

Enrique
Castellón
Leal

Viceconselleiro da
Comunidade de Madrid

A colaboración do seguro privado na xestión da aseguranza sanitaria*

Permítanme que describa, antes de nada, en que vai consistir a miña exposición. En primeiro lugar sinalarei brevemente os que creo que constitúen os obxectivos que a maior parte de nós –por non dicir todos– considera desexables na definición dunha política sanitaria. Estes principios básicos, por dicilo dalgún xeito, deben constituí-lo criterio co que medi-lo carácter plausible de calquera esquema concreto de organización. En segundo lugar exporei, tamén con brevidade, o proceso de reforma en Holanda, dado que a formulación que hoxe estamos a discutir recolle no esencial a formulación que nese país se está desenvolvendo estes días. Comentarei, a continuación, algunhas das consecuencias derivadas da aplicación deste modelo e aproveitarei para analiza-las previsibles implicacións, tanto positivas coma

* Este relatorio foi presentado na "II Xornada técnica sobre economía da saúde e aseguranza sanitaria", realizada entre os días 8 e 10 de xuño de 1994, en Santiago de Compostela.

negativas, da competencia entre “compradores”. Finalmente, deixarei sobre a mesa algúns interrogantes sobre a situación que se podería xerar no noso país se, a curto prazo, se acomete unha reforma destas características.

Obxectivos comúns

No tocante ós principios básicos xerais que deben fundamenta-la nosa política sanitaria, creo que resulta fácil porse de acordo ó redor dos seguintes enunciados:

■ Tódolos cidadáns deben poder ser tratados igualmente a mesma necesidade. A prol do consenso poderíamos admitir que no futuro se poderían definir algunhas necesidades –amais das que existen na actualidade– como “non básicas”.

■ A aseguranza dos cidadáns debe realizarse en función da súa capacidade para pagaren e non do seu risco individualmente considerado.

■ O gasto sanitario hase de situar dentro de límites razoables atendendo ó que o país pode permitirse. A falta de precisión desta afirmación non a invalida en calquera caso, e creo, polo demais, que é fácil de entender por todos.

■ Mellora-la eficiencia implica, por unha parte, estimula-la innovación organizativa e científica, avaliando o adecuado da súa implantación. Por outra, significa permiti-la elección do paciente e a autonomía do profesional e das institucións ata onde sexa posible, sin comprometer outros obxectivos.

Se estas aseveracións son compartidas facilitarase enormemente a análise –e o debate– sobre o esquema organizativo que implica competencia entre “compradores” de servizos sanitarios, é dicir, entre compañías aseguradoras.

O proceso de reforma en Holanda

Deixando á parte o caso dos Estados Unidos, que se afasta notablemente da nosa situación e non constitúe, en calquera caso, un sistema asumible –na súa versión actual–, só en tres países do noso contorno social e económico se formularon nalgún momento iniciativas do tipo da que estamos a debater. Estes países son Alemaña, Nova Celandia e

Holanda. Nova Celandia, pola súa parte, abandonou totalmente as propostas que inicialmente se formulaban, polo que Holanda é, *de facto*, o único país que está desenvolvendo, aínda que non completamente *ex novo*, un novo modelo de mercado interno entre aseguradoras, sexan estas públicas (“fondos de enfermidade”) ou privadas.

Aínda que non comentarei extensamente como era a situación de Holanda antes da reforma “Dekker”; si quero, polo que pode supoñer de contraste coa situación española, constatar algúns feitos relevantes. A atención sanitaria é subministrada por profesionais independentes e por hospitais, na súa inmensa maioría, privados non lucrativos. En última instancia, o financiamento era público nun 70% –contribucións obrigatorias xestionadas por “caixas de enfermidade”– e privado nun 30%. En resumo, un sistema privado na produción e mixto no financiamento.

Cinguíndonos á aseguranza, convén dicir que os “fondos de enfermidade” son entidades independentes, xeograficamente distribuídas, e que na práctica non competían entre si. Aseguraban obrigatoriamente persoas por debaixo de certo nivel de renda. Os aseguradores privados, pola súa parte, atendían persoas que non tiñan dereito, por superaren aquel nivel de renda aludido con anterioridade, á cobertura pública e, obviamente, establecíase competencia entre eles. As primas tiñan que ver co risco, franquicia e co nivel hostaleiro elixido nos hospitais.

Considero importante sinalar que as causas fundamentais para embarcarse nun programa de reformas eran: primeiro, a excesiva actividade reguladora á que se vía abocado o Goberno, a causa da complexidade do sistema; segundo, o desexo de aproximarse a unha universalidade de cobertura publicamente sustentada; e terceiro, os escasísimos incentivos presentes para controla-los custos: os fondos de enfermidade reembolsaban, pola súa vez, os gastos ocasionados dun fondo xeral, polo que non “afinaban” nos contratos; os aseguradores privados, pola súa parte, tiñan o custo dos servizos máis presente. Sen embargo, competían máis facilmente seleccionando o risco ca avaliando o custo-efectividade dos produtores. Este comportamento non carece de lóxica xa que os asegurados tendían a elixir médico e institución, e o especialista, pola súa parte, cobraba por acto, tanto se este era necesario como se non.

É probable que a maior parte de vostedes coñezan o esencial da reforma “Dekker”. Limitareime a enunciar, por iso, os trazos básicos:

1. Aseguranza obrigatoria para cubri-la maior parte (85%, que máis tarde se converteu no 95%) dos servicios sanitarios e sociais.
2. Competencia entre aseguradores –privados e “fondos de enfermidade”– sobre a base que se explica no seguinte punto.
3. Parte da prima (95%) recadada a través dun fondo central e vinculada á renda. Resto da prima (aproximadamente o 5%) pagada directamente polo asegurado ó asegurador. Esta porción pode variar entre aseguradores, pero debe ser constante para cada un deles e constitúe o elemento sobre o que se pretende que se estableza a competencia, loxicamente pola vía do interese do asegurador no control dos custos, nos seus contratos cos produtores. A prima recadada en función da renda éllas pagada ós aseguradores atendendo ó risco do paciente que os elixe. Suponse que este método elimina a selección baseándose no risco.
4. O Goberno resérvase o poder de defini-lo paquete básico –de feito, a maior parte da atención ordinaria xa que implica o 95% do gasto sanitario–, a capacidade de fixa-la porcentaxe da prima relacionada coa renda e o poder regulador de prezos e competencia.

Valoración da reforma

É innegable que esta fórmula ofrece en teoría aspectos potencialmente positivos: mellora a capacidade de elección dos usuarios, incentiva os “compradores” a seren conscientes dos custos; de maneira similar, estimula os provedores a seren custo-efectivos, mellora o control do Goberno sobre o gasto sanitario e incrementa a equidade ó requirir contribucións vinculadas á renda, controlando simultaneamente a discriminación dos pacientes con riscos elevados. Como dixer, estas vantaxes han de ser aínda demostradas na práctica. Tamén precisan verificación real as previsibles dificultades, aínda que considero oportuno constatalas. A iso dedicareime de seguido, con algún detalle, porque penso que estas dificultades son comúns a calquera sistema no que se produza competencia no nivel de asegurador (“comprador”).

Analicemos, en primeiro lugar, o problema da selección de riscos. O seu éxito potencial depende da maneira en que se axuste ese risco nos pagamentos do “fondo central”. Se unicamente se axusta con base en datos de idade, sexo e lugar de residencia non se eliminará o problema da selección de riscos por máis que o asegurador se atope obrigado en principio a aceptar a todo cidadán que o pida. A razón é que estes factores explican tan só o 5% da variación non aleatoria do gasto (Newhouse 1989, van de Ven e van Vliet 1992). Se se engadise o gasto xerado por un paciente no pasado e o estado xeral de saúde, chegaríase ó 10% e aínda se agregaría un 15% adicional se se considera a patoloxía crónica preexistente. Non sempre está dispoñible a información necesaria, mesmo na dubidosa hipótese de coñecer tódolos factores explicativos, como para efectuar este axuste, e o custo de conseguir semellante información pode ser moi elevado. Se a todo isto lle engadimos, por outra parte, a inclusión no paquete básico da atención socio-sanitaria, creo que resulta prematuro garanti-lo éxito desta estratexia na disuasión da selección de riscos.

Se finalmente non se poden axusta-los riscos entre aseguradores, privados e públicos, é probable que os primeiros, máis cós últimos, seleccionen os riscos a través da súa propia estratexia comercial ou publicitaria, ou elixindo certos provedores en función do seu lugar de residencia ou prestixio, e en función, todo iso, de determinadas especialidades. Se para evita-la situación descrita, a Caixa Central (o financiador último) compensase as desviacións producidas polos riscos non axustados, desaparecería o incentivo para controla-los custos.

Un segundo problema consiste na posibilidade de “cartelización” no mercado de seguros. Estamos en época de fusións e non sería estraño que as compañías quixesen reforza-la súa capacidade de compra. Desprovisto o sistema da competencia, é previsible que, nese caso, aumente o prezo do seguro. Este problema podería paliarse, loxicamente, mediante as pertinentes medidas reguladoras do Goberno.

En terceiro lugar, non hai que desbotar que a achega nominal –no caso holandés aproximadamente o 5% da prima nestes momentos– tenda a aumentar, e con ela o gasto sanitario, en vez de diminuír, tal como dicta a teoría, nun contorno competitivo. Sucedería isto se un número suficiente de usuarios considerasen que paga a pena pagar máis por

maior calidade da que a contribución pública garante. Se este hipotético incremento na calidade consiste en actividade adicional innecesaria, a eficiencia resentirase. Aínda peor, a equidade verase ameazada se as compañías bloquean o mercado para certos recursos, a oferta dos é cales inelástica, como poden se-los especialistas altamente cualificados. En calquera caso, a experiencia suxire que existe unha clara tendencia dos mercados de seguros privados sanitarios a eleva-las primas, incluso en ausencia de subsidios.

Un cuarto problema que considerar é a cuestión do incremento dos gastos administrativos. O seu elevado custo cómpre colocalo no debe das fórmulas de múltiples compradores (aseguradores) con variados plans de seguros e diferentes contratos. Como é sabido, os gastos administrativos dos países con comprador único son entre tres e catro veces máis baixos.

En quinto lugar, a participación nominal, que en Holanda pasou do 25% proposto no informe "Dekker" ata o 5% actual está tamén suxeita a un difícil equilibrio.

Se é alta, estimula indubidablemente a competencia, pero resulta gravosa para os asegurados con menos ingresos (reduce a equidade). Se é baixa, como ocorre nestes momentos, sucede o contrario.

Xa para rematar este listado de dificultades potenciais ou incertezas, cómpre mencionar que non necesariamente a competencia entre aseguradores garante o control dos custos. É posible que os provedores –dalgunha maneira aliados– resistan a presión para incrementa-la súa eficiencia, ou ben que exerzan unha forte actividade inductora da demanda. Para contrarrestar isto, os aseguradores pódense fusionar, pero como dixeran hai un momento, isto crea outro tipo de problemas no control dos gastos. Como ven, estamos ante un difícil equilibrio. Finalmente, e noutra orde de cousas, a posibilidade de elección impide que o asegurador enfatice unha actividade preventiva, os hipotéticos resultados da cal non lle garanten un aforro no futuro.

Implicacións do esquema de múltiples aseguradores

Ata aquí aproveitei a información procedente da reforma holandesa para facer unha valoración das implicacións do mercado de seguranza sanitaria. Os esquemas de compe-

tencia entre aseguradores pódense analizar xenericamente, sen entrar en arranxos particulares, ata certo punto. Máis alá deste punto, cómpre coñecer detalles que só están dispoñibles onde ese esquema se aplica na práctica.

En principio, as implicacións para o noso país serían similares, sempre coa cautela de non coñece-la “letra pequena” dunha reforma destas características. Agora ben, vanme permitir que faga algunhas reflexións sobre a implantación dun proxecto semellante en España.

A situación é radicalmente diferente á que existía en Holanda antes de se inicia-lo proceso de reforma. Na maior parte das comunidades autónomas domina o hospital administrado típico dos sistemas integrados (Holanda constituía un sistema mixto de reembolso e contrato). A atención primaria está en mans de funcionarios. Non existe aínda, malia algúns avances, un sistema de información individualizado. O financiamento e a produción non están separados na maior parte das comunidades e, en calquera caso, a “compra” segue funcionando baixo unha lóxica administrativista. Este conxunto de circunstancias formula unha serie de preguntas: ¿Contratarían as empresas aseguradoras coas institucións públicas –en atención primaria e especializada–, ou faríano con institucións privadas existentes e de nova creación? Se non contratan con centros públicos, debido á suposta ineficiencia destes ou doutros motivos, ¿como se financiarían estas institucións? ¿Arrastrarían as institucións proveedoras privadas –ou os aseguradores privados– o persoal das institucións públicas? ¿Aceptaría este persoal? ¿Deberá o Goberno subsidia-las institucións públicas sen contratos? A miña impresión é que nestes momentos os aseguradores privados non contratarían con institucións hospitalarias públicas nin con grupos de médicos de atención primaria. Empregarían centros privados alí onde existisen e crearíanos en caso contrario. É difícil que a saída de asegurados reduza os custos no lado público, entre outras cousas porque non é presumible que moito persoal renuncie ós seus dereitos. Nesa situación, a Administración pública tería que intervir ou ben admiti-la descapitalización das súas institucións cun custo social e político da magnitude que facilmente se imaxina.

Unha segunda reflexión que quixera facer refírese ás diferencias no *mix* de provisión pública-privada entre as diferentes comunidades. Iso significa que un movemento de

competencia entre “compradores” pode ter máis verosimilitude nuns sitios –non moitos– ca noutros. Sen embargo, debo reiterar que, en calquera caso, o financiamento –e a viabilidade– das institucións públicas con menor volume de contratación persistiría como problema.

En terceiro lugar, as consecuencias económicas do movemento de consumidores e as compensacións de riscos, aspecto fundamental se se busca a eficiencia sen deterioración da calidade, non poden aplicarse sen un sistema de información individualizada do que nestes momentos non dispomos.

Conclusiones

Como resumo de todo o que expuxen creo que poderían ser pertinentes as seguintes conclusións:

1. A posibilidade de elixir asegurador incrementa sen dúbida a capacidade de elección do cidadán e é unha opción eficiente en principio, xa que se crean os incentivos necesarios para que o “comprador” se responsabilice ante o consumidor e oriente a súa xestión ós resultados e non simplemente ós servicios, como adoitaba face-lo produtor. Sen embargo, os sistemas de aseguradores múltiples requiren fórmulas complexas, non ben resoltas, de axuste de riscos, poden reduci-la equidade e non sempre controlan os custos axeitadamente.

2. En termos xerais, a sanidade española non se atopa en situación de abordar unha reforma na que se estableza competencia entre múltiples aseguradores. Non hai precedentes de que un sistema integrado coma o noso se reconverta deste xeito. Nunha situación moito mellor, a reforma holandesa presenta múltiples incertezas no momento actual.

O feito de que existan obvias diferencias entre comunidades autónomas só significa que, se este tipo de reforma se formula para o futuro, algúns estarán máis preto de poder implantala ca outros.

3. Podemos considera-la competencia entre aseguradores como un obxectivo potencial a longo prazo. Sen dúbida, podemos permitir que teña implicacións a curto prazo, no sentido de que non se desenvolvan iniciativas incompatibles cun futuro mercado interno de segu-

ros. Evidentemente, isto significa que non debería insistirse en formulacións administrativas tradicionais á hora de crear institucións hospitalarias, centros de atención primaria, desenvolvemento de alta tecnoloxía, etc.

Por outro lado, manter un sistema de “comprador” público único simplifica o sistema e abarata os custos de xestión, ó tempo que reforza a capacidade de compra. Separar decididamente as funcións de financiamento, compra e produción, conferirlles unha autonomía real ás institucións sanitarias públicas –e ós profesionais que nelas traballan–, revisa-la estrutura das relacións laborais e mellorar algo as marxes de elección, é dicir, moverse na dirección da competencia pública, é realista e deixa aberta a porta, desde posicións máis sólidas e maduras, para valorar potenciais reformas máis profundas en mellores condicións.

4. Cómpre, dunha banda, mellorar notablemente en información individualizada, e por outra, promover estudos moi rigorosos que contribúan a resolver as dificultades prácticas que un sistema de competencia entre aseguradores pode crear e que se refiren ó cumprimento dos obxectivos básicos de política sanitaria. Estes estudos deben abordar tamén as relacións asegurador-productor e consumidor-productor. A posibilidade de crear minisistemas integrados de xestión (ó xeito de HMOs) en vez de contratos, debe valorarse coidadosamente.

5. Nun futuro inmediato, é posible que os aseguradores privados actúen de xeito complementario nun sistema basicamente de asegurador público único, cubrindo prestacións non consideradas por este último ou mellorando algúns aspectos non básicos da atención pública.

En definitiva, se non somos capaces de dar os primeiros pasos no sentido de mellorar a eficiencia do sistema, descentralizando e reforzando o papel dos “compradores”, establecendo mecanismos de control social a este nivel, perfeccionando os contratos e creando posibilidades de competencia, carece de sentido que nos metamos en empresas máis complexas. 