

Financiamiento de los servicios de salud en el Perú

Enviado por Patricia Ortiz Ampuero

Aseguramiento público (SIS)

Seguridad Social

Análisis de rentabilidad de planes de salud de las EPS

Bibliografía

Capítulo I:

Aseguramiento público (SIS)

El Ministerio de Salud estableció entre 1997 y 1998 dos programas que representaron un cambio de política importante en el sector y que estaban orientados a eliminar la barrera económica en el acceso a servicios de salud: el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). De esta manera, estos instrumentos permitían la atención de salud gratuita para los grupos objetivo mediante el reembolso posterior desde el Gobierno Central al prestador del servicio.

Por un lado, el Seguro Escolar Gratuito (SEG) se implementó con el objetivo de brindar atención integral a los niños con edades entre 3 y 17 años matriculados en escuelas públicas. Por otro lado, el Seguro Materno Infantil (SMI) se implementó con el objetivo de cubrir las principales enfermedades y riesgos de salud del embarazo, lo que implicaba el control periódico de la gestante, la atención del parto natural o la cesárea, el control del puerperio, las deficiencias nutricionales y la salud oral

FINANCIAMIENTO

Conjunto de recursos monetarios financieros que se destinarán a para llevar a cabo una determinada actividad o proyecto económico. La principal particularidad es que estos recursos financieros son generalmente sumas de dinero que llegan a manos de las empresas, o bien de algunas gestiones de gobierno, y sirven para complementar los recursos propios..

ASEGURAMIENTO PÚBLICO

El aseguramiento público tiene como fuentes de financiamiento el tesoro público, el aporte de los empleadores, el aporte de los asegurados y de la cooperación técnica internacional. El

aseguramiento publico tiene dos regímenes: el contributivo directo y el contributivo indirecto, cada uno con cuentas propias para el plan de seguro correspondiente.

El régimen contributivo directo es el componente que asegura a los trabajadores formales del sistema público o privado y sus familias. Se financia mediante contribuciones de los empleadores y complementariamente del Estado. Se organiza sobre la base del actual EsSALUD.. El régimen contributivo indirecto es el componente que asegura a los trabajadores no formales o desempleados y sus familias. Se financia mediante contribuciones del Estado y complementariamente con la Cooperación Técnica Internacional. Se organiza sobre la base del actual SIS

SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Son organismos descentralizados, que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio. Cada servicio está a cargo de un Director.

Entre las funciones de los servicios de salud, están la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios del sistema, ubicados en su territorio, para el cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas, en general, emanadas del Ministerio de Salud. La red asistencial de los servicios está constituida por hospitales, consultorios generales, urbanos y rurales; postas rurales de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

El 8 de abril del año 2009 se promulgó la Ley "Marco de Aseguramiento Universal en Salud". La Ley 29344 tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento .

Organismo Público Descentralizado (OPD), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

OBJETIVOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Lograr el aseguramiento en salud de la población pobre y en extrema pobreza y aquella que cuenta con limitada capacidad de pago.

Contribuir en la disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y la morbilidad materna neonatal.

Contribuir a disminuir los riesgos y daños a la salud individual en la población asegurada al SIS.

FUENTES DEL FINANCIAMIENTO DE SIS

Ley N° 27812 es la que determina las fuentes de financiamiento del seguro integral de salud y son:

- Recursos ordinarios del presupuesto general de la republica
- Recursos directamente recaudados del seguro integral de salud
- Recursos provenientes de donaciones y contribuciones, organismos de cooperación internacional, así como los provenientes de personas naturales, de instituciones publicas o privadas

La sostenibilidad a corto y mediano plazo será en base a :

- aportes adicionales del presupuesto del tesoro publico
- aporte en efectivo de la mesa de donantes, gobiernos y demás instituciones internacionales.
- Asignación del MINSA en su presupuesto anual

El crecimiento del SIS como financiador está acompañado de un interés de mejorar el actual sistema de tarifas y pago a proveedores para que este sea más afín con los objetivos del SIS

Las tarifas son, en realidad mecanismos de pago por acto para una parte del costo, se organizan por tipo de prestación y por nivel de complejidad del establecimiento de salud y se definen como "... el monto máximo que se paga por las prestaciones otorgadas en el establecimiento prestador de salud y que no están financiadas por otra fuente. Cubre el gasto variable y no el acto médico..."¹

El instituto APOYO (2002) revela un balance positivo del desempeño de los seguros. El logro más importante principalmente la mejora en el acceso de los más pobres, con un esfuerzo financiero modesto. Sin embargo, esta evaluación también encontró falencias importantes, ya que se generó una superposición con programas que ya venían operando en el Minsa, sumado a que se encontró evidencia de problemas para llegar a la población más pobre (filtración en el SEG y subcobertura en el SMI), además de problemas de sostenibilidad.

Jaramillo y Parodi realizan otra evaluación de los resultados de ambos seguros con la información de la ENNIV y la ENDES. Dicho estudio muestra un impacto positivo de ambos seguros sobre la probabilidad promedio de acceso a servicios de salud, aunque acompañado de un efecto negativo sobre la equidad. De este modo, los autores encuentran que el SEG no ha tenido un impacto sobre el quintil más pobre, en tanto que sobre los quintiles 2 y 4 este es positivo y creciente. Además, la evidencia que recogen indicaría que el SMI solo tiene un efecto significativo en el quintil más rico.

Los dos sistemas reemplazaron al sistema de exoneraciones como modalidad de financiamiento del Gobierno Central al sistema público de proveedores de salud por un sistema basado en el

reembolso por las atenciones (aunque ello coexistió con la modalidad tradicional de asignación basada en el presupuesto histórico). 9.

Llama la atención que el surgimiento del Seguro Integral de Salud (SIS) como seguro público explícito no haya podido generar un fondo ad hoc, sino que su financiamiento provenga de ampliaciones de gastos históricos asignados por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas.

Una observación pertinente: en el Perú no basta estar afiliado a un seguro para tener garantizado el acceso, ninguno de los seguros brinda atención a por lo menos la mitad de sus afiliados, lo que implica que, según el tipo de seguro, más de dos tercios de la población con seguro de salud acaba pagando la consulta y los medicamentos con «gasto de bolsillo».

1.6. PROBLEMAS ENCONTRADOS EN EL FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO

- Un problema común en las Unidades Ejecutoras a nivel nacional, Está relacionada a la dificultad para utilizar oportunamente los recursos que se transfieren; sin embargo, esta aparente lentitud se deriva de la aplicación de la actual normatividad presupuestal para incorporar dichos recursos a su propio presupuesto antes de utilizarlo para los fines correspondientes
- Falta de financiamiento/ escaso presupuesto, financiamiento insuficiente e inequitativo
- La alta tasa de rechazos tiene su origen en los errores que supuestamente cometen el personal de los establecimientos, y debido a que las medicinas recetadas no concuerdan con el parecer de los médicos supervisores del SIS. (exceso de controles normativos). Limitado presupuesto para actividades de supervisión, monitoreo, etc
- Falta de oportunidad en el reembolso de las prestaciones reportadas al SIS Transferencia siempre con deuda pendiente. Retraso en las transferencias
- El SIS exige a sus proveedores el registro de todas las atenciones realizadas. El hecho que ello conlleve un pago al mes siguiente, genera dos fenómenos: por un lado la información es bastante actualizada y completa y por otro, existe siempre el riesgo que el proveedor esté alterando información para obtener más recursos económicos.
- Se observan aún contradicciones notables Incoherencia de ofrecimiento de servicios de salud y lo brindado al usuario, promoción de establecimientos de salud con capacidad resolutive, aseguramiento universal, algunos ciudadanos no pueden acceder a un servicio cuando lo necesitan, mientras otras personas y ciertas instituciones hacen uso excesivo e injustificado de los servicios
- Establecimientos de salud no equipados, sin recurso humano, ni insumos o medicamentos para la atención. El gasto en farmacia es sumamente alto, representando cerca del 50% del total

• Saturación de los establecimientos por los usuarios inscritos al SIS, Este hecho agrava la situación de ya recargada labor en los establecimientos de salud al no haber suficiente personal para atender a la población

• El SIS no promueve la atención integral y de calidad, Ya que a más atenciones de pacientes afiliados es mayor el ingreso para el establecimiento, se promueve un fraccionamiento de los problemas del usuario, y no una atención integral. Por otro lado, al aumentar la demanda de atención y la presión de la cola de pacientes esperando, se disminuye el tiempo dedicado a cada paciente, siendo casi imposible brindar una atención integral por lo limitado de la duración de la consulta

1.7. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Mejorar los sistemas administrativos para el reembolso por prestaciones generadas en los establecimientos de salud.

- El aseguramiento a grupos focalizados, de pobreza y extrema pobreza, para luego clasificarlos dentro de los seguros contributivo o semicontributivo.

- Aumento de presupuesto para el sector salud

Capítulo II:

Seguridad Social

I. ¿Qué es la Seguridad Social?

Es el derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad. Toda persona es titular de este derecho y el estado debe proveerlo en cumplimiento de sus fines.

II. PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

a) Universalidad.- está destinada a todo individuo sin distinción ni limitación alguna. Ejm: las vacunas, hepatitis B, el programa está dirigido a la población.

b) Solidaridad.- se aplica el dicho: hoy por ti mañana por mí.

c) Integralidad.- referido a las prestaciones q imparte la seguridad social tratando d cubrir la totalidad de las necesidades, riesgos propios d la vida. Deben cumplir 3 condiciones: ser suficientes, oportunas y completas.

Se debe prestar mayor prestación para cubrir las necesidades básicas.

d) Unidad.-se busca la unidad jurídica, económica y política de la seguridad social ya sea a entidades públicas y privadas.

III. SALUD SOCIAL EN EL PERÚ

Principales sistemas de seguridad social en salud en el país:

EsSalud

EsSalud es una institución pública al servicio de la seguridad social en salud del Perú. Su compromiso está dirigido a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles los servicios de salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidas dentro del régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud.

Afilación

Existen varias modalidades para afiliarse al servicio de EsSalud: seguro regular, seguro independiente, seguro universitario y seguro contra accidentes.

El seguro regular otorga cobertura en prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. En este caso es el empleador quien afilia a sus trabajadores en este sistema. La empresa asume totalmente el pago del 9% por el seguro regular de todos los trabajadores que se encuentran en planilla y hayan optado por este servicio. Si desea obtener mayor información presione aquí.

El seguro independiente puede ser solicitado por una persona sola o con su familia (hijos hasta los 18 años de edad y a los hijos mayores con incapacidad física). La persona interesada debe solicitar los formularios 6001 y 1034 en cualquier agencia de EsSalud a nivel nacional; llenar sus datos y adjuntar una foto tamaño carné y original y copia de su documento de identidad. Los costos varían de acuerdo a la edad del titular y al número de derechohabientes que se desee afiliar. Si sólo se afilia el titular el costo puede variar entre 41 y 66 nuevos soles. Para mayor información, presione aquí

El seguro para universitarios Essalud brinda la posibilidad de afiliarse a un Seguro de Vida por Accidentes por S/. 2.00 mensuales y con beneficio por muerte e invalidez por S/. 40.00. Para ser atendido, el universitario deberá presentar en el centro asistencial su carné de EsSalud Universitario y/o un documento de identidad. Para mayor información presione aquí.

Para acceder al seguro contra accidentes el trabajador dependiente deberá solicitar una ficha de inscripción a su empresa, la misma que deberá devolver llenada con sus datos. De este modo el empleador podrá descontar de su sueldo S/. 2.00 mensuales. Si es asegurado potestativo podrá acceder a este seguro llenando la ficha de inscripción al momento de inscribirse.

Seguridad Social en España

Se caracteriza por proteger conjuntamente todas las contingencias y situaciones contempladas en los seguros más avanzados y alcanza a toda la población.

La gestión del Sistema de Seguridad Social se atribuye a entes públicos con personalidad propia adscritos al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Secretaría de Seguridad Social

Tiene una Tesorería General, que es una Institución donde se unifican todos los recursos económicos y la administración del Sistema de Seguridad Social, con competencias en materia de inscripción de empresas, registro de los trabajadores, gestión y control de las cotizaciones y recaudación de cuotas y demás recursos financieros. Cuenta además con un Instituto nacional de la Seguridad Social que es una entidad gestora con competencias sobre el reconocimiento, gestión y control sobre la economía del Sistema de Seguridad Social y el reconocimiento del derecho a la asistencia médica, no importando si la legislación aplicable es de naturaleza nacional o internacional. Por lo que al igual que en otros países europeos se le da también asistencia médica a los extranjeros que se encuentran de paso por el país.

IV. PROBLEMAS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN EL PERÚ

Los sistemas de Seguridad Social se han convertido poco a poco en una preocupación mayor para los países desarrollados que destinan a este fin más del 25 % de su producto interior bruto (PIB). Muchos países que se encuentran en el subdesarrollo no pueden hacer frente a estos gastos, bien sea por la carga económica que representan estos programas o bien temen el efecto que las pesadas cargas fiscales impondrían sobre el crecimiento económico del país.

V. FINANCIAMIENTO INSUFICIENTE E INEQUITATIVO

El Perú invierte sólo el 4.9% de su PBI en el sector salud.

Distribución regresiva del subsidio público en la década pasada no favoreció a los más pobres.

El financiamiento proviene directamente de las familias (pago de bolsillo).

Capítulo III:

Análisis de rentabilidad de planes de salud de las EPS

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PLANES DE SALUD DE LAS EPS.

Marco legal y Antecedentes.

Mediante la Ley N° 26790, de Modernización de la Seguridad Social en Salud, promulgada en 1997, se da el marco legal para la creación de las Entidades restadoras de Salud (EPS). Con ello el Gobierno busca desarrollar, incentivar y regular la inversión privada en el subsector privado de la Seguridad Social en Salud y a la vez propiciar un mayor acceso de la población a sus servicios.

El objetivo de las EPS es brindar atención de salud en el marco de la Seguridad Social en Salud, constituyéndose como una alternativa para los trabajadores dependientes. En este caso el aporte a la Seguridad Social que realizan las empresas, que es equivalente al 9% de los haberes de los trabajadores, se distribuye entre la EPS que los trabajadores eligen y EsSalud. El 75% del aporte es

retenido por EsSalud para solucionar los problemas de la capa compleja y las prestaciones económicas y el 25% del aporte se otorga a la Entidad Empleadora en calidad de crédito para atender la cobertura de capa simple de sus trabajadores, a través de la contratación de planes de salud con las EPS.

De esta manera el Gobierno busca ampliar la cobertura de atención de la Seguridad Social, diversificar los Proveedores en lo que respecta a la atención de capa simple y reducir el sobre costo en seguros de salud (contrato del seguro público obligatorio más otro seguro privado) que realizan las empresas.

La contratación de los planes de salud es grupal y a través de la entidad empleadora, que tiene a su cargo la convocatoria y realización de la votación para la elección del plan de salud y de la EPS. La convocatoria puede ser por iniciativa de la entidad empleadora o a solicitud del 20% de los trabajadores del respectivo centro de trabajo. Para este efecto, debe invitar a no menos de dos EPS. El 20 % de trabajadores puede, así mismo, nominar hasta dos EPS que deberán ser invitadas al concurso. De esta forma se garantiza la libre elección del trabajador.

La entidad empleadora contrata un plan de salud que contempla los mismos beneficios para todos sus trabajadores y sus derechohabientes, independientemente de su nivel remunerativo. Dicha cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes de Capa Simple y comprenderá, al menos, las prestaciones de la capa simple y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo; manteniendo los asegurados su derecho a las coberturas correspondientes a la capa compleja y a las prestaciones económicas, por cuenta de EsSalud.

Rentabilidad

Indicadores de rentabilidad y riesgo de EPS

Mercado objetivo

Participación de Mercado

Mecanismos de pago

Servicios

Aportes

Niveles de atención

Programas de atención preventiva de salud

Remuneración Promedio

Fraude

Inducción de demanda

Latencia

Frecuencia de uso de los servicios

Costo de las prestaciones ofrecidas

Copagos fijos y variables por redes de proveedores

Red de proveedores a ofrecer

Distribución o concentración de los asegurados

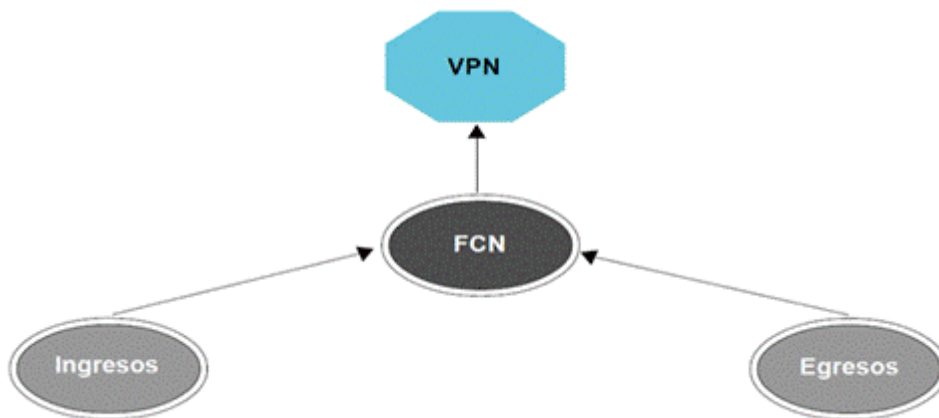
Gastos operativos

Etc.

Definición de la variable de resultado.

La variable de resultado para evaluar la rentabilidad de los planes de salud de las EPS, será el valor presente neto (VPN) del flujo de caja económico del plan de salud, para un período de 5 años. Un flujo de caja positivo permitirá asegurar la viabilidad económica del plan.

En el gráfico se presenta el mapa de conocimiento agregado, que nos permite definir la variable de resultado (VPN), y describir cómo el flujo de caja futuro en cada año del horizonte de análisis dependerá de los ingresos y egresos del plan de salud analizado.

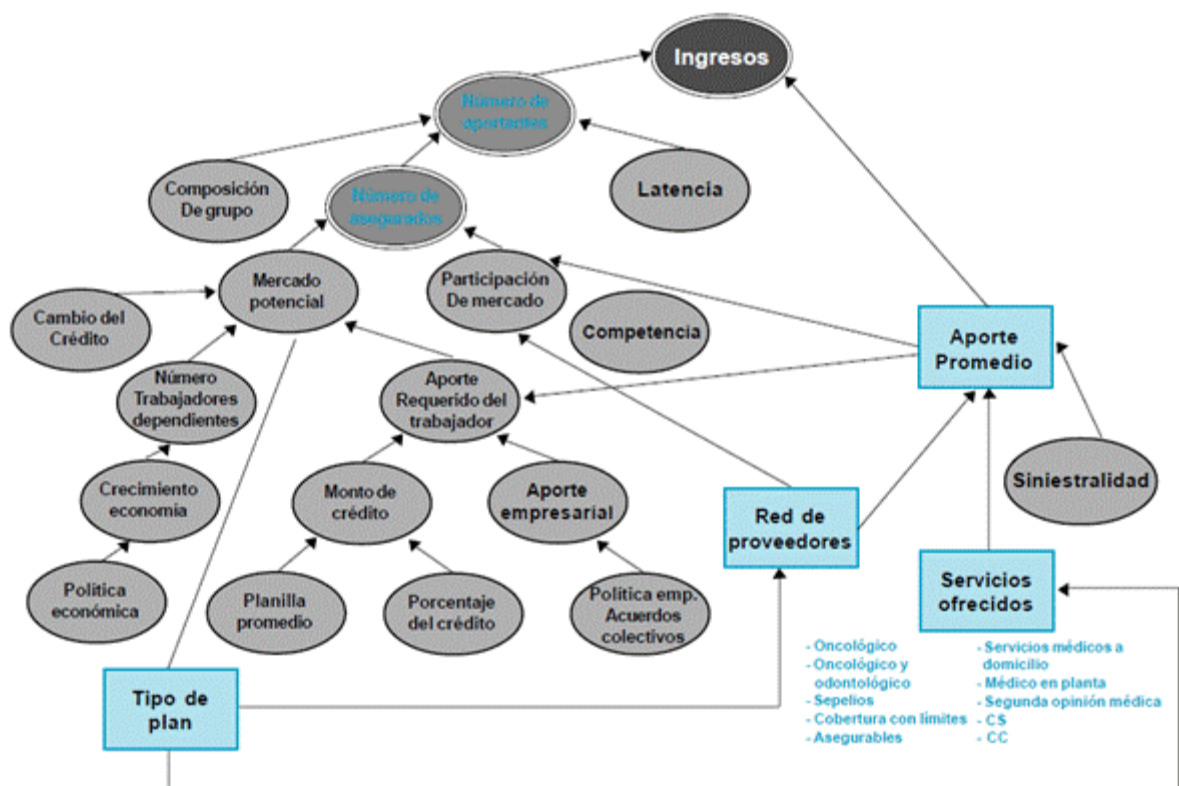


Mapa de conocimiento de ingresos.

En el mapa de conocimiento de los ingresos –del siguiente gráfico se muestra que los ingresos están determinados por el número de aportantes y el aporte promedio por asegurado. Este último es determinado principalmente por los servicios y red de proveedores ofrecidos, la siniestralidad histórica, el acceso a los proveedores y las características demográficas.

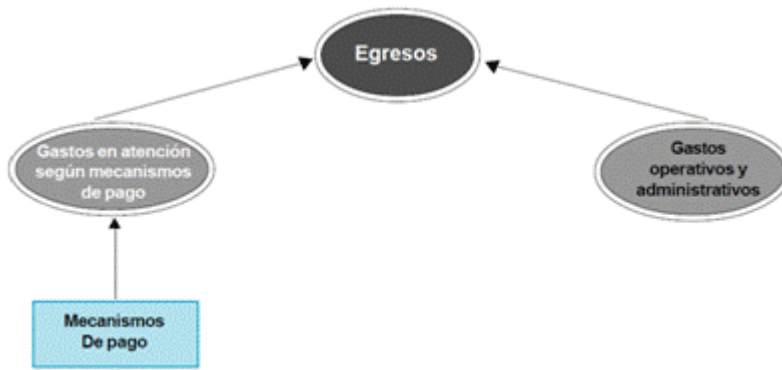
El número de aportantes está determinado por el número de asegurados, la composición de grupo promedio y la latencia. El número de asegurados está determinado por el mercado potencial y la participación de mercado. Esta última depende del nivel de competencia, el aporte promedio y la red de proveedores ofrecida.

El mercado potencial está influenciado por la situación económica, el cambio del crédito y el aporte adicional al crédito de los trabajadores. Si los trabajadores tuvieran que aportar menos, el mercado potencial sería mayor. El aporte adicional del trabajador está determinado por la política empresarial, referida al subsidio del monto faltante para cubrir el aporte establecido en el plan, después de haber considerado el monto del crédito, que depende de la planilla promedio y del porcentaje del crédito.



Mapa de Conocimiento de egresos.

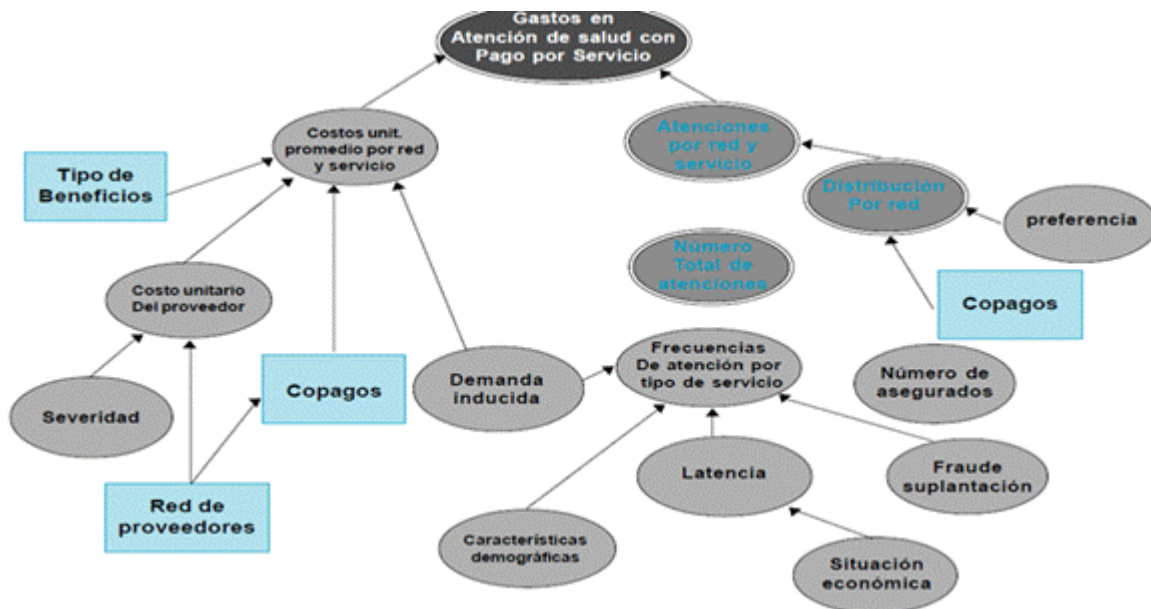
Los egresos que se generan en cada uno de los planes de salud dependen de los gastos operativos y los gastos de atenciones cubiertas, es decir en prestaciones de salud. Estos gastos dependen del mecanismo de pago empleado, como muestra el gráfico de abajo. Los mecanismos de pago utilizados varían de acuerdo al beneficio ofrecido. En el caso ambulatorio se puede emplear pago por servicios, paciente-período, capitación y gastos por atención. En el beneficio hospitalario se puede emplear el pago por servicios, pagos por gastos de atención y paquete quirúrgico. Para los demás servicios ofrecidos, se emplea pago por servicios.



Mapa De Conocimiento De Los Gastos De Atención

El mapa de conocimiento de los gastos de atención depende del mecanismo de pago empleado en cada uno de ellos. En el caso del mecanismo de pago por servicios, los gastos de atención dependen del número de atenciones y del gasto unitario promedio por atención en cada una de las redes ofrecidas. Estos gastos unitarios para la EPS dependen del gasto unitario promedio para los proveedores de cada una de las redes menos los copagos establecidos y de la demanda inducida. El gasto unitario para el proveedor depende de la severidad de la enfermedad y la red de proveedores.

El número de atenciones en cada una de las redes ofrecidas por tipo de atención depende del total de atenciones y de la distribución de las mismas en cada una de las redes. La distribución está influenciada por el valor de los copagos y las preferencias del asegurado. El número total de atenciones por tipo depende de las atenciones estimadas por asegurado (frecuencia) y del número de asegurados del plan. La frecuencia está influenciada por las características demográficas, la latencia, el fraude y la demanda inducida.



En la actualidad

Según datos de la Superintendencia de Empresas Prestadoras de Servicios:

Las EPS, en lo que va de su funcionamiento, enfrentan problemas de mercado tamaño reducido, competencia imperfecta, cambios continuos, etc.– y en el diseño de sus planes, lo cual es de esperarse en un sector nuevo como es el sistema privado de seguridad social en salud.

- De manera general, los planes existentes carecen de programas orientados a la estandarización de procedimientos y racionalización de los gastos. La ausencia de estos programas ha hecho que exista una alta variabilidad en los gastos de los proveedores, a nivel interinstitucional e intrainstitucional.
- Se observa una alta variabilidad en el gasto de atención por diagnósticos específicos, entre los diferentes establecimiento de salud y aún entre los médicos de la misma institución. Esto revela falta de utilización de protocolos, de control de calidad y de racionalización del gasto, en el ámbito institucional y del sistema.

La rentabilidad/riesgo de los diferentes planes es incierta, y depende de muchos factores que están fuera del control de la EPS, dentro de estos los más críticos son:

- Las frecuencias de uso de servicios ambulatorios, hospitalarios y de maternidad

- Gasto ambulatorio de atención (paciente mes / capitación)

- Distribución de la atención ambulatoria entre proveedores

- Demanda inicial

• Pero también depende de otros factores que sí están dentro del control de la EPS (decisiones), como son:

- Aporte

- Red de proveedores

- Mecanismos de pago

- Gastos operativos

- Copagos

- Niveles de atención

- Programas de atención

- Tipos de Servicios a ofrecer

Bibliografía

1. ""ANÁLISIS DE RENTABILIDAD DE PLANES DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD""Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud Intendencia de Regulación y Desarrollo Lima 2020

Autor:

Patricia Ortiz Ampuero

Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos90/financiamiento-servicios-salud-peru/financiamiento-servicios-salud-peru.shtml#ixzz2x5sDBdcK>