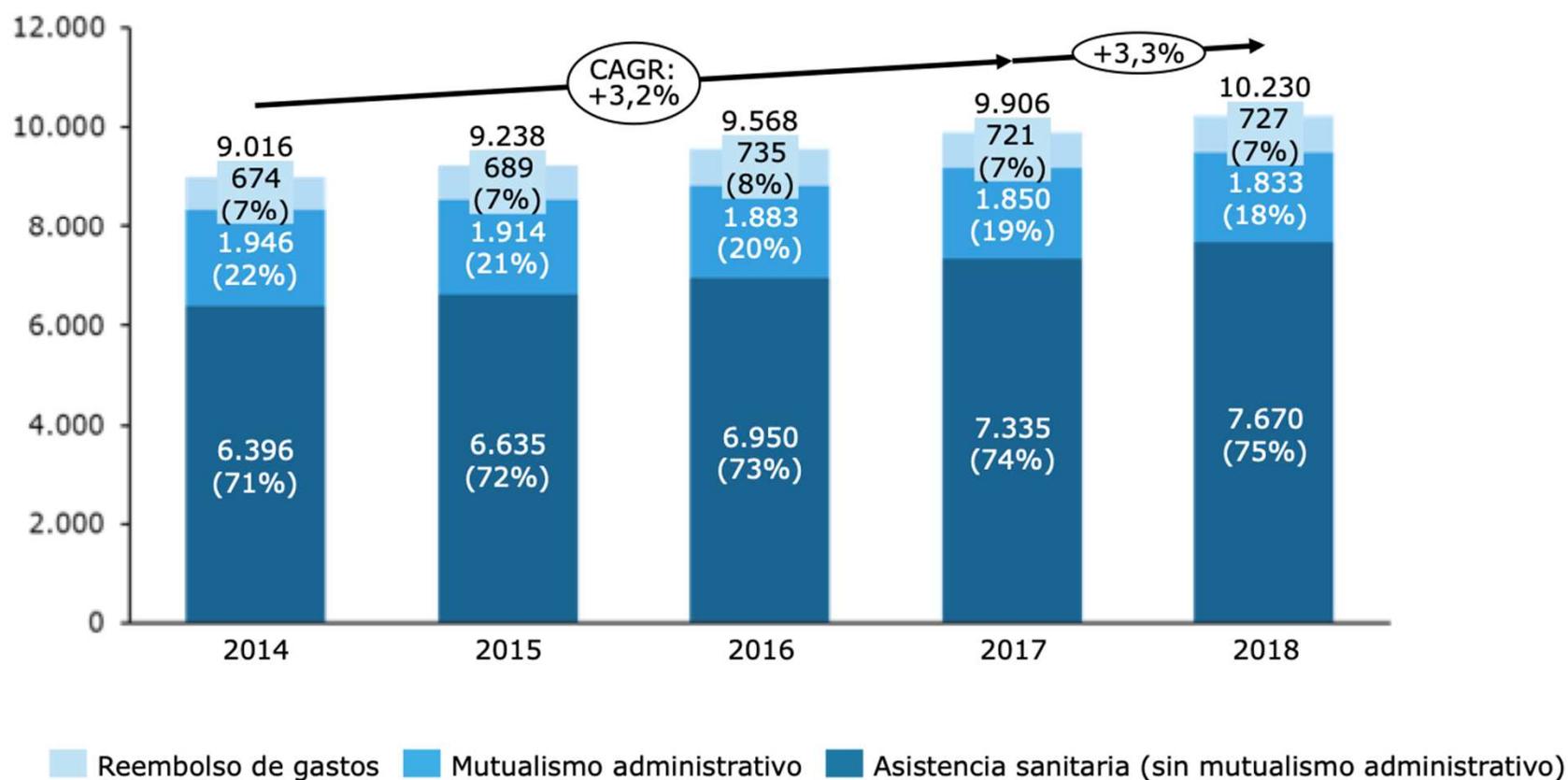
2. Crece el gasto en el sistema de salud privado, pero no a costa de lo público

Crece el sistema de salud privado, pero no a costa de lo público

	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto público (millones €)	75.574	75.118	73.261	69.152	66.552

	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto privado (millones €)	24.200	24.912	25.930	26.590	27.110

Seguro salud privado, una realidad muy sólida, más de 10 millones de asegurados



España, por encima muchos países europeos gasto per cápita seguros salud



Fuente: Insurance Europe, Key Facts, 2017

Rol del seguro de salud privado en España: predominantemente duplicado

Duplicado (forma predominante)	Sustitutivo	Complementario
Tanto el seguro de asistencia sanitaria como el de reembolso, en sus versiones de pólizas individuales o colectivas	Mutualismo administrativo (modelo MUFACE)	Seguro dental

En los países europeos el rol del seguro privado de salud es muy variable

	Duplicado	Complementario (servicios)	Complementario (copago)	Sustitutivo
Francia				
España				
Reino Unido				
Alemania				
Holanda				
Suiza				

Fuente:



¿Por qué la gente compra un seguro de salud privado, si tiene cobertura pública?

- Acceso directo al especialista
- Habitación individual en caso de hospitalización
- Evitar listas de espera
- Trato más personalizado

A través de la compra de una póliza se pretende acceder a medicina privada a bajo precio

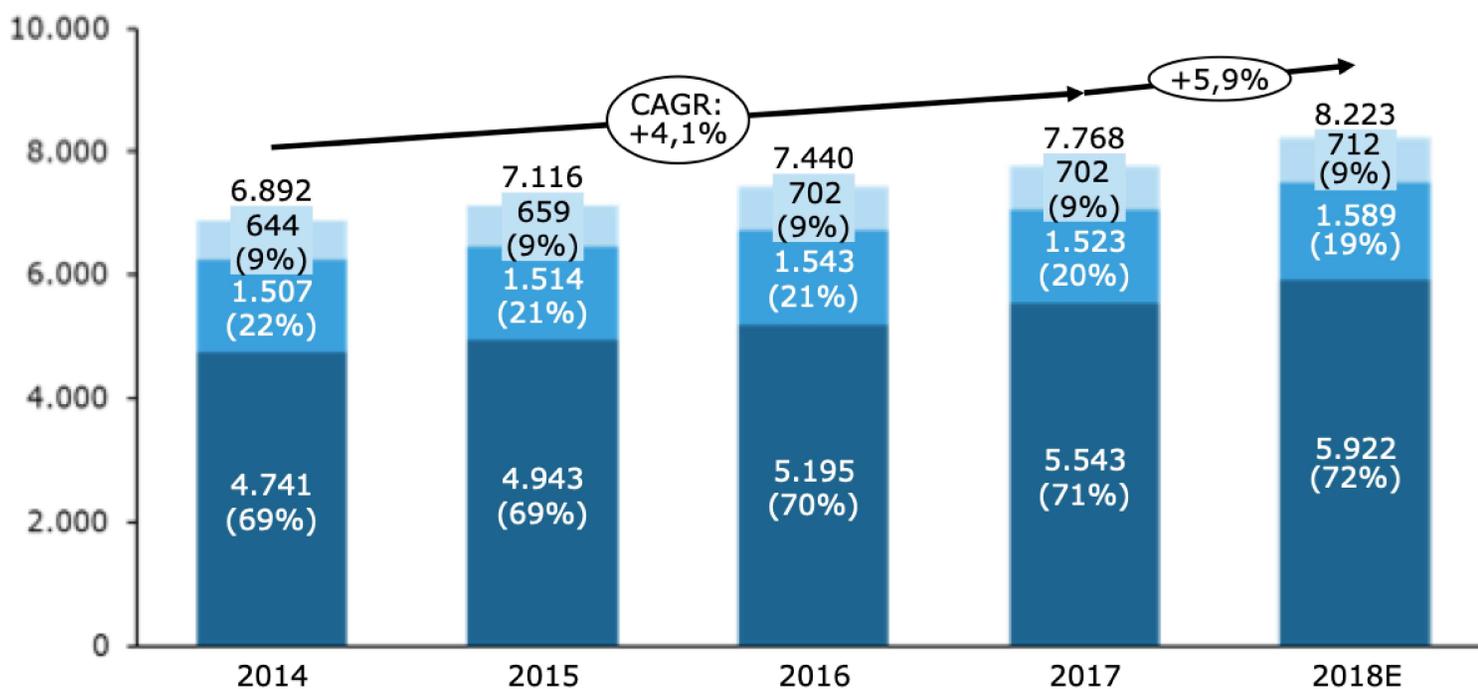
Qué recibe alguien que compra una póliza de seguro de salud

- Una **tarjeta** (similar a una tarjeta de crédito) de acceso a los servicios
- Un **gran libro** con toda la lista de especialistas/hospitales
- Un mensaje implícito: *“Vd. vaya a dónde quiera que yo pago la factura”*
- Mantiene la **cobertura pública**

Modelo de negocio de las aseguradoras de salud

- Acceso directo al especialista (práctica ausencia de medicina primaria)
- Oferta de amplia posibilidad de elección entre gran número de médicos y hospitales (cuadros compartidos) de la red privada
- Pago de los aseguradores a los proveedores basado en la actividad
- Póliza de bajo precio
- Escasa duración de la vida de las pólizas
- Modelo de control del gasto médico más por actuar sobre las tarifas de los proveedores que por el control de la utilización
- Contratación de póliza por un año
- Ausencia de regulación sanitaria
- Dos nuevas realidades muy presentes:
 - Pólizas colectivas
 - Banca seguros

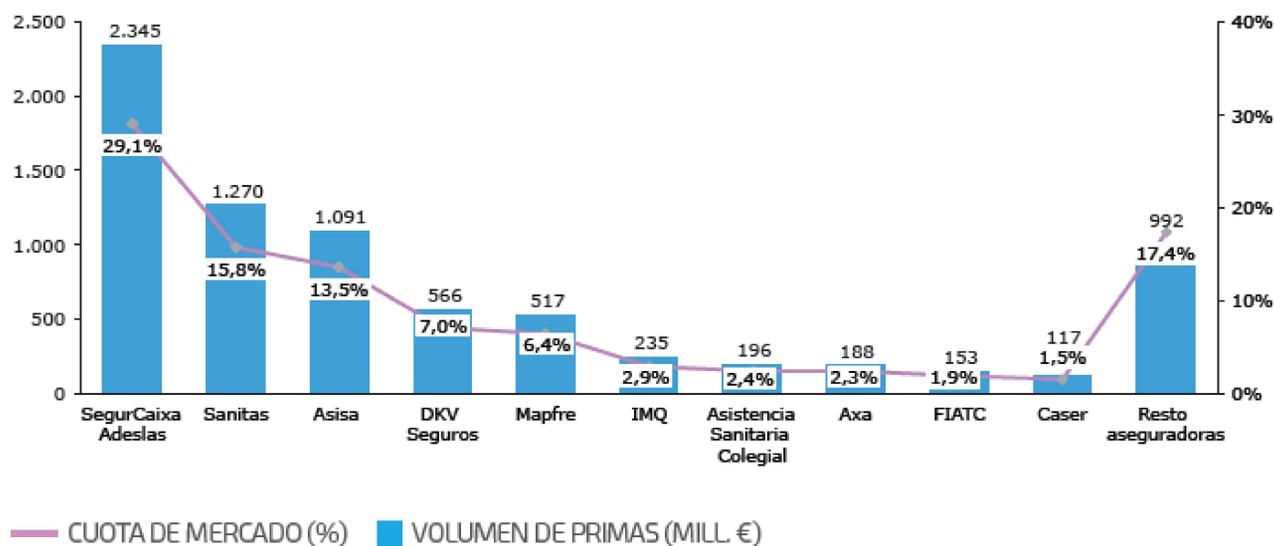
Tipo de pólizas y volumen de primas: predominan las de “asistencia sanitaria”



Reembolso de gastos Mutualismo administrativo Asistencia sanitaria (sin mutualismo administrativo)

Tipología de las compañías: predominan las especializadas y de alcance nacional

- Una realidad empresarial muy concentrada: las cinco primeras compañías, 72% del volumen de negocio
- Tipo de compañía predominante: especializada en salud y de alcance nacional



Retos del sector asegurador de salud privado

- Convertirse cada vez más en empresas de salud (y no solo pagadores de servicios)
- Avanzar en el seguro a largo plazo

3. ¿Qué entendemos por colaboración público/privada en salud?

¿Qué entendemos por colaboración público/privada en salud?

- Elementos clave de la colaboración público/privada en salud:
 - **Empresa privada y Administración Pública**
 - Prestación de **servicio público asistencial de salud**
 - **Financiación pública** (impuestos, cotizaciones, desgravaciones fiscales, exenciones de pago)
 - En el ámbito del **seguro** o de la **provisión**

- Según esta definición, no sería colaboración público/privada en salud:
 - Private Finance Initiative (PFI) británicos
 - Modelos concesionales de Maipú, La Florida y Antofagasta (Chile)
 - Seguro del copago (Francia)
 - Empresas sanitarias públicas (España)

Concepto restrictivo colaboración público/privada salud, excluye experiencias más relevantes



isapres | de Chile

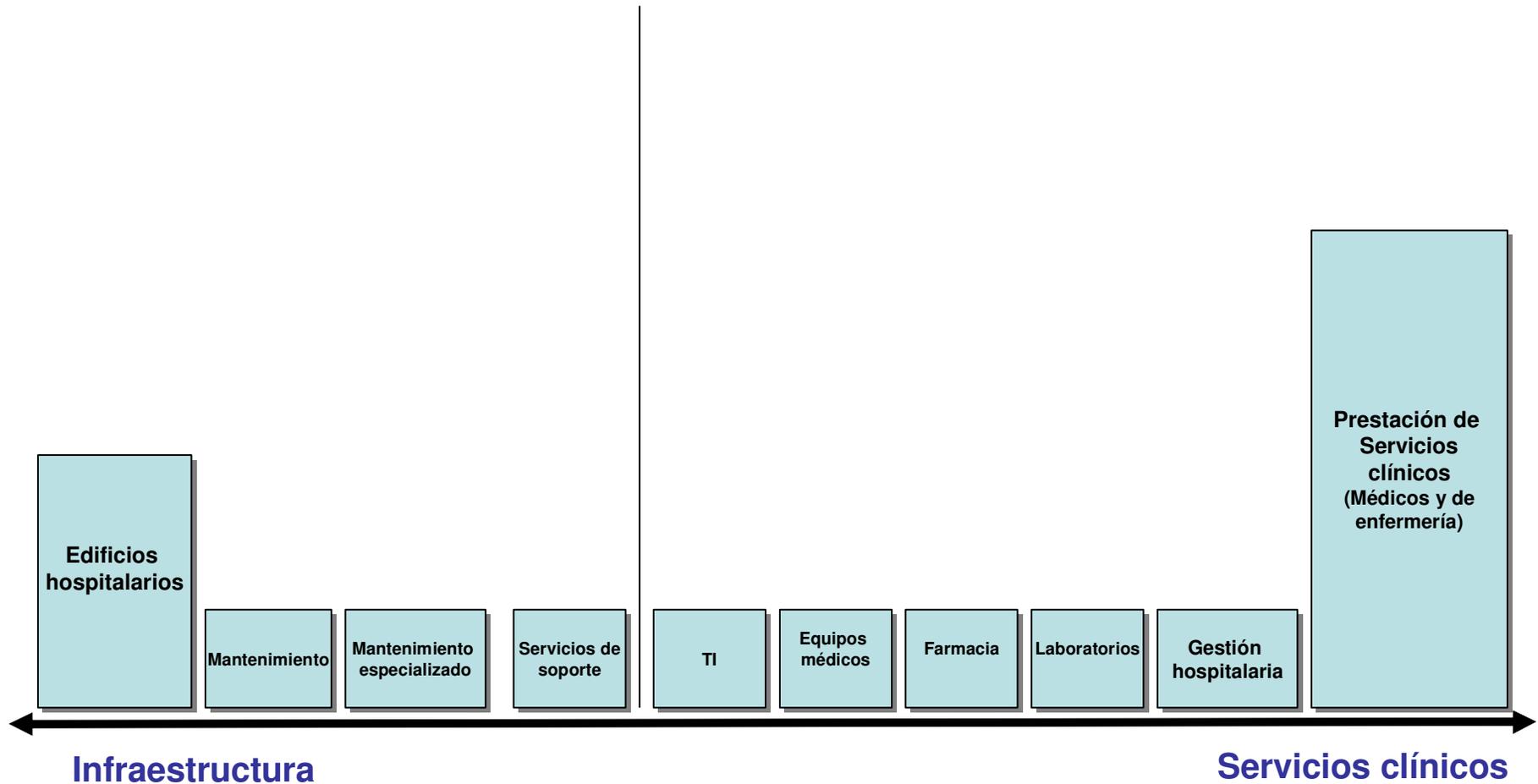


Este tipo de colaboración concesional, tiene su origen en las infraestructuras hard

Hard	
	Agua
	Energía
	Carreteras
	Transporte público

Socio-económicas	
	Salud
	Educación
	Prisiones
	Equipamientos

En salud, este tipo de proyectos conllevan una infraestructura y la gestión por una serie de años de unos servicios

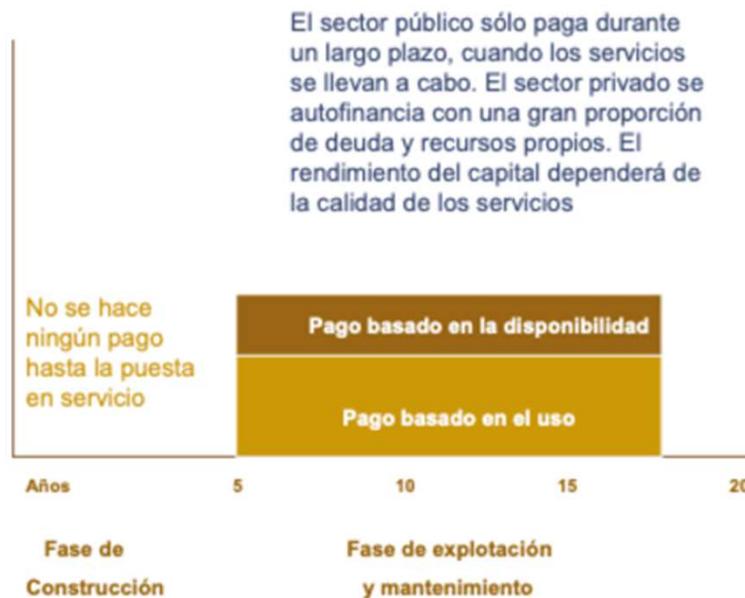


Contratación pública tradicional vs. contratación por colaboración público/privada

Contratación pública tradicional



Contratación mediante contratación pública/privada



4. La situación en Europa

Solo cuatro países de Europa permiten afiliarse a una aseguradora privada, con financiación pública



- La atención sanitaria (no de larga duración) es cubierta por aseguradoras sanitarias, de afiliación obligatoria, a precio fijo de la póliza.
- No selección de riesgos. 50% de la póliza pagada por cotizaciones; 5% por impuestos; y, 45% directamente por el asegurado



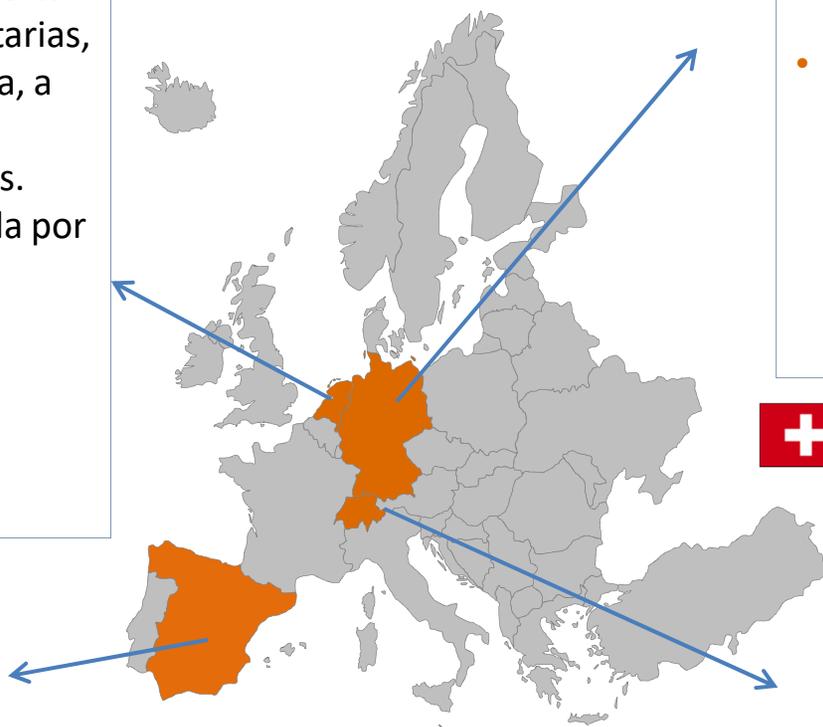
- Población con ingresos inferiores a 59.400 €/año, automáticamente enrolado en alguna de las aseguradoras “non-profit” (113)
- Población con ingresos superiores a 59.400 €/año, estudiantes y funcionarios pueden optar por alguna de las 40 aseguradoras privadas (en torno al 11% de la población)



- Afiliación obligatoria a una aseguradora privada, que tienen que dar un paquete básico. No selección de riesgos.
- El asegurado tiene que contribuir con el 8% de sus ingresos. Si eso no alcanza, hay ayudas estatales.



- Solo para los funcionarios. Modelo MUFACE



Desde el ámbito de la provisión, también hay amplia colaboración público/privada en Europa

- Hay colaboración público/privada en el ámbito de la provisión en todos los países europeos
- La diferencia viene dada por el **derecho del ciudadano elección de provisor (público o privado)**
 - Este derecho es reconocido en países tipo **Bismark** (Francia, Alemania,...)
 - Más restricciones en países tipo **Beveridge**, donde la **utilización del sistema de provisión privada no suele ser por la opción del ciudadano, sino por envío desde el sistema público** (Reino Unido, Suecia, España, ...)

También existen en Europa colaboraciones público/privadas en salud en sentido restrictivo (concesiones), pero fundamentalmente para infraestructuras

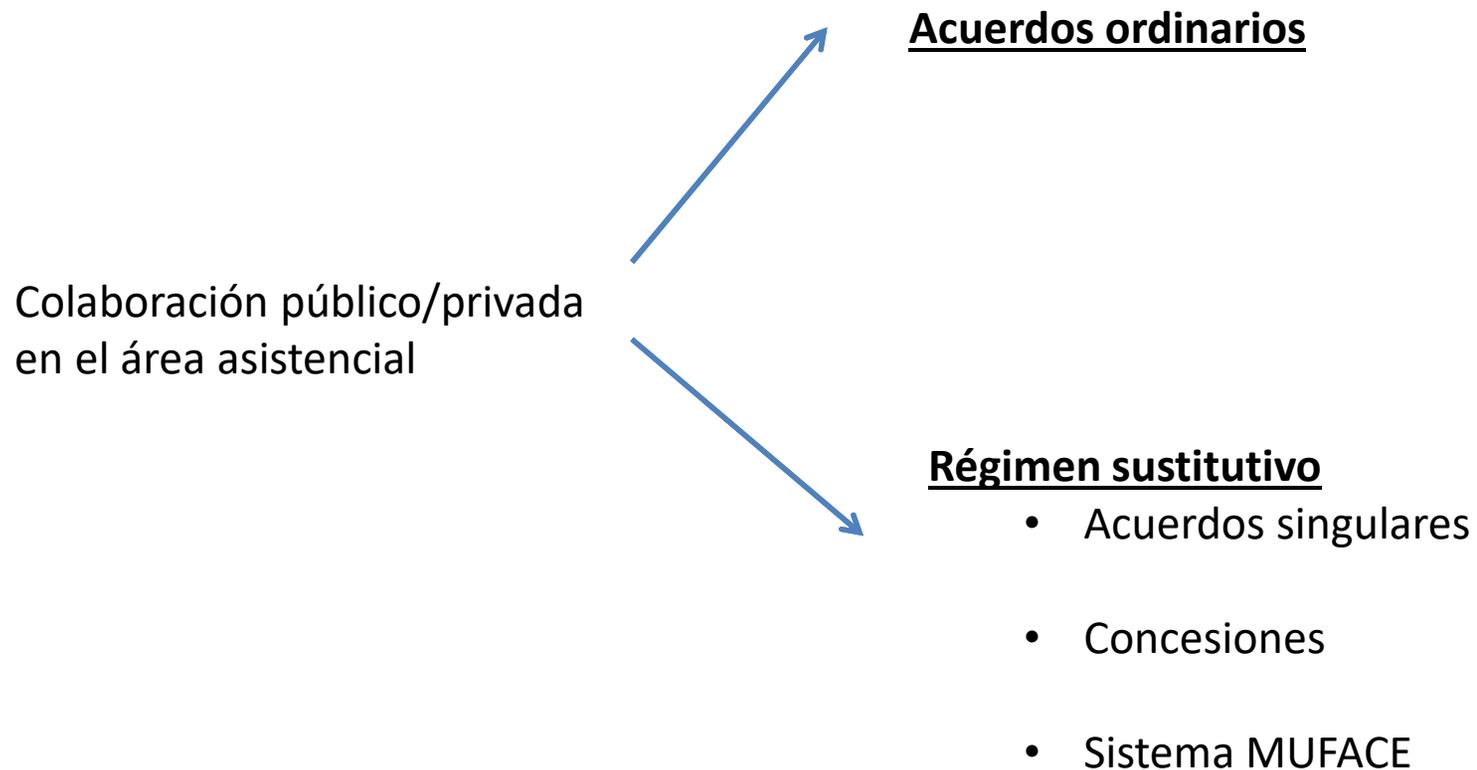
País	Papel de la colaboración privada	Número de experiencias	Valor \$
Finlandia	Construcción, mantenimiento y partenariado clínico	1	< 100 millones \$
Francia	Construcción y mantenimiento	16	1.600 millones \$
Alemania	Construcción	24	2.100 millones \$
Italia	Construcción y mantenimiento	71	5.700 millones \$
Polonia	Construcción y mantenimiento	1	40 millones \$
Portugal	Construcción, mantenimiento y servicios clínicos	8	4.600 millones \$
España	Algunos sólo construcción, 8 casos con actividad clínica	19	2.300 millones \$
Suecia	Construcción	1	2.100 millones \$
Reino Unido	Construcción y mantenimiento	146	25.800 millones \$



Fuente: Health Affairs, January 2013, 32:1

5. La colaboración público/privada en salud en España

La colaboración público/privada está muy presente en el sector salud en España



Los acuerdos ordinarios están presentes en todas las regiones, desde el inicio del Sistema Nacional de Salud

Acuerdos 2016

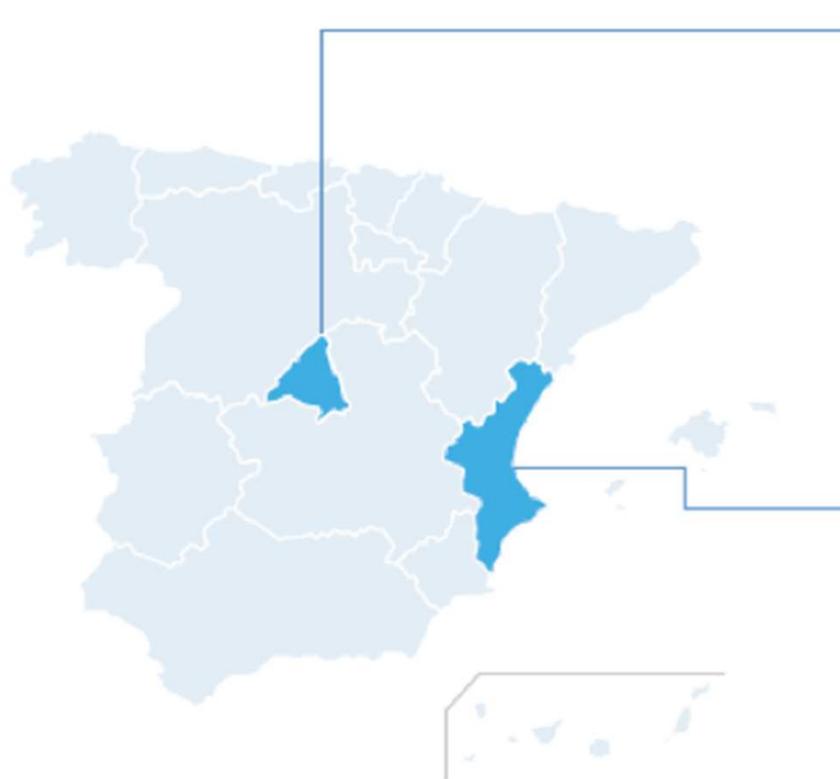
Comunidad autónoma	2016	
	Importe (Mill. €)	% sobre gasto sanitario
Cataluña	2.517	24,9%
Madrid	842	10,7%
Andalucía	380	4,1%
Comunidad Valenciana	274	4,2%
Canarias	259	9,3%
País Vasco	244	6,8%
Galicia	229	5,9%
Islas Baleares	153	10,4%
Murcia	146	6,6%
Castilla y León	140	3,9%
Castilla-La Mancha	135	5,0%
Asturias	101	6,1%
Aragón	80	3,9%
Extremadura	74	4,4%
Navarra	72	7,3%
La Rioja	34	7,8%
Cantabria	30	3,6%

- Tipo de actividad bajo acuerdos:
 - Listas de espera quirúrgicas
 - Radiología compleja
 - Radioterapia
 - Actividad de laboratorios (referencia)
 - Diálisis (prácticamente toda externalizada)
 - Endoscopias
- Pago por actividad
- Asignación, en general, por concurso de las regiones o de los hospitales
- Acuerdos de corta duración (habitualmente anuales)

Acuerdos singulares, ¿cómo funcionan?

- La principal diferencia con los acuerdos ordinarios es que aquí hay población asignada
- En general, reservados para entidades religiosas o sin ánimo de lucro (en los últimos tiempos, entidades privadas involucradas)
- Pago por actividad

Concesiones con actividad asistencial: una experiencia singular en Europa



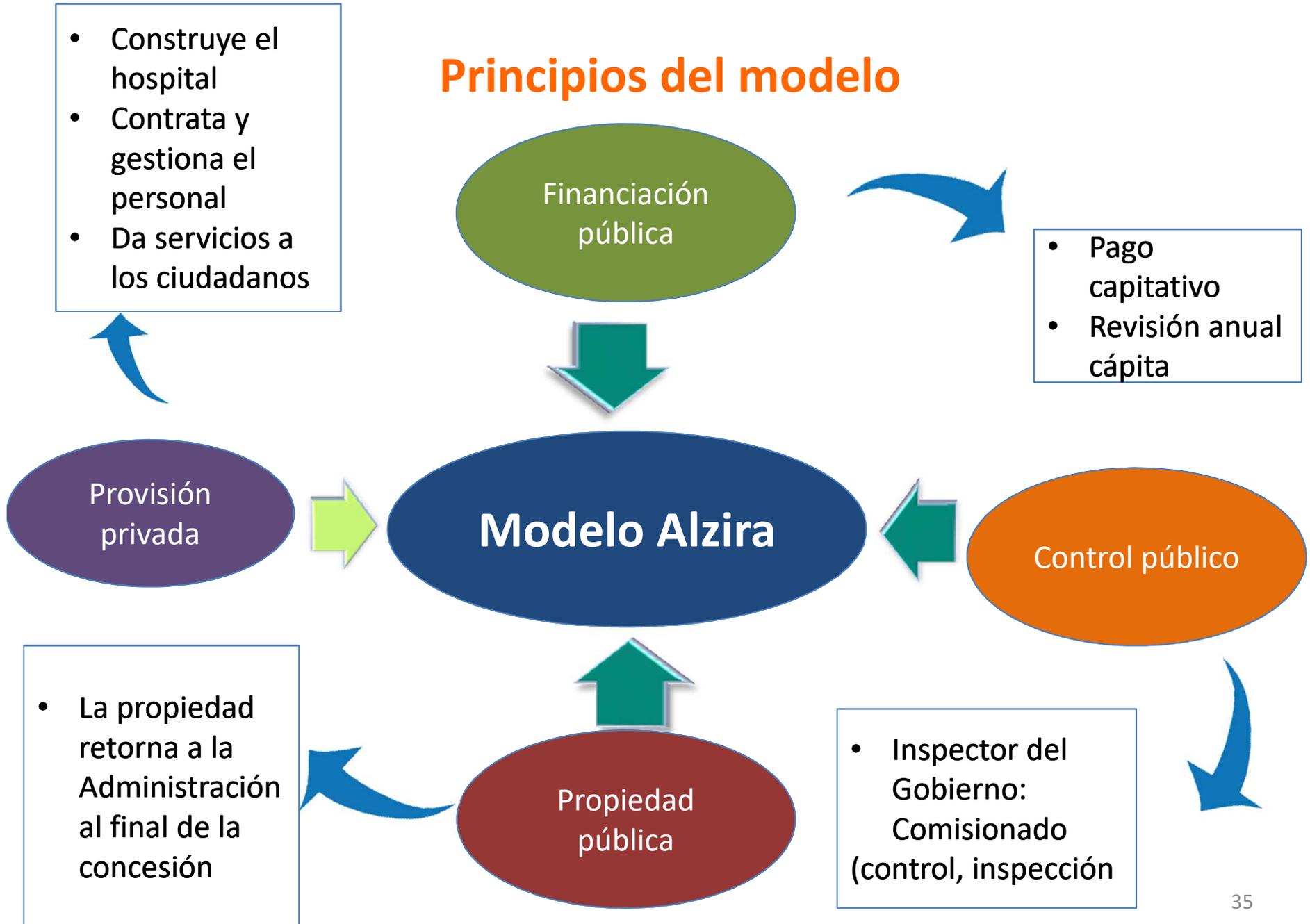
Centro	Nº camas	Año apertura
Hospital Infanta Elena	117	2007
Hospital de Torrejón	250	2011
Hospital de Móstoles	310	2012
Hospital Collado Villalba	140	2014

Centro	Nº camas	Año apertura
Hospital de la Ribera	301	1999
Hospital de Denia	266	2006
Hospital de Torrevieja	277	2006
Hospital de Manises	354	2009
Hospital del Vinalopó	230	2010



 Reversión en 2018

Principios del modelo



Transferencia de riesgo y libertad de elección



Excelentes resultados



Concepto	Torreveleja	Vinalopó	Alzira	Denia	Total concesiones Ribera Salud	Manises	Media Concesiones	Resto departamentos Gestión Directa
Total coste por paciente	847,80	922,98	918,03	866,05	888,71	925,88	896,15	1.331,98

Una reflexión sobre el modelo: puntos fuertes y débiles

Puntos fuertes

- Administración: certeza en el gasto y menor coste que en los departamentos de gestión directa
- Población: menores listas de espera y encuestas de satisfacción muy favorables
- Personal: mejores resultados de satisfacción que el personal de los centros con gestión directa
- Excelentes resultados clínicos
- Innovación en muchos campos

Puntos débiles

- Falta de adaptación y de entendimiento político en un contexto de alternancia
- Pérdida de interés de algunas empresas

Características del modelo MUFACE

- Población protegida: funcionarios y sus familias (aprox: 2 millones de personas)
- El afiliado puede optar cada 6 meses entre recibir asistencia por el sistema público o por alguna de las aseguradoras vinculadas al modelo
- Algunas aseguradoras vinculadas al modelo, por concurso
- Pago capitativo (modulado por la edad) a las aseguradoras
- Las aseguradoras al trasladado al modelo MUFACE (sustitutivo) el mismo modelo de negocio del sistema duplicado
- Baja rentabilidad para las aseguradoras
- En este caso la amenaza al modelo no es tanto política, como porque las aseguradoras decidan salirse

Debilidad o fortaleza de los diferentes modelos



Modelo	Administración (debilidad o apoyo político)	Empresas (confianza y disposición a participar)
Conciertos ordinarios	Fuerte	Fuerte
Conciertos singulares	Intermedio	Intermedio
Concesiones	Débil	Débil
Modelo MUFACE	Intermedio	Débil

6. ¿Algunas enseñanzas?

¿Es legítimo el beneficio empresarial en la colaboración público/privada en salud?

$$X - (r + i) > y$$

Temas críticos en cualquier forma de colaboración público/privada en salud

- Apoyo político
- Capacidad de la Administración de monitorizar contratos complejos
- Visión a largo plazo de las empresas
- En función de qué se paga, la tarifa y su actualización
- Tipología de las empresas
- Aportación de valor de las empresas
- Aceptación de una cierta rectoría pública

Tentaciones en las que el sector privado no puede caer

- ¿Vamos a la guerra?



- ¿El sector privado se olvida del sector público?



Qué no representa y qué representa la colaboración público/privada en salud

- **Qué no representa:** la colaboración público/privada no está en contraposición con el servicio público ni con la cobertura universal. Al contrario, puede contribuir a hacerla más viable, más eficiente, más innovadora y más sostenible
- **Qué representa:**
 - **Sector público:** la única alternativa no puede ser la gestión pública administrativa. Es bueno que tenga un referente de gestión privada en el servicio público, con aprendizaje y contraste de elementos de eficiencia e innovación.
 - **Sector privado:** solo puede aspirar a ejercer un papel relevante como actor del sistema sanitario y alcanzar un cierto volumen, si se implica en el servicio público.

¿Algunas enseñanzas?

Para el sector público

- **Lo primero: estar seguro de que la colaboración público/privada es buena para el servicio público y es políticamente asumible**
- Debe tener elementos de control sobre la empresa privada
- Capaz de objetivar los beneficios de esa colaboración
- Extender el aprendizaje de esa colaboración al resto del sector público
- Capaz de seleccionar aquellas empresas que puedan dar valor a la actividad sanitaria

Para el sector privado

- **Lo primero: estar convencido de que esta colaboración es buena para la empresa y está dispuesta a asumir los riesgos de una mayor intervención del gobierno**
- La confrontación con un gobierno es una mala apuesta
- Las relaciones políticas son fundamentales
- La colaboración debe aportar valor, no solo en términos de menor coste
- La empresa: capaz de objetivar esa aportación de valor
- La exposición de la aportación de valor por sí sola no es suficiente, si no hay un entendimiento político
- La empresa debe ser capaz de entenderse con gobierno de distinto signo político, puesto que la alternancia es un hecho en democracia

Ignacio Riesgo
ignacio.riesgo@icloud.com
+ 34 629 12 86 58

isapres | de Chile