

Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience

Edited by William D. Savedoff and Pablo Gottret

Draft Version: March 26, 2007

Table of Contents

Executive Summary

Chapter 1 (Savedoff)
Concepts, Framework and Cases

Chapter 2 (Hansl, Rahola, and Gottret)
Measuring Governance: Variables, Objectives, and Indicators

Chapter 3 (Cercone, Pacheco)
Costly Success: An Integrated Health Insurer in Costa Rica

Chapter 4 (Habicht)
Good Fortune or Good Governance? A Single-Payer Fund in Estonia

Chapter 5 (Maarse)
From Corporatism to Professionalism: Sickness Funds and Voluntary Funds in the Netherlands

Chapter 6 (Bitran, Muñoz)
The Public Sector Can Compete: A Hybrid Health Insurance System in Chile

Chapter 7 (Savedoff)
Conclusions: Governance Trends and Lessons for Developing Countries

Capítulo 7 Conclusiones: Tendencias y Lecciones Gobernabilidad de los Países en Desarrollo

Por William D. Savedoff

Proyecto Versión: 26 de marzo de 2007

1. Introducción

Este libro comenzó preguntando "¿Qué formas de gobierno alentar el mejor desempeño de las Aseguradoras de Salud Obligatorio?" Sin embargo, como los casos en este libro han demostrado, la eficacia de los mecanismos de gestión particular, variará en relación a una serie de factores contextuales - como La presencia de la competencia, la organización de la sociedad civil, las relaciones entre aseguradores y proveedores, la eficacia de los procesos políticos y la ejecución de las leyes. Esto sugiere que la búsqueda de mejores mecanismos de gestión pública tiene que prestar más atención a la eficacia de los mecanismos propuestos "ajustar" la estructura del sistema de seguro de salud y su contexto.

Dos dimensiones, en particular, parece que la forma de gobierno condición afectará a la ejecución obligatoria de un seguro de salud - el número de los aseguradores y de la relación entre los aseguradores y proveedores. En los países en competencia y con múltiples aseguradoras, los mecanismos de supervisión externa puede prestar menos atención a la eficiencia y la gestión, y centrarse más en la protección de los consumidores, la inclusividad, y la preservación de la competencia a través de medidas antimonopolio. Por el contrario, los países con un único asegurador de salud necesitan los mecanismos de supervisión externa que hacen que la aseguradora responsable de la integridad, la calidad y la productividad.

Además, la relación entre los aseguradores y proveedores influye en el impacto de los diferentes mecanismos de gobernanza. En algunos países, la relación entre los prestadores y aseguradores es abiertamente antagónicos, mientras que en otros, es más de colaboración. La presencia de proveedores de los representantes en los órganos rectores de las aseguradoras de salud o los organismos reguladores tendrá consecuencias diferentes en virtud de estos variados escenarios. Además, cuando los proveedores son empleados directos de las aseguradoras, el carácter de las negociaciones y de supervisión para hacer frente a las necesidades de las cuestiones que se plantean en la administración pública o de los códigos de la legislación laboral, mientras que los proveedores de países en los que son independientes de las aseguradoras necesidad de promover los mecanismos de gestión transparente y que las negociaciones sobre los precios de producción Y mecanismos de pago.

Las normas generales para el buen gobierno son bastante simples: alinear los incentivos y lograr que la información disponible y transparente. Sin embargo, a raíz de estas normas no es fácil. Los estudios de caso en este libro muestran cómo los países han tratado de seguir estas normas a través de los sucesivos esfuerzos de reforma y, de este modo, destacar cinco tendencias hacia la gestión de los asuntos públicos, que muchos países están convergiendo. En este capítulo se

identificará y hablar de estas tendencias comunes y sus consecuencias para las que rigen los sistemas de seguro de salud obligatorio. El capítulo luego regresará al sistema de mecanismos de rendición de cuentas propuesto en el primer capítulo - viendo las consecuencias para los países de bajos ingresos de las distintas opciones para la propiedad, el estatuto jurídico, los mecanismos de representación, las formas y el alcance de la supervisión gubernamental, y la transparencia y la información. Requisitos que parecen influir en el rendimiento. El capítulo concluye discutiendo tres tensiones que marca todos los esfuerzos en la reforma de los mecanismos de gestión, en particular: cómo los países pueden garantizar la solvencia y el equilibrio presupuestario; cómo los países pueden garantizar la protección financiera para la población, y cómo los países pueden promover la eficiencia y aumentar la productividad?

2. Tendencias

Las muy variadas estructuras de gobierno presentado en este examen de la experiencia de los países sugiere que los elementos estructurales particular no, por sí mismos, explicar el rendimiento de fondos de seguro de salud. Sin embargo, los patrones de los esfuerzos de reforma han convergido notablemente, en particular los medios. Importantes lecciones pueden extraerse de estas viendo tendencias convergentes, ya que representan soluciones a los problemas que cada país ha experimentado en el gobierno de su seguro de salud fondos. En este sentido, que representan las opciones políticas que merecen una consideración seria por los países de bajos ingresos que están diseñando su propio seguro de las estructuras de gobierno.

Las principales tendencias observadas en estos casos son:

- Consolidación de los aseguradores
- Estructuración de la competencia
- La unificación de la supervisión
- Aumento de las exigencias de información
- El cambio de las formas de la representación de intereses

Consolidación de las Aseguradoras

Una de las tendencias más notables en las experiencias revisadas aquí una marcada disminución del número de los aseguradores de salud, en los sectores público y privado, a través de la consolidación. La experiencia de Estonia con un seguro de salud obligatorio se inició con 22 fondos regionales en 1992, pero el país casi de inmediato comenzó a consolidar en las entidades más grandes, hasta la reforma de 2001, que estableció EHIF como único fondo nacional de seguros. Los Países Bajos habían unos 600 enfermedad de la gente de los Fondos en 1941. Legislativa de las condiciones impuestas por los alemanes durante la Segunda Guerra Mundial redujo ese número a 204 en 1943. Esta tendencia continuó en las siguientes décadas a fin de que en 1986 había sólo 48 Fondos enfermedad de la gente de los aseguradores privados y 75 (es decir, los Fondos de Contribuciones Voluntarias), y en 1994 sólo había 26 Fondos y 50 enfermedad de la gente de los aseguradores privados. En 2004, sólo el 21 y 44 de enfermedad fondos aseguradores privados se mantuvo activa. En Chile, el número de ISAPREs llegaron a un máximo de 26 en 1997 y posteriormente se redujo a 15 en 2005. Costa Rica es el único país que se inició con un número relativamente reducido de fondos de seguro, consolidado en la década de 1940, y ha mantenido por su

sistema único pagador. Costa Rica nunca tuvo que pasar por nuevos procesos de unificación de los fondos de seguro porque cada vez que la cobertura se amplió a un nuevo grupo de población, la responsabilidad de la administración de los seguros fue dado a la CCSS. La más reciente consolidación en Costa Rica ocurrió en 1993, cuando todo el público en la prestación de servicios se integró en la CCSS (anteriormente el Ministerio de Salud ha tenido su propia red de servicios).

La consolidación y unificación de los fondos de seguros no es específico de los casos analizados en este libro. . Procesos similares se pueden encontrar en Taiwán, Corea del Sur, Túnez y Colombia. En 1995, Taiwán sustituyó 10 diferentes programas de seguro de gobierno con un único fondo de seguro nacional de salud. Entre 1998 y 2000, Corea del Sur se fusionaron 227 fondos regionales de seguros y 139 empleados fondos de seguros en un solo programa bajo la Corporación de Seguro Nacional de Salud. Colombia de la salud de la reforma en 1993 abrió un mercado regulado para los fondos de seguro de salud para competir. Después de registrar inicialmente más de XXX fondos, Colombia regulaciones más estrictas, en particular el aumento de los requisitos de capital, lo que llevó a consolidaciones y fusiones a fin de que por XXX, XXX aseguradores sólo estaban en funcionamiento.

Consolidación en el sector privado a menudo el resultado de los esfuerzos por explotar las economías de escala en la administración, para difundir los costos fijos de comercialización más de un mayor número de clientes, y para ayudar a reducir la volatilidad de los gastos de salud mediante la puesta en común un grupo más amplio de personas y de sus asociados de salud Riesgos. Reglamentos también influyen en la supervivencia y la consolidación de los aseguradores privados. En tanto Chile y los Países Bajos, una variedad de reglamentos aumento de los costos de la empresa o limitadas estrategias empresariales de forma que se alentó a la consolidación. Algunos de los reglamentos establecidos de capital mínimo y requisitos de solvencia para evitar las quiebras, y estableció normalización de los paquetes de beneficios y limitaciones a los aseguradores la capacidad de cancelar las políticas para la protección de los consumidores. Estos factores representan una gran parte de la consolidación entre las ISAPRE en Chile y de los Fondos Voluntarios de los Países Bajos. Un nuevo impulso a la consolidación de Chile fue creado por la competencia de FONASA, que al parecer aumentó su cuota de mercado en los últimos años por mejorar la calidad de sus servicios de calidad.

Consolidación en el sector público también está motivada por los esfuerzos por aumentar la eficiencia administrativa y aprovechar las economías de escala, como parece haber sido el caso de Estonia. Pero en la mayoría de los países, la primera fuerza en el sector público para la consolidación parece ser la mejora de la equidad. En los sistemas de seguro obligatorio de salud con múltiples aseguradoras, pueden surgir grandes diferencias entre los niveles de gasto, la equidad en el acceso y calidad de la atención. Para tratar este problema, muchos países establecen la igualdad de riesgo complejos mecanismos que transferir fondos de los planes con más sanos y más ricos a los clientes cuyos afiliados son desproporcionadamente más pobres o enfermos (por ejemplo, Francia, Bélgica, Japón y los Países Bajos hasta hace poco).

Sin embargo, agrupar a más personas en un menor número de seguros es una más directa y más fácil forma de efectuar el mismo cambio ya que

facilita subvenciones cruzadas a través de las personas; simplifica los criterios de elegibilidad para que las personas no se encuentran en movimiento de un esquema a otro a causa de un cambio De los ingresos o de empleo, y reduce las variaciones en los paquetes de beneficios a través de grupos de la población.

Por ejemplo, en los Países Bajos, la población estaba segmentada entre las personas por debajo de un determinado nivel de ingresos que están obligados a afiliarse a un Fondo de enfermedad y las personas que por encima del nivel de ingresos que no tenían derecho y tuvo que buscar cobertura privada. La última reforma eliminado esta distinción. En Chile, cuando se creó FONASA, que subsume una serie de programas de seguro público. Las reformas recientes en Taiwán, Corea del Sur y Túnez combinado explícitamente la Seguridad Social para múltiples en un solo sistema.

Parece que las ventajas de escala, la sencillez, la equidad y que vienen de tener menos aseguradores son bastante fuertes, y los países que están considerando la posibilidad de un seguro de salud reformas harían bien en examinar si la consolidación puede y debe ser alentada. Ciertamente hay ventajas en tener menos o más fondos de seguros, pero la opción que se haga, el sistema de gobierno debe ser coherente con esa elección. En los países con un único fondo de seguro, mecanismos de rendición de cuentas es probable que requieren mucho más extensa y la supervisión directa de los gobiernos interesados en promover una mayor eficiencia en la gestión, evitando la captura por intereses particulares y la corrupción, y, en general, asegurando que el régimen de seguro es administrado en el interés superior De sus miembros. Por el contrario, en países con varias aseguradoras, la regulación gubernamental tiende a ser más indirecto, interesadas en la preservación de la competencia, el control de la selección adversa y selección de riesgos y la gestión de riesgo de transferencias.

Estructuración de la Competencia

Incluso en los países que se han comprometido a preservar la competencia en el mercado de seguros de enfermedad, la tendencia ha sido hacia una mayor regulación - para reducir los riesgos de quiebras, la protección de los consumidores, y limitan el riesgo de selección. Cuando los países tienen un compromiso de la competencia en los mercados de seguros de salud, que han dado cuenta de que el mercado de seguros de salud tiene que ser estructurado en caso de los mecanismos normales de mercado van a funcionar bien.

La experiencia de Chile es particularmente digno de mención en este sentido. Ni Fonasa ni las Isapres fueron efectivamente sometidos a la supervisión cuando fueron creados en el decenio de 1980, aunque formalmente FONASA se asignó la responsabilidad de supervisar a sus competidores en el sector privado. Una década más tarde, la Superintendancy de ISAPREs se estableció con poderes limitados, se centró esencialmente en la mejora de los informes de los estados financieros de vigilar la solvencia y la creación de un medio de las quejas del consumidor a ser informado. Un cambio importante se produjo en la década de 1990 como los sucesivos gobiernos tratan de utilizar los reglamentos, no sólo para proteger a los afiliados a ISAPRE, sino de alterar la función de las ISAPRE. Eventualmente, los reglamentos se

pusieron en marcha para ampliar y estandarizar la información proporcionada a los reguladores y los consumidores, para exigir a las ISAPRES para cubrir un conjunto mínimo de servicios, para prohibir la negación de la cobertura o la cancelación arbitraria de las políticas, y para limitar la fijación de precios.

Las historias en los Países Bajos, Colombia, y otros países con múltiples aseguradores son muy similares y sugieren fuertemente que los países con múltiples aseguradores pueden "saltarse" una serie de problemas por abordar esas cuestiones de reglamentación lo más pronto posible. Expertos en este campo han llegado a acuerdo en que los beneficios de la competencia en el seguro de salud no puede realizarse sin una atención explícita a la estructuración de ese mercado. Las personas que están eligiendo un seguro de salud necesitan información sencilla y clara sobre los beneficios, los precios y calidad de servicio si se van a tomar decisiones informadas. Además, el mercado ha de ser estructurada de manera que las aseguradoras tienen incentivos para atraer clientes, ofreciendo servicios de calidad a precios bajos, en lugar de utilizar su ingenio para atraer a bajo riesgo, bajo costo clientes a precios inflados. Para los países que compiten con varios aseguradores, la revisión de la lista de los reglamentos que están vigentes en otros países y la evaluación de su aplicabilidad es la mejor manera de garantizar que un conjunto amplio y coherente de las normas de competencia son un seguro de salud puesto en marcha desde el principio.

La unificación de la supervisión

La unificación del fondo de seguro de supervisión tiene importancia porque tiene implicaciones de largo alcance tales y tan aplicado a través de una amplia variedad de contextos. En los Países Bajos y Chile, los aseguradores múltiples históricamente fueron regulados de manera diferente. En los Países Bajos, el gobierno de supervisión fue en general laxa debido a las dificultades de llegar a un acuerdo sobre la legislación, las cajas de seguro de enfermedad y fueron en gran medida auto-regulado. Fondos privados no regulados en el proceso hasta la década de 1960 y, a continuación, en virtud de la legislación que fue general a todas las aseguradoras, no sólo de seguro de salud. La insatisfacción con el trato diferenciado dado lugar a la unificación gradual de la reglamentación. Con la última reforma (2006), las cajas de seguro de enfermedad y de los fondos privados están ahora bajo un solo regulador.

Chile asegurador público, Fonasa, y las ISAPRES se crearon a principios de los años 1980 y tratado de manera muy diferente. FONASA fue supervisada directamente por el gobierno, en tanto que las Isapres fueron inicialmente no regulada. Una autoridad reguladora de las ISAPRES se estableció a principios de 1990 y aumentará gradualmente su ámbito de acción y la autoridad. Sin embargo, los chilenos están preocupados de que los reglamentos están poniendo en marcha para mejorar la calidad de la atención financiada por ISAPRES no se aborden adecuadamente en FONASA. En 2004, Chile creó formalmente una nueva autoridad reguladora, la Superintendencia de Salud (SIS), con la responsabilidad de supervisar a los aseguradores privados y públicos, así como públicas y privadas de salud.

La unificación de la supervisión es, al parecer, la mejor manera de asegurar que las personas reciban un trato justo entre los distintos

fondos de seguros. Si es un fondo privado o público, las personas que están afiliadas a fondo de seguro que todavía quieren garantías de que el fondo seguirá siendo solvente, de que sus beneficios es adecuada, que tienen oportunidades de seguir las quejas, y que no se encuentran injustamente discriminados. A pesar de las diferencias en la propiedad y la gobernanza pueden alterar las herramientas disponibles a los organismos de supervisión, parece que la mayoría de los países quieren que el contenido y la aplicación de los reglamentos para ser coherente a través de los seguros de enfermedad.

Aumentar la transparencia y la presentación de informes

En todos los países, el número de informes, los organismos de vigilancia, y los indicadores se ha incrementado sustancialmente. Esta tendencia parece estar motivado por el deseo de reforzar la rendición de cuentas de los aseguradores de salud y ampliar el alcance de las medidas de la ejecución. Más detalles sobre estos requisitos de presentación de informes se examinan a continuación.

Evolución de la función de representación de intereses

Cuando obligatorio de seguro de salud fue aprobado en los países de Europa occidental, que se asoció con políticos y económicos de los patrones de industrialización - en particular la creciente importancia de las negociaciones entre las grandes empresas y los sindicatos. La estructura de gobierno resultante de muchos fondos de seguridad social, por lo tanto, participan representantes de los sectores empresarial, laboral, y con frecuencia el gobierno. Este patrón se espera que proporcione los frenos y equilibrios, con lo que las partes interesadas pertinentes a la mesa. En el transcurso de la última década, sin embargo, la relación entre los sindicatos y los empleadores ha cambiado tanto en las esferas económica y política. Además, en muchos países con un seguro de salud obligatorio fuera de Europa occidental, las asociaciones de empleados y empleadores formales no juegan el mismo papel político ni representan necesariamente comparte gran parte de la población o la economía.

Por consiguiente, los modelos de gestión pública con representantes de grupos de interés económico han experimentado importantes cambios en los países con larga experiencia de los seguros sociales, y han adquirido diferentes formas en que están más recientemente aprobado. Hoy, en lugar de en representación de los intereses de determinados grupos económicos, la representación es determinada cada vez más por el deseo de incorporar una gama más amplia de actores sociales, aumentar la transparencia, y la participación de profesionales con conocimientos técnicos. No obstante, en la medida de estos mecanismos de representación siguen dependiendo de los grupos organizados, que están dejando fuera criticado por los intereses de los beneficiarios, mediante la incorporación de los sindicatos y los empleadores, que son criticados por la creación de una tendencia a la limitación de los gastos de más de la prestación de servicios, y cuando los representantes Son relativamente desinteresada en la atención de la salud, se les criticó por permitir que los profesionales de la medicina para capturar el sistema de toma de decisiones.

De los cuatro estudios de casos, Costa Rica y Estonia son los dos que seleccionar explícitamente a los miembros de las juntas de supervisión para representar a determinados grupos sociales o intereses, como empresarial, laboral, el gobierno y los beneficiarios. Este enfoque a

veces se sigue también en las juntas de regulación o negociación de las comisiones. Por ejemplo, de Costa Rica de Salud - que prevén aportaciones sociales a la gestión de las instalaciones de salud - se compone de siete miembros, entre los delegados elegidos por los empleadores y organizaciones de la sociedad civil. Este enfoque - la elección de miembros de la junta directiva representan a los distintos grupos de interés - no parece haber hecho una diferencia en la prioridad asignada a las diferentes medidas de desempeño, ya que, en ambos casos, las juntas han dado prioridad a los asuntos financieros con bastante menos atención a la salud Atención de la calidad y la productividad. Tampoco el enfoque de protección contra los conflictos de intereses sinceboth países han experimentado estos problemas.

En los Países Bajos, la composición de la enfermedad de la gente de Fondo de las juntas y de la supervisión de organismos independientes que les ha cambiado considerablemente. Por ejemplo, la enfermedad de la gente de Fondo Consejo, que supervisó la enfermedad de la gente de fondos del país desde 1949 hasta 1999 había una junta con los representantes de las asociaciones nacionales de empleadores, empleados, proveedores de cuidado de salud, y la enfermedad de la gente de Fondos. Se considera cada vez más como incapaz de tomar decisiones difíciles o que actúe como un foro adecuado y oportuno para la toma de decisiones. Por lo tanto, cuando la enfermedad de la gente de Fondo fue sustituido por el Consejo de Salud de la Junta de seguros de asistencia sanitaria, la nueva entidad se dio un nuevo consejo compuesto por siete expertos independientes nombrados por el Ministro de Salud para períodos de cuatro años (con la posibilidad de ser reelegidos dos veces). Más que particular, en representación de los grupos organizados, a los nombramientos de las Salas de Fondos de enfermedad tienen también más probabilidades de ser elegidos por su integridad profesional y cualificaciones técnicas que como representantes de los grupos económicos.

En Chile, FONASA opera sin una Junta de Directores y no tiene una representación formal de las empresas o grupos de trabajo en absoluto. Sin embargo, desde FONASA es parte del gobierno, se ve influido por los procesos políticos normales. El Presidente, el Ministro de Salud, Ministro de Finanzas, y otros funcionarios del Poder Ejecutivo que la política y las decisiones que rigen FONASA en relación a la interacción de los debates en el Congreso y la sociedad en general. En cierta medida, esto puede ser más apropiado para las democracias modernas que se han evitado "corporativista" modelos de la política.

Un factor importante que condiciona el rendimiento de estas diferentes estructuras de representación más amplia es la relación entre los principales actores implicados. En los Países Bajos, las negociaciones entre las empresas y la mano de obra se caracteriza por fuertes esfuerzos para llegar a un consenso sin la participación del Gobierno, mientras que en Francia, por ejemplo, las negociaciones son más combativo, paralizando el proceso de toma de decisiones y que requieren frecuentes intervenciones por parte del gobierno. Por lo tanto, las posibilidades de elección en cuanto a la composición de las juntas y la definición de las funciones de los principales actores que tomar el social y político más amplio de factores en cuenta, si se quiere asegurar la toma de decisiones de que es en el mejor interés de la población.

Resumen

Estas cinco tendencias - la consolidación de los aseguradores, la estructuración de la competencia, la unificación de la supervisión, el fortalecimiento de los requisitos de información, y la evolución de las funciones de la representación de intereses - son las respuestas a los problemas experimentados por estos cuatro países en los que rigen sus sistemas de seguro de salud obligatorio. No son ni universales ni perfecto soluciones a los problemas de gobernabilidad. Sin embargo, después de haber surgido de experiencias muy diferentes y una gran variedad de sistemas de gobierno que tienen que ver con la seria consideración de los países que son la creación o la reforma de un seguro de salud obligatorio.

3. ¿Qué hemos aprendido de los países de bajos ingresos?

¿Qué se puede aprender de esas experiencias que podrían ser útiles para los países de bajos ingresos? Antes de examinar las lecciones, es importante señalar una serie de títulos. En primer lugar, los casos presentados aquí, han sido un éxito en varios aspectos y que se necesita un mayor número de casos, incluidos los que no han cumplido, para extraer conclusiones rigurosas. En segundo lugar, los fondos de seguro obligatorio de salud en todos estos casos se establecen en los países con ingresos mucho más altos niveles y grados de formalización económica que es el caso hoy en día en los países de bajos ingresos. Además, estos casos representan a todos los países que son económica y políticamente estable, con relativamente eficaz de los gobiernos, la baja corrupción, y la mano de obra calificada.

Teniendo en cuenta estos requisitos, hay dos formas en que estos casos pueden ser útiles para los países de bajos ingresos. En primer lugar, proporcionan un catálogo de los mecanismos de gestión que pueden trabajar y, por lo tanto, aportar ideas para ser evaluadas para su aplicabilidad a un nuevo contexto. En segundo lugar, en aquellos casos en los que convergen en soluciones similares, que sugieren elementos particulares de los mecanismos de gestión que se le debe dar gran consideración. La siguiente lista comienza con los mecanismos de gobernanza para que una amplia gama de enfoques parecen ser posible, y las opciones tienen que reflejar lo que funciona mejor en un contexto particular.

La propiedad y la condición jurídica

Los cuatro estudios de caso demuestran que los aseguradores de salud obligatorio puede funcionar razonablemente bien como partes de la rama ejecutiva (como en Chile), como instituciones públicas autónomas (como en Estonia y Costa Rica), y como sin fines de lucro, las entidades privadas (como en los Países Bajos). Si un país tiene un buen funcionamiento del sector público, la administración pública directa podría ser la mejor opción. En caso de que el sector público es menos eficaz, instituciones públicas autónomas podría considerarse, sin embargo, especial atención se necesitarán para asegurar la rendición de cuentas, evitar la captura por intereses especiales, y para asegurar la eficacia de las herramientas de gestión de personal. En los países donde el privado sin fines de lucro, las empresas funcionan bien, esta opción debe ser considerada. Sin embargo, una vez más, la rendición de cuentas y de las estructuras de atención a evitar la captura de ser más

crítico. Encontrar ejemplos de buen funcionamiento de las instituciones de un país se dan importantes pistas a la que la forma de propiedad y la condición jurídica pueda servir mejor.

Representación en los Consejos de Vigilancia

De más edad obligatoria de sistemas de seguro de salud a menudo se inició con juntas de supervisión compuesto por personas designadas por las asociaciones de empleadores, sindicatos y gobierno. Esta representación de las tres partes está arraigada en la dinámica política más amplia y comprende parte de un "contrato social". Tiene ventajas en lo que el sector formal para los contribuyentes obligatorio de seguro de salud en su gestión de los asuntos públicos, pero es a menudo criticado por ser demasiado interesados en las cuestiones financieras y No son realmente representativas de los intereses de los pacientes. Tampoco ha demostrado ser adecuada para la tarea de control de la corrupción y los conflictos de intereses. Los países que están creando instituciones públicas autónomas sin fines de lucro o de los aseguradores haría bien en considerar el consejo de vigilancia del mandato y qué combinación de los títulos y los intereses que mejor sirvan a sus objetivos. En algunos casos, teniendo las candidaturas de una amplia gama de organizaciones de la sociedad civil puede asegurar que la junta representa no sólo los intereses de los contribuyentes y los empleados del sector formal y de los empleadores, sino también los intereses de los usuarios de servicios de atención de la salud, trabajadores informales, y las personas que están No económicamente activa. En otros casos, los países pueden considerar preferible confiar en la independencia, la integridad, y la experiencia de expertos técnicos.

Definir las funciones y responsabilidades

Los casos muestran que muchas de las asignaciones de los diferentes poderes de toma de decisiones puede funcionar bien, pero la responsabilidad de tomar decisiones tiene que ir acompañada de las atribuciones, los recursos, y de gestión discrecional.

En muchos casos, el principal problema de gestión de los asuntos públicos de seguro de salud obligatorio para las instituciones reside en el equilibrio entre la flexibilización de estas instituciones responsables a los gobiernos al tiempo que protege contra la injerencia indebida de los mismos gobiernos. De hecho, dada la sensibilidad política de seguro de salud, los gobiernos son con frecuencia la tentación de intervenir en una amplia gama de decisiones financieras y de gestión, a veces incluso más allá de los límites establecidos por la ley, porque saben que importantes grupos de interés y los ciudadanos se hagan responsables de si las cosas Van mal.

La gestión de esta tendencia a una injerencia indebida es probable que funcione mejor cuando las responsabilidades respectivas del gobierno y los planes de seguros son distintos y claro, cuando autoridades independientes (por ejemplo, tribunales) puedan ejercer eficazmente que división de responsabilidades, y cuando cada actor tiene la autoridad y la discreción Más de esas decisiones para que se rindan cuentas. Por ejemplo, es imposible para un fondo de seguro que deben rendir cuentas de su desempeño financiero en caso de otra entidad (por ejemplo, el gobierno) se establecen primas, los criterios de elegibilidad para la inscripción y el paquete de servicios de salud cubiertos.

Sobre este último punto, una forma de mejorar la adecuación entre la autoridad y la responsabilidad es de insistir en que las decisiones tomadas por motivos políticos se pagan a través de un fondo separado. Con la creación de dos reservas financieras - un fondo, bajo el control administrativo de la Junta de Supervisión para la gestión de riesgos comerciales y de otra, controlada por el gobierno, para responder a sus decisiones políticas - Estonia ha hecho esta división de la autoridad y la responsabilidad muy explícita. En Chile y los Países Bajos, los aseguradores privados tienen un alcance mucho más amplio para la toma de decisiones (y la cara el consiguiente riesgo de quiebra), con la responsabilidad de estructurar la competencia deja en manos de organismos públicos de regulación.

Los países que son la creación o la reforma de los seguros obligatorios de salud pueden utilizar estas experiencias para ver cómo las funciones y las responsabilidades se dividen y evaluar que la asignación del poder de decisión es probable que funcionar mejor para ellos. Si los ingresos son establecidos y controlados por el gobierno, luego de seguros de salud sólo se puede responder de la forma en que gastan su dinero. Si el gobierno también se reserva el derecho a establecer beneficios para el cuidado de la salud, a continuación, los aseguradores sólo pueden ser responsables de la eficiencia con que se administran los fondos y pagar. Siguiendo esta línea de razonamiento puede ayudar a los países en la asignación de autoridad para tomar decisiones a ser coherente con los recursos y las responsabilidades.

Más allá de estas tres categorías - propiedad, la representación de intereses, y las funciones y responsabilidades - países se han concentrado en torno a criterios comunes a una serie de cuestiones relativas a la rendición de cuentas, que incluyen: conflictos de interés, las autoridades de supervisión financiera, la supervisión de calidad de la atención de salud, la protección del consumidor, la información y la presentación de informes de auditoría.

Conflictos de intereses

En todos los casos analizados aquí, los conflictos de interés son una cuestión de preocupación, pero que todavía está en el proceso de que se trate. Los países que son la creación o la reforma de los seguros obligatorios de salud deben utilizar esta oportunidad como una manera de introducir medidas para abordar los conflictos de interés tan pronto como sea posible.

La forma más directa de evitar los conflictos de interés es excluir a la gente de los puestos de control - en las juntas, la gestión, o de los organismos reguladores - si tienen intereses personales o financieros que pueden ser afectadas por las decisiones de estos órganos. En muchos países y casos, las personas que reúnan las condiciones para servir al menos tener algunas posibles conflictos de intereses, o los conflictos de intereses que surgen en torno a cuestiones particulares o decisiones. Para estos casos, la transparencia es un instrumento fundamental para la mejora de las decisiones y limitar el daño. Miembros de la junta directiva y los gerentes deben ser obligados a informar los posibles conflictos de intereses, por ejemplo, revelar públicamente las financieras, a los contratos con las empresas farmacéuticas o de los fabricantes de equipos, asociaciones profesionales, y los regalos o beneficios que reciban de las partes interesadas. Los códigos de buen gobierno deben

ser explícitos acerca de cuando miembros de la junta directiva y los gerentes deben recusarse a sí mismos de las decisiones, y establecer mecanismos formales para la investigación de los conflictos de intereses y la determinación de las sanciones o medidas apropiadas cuando los conflictos se revelan. Al público de dicha información, es posible llevar a soportar la presión social y de mantener las juntas y los gerentes honestos. Cuando los miembros de la junta o de los administradores de ocultar la información que debería haber sido pública, una explícita umbral que se cruza puede servir como una razón objetiva para su eliminación.

Los códigos de buen gobierno de las empresas también se puede utilizar para promover una mayor integridad y mejor desempeño de los seguros obligatorios de salud, especialmente en los casos con varios fondos. Los códigos de buen gobierno de las empresas mucho más que abordar los conflictos de intereses, pero esta es una parte importante de su contenido. Tales códigos no son vinculantes, pero la experiencia ha demostrado que hacer una declaración explícita de la conducta corporativa adecuada puede establecer nuevas normas sociales, así como convertirse en normas para el cumplimiento de los contratos y reglamentos.

Las autoridades de supervisión financiera

Los aseguradores de salud son, fundamentalmente, las instituciones financieras y si no actúan de acuerdo a principios de buena gestión financiera, no pueden seguir siendo así de disolvente o de la función. Afortunadamente, los principios de buena gestión financiera son bien conocidas y de las formas apropiadas de las autoridades de supervisión financiera se han establecido en una amplia gama de países y contextos.

En los países con muchos aseguradores, las autoridades de supervisión financiera debe establecer las condiciones básicas para garantizar la solvencia. Esto generalmente incluye el establecimiento de requisitos mínimos de capital para entrar en el mercado y exigir a los aseguradores a mantener un nivel mínimo de reservas para cubrir los riesgos normales, la compra secundaria de seguro para cubrir los riesgos inusuales, e invertir en instrumentos financieros con niveles de riesgo aceptables. Además, a estas condiciones, las autoridades de supervisión financiera podrá exigir que las aseguradoras demostrar que dispone de controles internos adecuados, sujetos a auditoría externa, y proporcionar oportunamente los informes financieros a las autoridades reguladoras.

En los países con un único asegurador, la forma de supervisión financiera es diferente, pero sigue siendo necesario. Una adecuada base de capital, reservas suficientes, y las inversiones en instrumentos financieros adecuados, siguen siendo necesarias, pero como un único asegurador, el riesgo comercial de la competencia ya no es un problema. Más bien, las formas de gestionar los riesgos políticos sean más importantes. Por otra parte, las exigencias de información pueden adaptarse a la única caja de seguridad y una cadena de auditorías internas y externas que se pueden desarrollar para asegurar la oportuna identificación de los problemas financieros.

Calidad de la Atención de Salud supervisión

A diferencia de otras instituciones financieras, firmar contratos de seguros de salud que se comprometen a pagar por un servicio cuya

calidad no es fácilmente controlables o garantizados. Seguro de salud para ser eficaces, los beneficiarios deben ser capaces de llegar a los proveedores de atención médica de manera oportuna. Además, los proveedores de salud tienen que ser capaces de diagnosticar correctamente una enfermedad o lesión y tratarla adecuadamente, que requiere medicamentos, el equipo y el personal que estará disponible cuando se necesite.

En el caso de integrar la prestación, como la CCSS en Costa Rica, el asegurador directo tiene control administrativo sobre proveedores de servicios de salud y garantizar la atención de salud de buena calidad es equivalente a una buena gestión. La celebración de un planteamiento integrado proveedor responsable de la calidad de la asistencia sanitaria es a la vez más fácil - ya que el fondo no puede eludir sus responsabilidades - y más difícil -, porque el fondo es plenamente autónomo y resistente a las presiones exteriores.

En los casos en que el seguro es independiente de la prestación, el control de calidad de los cuidados de la salud tiene al menos dos dimensiones. La primera dimensión comprende la supervisión directa de los proveedores de salud. Este tipo de supervisión general, establece la concesión de licencias para los proveedores de atención médica y los servicios -, ya sea por la ley o por organizaciones no gubernamentales, los procesos de acreditación. La segunda dimensión consiste en la supervisión de los aseguradores de salud, que les exige demostrar que pueden cumplir con sus obligaciones contractuales por haber negociado contratos o establecido mecanismos de pago con un número suficiente de proveedores de servicios de salud en las regiones geográficas a que sirven. El reto para la supervisión de calidad de la atención de salud que enfrentan todos los países es ir más allá de los requisitos asociados a las cualificaciones estática o la calidad de los insumos directamente a la medición de la calidad de la atención que se ha prestado. Por ejemplo, profesionales de la medicina y los servicios pueden ser monitoreados para proporcionar una atención de salud adecuada - por ejemplo, el adecuado seguimiento de la atención a las personas con diabetes o enfermedades cardiovasculares, o la plena vacunación de los niños - como condición para la renovación de la concesión de licencias o la elegibilidad para el reembolso por los aseguradores.

Protección de los Consumidores

Los anteriores elementos son parte de la supervisión de la protección de los consumidores. Buena supervisión financiera reduce las posibilidades de que un consumidor de la aseguradora se quiebra en un momento en que los servicios que necesitan. Buena supervisión de la calidad de la atención de la salud aumenta la probabilidad de que un consumidor obtener los servicios que necesitan y cuando se lesiona o se enferma. Más allá de estos, los países han aplicado una serie de medidas para garantizar que los consumidores tengan una mejor comprensión de sus responsabilidades y de la cobertura de los seguros, seguros de que un buen servicio distinto de la atención médica (por ejemplo, la puntualidad y la exactitud de los pagos), y que los consumidores tengan medios para perseguir sus quejas, cuando todo lo demás falla.

La protección de los consumidores en general, requiere tanto medidas

directas formal y la participación activa de los independientes y los grupos no gubernamentales. Direct formal medidas podrán incluir los requisitos de que las aseguradoras establezcan procedimientos de reclamación y de los propios sujetos, en última instancia, en los tribunales de exámenes. Otras medidas incluyen la normalización directa de la forma en que la información se presenta en los contratos para ayudar a los consumidores a comparar los planes o para comprender mejor sus beneficios y primas. Medidas indirectas pueden implicar alentar la formación de asociaciones de protección de los consumidores, la celebración de conferencias en las que grupos de consumidores, las aseguradoras y los proveedores de cuidado de salud pueden intercambiar información, y solicitar aportaciones de los consumidores a la hora de la supervisión de aseguradores de rendimiento.

Información de la presentación de informes y auditoría

Un aspecto crítico de la gestión pública es garantizar el flujo de información útil sobre el desempeño de las autoridades que pueden hacer algo al respecto. Obligatoria de seguros de salud necesidad de sistemas de información de gestión interna para poder gestionar adecuadamente sus propios asuntos - lo que incluye la información sobre el flujo de caja, activos y pasivos, los clientes, los ingresos y los gastos, y el personal. En última instancia, la gestión debe estar en condiciones de vincular el proceso de información para la medición del desempeño. Por ejemplo, de Estonia "Balanced Scorecard", y de Costa Rica "Contratos de Gestión" son a la vez destinados a mejorar este enlace.

Además de la información necesaria para la gestión, todos los aseguradores de la salud han estudiado aquí unidades de auditoría interna - departamentos con la responsabilidad de asegurar que la información sobre la gestión se ha informado de forma adecuada, para identificar los actos ilícitos cuando se produce, y para evaluar el desempeño. Esas unidades de auditoría interna en general, informe a los responsables de la empresa. En el caso de la Seguridad Social para, al igual que el EHIF y de la CCSS, las unidades de auditoría interna trabajará en estrecha colaboración con el país nacional de la oficina de contralor, lo cual les da un grado de independencia de la gestión del fondo.

Auditoría externa es necesaria también por todos los países que se estudiaron aquí. En la mayoría de los casos, las juntas de supervisión contratar a una empresa privada para llevar a cabo la auditoría externa. Este es el caso de los seguros de enfermedad públicos, como los de Estonia y Costa Rica. Es también el caso de las sin fines de lucro o comerciales de seguros (por ejemplo, Isapres de Chile y la enfermedad de la gente de los Fondos y los Fondos de Contribuciones Voluntarias de los Países Bajos). En este último caso, se ha convertido en práctica habitual para contratar empresas de auditoría independientes y también rotarlos cada pocos años para evitar el desarrollo de las relaciones que ponen en peligro la firma de auditoría de la independencia.

Además de la información sobre la gestión y la auditoría, los aseguradores de salud que se pueda obligar a emitir una serie de informes de rendimiento y de hacer la información disponible para el público. Informes anuales a los órganos legislativos son necesarios en Costa Rica y Estonia. Pública se requieren informes anuales de las

entidades no lucrativas y los aseguradores comerciales en Chile y los Países Bajos. Cada vez más, las compañías de seguros están obligados a informar medidas de la ejecución que se refieren a aspectos no financieros de la actuación. El EHIF tiene la obligación de informar sobre una serie de indicadores relacionados con cinco áreas estratégicas: acceso a la atención, la calidad de la atención, la eficiencia en la administración de beneficios, la toma de conciencia entre los beneficiarios de sus derechos y responsabilidades, y la calidad de la gestión empresarial. En Costa Rica, también, las exigencias de información ahora ir más allá de la situación financiera de incluir indicadores de eficiencia operacional, la calidad de los servicios prestados por centros sanitarios, y el manejo adecuado de los datos. Aprobó los nuevos estatutos en 2005 en Chile, son explícitamente la definición de las condiciones de acceso a la atención médica, los tiempos de espera, la calidad y los reembolsos que se van a supervisar de manera regular a través de la presentación de informes a los nacionales del país de Salud Superintendancy.

Para ser eficaz, requiere informes y auditorías tienen por objeto recabar información que es útil para alguien y que se pueden tomar medidas al respecto. Información operacional está diseñado para dar a los administradores de datos para las decisiones cotidianas, mientras que las medidas de la ejecución podría ser diseñado para ser utilizado por los defensores de los consumidores o de los legisladores. Reunir demasiada información puede ser costoso y puede ocultar los datos que es realmente importante. Recopilación de muy poca información pueden obstaculizar los esfuerzos para celebrar los aseguradores responsables. Además, la notificación de información a una variedad de actores - gestores, miembros de la junta directiva, los organismos gubernamentales, grupos de consumidores - aumenta las posibilidades de que los actos ilícitos o malos resultados para que se detecte y se actúe en consecuencia.

La lista de temas - los conflictos de intereses, las autoridades de supervisión financiera, la supervisión de calidad de la atención de salud, la protección del consumidor, información y presentación de informes - representan los ámbitos de acuerdo entre los estudios de caso. Pero un número muy importante de preguntas siguen sin respuesta por los estudios de casos y requieren una reflexión seria para cualquier país que es la creación o la reforma de los aseguradores de salud obligatorio. Tres de estas preguntas son:

- ¿Cómo pueden los países garantizar la solvencia y los presupuestos equilibrados?
- ¿Cómo pueden los países garantizar la protección financiera para la población?
- ¿Cómo pueden los países promover la eficiencia y aumentar la productividad?

¿Cómo pueden los países garantizar la solvencia y presupuestos equilibrados?

Las autoridades de supervisión financiera, auditorías, y la supervisión no puede, por sí mismos, asegurar que los aseguradores de salud siguen siendo disolvente o equilibrar sus presupuestos. Además, tiene que haber consecuencias para la toma de decisiones que ponen en peligro la salud de los aseguradores condición financiera. Con múltiples aseguradores, la quiebra prevé la pena máxima para el gasto más allá de los ingresos debido a que los consumidores pueden ser reasignadas a

otros fondos competidores. Con una sola aseguradora, la aplicación de la bancarrota no es una opción viable para las políticas públicas y los enfoques alternativos para la aplicación de las limitaciones presupuestarias o de las necesidades de liquidez son necesarios. En esos casos, la disciplina o la capacidad de fuego y de los directores de los miembros de la junta puede ser la única herramienta disponible - y esto puede ser muy limitada por la separación de poderes. Otro problema surge cuando las decisiones clave - las tasas de contribución, los paquetes de beneficios, y el volumen de servicios - están determinadas por los procesos políticos que no están disciplinados por claras orientaciones presupuestarias e informado por precisos y fiables previsiones financieras.

Los aseguradores de la salud han estudiado aquí todos solvencia y mantenido el equilibrio presupuestario, pero las causas no son claras. Por ejemplo, de Estonia EHIF se ha desempeñado admirablemente, pero en un contexto de rápido crecimiento económico y un sistema político que es fiscalmente conservador. Sin estas características, se EHIF mecanismos de la gobernanza de ser lo suficientemente fuerte para garantizar la solvencia y presupuestos equilibrados? La misma pregunta se pueden plantear para cada uno de los países estudiados aquí. Cada país tiene que proponer los mecanismos de gestión que aumentan la probabilidad de solvencia y presupuestos equilibrados, pero en última instancia estas se asegura sólo por la dinámica del comportamiento real de los agentes políticos y económicos.

¿Cómo pueden los países garantizar la protección financiera para la población?

Todos los países estudiados aquí han logrado la cobertura universal de sus poblaciones con un relativamente amplio conjunto de los servicios de salud. Sin embargo, en muchos países de bajos y medianos ingresos, seguro médico obligatorio no se ha expandido más allá de un pequeño subconjunto de la población o sólo ofrece beneficios limitados. Por ejemplo, en la República Dominicana, el Instituto Dominicana de Seguro Social (IDSS) es responsable de asegurar los empleados del sector formal y llega a menos del 10% de la población. Tiene pocos incentivos para ampliar la cobertura más allá de este segmento relativamente privilegiados de la población. En Irán, la cobertura de seguro de salud es más amplio, pero afirma que el 90% de la población tiene seguro de salud son exagerados y la verdadera proporción se acerca más al 30%. Además, los servicios que están cubiertos son relativamente limitadas, co-pagos son altos, y los políticos se han sorprendido al descubrir que los afiliados a un seguro de salud pública todavía gastan sumas sustanciales de sus ingresos en desembolsos de su propio bolsillo los gastos médicos. Fuera de su bolsillo los gastos, en general, es de aproximadamente 53% en Irán (Drechsler y Jutting, 2005).

Los países que son la creación o la reforma de un seguro de salud obligatorio necesidad de examinar la estrategia para alcanzar la cobertura universal. ¿Van a crear fondos de seguros específicos para diferentes segmentos de la población y, a continuación, tratar de unificar las mismas, como ha ocurrido en los Países Bajos, Taiwán, y Corea del Sur? ¿O será que comiencen con la elegibilidad universal y hacer frente a los costos y las consecuencias de tratar de facilitar esa amplia cobertura? Estrategias para la vinculación de la ampliación de la cobertura de seguro de salud a una ampliación de los servicios de salud también tendrán que ser considerados.

¿Cómo pueden los países promover la eficiencia y aumentar la productividad?

Costos de la atención de la salud seguirá aumentando a medida que las poblaciones más ricas y convertido en la demanda más servicios, como la atención de la salud y la tecnología avanza y ofrece más servicios y productos. La introducción de un seguro de salud puede exacerbar los efectos del aumento de la demanda mediante el aumento de los precios (Gertler y Solon 2002) o el aumento de utilización (Fuchs 1974). Por otra parte, los aseguradores también pueden desempeñar un papel en la mejora de la eficacia y la productividad de la atención de la salud a través de los incentivos financieros que crean, sus negociaciones con los proveedores de atención de salud, alguno de los requisitos en la atención de la salud de calidad que se establezcan, y de la estructura de los beneficios que Que cubren.

Un bien gobernada seguro de salud tiene fuertes incentivos para aumentar su propia eficiencia (por ejemplo, reducción de los costes administrativos) y alentar a los proveedores de servicios de salud a ser más productivos. Cuando funcionan bien, los mecanismos de gestión de seguros de salud tienen la responsabilidad de su uso de los ingresos en términos de servicios prestados a los beneficiarios. Los beneficios de la mejora de la productividad puede ser utilizado para bajar las primas o aumentar el número y calidad de los servicios que se ofrecen. Por el contrario, mal rige los aseguradores de salud puede encontrar cualquier número de formas de evitar la difícil tarea de aumentar la productividad. Si están mal regulados, sin fines de lucro o comerciales pueden anunciar los fondos sólo para atraer a clientes de bajo riesgo, pueden escribir engañosa, los contratos que limitan la cobertura, o cancelar las políticas de los clientes cuando se enferman. Si están mal gobernados seguro de los fondos públicos, que pueden presionar al gobierno para subvencionar su déficit, aumentar las tasas de contribución, o escatiman en los pagos a los proveedores.

Ninguno de los enfoques de la gestión de los asuntos públicos de seguro médico obligatorio que aquí se presenta se garantiza que las aseguradoras se centran en la mejora de la eficiencia y la productividad. Sin embargo, cada país se ha interesado en aumentar la eficiencia y la productividad como parte de sus esfuerzos de reforma. Este es otro ámbito en el que los países o la reforma de la creación de un seguro de salud obligatorio tendrá que recurrir a otros países experiencias, reflexionar sobre sus propias condiciones, y experimentar con nuevos enfoques.

Lista de referencia

Drechsler D, Jütting J P. 2005. "Privada de seguros de salud en Baja y Media-Los países de ingresos: Ámbito de aplicación, limitaciones, y las respuestas de política." Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): París. De marzo.

Gertler, P, Solon O. 2002. "¿Quién se beneficia con el seguro social en los países de bajos ingresos? Prueba de Filipinas ". Universidad de California: Berkeley, CA.

Fuchs VR. 1974. ¿Quién vivirá? Salud, Ecomomics y Social Choice. Nueva

York: Basic Books, Inc

Conrado!
Wagstaff?
Hsiao