

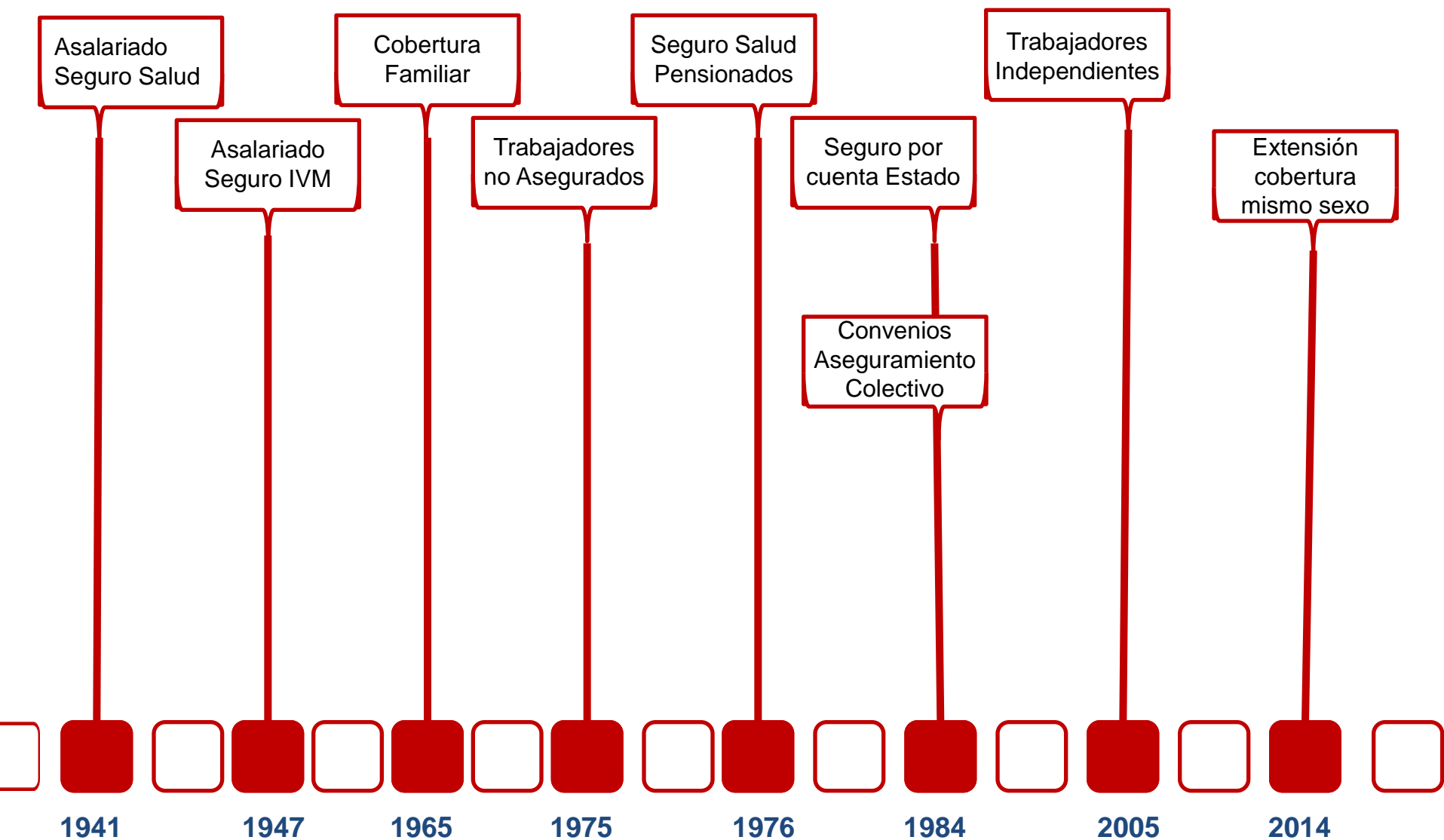


Retos de la sostenibilidad financiera de la atención de la Salud en Costa Rica

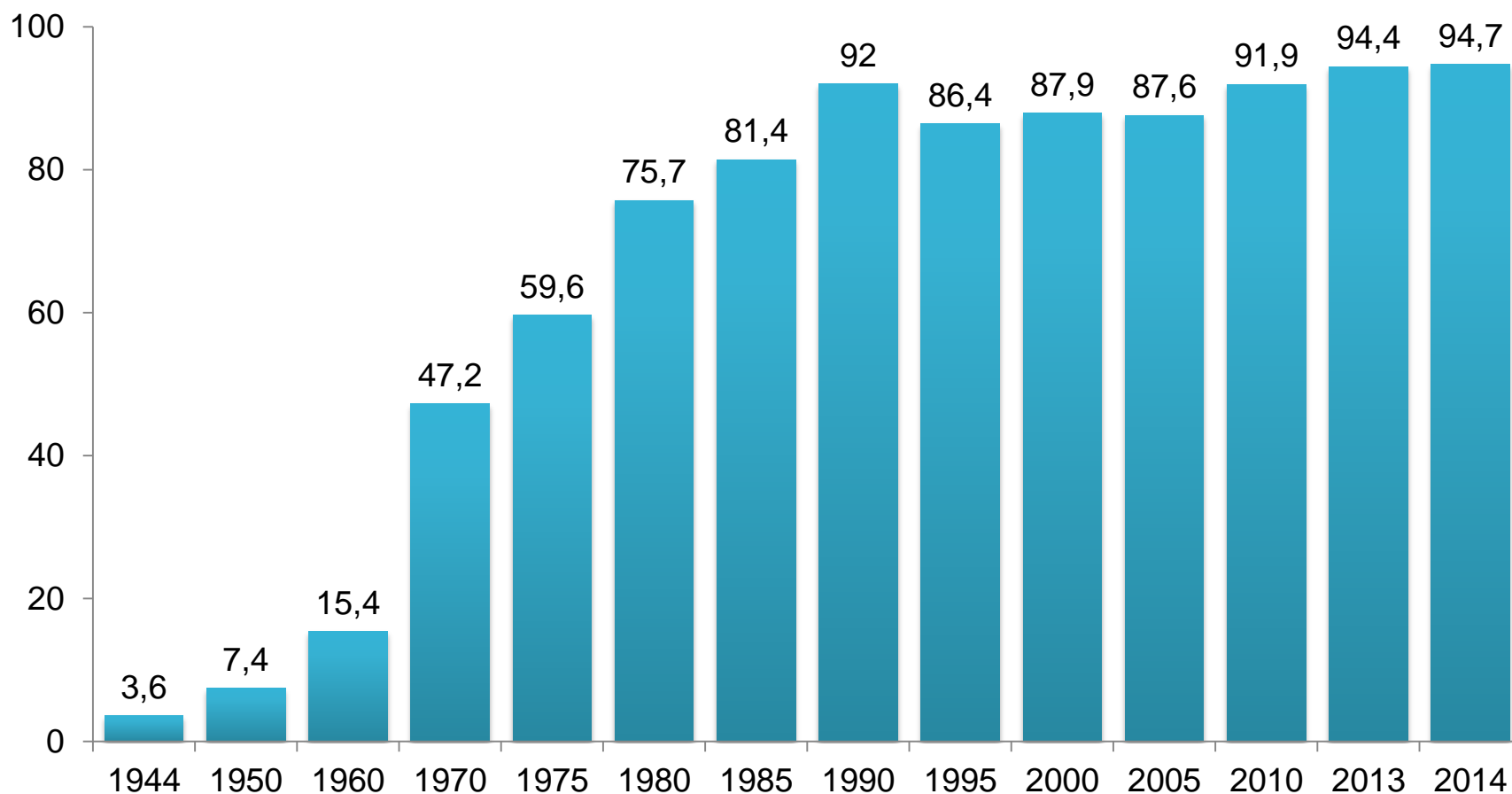


Cobertura universal de la atención versus cobertura universal del financiamiento

Evolución histórica de las diversas modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo



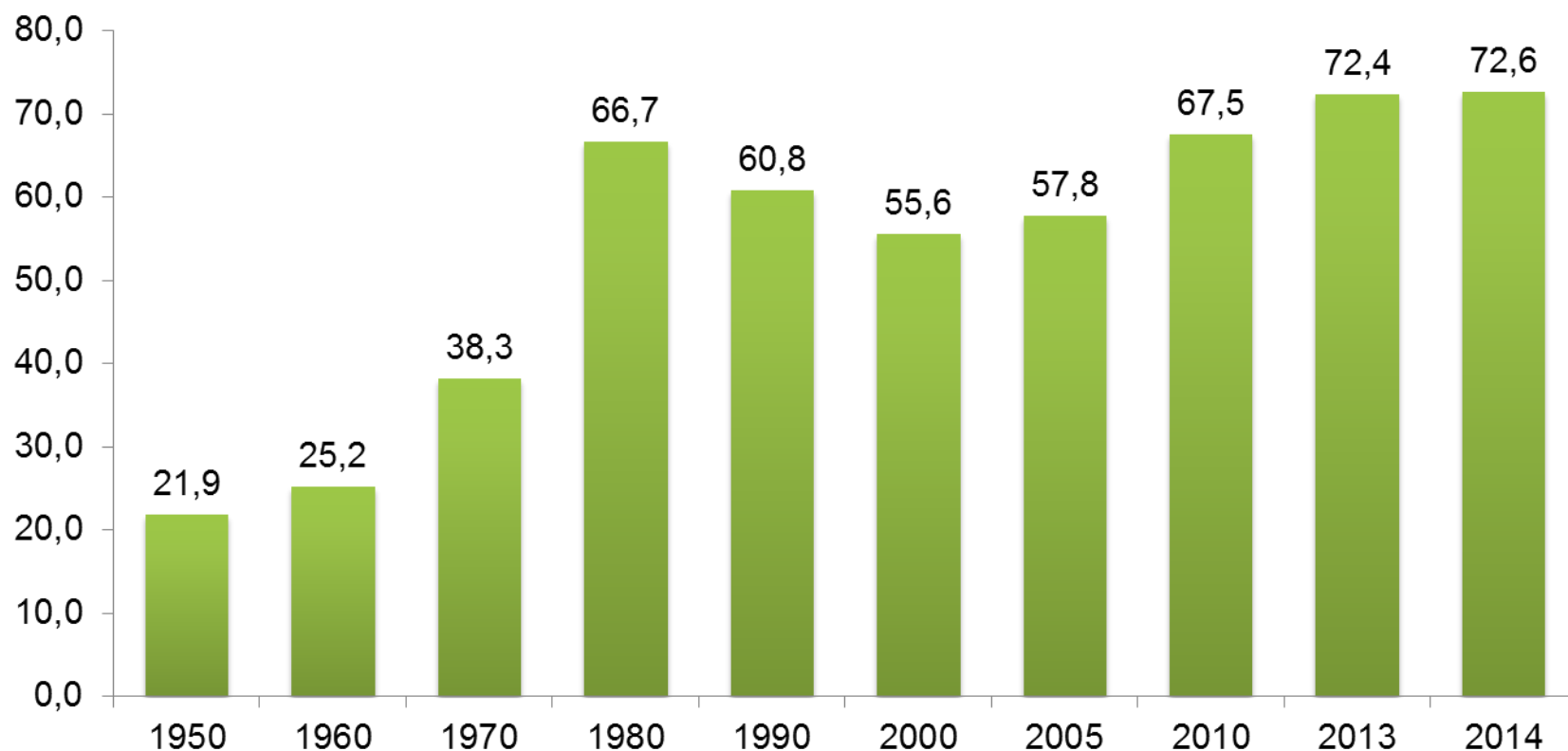
Cobertura administrativa del Seguro de Salud se acerca al 95% en el 2014



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

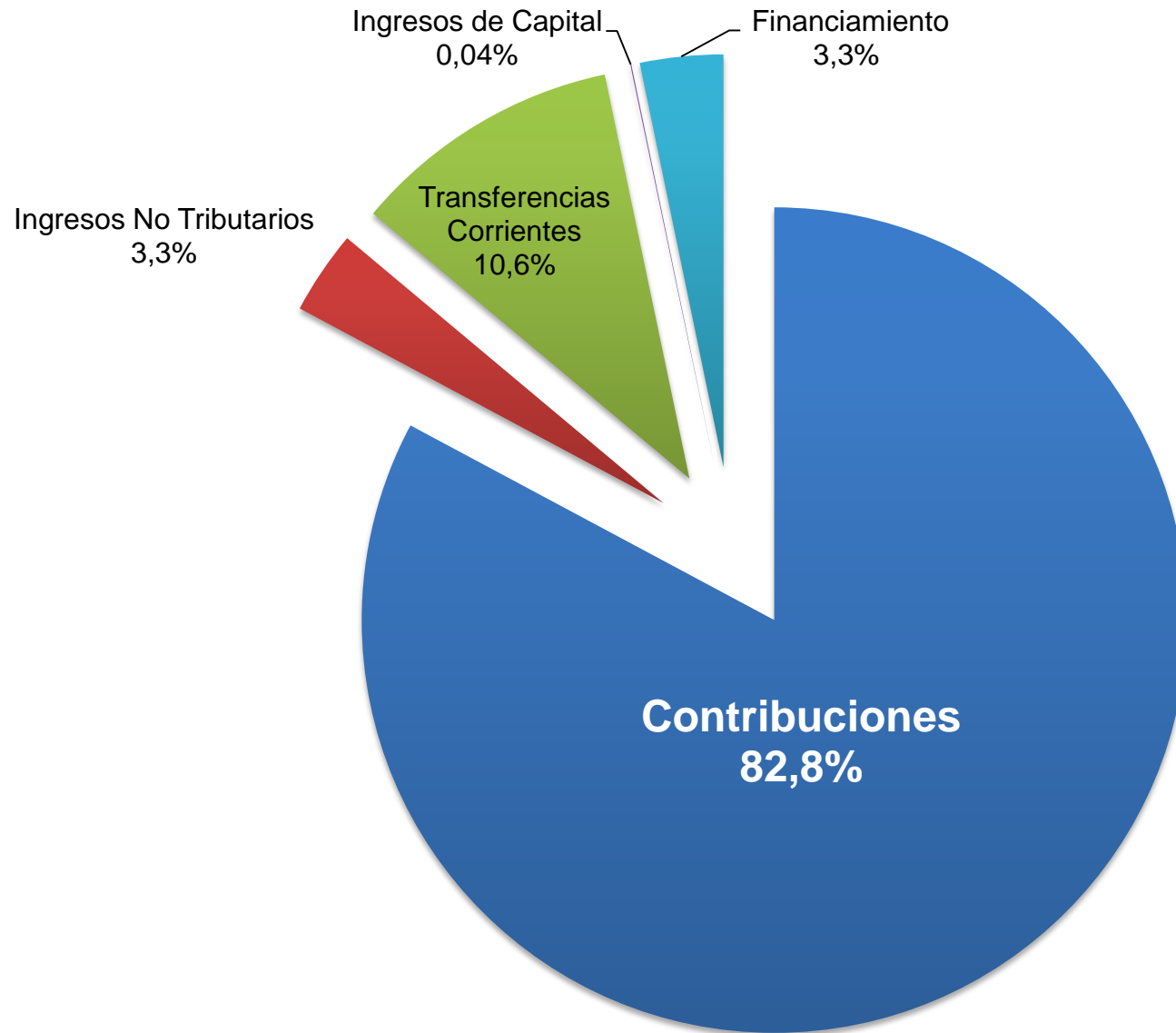
Cobertura contributiva del Seguro de Salud

Periodo 1950 - 2014



Fuente: Dirección Actuarial y Económica

Estructura de Financiamiento del Seguro de Salud, 2015: alta dependencia del mercado laboral

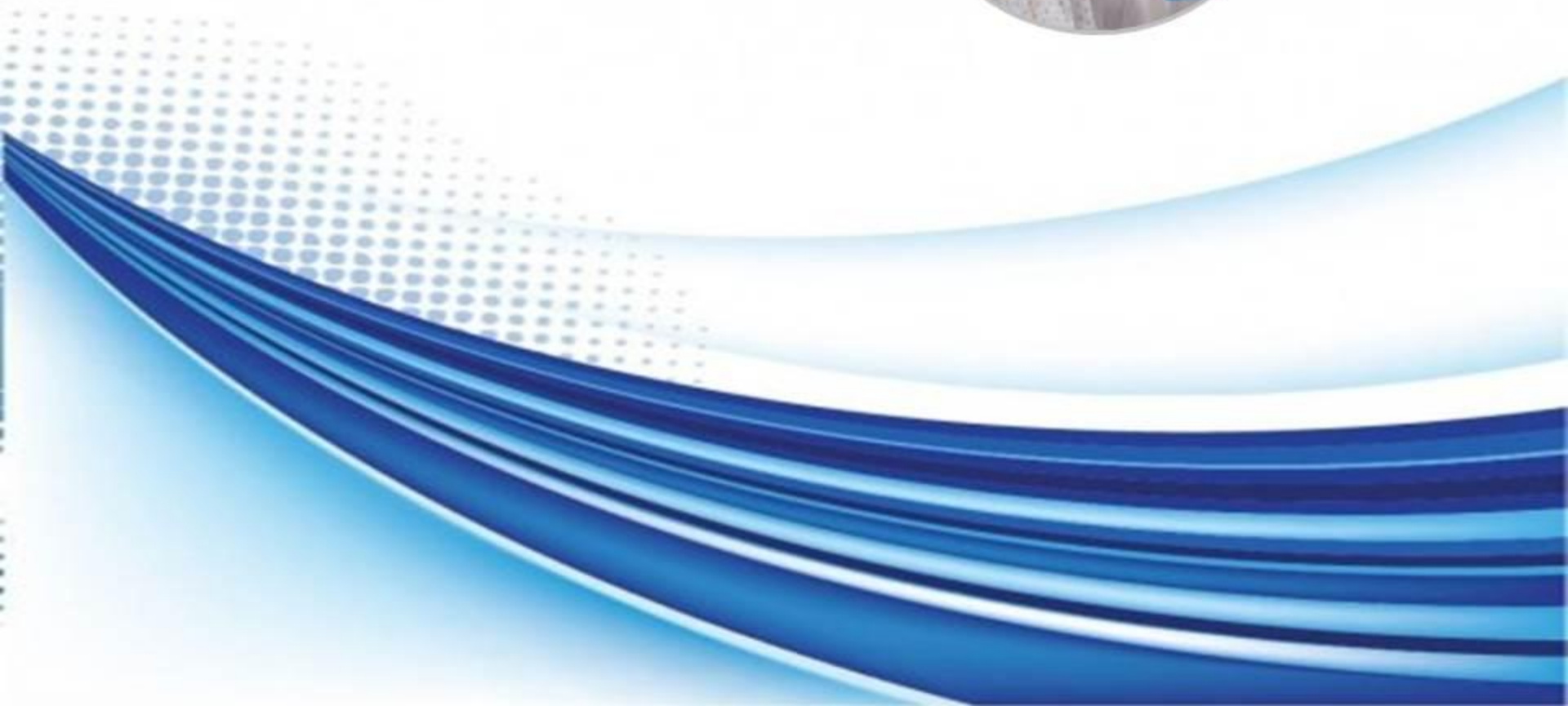




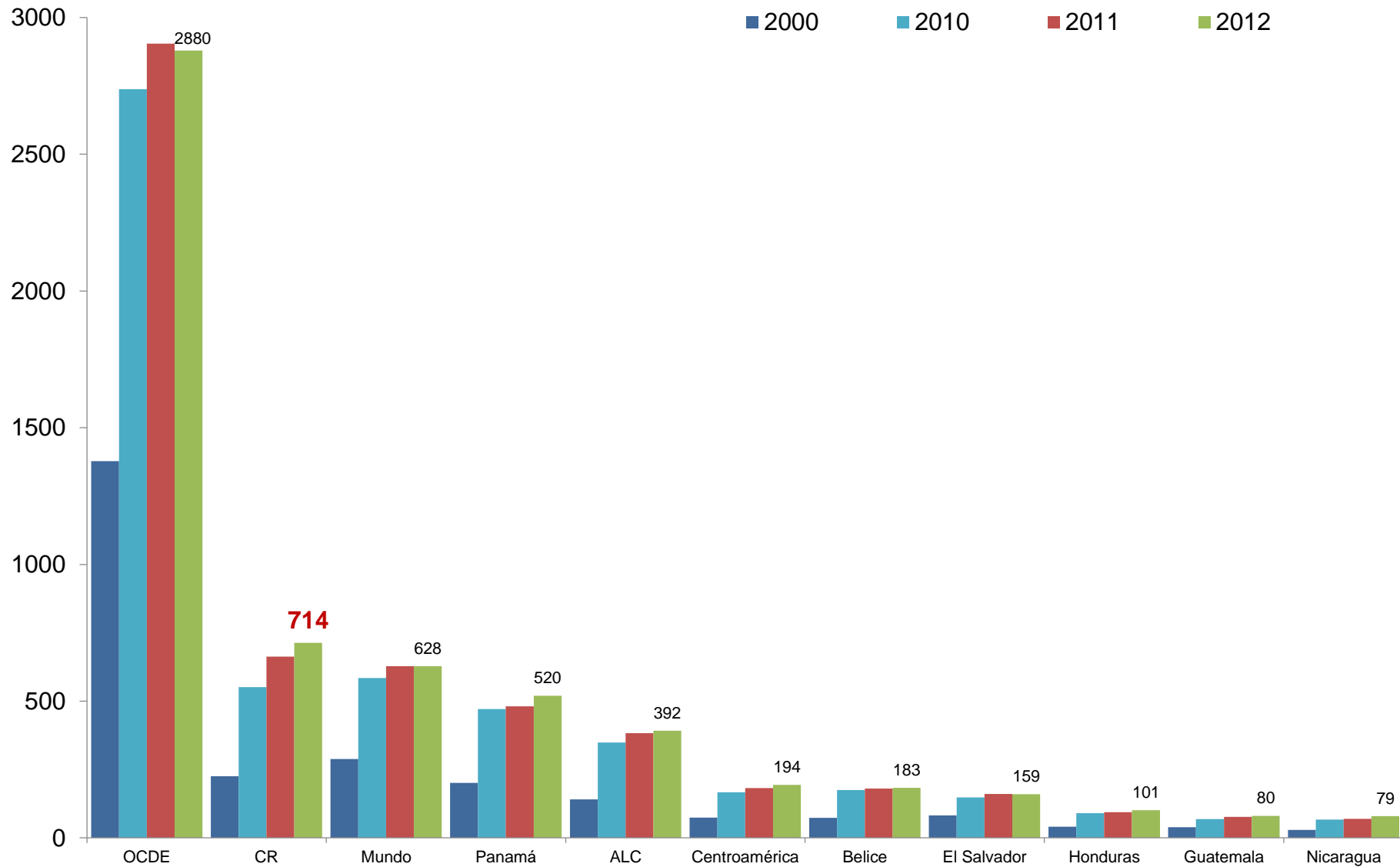
Estadísticas generales

Gasto en Salud en Costa Rica



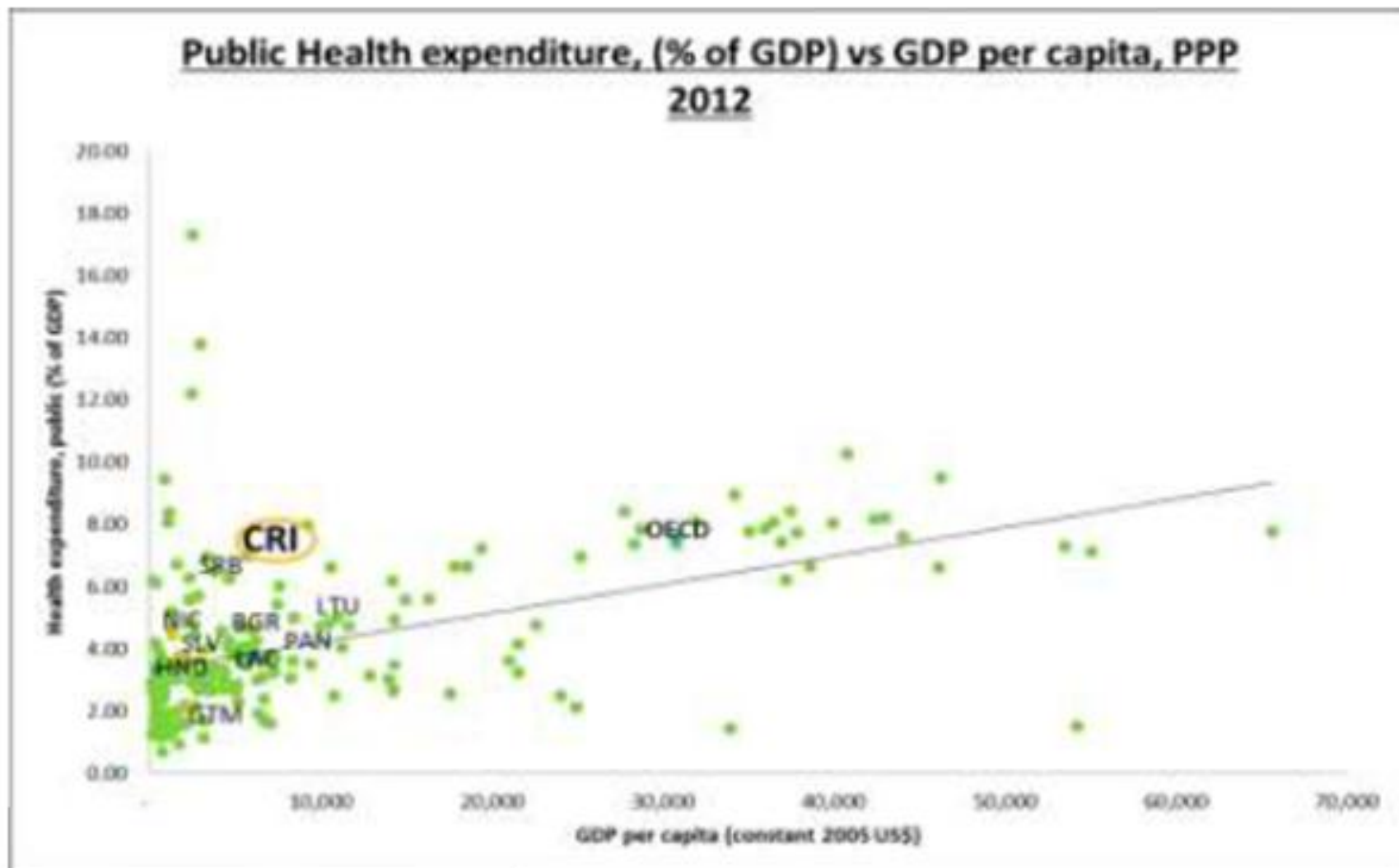


Inversión pública en salud por persona – dólares per cápita -



Fuente: Indicadores Sociales del Estado Nación

Gasto público en Salud (% PIB) vs PIB per cápita (PPP): Costa Rica y países de OECD, 2012



Porcentaje de uso de los servicios públicos y privados por los hogares



Consulta

CCSS	57,18
------	-------

Privado	37,01
---------	-------

Ambos	5,81
-------	------



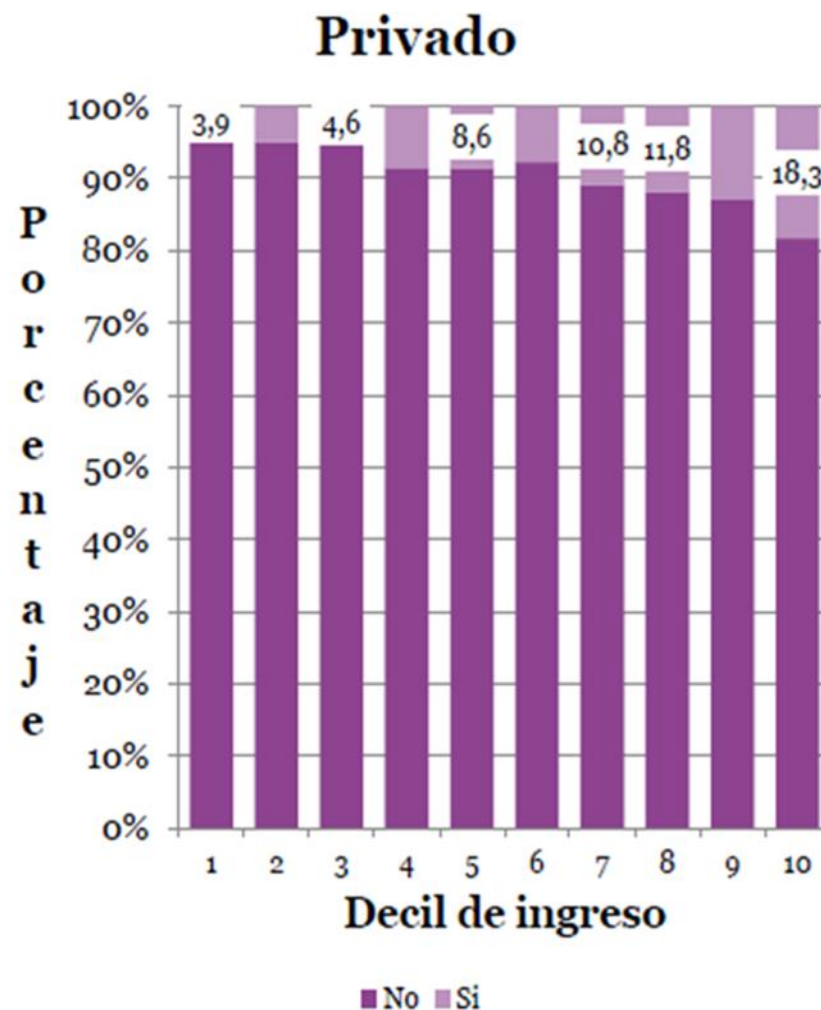
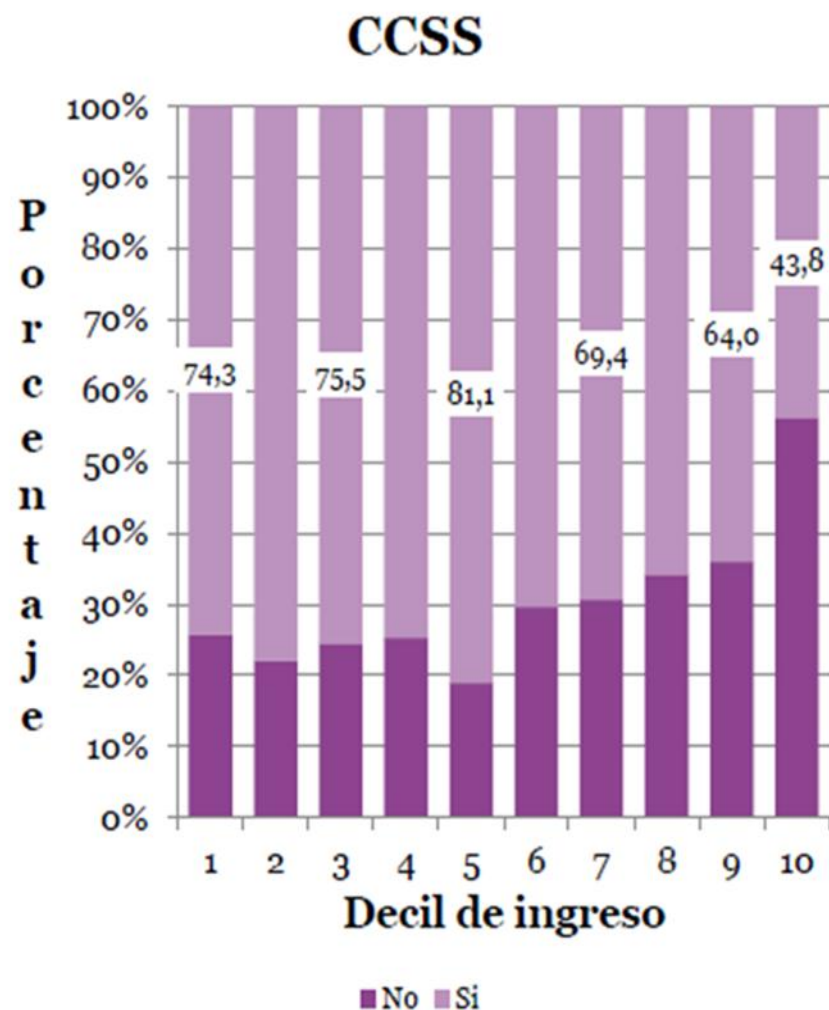
Hospitalización

CCSS	96,91
------	-------

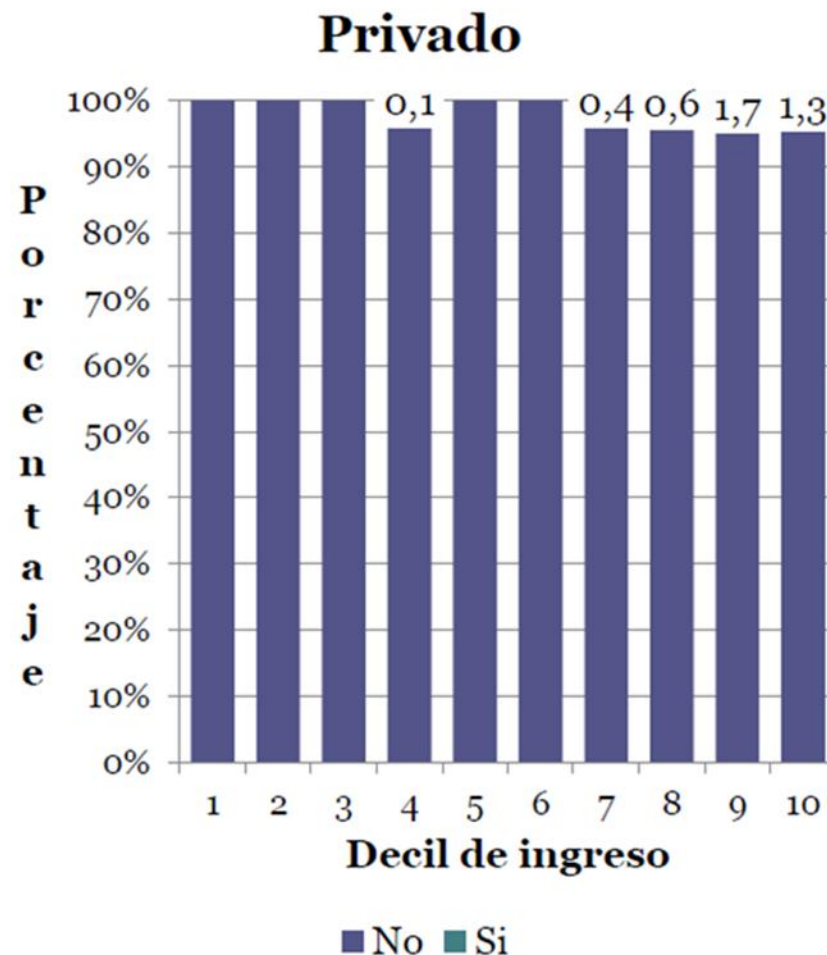
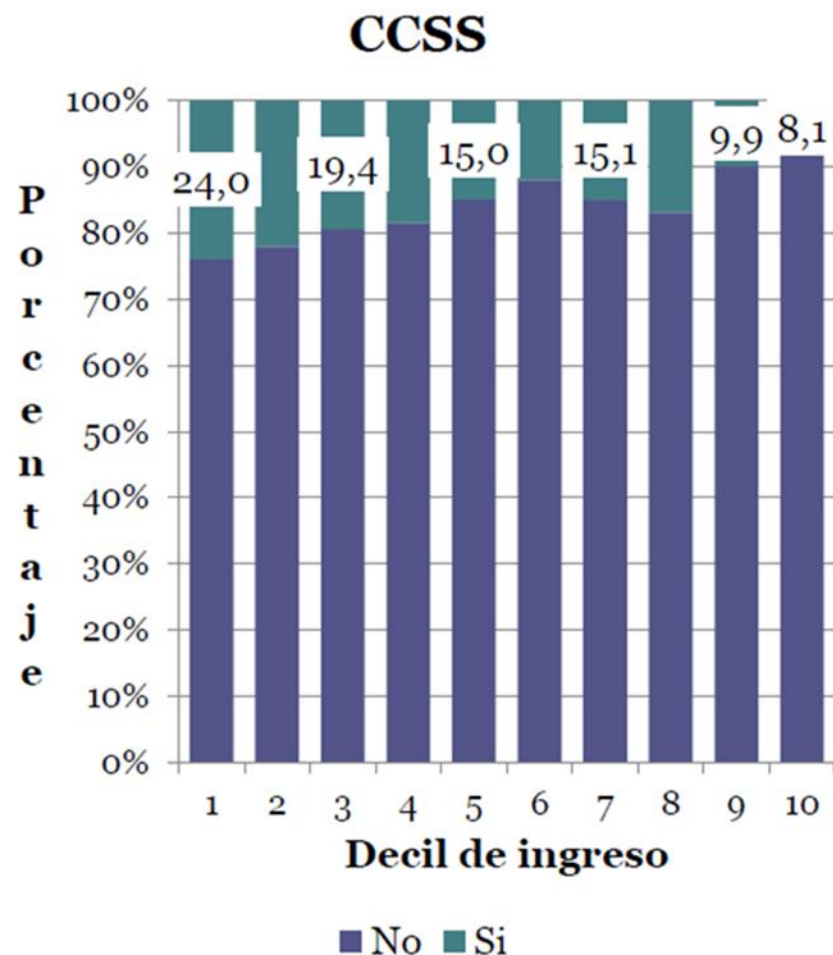
Privado	3,09
---------	------

Ambos	0,97
-------	------

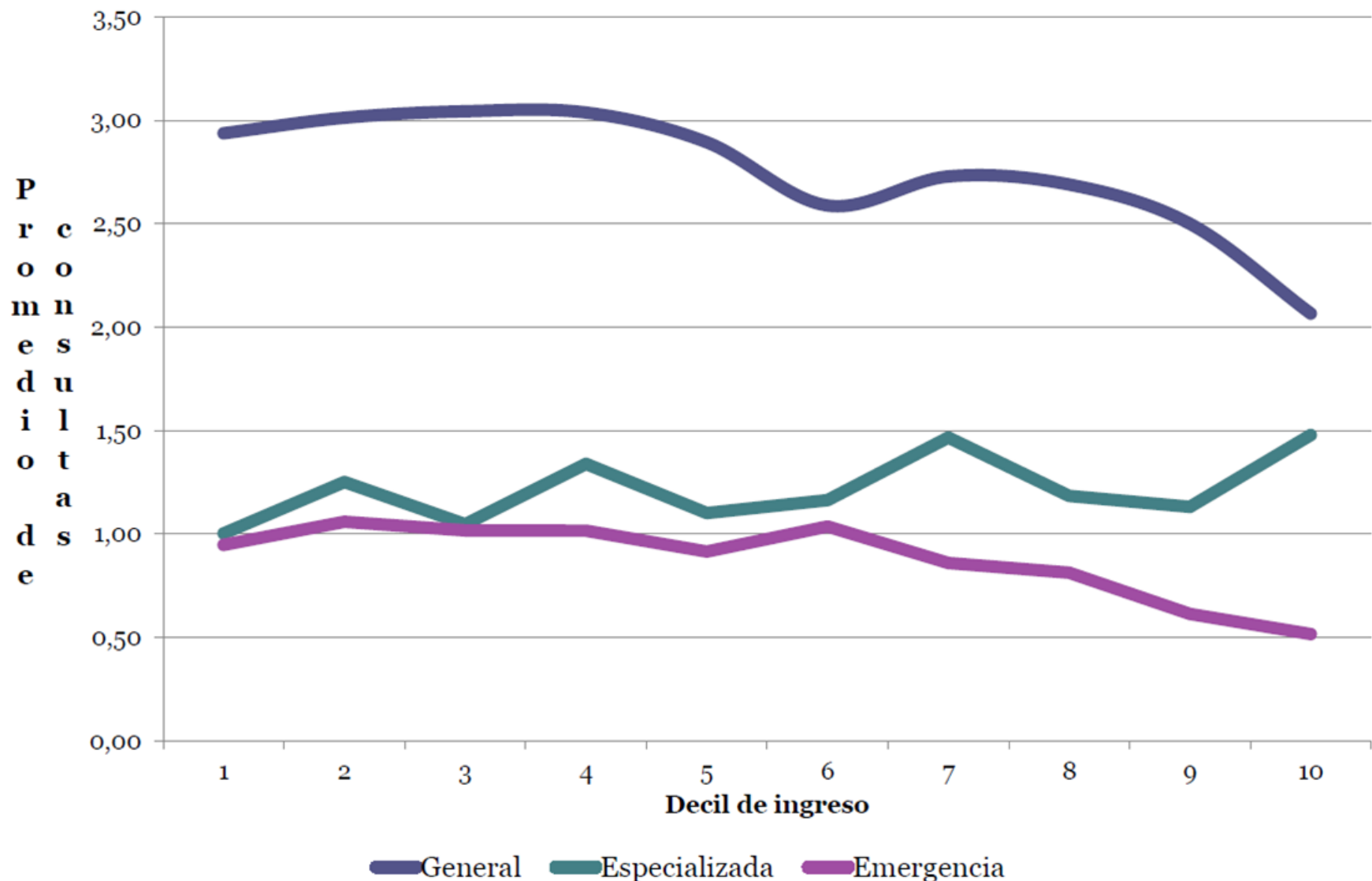
Porcentaje de hogares que usaron consulta general según decil de ingreso por tipo de servicio. Costa Rica.: 2013



Porcentaje de hogares que hicieron uso de hospitalización según decil de ingresos por tipo de servicios. Costa Rica.: 2013.



Promedio de consultas en la CCSS según decil de ingreso por tipo de servicio. Costa Rica: 2013.



Fuente: Castillo Rivas, Jacqueline: Estimación de los Aportes y Prestaciones recibidas en Seguro de Salud. INEC .2013

Gasto catastrófico

¿Cuál ha sido el comportamiento de este indicador en Costa Rica?


Estudio	GC (%)	Año	Umbral (%)	Denominador
Xu, et al. (2003)	0.12	1992	40	Gastos menos línea de pobreza endógena
Zúñiga-Brenes (2006)	0.13	1992	30	Definición original OMS (gastos menos alimentos)
	0.12	1992	50	
	1.72	1988	30	
	0.52	1988	50	
Briceño et al. (2006)	0.79	2004	30	Ingresos menos gastos en alimentos
	0.42	2004	40	
	0.16	2004	30	Ingresos menos pobreza
	0.73	2004	40	
Zúñiga-Brenes et al. (2012)	0.30	2004	30	Gastos menos línea endógena de pobreza
	0.40	2004	30	Definición original OMS (gastos menos alimentos)
	1.60	2004	30	Gastos menos línea nacional de pobreza

Fuente: Briceño Chamorro, Rodrigo y Vargas, Juan Rafael: Gasto catastrófico en salud en los hogares Costarricenses durante el 2012 -2013. INEC. Marzo, 2015.


Características de los hogares con gasto catastrófico

Variable	2004	2013
Hogares		
Total de hogares	8,261	15,420
Distribución de los hogares por quintiles		
Q1	14.3	9.3
Q5	37.3	32.1
Zona de residencia		
Urbano	67.5	76.9
Rural	32.5	23.2
Tamaño del hogar		
2 miembros o menos	46.4	64.3
Entre 3 y 4	31.7	25.5
5 o más	22	10.2
Composición etárea del hogar		
Menores de 5	11.9	7.9
Mayores de 65	49.4	57.7
Gasto		
Gasto en salud-promedio		
Q1	16,278	66,647
Q5	322,899	773,772
Componentes del gasto en salud		
Productos médicos	74	20
Servicios de salud	26	41
Hospital		39
Aseguramiento		
Sin seguro	9.6	0.8


Hitos del gasto catastrófico



El gastos de bolsillo en salud se duplicó en términos nominales durante el periodo 2004 -2013. Como proporción del gasto corriente de los hogares excluyendo el gasto en alimentos, este gasto privado pasó de representar un 3.1 % de la capacidad de pago de los hogares en el 2004 a un 3.6% en el 2013.



Un 54% del gasto privado en salud por parte de los hogares se destina a la compra de servicios de salud (consulta externa y hospitalización) lo que representa una ligera disminución con respecto a la participación del 58% que dicho rubro representada en el 2014.



En términos **de incidencia de gasto catastrófico en salud las cifras para Costa Rica son relativamente pequeñas.** De este modo mientras que en el 2004 un 0.6% de los hogares realizaron gastos de bolsillo en salud considerados como catastrófico (al representar más del 30% de su capacidad de pago), para el 2013 esta cifra permanece prácticamente igual, con una cifra del 0.8% de los hogares.

Hitos del gasto catastrófico

04

El análisis de la incidencia del gasto catastrófico por niveles de ingreso permite identificar que esta es una situación que afecta mayoritariamente a los hogares del quintil más rico de la población y se encuentra asociada a la presencia de altos gastos por servicios de salud y hospitalización. De este modo mientras que 0.3% de los hogares en el quintil más pobres enfrentaron este problema en el 2013, un 1.1% de los hogares más ricos presentaron la misma situación.

05

El gasto catastrófico es un problema que caracteriza a los hogares:

- Del quintil más rico de la población.
- Zonas urbanas de la región del país.
- Hogares pequeños y donde haya presencia de adultos mayores a los 65 años de edad.
- Ser o no asegurado no es una condición que incremente la posibilidad de presencia de gasto catastrófico.

Casos y muertes por cáncer según región 2008 y 2030

– en millones de casos –

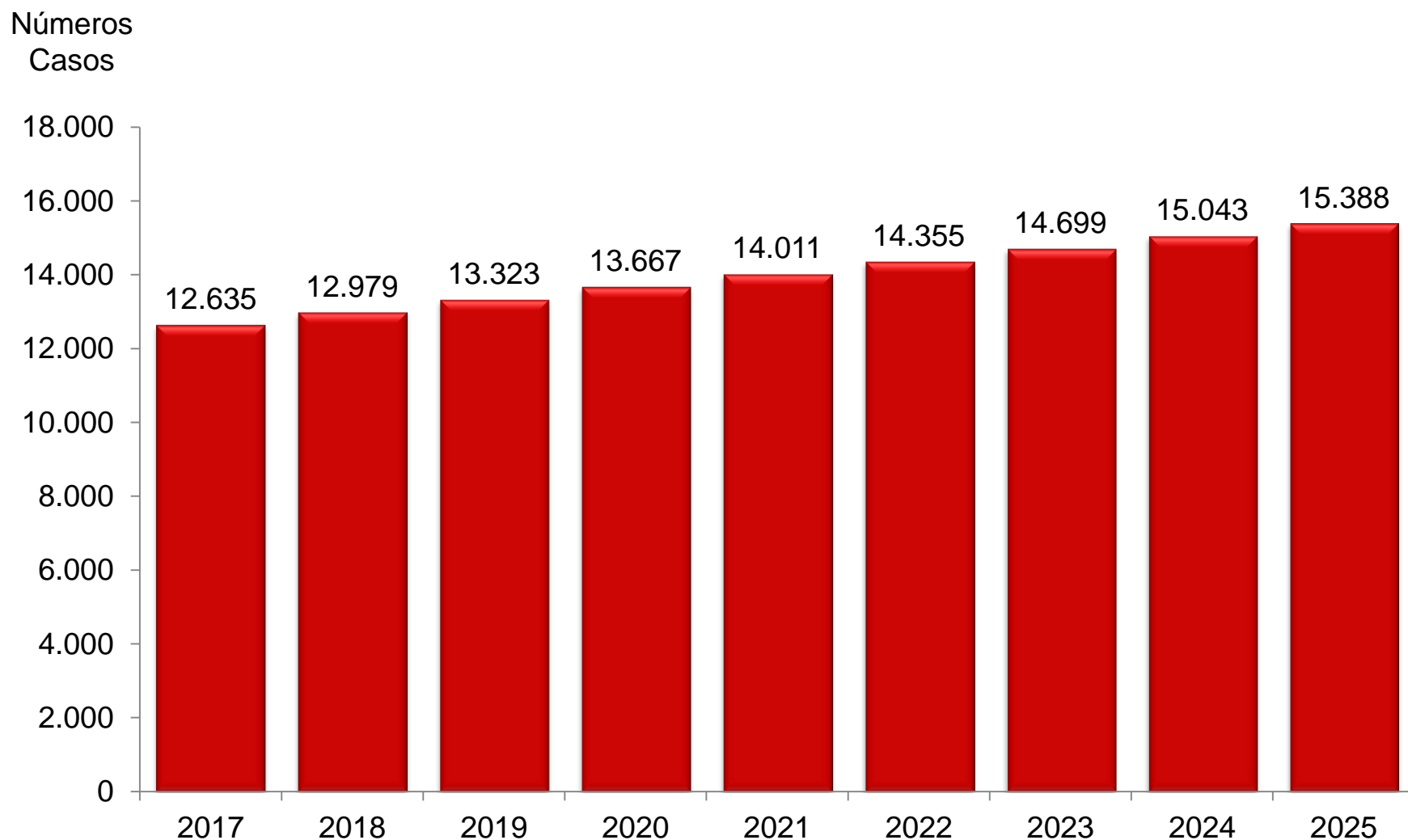
Región	Año					
	2008		2030 ¹		2030 ²	
	Casos	Muerte	Casos	Muerte	Casos	Muerte
Total	12,4	7,6	20	12,9	26,4	17
África	0,7	0,5	1,2	0,9	1,6	1,3
Europa	3,4	1,8	4,1	2,6	5,5	3,4
Europa Mediterránea	0,5	0,3	0,9	0,6	1,2	0,9
América Latina	2,6	1,3	4,8	2,3	6,4	3,1
Sudeste Asiático	1,6	1,1	2,8	1,9	3,7	2,6
Oeste Pacífico	3,7	2,6	6,1	4,4	8,1	5,9

1/ Estimación sin cambio en las tasas actuales.

2/ Incremento del 1% en las tasas anuales.

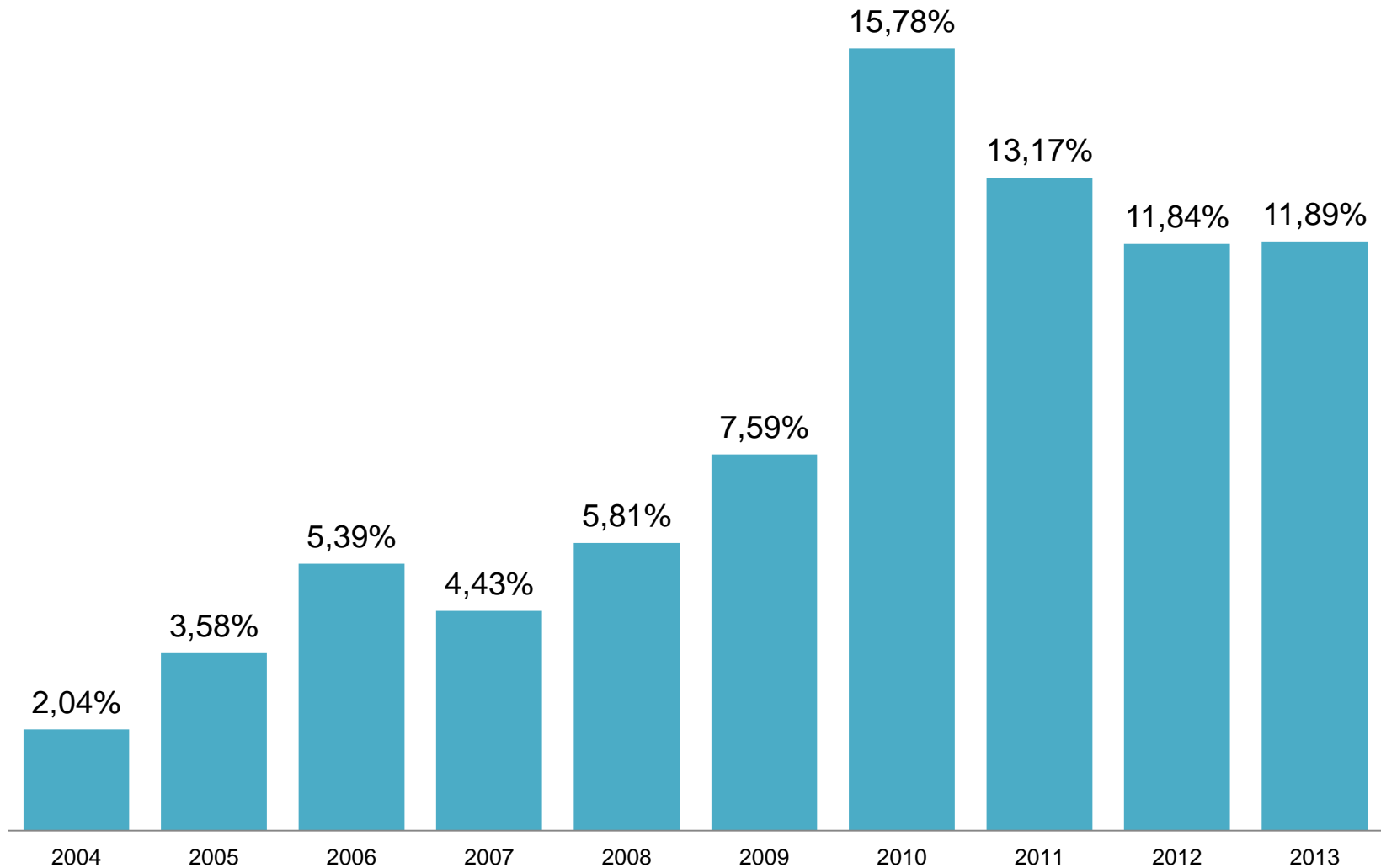
Fuente: World Health Organization. World cancer report 2008 Internacional. Agency for Research on Cancer, 2008

Casos estimados según año por periodo 2017 -2025



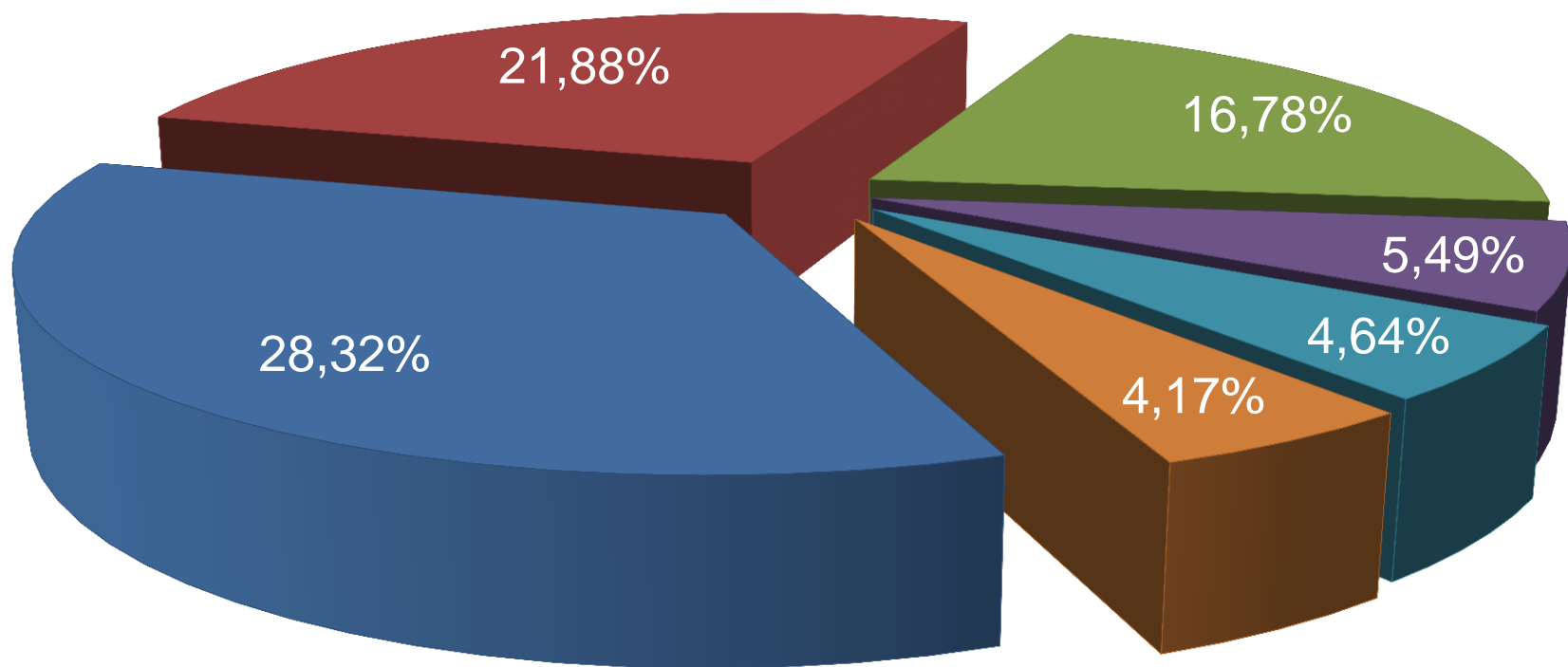
Fuente: Castillo Rivas, Jacqueline: Evolución y Proyección del Cáncer en Costa Rica. Dirección Actuarial y Económica .2010

Participación relativa del gastos de medicamentos Oncológicos entre el gasto total de medicamentos



Fuente: CCSS, Dirección de Presupuesto.

Medicamentos Oncológicos de más alto costo y porcentaje en relación al gasto total en Medicamentos Oncológicos



■ Trastuzumab 440 mg
■ Capecitabina 500 mg

■ Imatinib 400 mg
■ Rituximab 10 mg/ml

■ Rituximab 10 mg/ml fco ampolla 50 ml
■ Anastrozol 1 mg

Fuente: CCSS, Gerencia de Logística y Dirección de Presupuesto.

Costo Per Cápita en medicamentos oncológicos de más alto costo

Medicamento	Pacientes en tratamiento	Costo anual Per cápita en \$
Trastuzumab 440 mg	285	24,509
Imatinib 400 mg	307	17,537
Rituximab 10 mg/ml fco ampolla 50 ml	346	11,958
Capecitabina 500 mg	122	11,100
Rituximab 10 mg/ml	239	4,788
Anastrozol 1 mg	2,227	462

Fuente: CCSS, Gerencia de Logísticas, SIGES

Principales indicadores del gasto público en cáncer 2000-2003

Indicador	2000	2001	2002	2003
Gasto público en cáncer (millones de ¢)	13,597	16,728	19,164	24,138
Gasto público en cáncer (millones de US\$)	44.1	50.8	53.4	60.7
Pér capita (¢)	3,464	4,175	4,706	5,809
Pér capita (\$)	11.23	12.69	13.07	14.56
% del Gasto del Seguro de Salud	5.9%	6.2%	6.3%	6.8%
% del Gasto Público en Salud	5.5%	5.8%	5.6%	6.0%
% del Gasto Total en Salud	3.9%	4.0%	3.9%	4.2%
Gasto de Medicamentos (Cáncer/Total Seguro de Salud)	5.3%	6.1%	5.6%	7.0%

Fuente: CCSS – OPS: La Situación del Cáncer en Costa Rica, marzo 2006.

Costo Indirecto: Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años laborales potencialmente perdidos (ALPP), según causa de muerte, 2002

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes</i>	<i>AVPP (1)</i>		<i>ALPP(2)</i>	
		<i>TOTAL</i>	<i>Por muerte</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Por muerte</i>
Total	15,004	351,521	23.4	91,349	6.1
Cardiovascular	4,663	65,606	14.1	7,849	1.7
Cáncer	3,302	63,739	19.3	10,584	3.2
Materno infantil	733	55,352	75.5	20,564	28.1
Otras causas	2,173	48,977	22.5	11,917	5.5
Muertes violentas	1,203	45,373	37.7	18,790	15.6
Accidentes de tránsito	694	28,831	41.5	12,229	17.6
Crónicas	1,476	24,417	16.5	3,755	2.5
Transmisibles	640	14,448	22.6	3,734	5.8
SIDA	120	4,779	39.8	1,927	16.1

Fuente: CCSS – OPS: La Situación del Cáncer en Costa Rica, marzo 2006.

Costo Indirecto: Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años laborales potencialmente perdidos (ALPP), según tipo de cáncer, 2002

<i>Tipo de cáncer</i>	<i>Muertes</i>	<i>AVPP (1)</i>		<i>ALPP(2)</i>	
		<i>TOTAL</i>	<i>Por muerte</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Por muerte</i>
Total	3,302	63,739	19.3	10,584	3.2
Otros	1,823	38,079	20.9	7,545	4.1
Estómago	563	10,072	17.9	1,475	2.6
Mama	216	5,175	24.0	626	2.9
Pulmón	276	4,283	15.5	450	1.6
Útero	146	3,191	21.9	399	2.7
Próstata	278	2,939	10.6	89	0.3

Fuente: CCSS – OPS: La Situación del Cáncer en Costa Rica, marzo 2006.

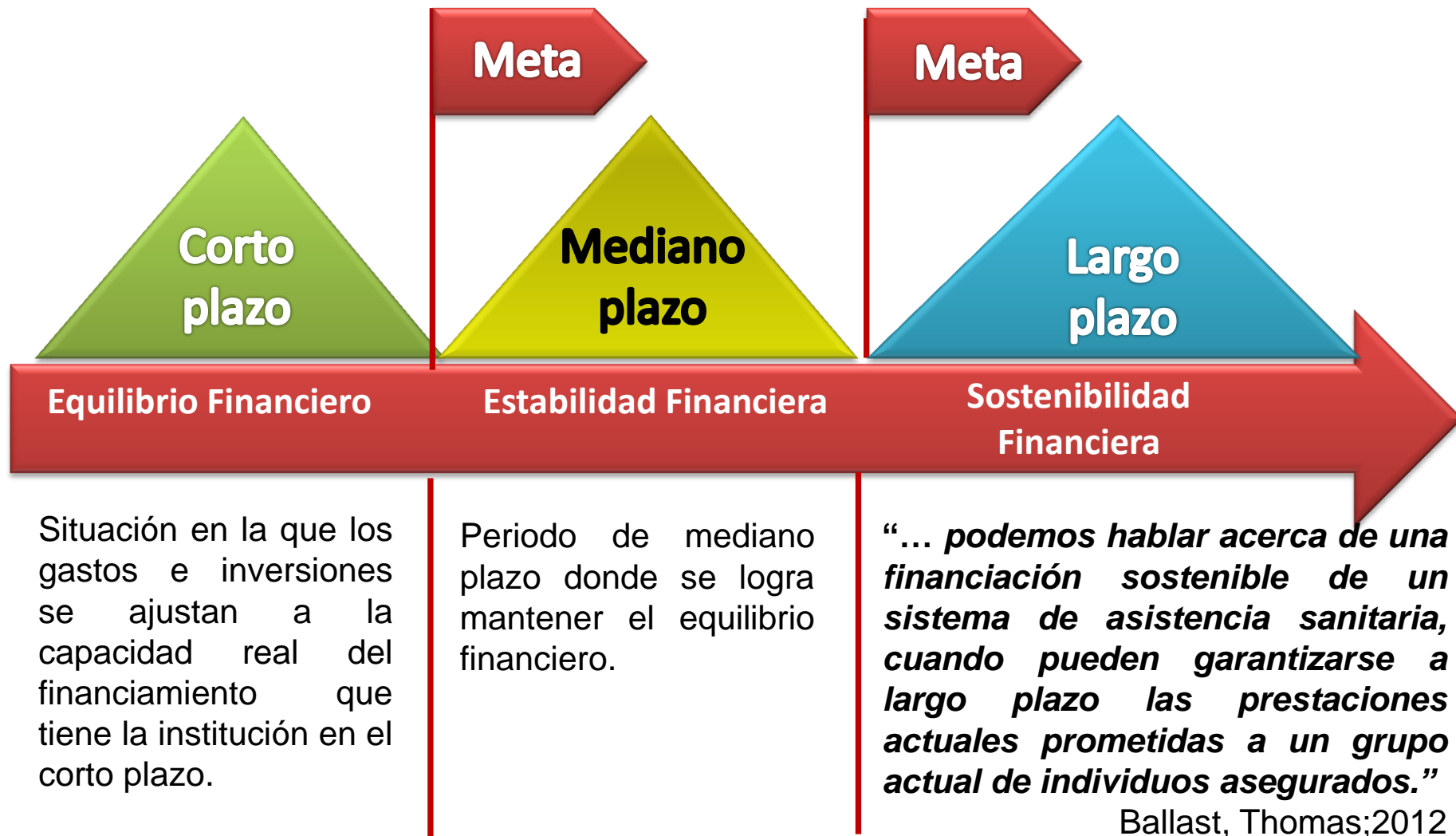


Retos y alternativas

**para el logro de la sostenibilidad
financiera del Seguro de Salud**



Cuando hablamos de un Seguro de Salud sostenible, ¿en qué estamos pensando?



Cuando pensamos en un régimen de pensiones sostenible ¿en qué estamos pensando?

Prestaciones ofrecidas



- Monto de pensión inicial
- Pagos mensuales
- Decimotercer mes
- Revalorizaciones periódicas
- Acceso a servicios de salud
- Protección viudas/huérfanos
- Beneficio de mutualidad

Prestaciones factibles de financiar en el tiempo



Sostenible financieramente = prestaciones ofrecidas a los aportantes activos y pensionados se mantienen en el tiempo en los términos pactados inicialmente para todos ellos.

Tiempo



La sostenibilidad financiera del Seguro de Salud tiene aspectos particulares que incrementan su complejidad

Conjunto de prestaciones



Factores no controlables

- Económico.
- Condiciones de Vivienda.
- Educación.
- Hábitos y prácticas saludables.
- Condiciones ambientales.
- Nuevas enfermedades.
- Tecnología.
- Calidad en infraestructura.
- *Transición demográfica y epidemiológica*

Características de las prestaciones



Tiempo

- Las prestaciones aseguradas **no están establecidas de una forma precisa y acotada**, y su tendencia en el tiempo es a expandirse sea en cantidad, complejidad y costos.
- **Su sostenibilidad debe medirse simulando el cierre progresivo de estas brechas**

Determinantes de la sostenibilidad económica



Envejecimiento

La atención de los adultos mayores de 65 años consumirá el 30% del presupuesto del seguro de salud en el 2050

En el 2050 el 40.7% de los egresos y el 56.8% de las estancias serán consumidas por el grupo de población mayor a 65 años



Enfermedades crónicas

Número de casos de cáncer al 2020 aumentará en un 48.2%.

Según el estudio de Carga de Enfermedad para el 2010 se pierden 50.680,9 AVAD por Enfermedad isquémica del corazón, 20.124,1 AVAD por Accidente Cerebrovascular y 21.445,7 AVAD por Anomalías congénitas.



Tecnologías médicas

Probable incremento gastos en medicamentos e insumos médicos (Sunitinib, costo unitario de ¢7.7 millones para tumores del estroma gastrointestinal)

Demanda de equipamiento de más alto costo: Mamógrafos digitales, Radio-cirugía,

Consideraciones sobre la sostenibilidad financiera.

- Proceso evolutivo natural de un sistema de salud exitoso y cobertura universal.
- No es un tema estrictamente financiero.
- Prestaciones, organización y modelos de gestión inciden sobre la sostenibilidad.
- Enfoque futuro concentrado en la eficiencia y productividad y no necesariamente en más recursos.
- Decisiones cruciales de dimensión nacional.

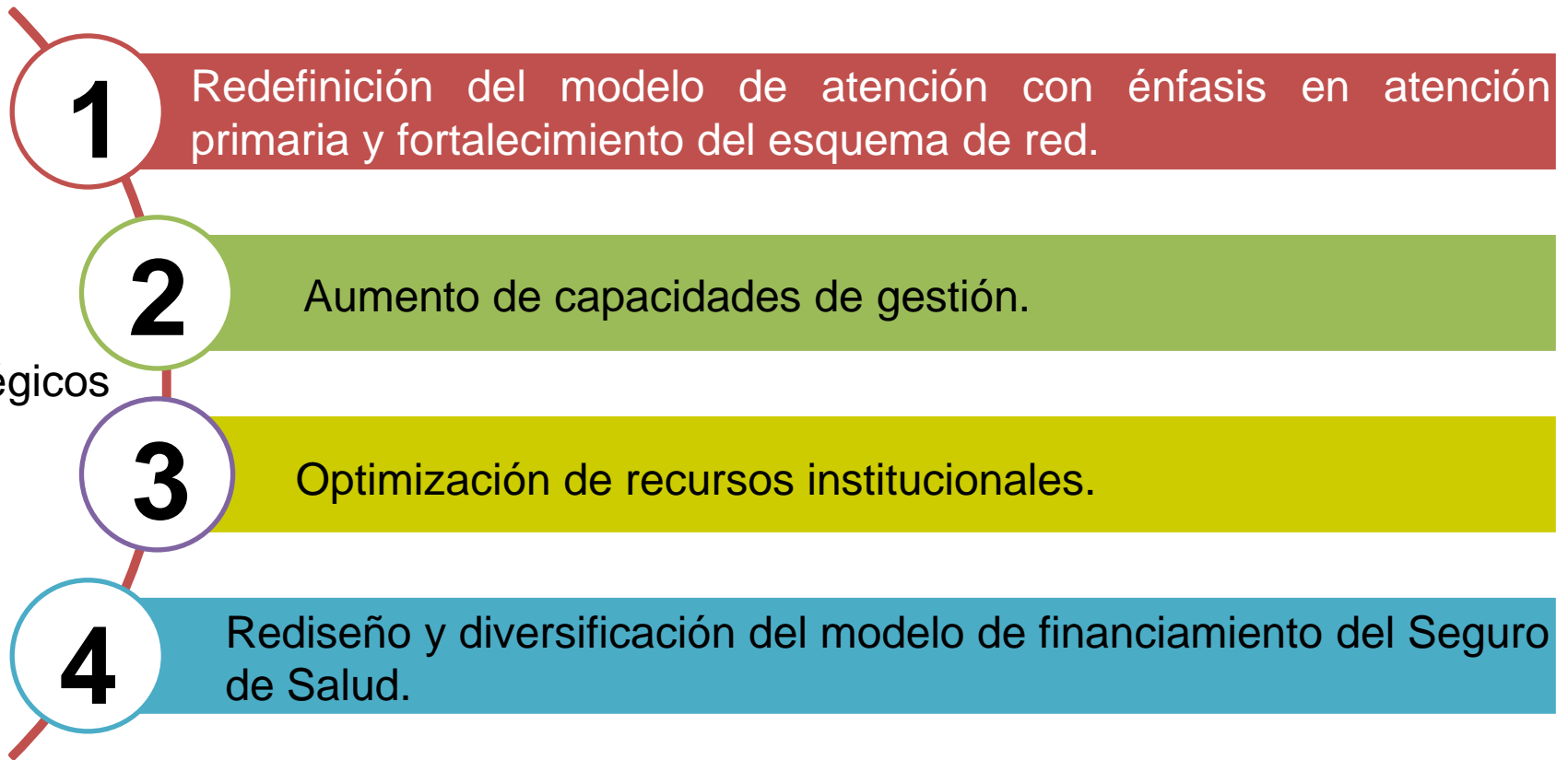
La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es un tema mundial





9 Medidas para la **Consecución de la sostenibilidad financiera**

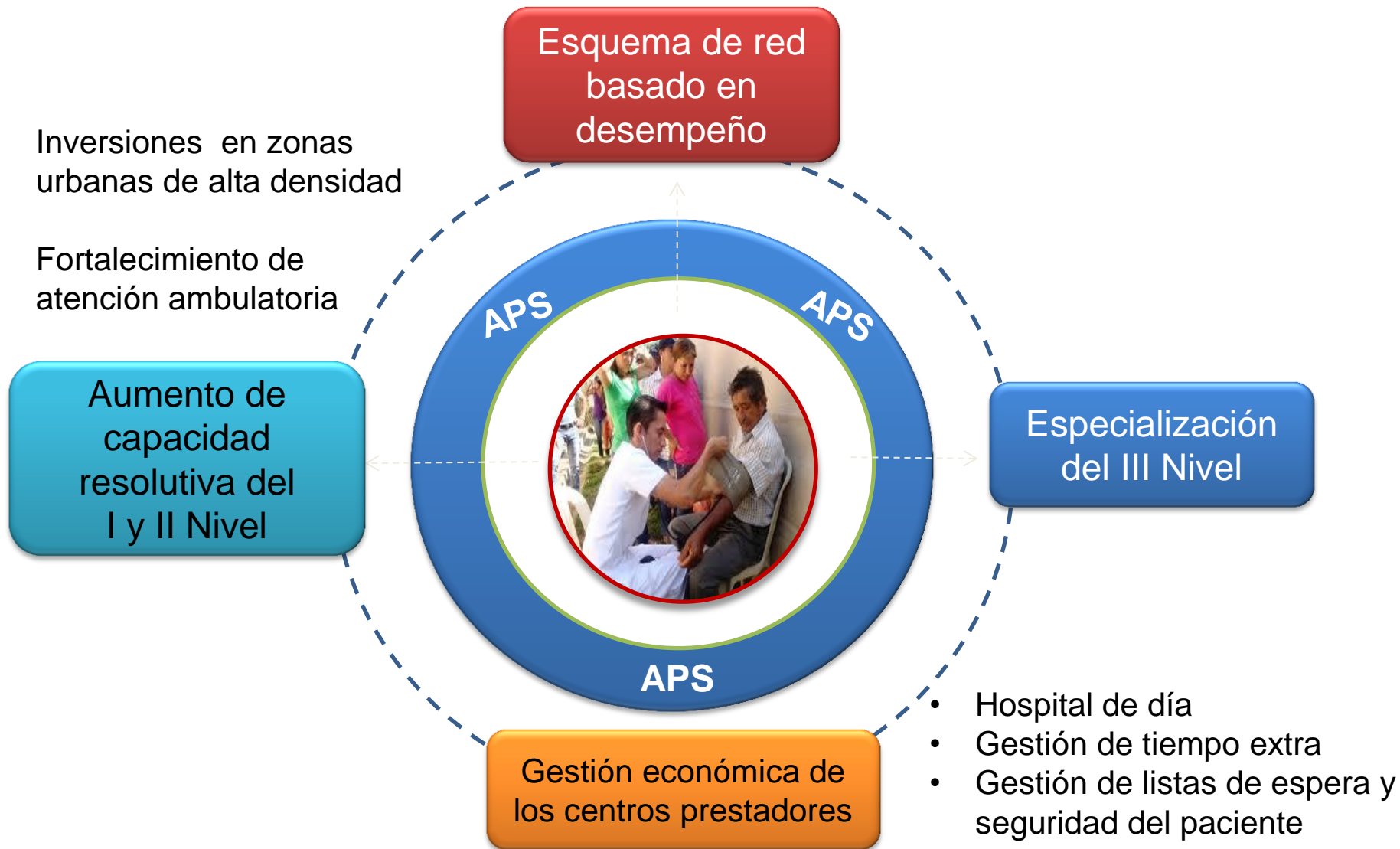
Iniciativas para el logro razonable de la sostenibilidad financiera en el tiempo



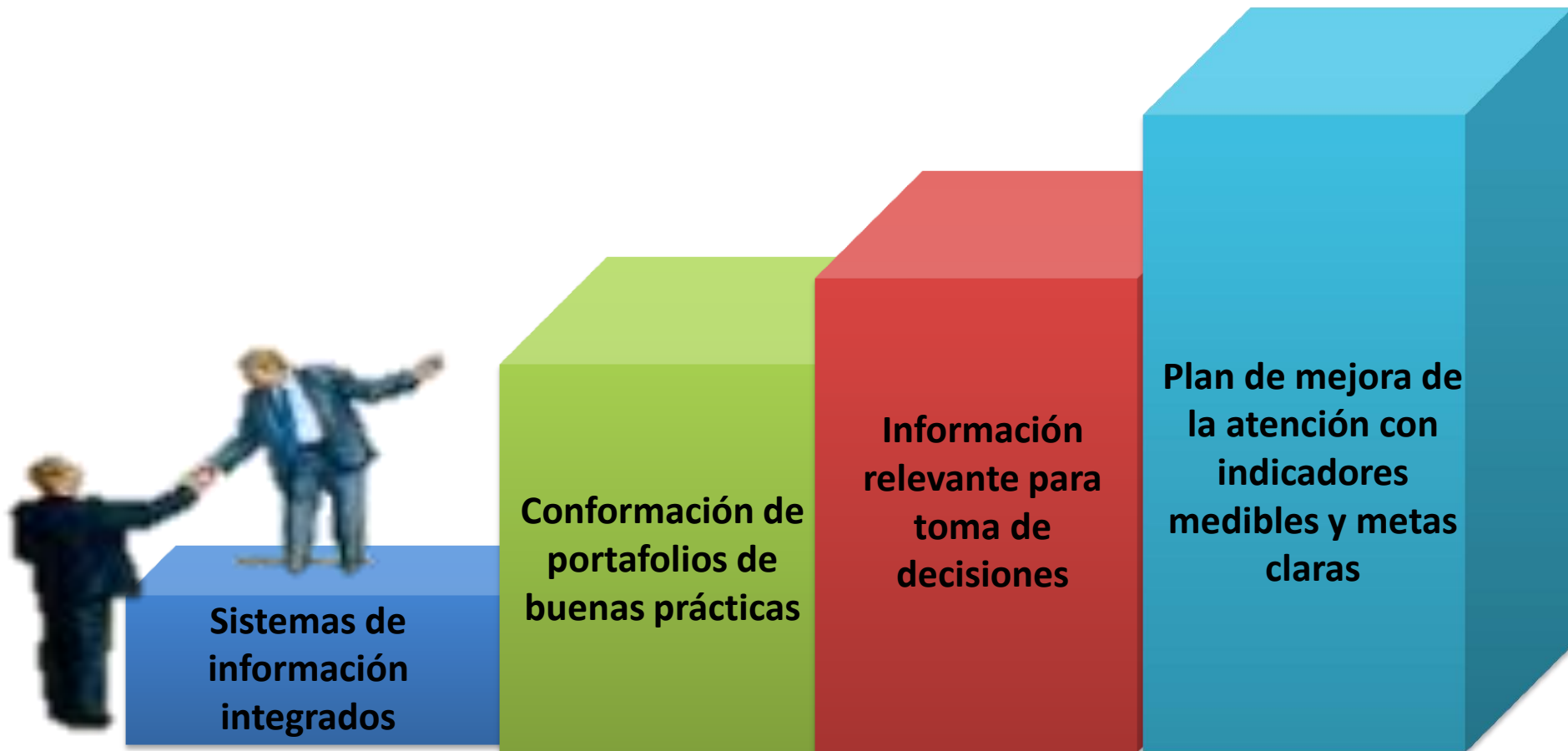
Ejes
estratégicos

1. Fortalecimiento del modelo de prestación de servicios con énfasis en la continuidad y la gestión por redes

- Inversiones en zonas urbanas de alta densidad
- Fortalecimiento de atención ambulatoria






2. Aumento de capacidades de gestión basada en información, medición y toma de decisiones.







3. Uso de la asignación de los recursos como herramienta para mejorar la gestión de los centros de salud.







4. Desarrollar el modelo de atención a pacientes crónicos

-  Identificar los segmentos de la población, según el grado de su patología.
-  Aplicar diferentes modelos de atención, según las enfermedades crónicas y de alta complejidad.
-  Introducir un trabajo multidisciplinario y nuevos roles profesionales como nuevas formas de prestar servicios a los pacientes.





5. Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias.

-  Desarrollo e implementación de métodos de evaluación de tecnologías de salud y su costo de efectividad.
-  Identificar los criterios clínicos (eficacia, seguridad) y criterios económicos (coste-efectividad).
-  Evaluación de tecnologías sanitarias debe transcender más allá de los medicamentos.
-  Integración de una unidad institucional de evaluación de tecnologías de salud.





6. Mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales.

-  Redefinir estándares de productividad en jornadas ordinarias y extraordinarias.
-  Ajustar mecanismos flexibles al marco normativo de las condiciones laborales.
-  Gestionar más activamente los niveles de ausentismo a nivel institucional.
-  Instaurar sistemas más efectivos de control del cumplimiento de la jornada laboral.





7. Incentivar servicios de alta especialización ubicados en único centro de atención.

-  Establecer un solo proveedor de servicios especializados para una red de centros – clientes.
-  Evidencia señala ventajas competitivas en laboratorios de análisis clínicos y diagnóstico por imagen.
-  Gestionar la compra de bienes y servicios que requiere en común las unidades.
-  Evaluar la gestión público privado de servicios de apoyo no sustantivo.

8. Reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria

-  Reordenar la oferta de servicios, según nivel de atención.
-  Procurar mayor actividad ambulatoria y desarrollo de ciertos servicios en niveles de menor complejidad y menor costo.
-  Definición de indicadores de alto desempeño de la gestión hospitalaria.
-  Introducción de mecanismos alternos de asignación de recursos que procuren mayor eficiencia.

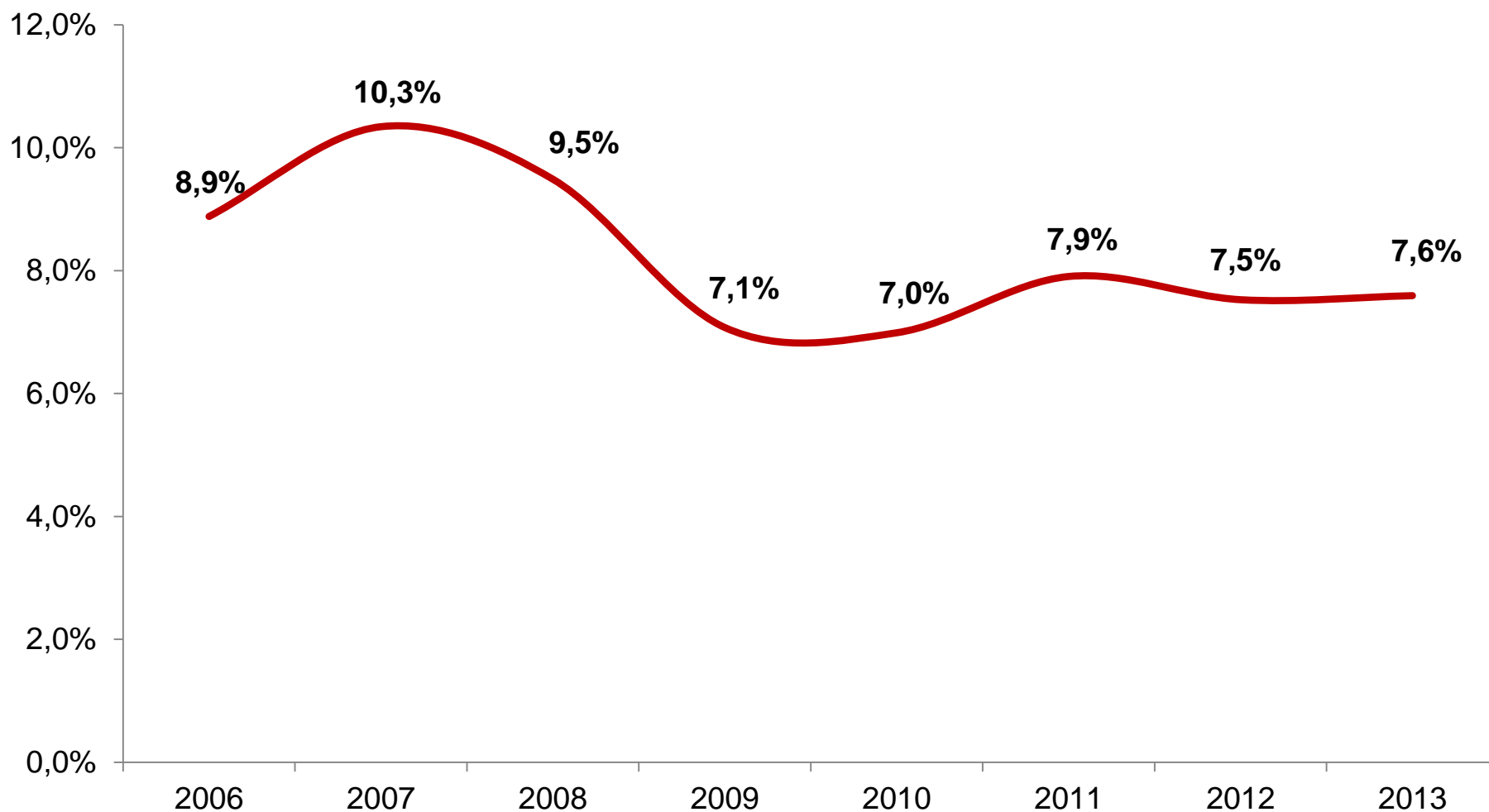
9. Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud

-  Implementación del EDUS primer nivel (corto plazo) e inicio del EDUS segundo y tercer nivel.
-  Integración de sistemas administrativos, logísticos y financieros por medio de un ERP.
-  Desarrollo más profundo de telemedicina, consultas vía web, centros de contacto de atenciones médicas.
-  Desarrollo de Apps para el cuidado de la salud y control en el uso de medicamentos.



Retos de la sostenibilidad financiera de la atención de la Salud en Costa Rica

Porcentaje de gasto en medicamentos en relación al Gasto de Seguro de Salud



Fuente: CCSS, Dirección de Presupuesto.