

Mecanismos de pago en el Seguro Nacional de Salud de Uruguay

Santo Domingo, noviembre 2019



Cecilia Artagaveytia
Área Economía de la Salud



Estrategia de la reforma de la salud

**Cambio del
Modelo de
Financiamiento**

**Cambio del
Modelo de gestión**

**Cambio del
Modelo de
Atención**

Acceso Universal
Atención Integral
Salud como derecho

**Sistema Nacional
Integrado de Salud**

**Seguro Nacional
de Salud**

OBJETIVOS Y HERRAMIENTAS

- Universalidad
 - Ampliación de la cobertura por Seguridad Social
- Justicia Distributiva
 - Aportes de los ciudadanos de acuerdo a ingresos
- Sustentabilidad
 - Pago por cápitas ajustadas por riesgo

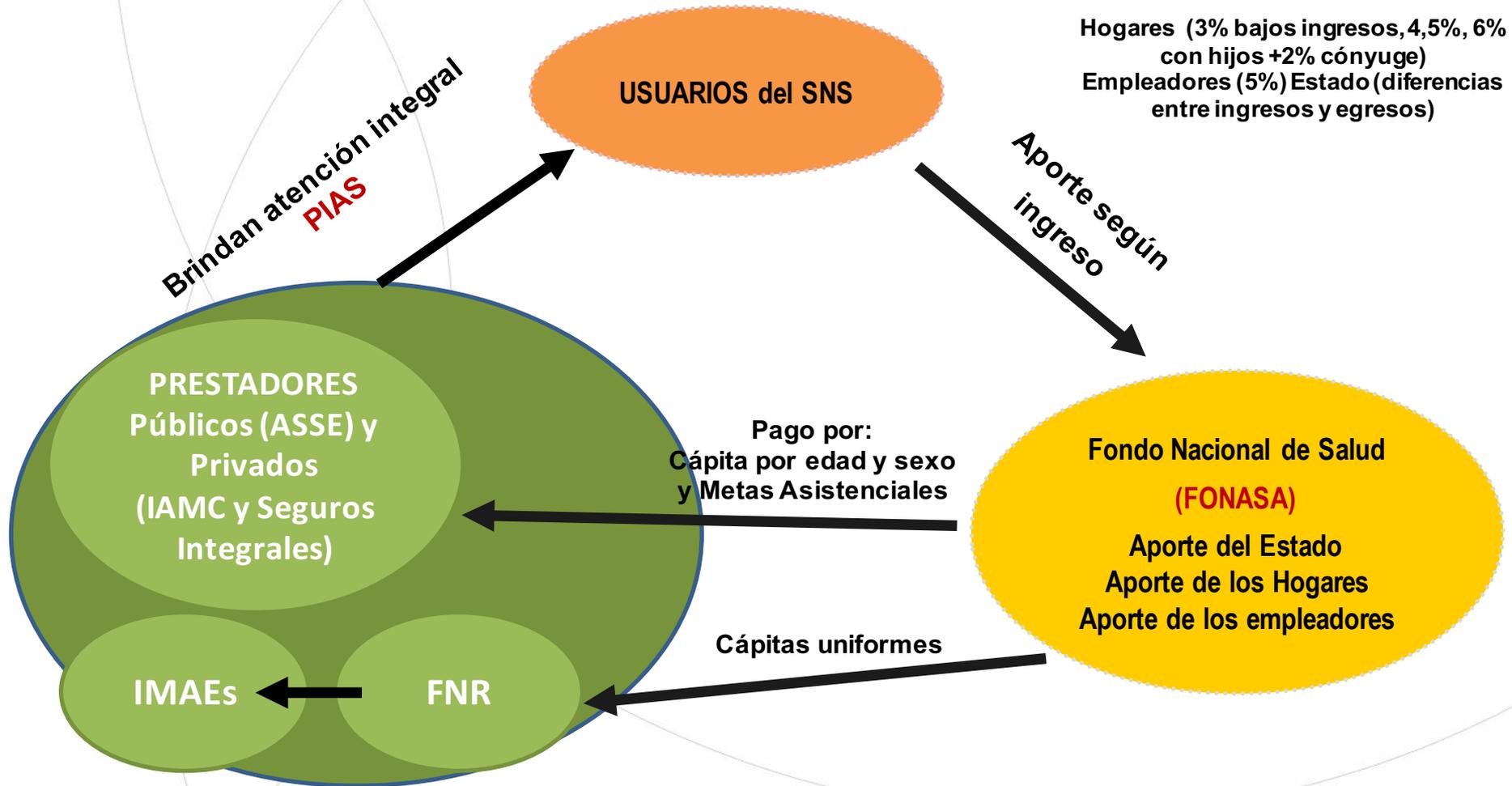
Mecanismos de pago en el SNIS



Mecanismo de pago	Prestadores/Financiadores	Previo a 2007	Post Reforma
Pago por presupuesto	Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Presupuesto histórico	Presupuesto histórico con importantes incrementos reales
	Hospital de Clínicas		
	Sanidad Militar		
	Sanidad Policial		
Pago por actividad	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	Pago de prestaciones de usuarios del Sector Público a partir de Rentas Generales	Pagos amarrados (bundled payments)
	Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)	Pagos del FNR a IMAE	
Pagos amarrados/integrados (bundled payments)	Fondo Nacional de Recursos (FNR)	-	Aranceles negociados con IMAES
Pago por cápita	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF	Cuotas de prepago de afiliados individuales reguladas por el MEF y el MSP
		Cuotas de prepago DISSE calculadas como cuota promedio de cuotas individuales	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA
	Fondo Nacional de Recursos	Prepago por afiliados individuales y DISSE de las IAMC y Seguros Privados	Prepago por afiliados individuales y FONASA de las IAMC y Seguros Privados, y afiliados FONASA de ASSE
	Seguros Privados	Prepago privado por riesgo	Prepago privado por riesgo más cápitales ajustadas por edad y sexo por afiliados FONASA
	ASSE	-	Cápitales ajustadas por edad y sexo pagadas por el SNS financiado por el FONASA
Pago por desempeño	ASSE	-	Pago por el cumplimiento de Metas Asistenciales
	IAMC		
	Seguros Privados		



Conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS)



El Fondo Nacional de Recursos (FNR)



- **Qué cubre?**

Cubre las prestaciones y medicamentos de alto costo y baja prevalencia del PIAS

- **A quiénes da cobertura?**

A los beneficiarios del FONASA, a quienes poseen carné gratuito en ASSE, a los usuarios individuales a una IAMC o Seguro Integral y a los usuarios de Sanidad Militar y Policial.

- **Cómo se financia?**

Recibe aportes mensuales del FONASA por todos sus beneficiarios, aportes del Estado para el pago de los servicios prestados a los usuarios de ASSE, el aporte mensual de las IAMC y Seguros por sus afiliados individuales, el reintegro de Sanidad Militar y Policial por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios; el aporte por afiliación directa de las personas que deseen contratar individualmente un seguro para estas prestaciones y el producido de impuestos que se aplican a determinados juegos de azar previstos especialmente por la ley.

- **Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE)**

Son instituciones públicas o privadas que se encargan de la medicina altamente especializada a las que el FNR contrata para la prestación de los servicios que debe cubrir.



PIAS: Plan Integral de Atención a la Salud

- Lista positiva de prestaciones de todos los niveles de complejidad, preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- Obligatorio para todos los prestadores integrales del SNIS
- Incluye un Formulario Terapéutico de Medicamentos único para todos los prestadores integrales
- Incluye la cobertura de prestaciones de alta complejidad que se realiza a través del financiamiento del FNR

PIAS: Plan Integral de Atención a la Salud



- Priorización. Necesidad de considerar recursos limitados, principales necesidades de salud de la población y protección financiera para acceder a las prestaciones
- Evaluación de Tecnologías Sanitarias. El MSP y FNR han avanzado en la utilización de estas herramientas
- Mecanismos de gobernanza. Validación de criterios y decisiones con los actores del sistema a través de mecanismos previstos en los Contratos de Gestión, en el marco de la JUNASA.

Usuarios FONASA

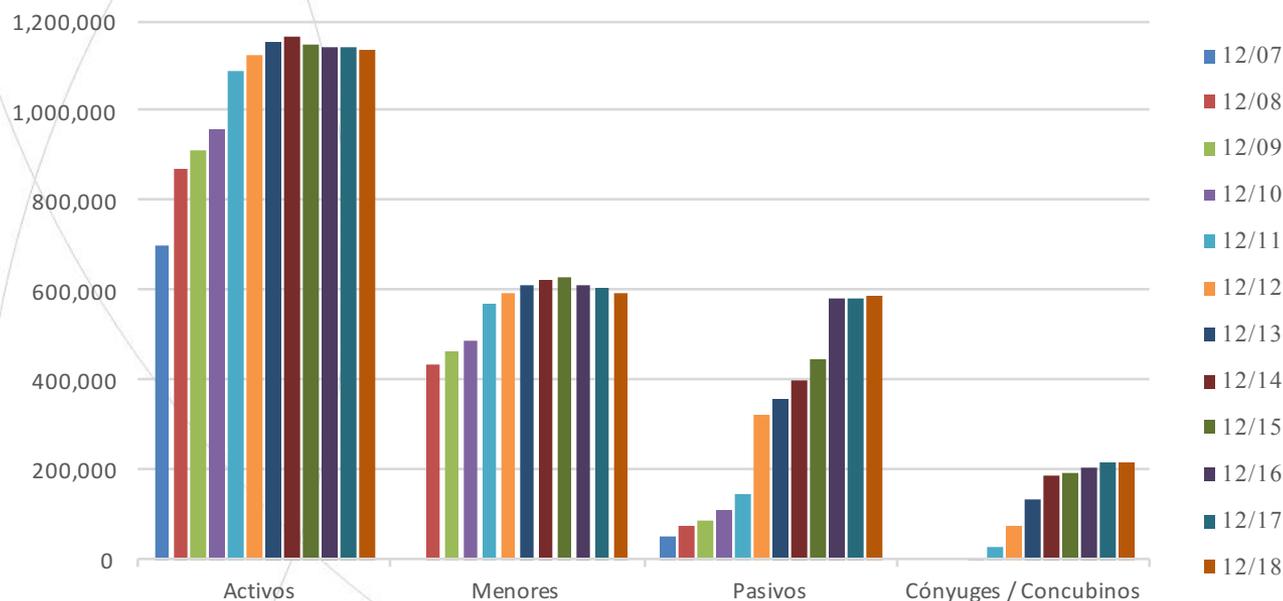


- **¿Quiénes tienen derecho?** Los trabajadores públicos y privados, los cónyuges, los pasivos y los menores o discapacitados mayores a cargo de un trabajador o pasivo.
- **¿Dónde pueden atenderse?** Pueden optar por tener cobertura en ASSE, una IAMC o un Seguro privado

Beneficiarios del SNS



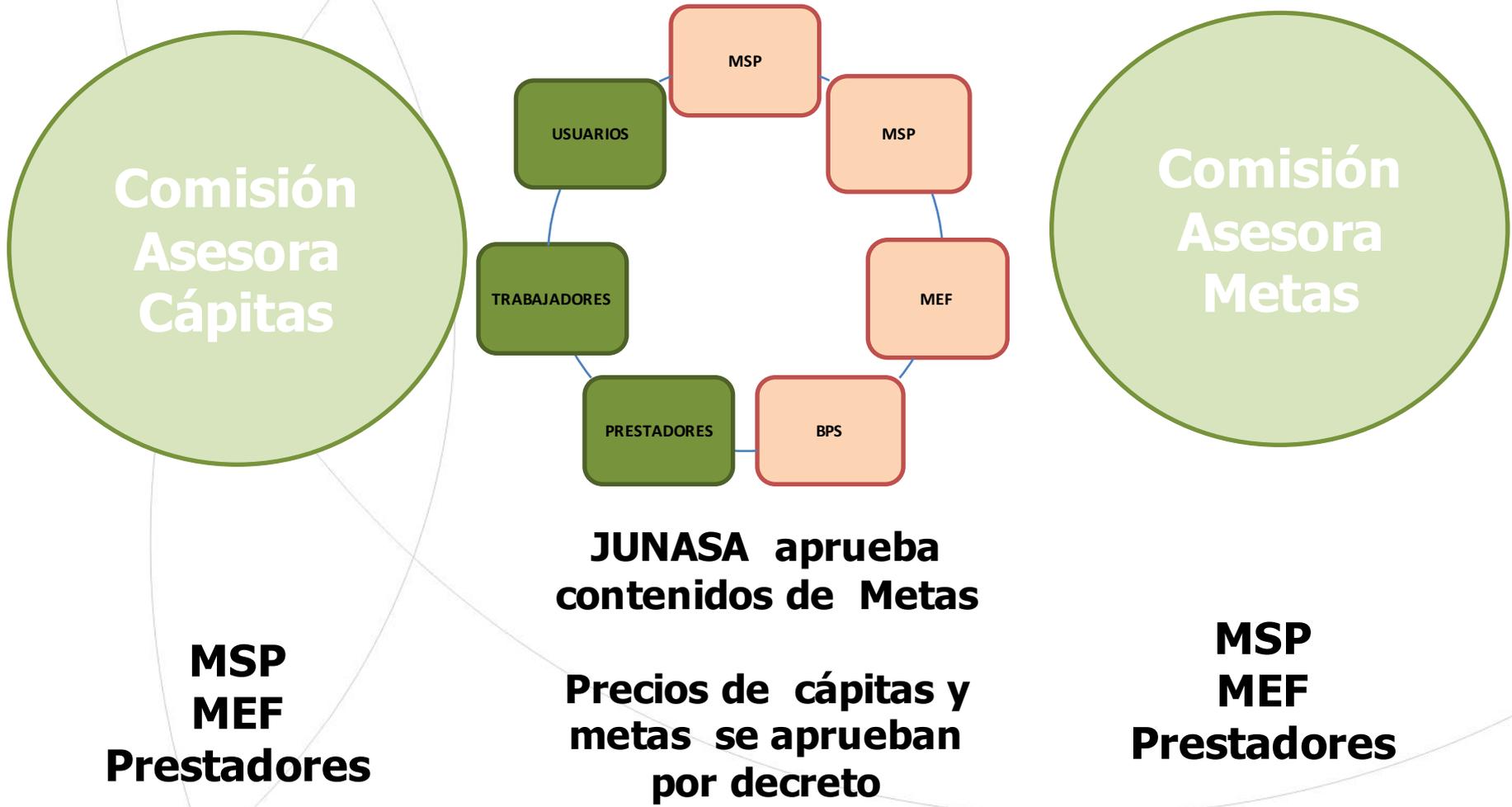
Evolución beneficiarios del SNS según tipo de afiliación



Octubre de 2019: 2.518.327 beneficiarios del SNS, 72% población del país



JUNASA: administra SNS y vela por los principios del SNIS



JUNASA y contratos de gestión



- **Herramienta para la compra estratégica** que explicita las exigencias del SNIS, busca incentivar a los prestadores a cumplir un conjunto de actividades específicas tendientes al logro de los objetivos de política sanitaria y establece sanciones por incumplimiento.
- El FONASA es administrado por el BPS, quien recauda y gestiona los padrones de afiliados del SNS.
- JUNASA emite mensualmente la orden de pago a prestadores contratados : Paga a los prestadores integrales y al FNR por prestaciones de alto costo
 - Pago por cápitas ajustadas por edad y sexo
 - Pago por cumplimiento de metas asistenciales
 - Pago por sobre cuota de inversión

El pago a los prestadores del SNS: cápitas



- Buscan estimar el gasto esperado de los usuarios según la edad y el sexo incluyendo todos los niveles de atención.
- Mayor racionalidad del financiamiento, promoviendo un gasto más eficiente y una asignación más equitativa de los recursos. Se desincentiva la selección de riesgos
- Complementa la naturaleza solidaria del financiamiento
- La estimación se realiza a partir de un análisis retrospectivo del gasto.
- Se considera solamente el gasto en el que se incurre para proveer atención a los socios (sin considerar costos de venta de servicios a terceros)
- Se utiliza información asistencial, Estructura de Costos de Atención a la Salud (ECAS) y Estado de Resultados (ER).
- Al generar un único pago por tramo de riesgo se incentiva a las instituciones en la búsqueda de contener costos



Definición de cápitas

- Correspondiente a los individuos de sexo i y edad j :

$$\text{Cápita}_{ij} = \sum_h \frac{(\text{Gasto Total}_h / Q_h) * Q_{ij,h}}{P_{ij}}$$

- Dónde h indica el h -ésimo producto asistencial incluido en el cálculo de la “Cápita pura”.
- Gasto Total _{h} es el gasto global realizado en el producto asistencial h
- Q_h es la utilización global del producto asistencial h
- $Q_{ij,h}$ es la utilización del producto asistencial h realizada por los individuos que integran el tramo de riesgo de sexo i y edad j .
- P_{ij} es la población que integra el tramo de riesgo de sexo i y edad j .

Productos asistenciales (h)



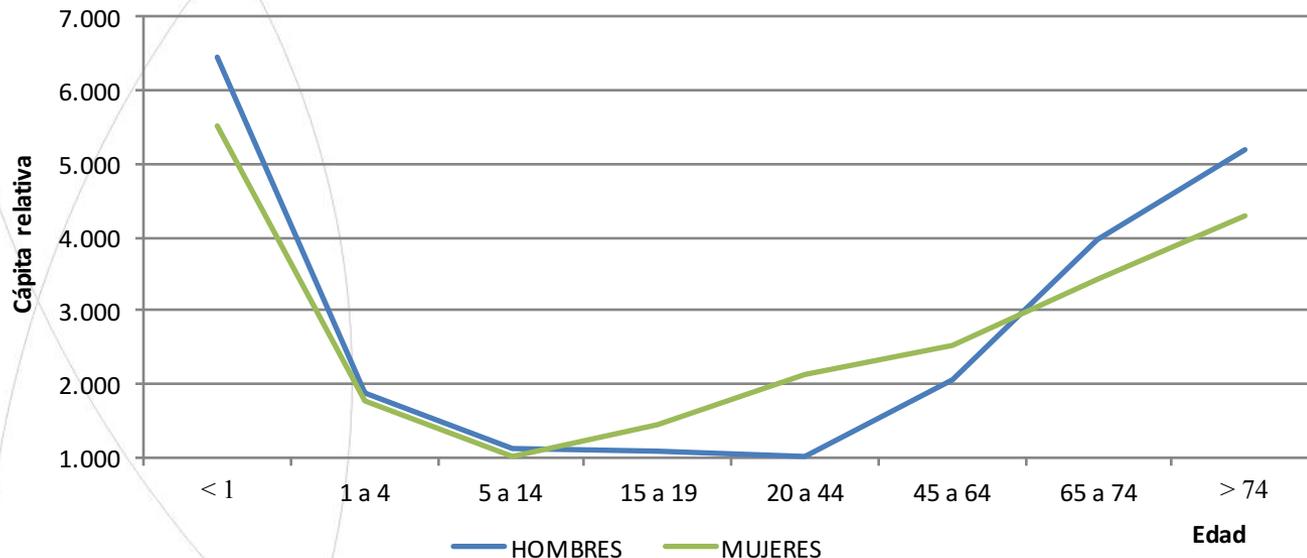
- Policlínica: La unidad de producto es la consulta
- Emergencia – Urgencia: La unidad de producto es la consulta
- Domicilio Urgente: La unidad de producto es la consulta
- Domicilio No Urgente: La unidad de producto es la consulta
- Internación Domiciliaria: La unidad de producto es el día cama ocupado
- Internación Cuidados Moderados: La unidad de producto es el día cama ocupado. Este producto asistencial agrega la utilización de camas de moderados, junto con la internación en cuidados básicos y la de corta estadía.
- Internación en CTI-CI adultos: La unidad de producto es el día cama ocupado
- Internación en CTI-CI pediátrico: La unidad de producto es el día cama ocupado
- Utilización del Block Quirúrgico: La unidad de producto es la intervención



Cálculo de las cápitas

- Para el cálculo de las cápitas originales se seleccionaron 6 instituciones en función de una evaluación de la calidad de la información brindada.
- Se utilizaron 5 productos asistenciales para el cálculo de las cápitas por edad y sexo: Atención ambulatoria (todas las categorías de consulta), Internación domiciliaria, Internación cuidados básicos, Internación cuidados moderados, Internación en CTI – CI.
- Cápita Base: Hombres de 20 a 44 años. El cociente entre las cápitas de cada tramo de edad y sexo (16 grupos) y la cápita base da lugar a la estructura de cápitas relativas.

El pago a los prestadores del SNS: cápitas



	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 74	> 74
HOMBRES	6,451	1,889	1,119	1,085	1,000	2,057	3,953	5,205
MUJERES	5,511	1,780	1,010	1,443	2,140	2,515	3,439	4,295

Valor actual de la cápita base: \$1149,48

Ajustes de actualización



Se originan en dos tipos de efectos:

- Efecto Precio: Refleja los efectos de la variación de precios de los componentes de la estructura de costos de las IAMC, en el gasto esperado. Los ajustes por efecto precio se realizan cada seis meses, en enero y julio, aplicando una paramétrica de costos cuya estructura es actualizada en el mes de julio de cada año.
- Efecto Escala: Refleja el efecto de la variación de la cantidad de afiliados de las instituciones, en el gasto esperado. Se aplicó en los ajustes realizados desde enero 2008 a julio 2009.



Ajustes estructurales

- Incorporación de nuevas prestaciones al PIAS (IVE, Salud mental, Reproducción Humana Asistida)
- Cambios en las tasas de utilización de los bienes y servicios
- Cambios metodológicos:
 - Otras fuentes de información (ampliación de los productos asistenciales considerados).
 - Tomar en cuenta otras fuentes de ingresos
 - Inclusión de costos financieros
 - Ajustar gasto a "gasto PIAS"
 - Ajustar gasto por eficiencia (no existe una cápita de referencia) y para corregir potenciales problemas de información (dispersión)
 - Consideración del GAV y de medicamentos



Desafíos

- La implementación de las cápitras, ¿ha operado cómo incentivo a la contención de costos y eliminación de ineficiencias?
- ¿Qué diseño mejora los incentivos a la contención de costos?
- Cómo modificar las cápitras en respuesta a los cambios estructurales de los costos
- Cómo mejorar el ajuste por riesgo en base a la información disponible
- Qué requerimientos de información adicionales mejorarían el ajuste por riesgo



El pago a los prestadores del SNS: metas

- Promueven conductas deseables en los prestadores incentivando cambios en el modelo de atención y de gestión. Revisión periódica.
- Son una herramienta novedosa en nuestro medio para incentivar el trabajo por resultados, generando premios de acuerdo al cumplimiento los mismos.
- Se incentiva la promoción de hábitos saludables, la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes, promoviendo la atención integral
- Salir de la lógica radar en donde la persona enferma toma contacto con los servicios de salud vs institución saliendo a buscar a las personas.



El pago a los prestadores del SNS: metas

Meta 1

- **Salud de la mujer y la niñez**

Meta 2

- **Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Carga de enfermedad y principales problemas de salud**

Meta 3

- **Población adulta mayor**

Meta 4

- **Nuevo Modelo de Trabajo Médico**

Meta 5

- **Pago salarial variable por capacitación**



Meta 1: niño, niña, mujer

- Prioriza programas vinculados a la atención del niño y la embarazada.
- Además, está orientada al abordaje y atención de situaciones de violencia basada en género y generaciones



Indicadores Meta 1

- Captación del recién nacido (RN)
- Visita domiciliaria para RN de riesgo
- Control de RN de riesgo que cumple 3 meses en el trimestre
- Control de RN de riesgo que cumple 6 meses en el trimestre
- Control de RN de riesgo que cumple 12 meses en el trimestre
- Seguimiento de niños con primer EOA alterada
- Control de RN de riesgo que cumple 18 meses en el trimestre
- Control de RN de riesgo que cumple 24 meses en el trimestre
- Control de desarrollo en el primer año de vida.
- Control de desarrollo en el segundo año de vida
- Control de desarrollo en el cuarto año de vida
- Control odontológico en el cuarto año de vida
- Control oftalmológico en el quinto año de vida
- Controles de HIV-VDRL en embarazo
- Preparación para el nacimiento
- HCPB completas y volcadas al SIP
- Atención a Violencia Basada en Género y Generaciones



Meta 2:

- Comenzó en el 2010, y estaba centrada en la estrategia del médico de Referencia con el objetivo de impulsar un abordaje integral de la atención en salud de la población (promover vínculo médico-usuario) y la consolidación de los equipos de salud del primer nivel de atención con población a cargo.

Dos componentes:

- Referenciación de usuarios a médicos de referencia mediante la adscripción de usuarios a los médicos generales, de familia, pediatras y geriatras
 - Controles de salud para la población asignada: adolescentes de 12 a 19 años y adultos de 25 a 64 años. En el caso de la población adolescente las metas incentivaban además el desarrollo de actividades de promoción en salud en instituciones educativas, deportivas y sociales.
-
- A partir de 2017, la finalidad de esta meta cambió para incentivar y aplicar prácticas orientadas a apoyar la concreción de parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.



Meta 2-Objetivos Nacionales 2020-Indicadores.

Resultado Esperado 1: Disminución de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial

- Porcentaje de usuarios de 25 a 64 años en tratamiento para hipertensión: Captación de usuarios hipertensos
- Porcentaje de usuarios hipertensos, de 25 a 64 años, con consulta médica vigente: Usuarios hipertensos controlados.

Resultado Esperado 2: Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares.

- Porcentaje de reperfusiones medicamentosas o mecánicas de egresos por IAM con ST elevado en el semestre

Resultado Esperado 3: Disminución de las complicaciones crónicas de la diabetes.

- Porcentaje de usuarios con diabetes en relación al total de usuarios de 25 a 64 años.
- Porcentaje de usuarios con diabetes que se realizaron hemoglobina glicosilada en el último año.

Resultado Esperado 4: Reducción de la mortalidad por cáncer, con énfasis en la muertes prematuras

- Fase 1 – Implantación y monitoreo de la Historia Clínica Electrónica Oncológica (HCEO).
- Fase 2 – Indicadores de cáncer. Todos los prestadores tendrán que cumplir con los indicadores de cáncer colon-rectal, y podrán elegir entre el conjunto de indicadores de cáncer de cuello uterino o cáncer de mama.

Meta 3 – no vigente



- Comenzó su aplicación en el año 2010 y finalizó en el 2016 y estaba orientada a la población adulta mayor: promoción de controles periódicos, obligatorios y gratuitos con médico de referencia. Entrega del carné del adulto mayor y registro de las consultas en la historia clínica del adulto mayor.
- Las metas 2 y 3 intentaron promover la figura del médico de referencia para impulsar un abordaje integral de la atención a la salud de la población, buscando desarrollar una práctica asistencial basada en la constitución de equipos de salud del primer nivel de atención con población a cargo.

Meta 4: Reforma de modelo de RRHH



- Vigente desde 2012 en el marco de los Consejos de Salarios. Su finalidad es un cambio de modelo de trabajo.
- Objetivo fundamental: apoyar la creación de Cargos de Alta Dedicación para incentivar el cambio en el régimen de trabajo, comenzando con especialidades médicas que actúan en el primer nivel de atención y ampliándose en la actualidad a las especialidades médicas que abarcan todos los niveles de atención.



Meta 5 – Capacitación de los RRHH

- 2016 - promover la capacitación de los trabajadores de los prestadores de los subsectores privado y público que integran el Seguro Nacional de Salud, en función de los Objetivos Sanitarios 2016 - 2020 definidos por el Ministerio de Salud Pública.
- Incluye una partida salarial variable anual a recibir por cada trabajador en función de su participación efectiva en capacitación destinada a mejorar los procesos asistenciales.
- Unidades temáticas: a) Uso del Entorno virtual de aprendizaje; b) Fundamentos del SNIS; c) Aspectos básicos de la bioética; d) Uso racional de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; e) Seguridad del Paciente; f) Cultura del trabajo.



Desafíos

- Medición de impactos: analizar resultados sanitarios; considerar las consecuencias que han tenido las metas en los procesos de gestión y atención de las instituciones.
- Los prestadores han valorado cambios positivos en los procesos, especialmente en los sistemas de información, en el rol del personal de registros médicos, en el registro en las historias clínicas y en la creación de equipos para tratar los temas vinculados a violencia de género.
- ¿La meta es un premio para generar cambios en los prestadores tendientes a generar ciertos objetivos asistenciales? ¿O es la forma como se financian estos cambios?

GRACIAS



**Ministerio
de SALUD**



PRESIDENCIA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY