

Reflexiones sobre la organización del sistema sanitario

Resumen del informe CAE n° 103 (31/12/2012)

Informe de Gilles Saint-Paul

Sinopsis

Este informe privilegia dos aspectos:

- ¿Cuáles son las justificaciones económicas de la intervención del Estado en el sector sanitario?
- ¿Qué pensar de los sistemas vigentes de tarificación de los actos médicos, y cómo mejorarlos?

La primera interrogación nos remite a los argumentos habituales, en favor de la intervención pública. Pero, según el autor, conviene replantearse un determinado número de parámetros y de tópicos, y no solo debido a la compresión por la obligación presupuestaria con la crisis.

La tarificación por actividad (T2A), practicada en Francia, es un progreso, en comparación con el sistema anterior. Levanta, sin embargo, un cierto número de problemas. El informe subraya la dificultad de implementar un pseudo-mercado, en un contexto en el que los mecanismos competenciales de fijación de los precios han sido neutralizados, desde el punto de partida. ¿Cómo ponderar las consideraciones de eficiencia, en la asignación de los recursos y de justicia social? ¿Cómo conciliar redistribución e incitaciones? Por ello se solicita el debate sobre las franquicias, el co-pago (en francés "ticket modérateur" o parte que debe pagar el paciente)...

Christian de Boissieu

Ex-Presidente delegado del CAE

Profesor en la Universidad de París I-Panthéon-Sorbonne

En este informe, Gilles Saint-Paul presenta sus reflexiones, con respecto a la organización del sistema sanitario francés. Ofrece pistas de reforma, enfocando este sector de múltiples especificidades, con la mirada de un economista externo al ámbito sanitario. Tomando una distancia reivindicada, el autor analiza en particular dos puntos. Por un lado, el autor plantea la cuestión de conocer lo que puede justificar que el seguro, y parte de la oferta de los cuidados, sean públicos, y no privados. Por otro, el autor examina la tarificación por actividad (T2A). Ésta consiste en dotarse de precios por los actos médicos realizados en el hospital. Tiene por consecuencia incitar a los hospitales a alinear sus costes, con respecto a las tarifas impuestas. Pero la cuestión de la fijación de las tarifas se plantea de forma aguda. Por fin, el autor reafirma la pertinencia de las medidas que acentúan la internalización de los costes, por los diferentes actores (pacientes, médicos, mutuas). En particular, el autor recomienda que se adopte un sistema de franquicia/co-pago, con respecto a los ingresos del paciente.

La intervención pública en el sector sanitario

En primer lugar, Gilles Saint-Paul plantea la cuestión de la justificación del monopolio público del seguro de enfermedad. El autor recuerda que el mercado del seguro de los cuidados sanitarios no es, obviamente, un mercado como los demás, en particular debido a las asimetrías de información que lo caracterizan: riesgo moral y selección adversa.

Las justificaciones de la intervención pública en el mercado del seguro sanitario

El riesgo moral justifica la existencia del copago, porque, de lo contrario, nada podría limitar los gastos de los pacientes, cubiertos al 100%. En cuanto a la selección adversa, es capaz de conducir, de no ser a la desaparición pura y simplemente del mercado del seguro sanitario, por lo menos a minimizar los riesgos relevantes, debiendo abonar altas primas de seguro. Esta propiedad, bien conocida en economía de los seguros, y aplicada al reembolso de los cuidados sanitarios, impediría la redistribución horizontal entre sanos y enfermos, que es, sin embargo, uno de los primeros fundamentos del seguro de enfermedad.

El mercado de la sanidad es además incompleto, debido a que un determinado número de enfermedades o predisposiciones a enfermedades, siendo hereditarias, están presentes a partir del nacimiento, y no pueden pues, dar lugar a un seguro *ex ante*.

Además, el carácter obligatorio de la afiliación al seguro de enfermedad está basado, entre otros, en una posible "falta de vista de los agentes", que podrían no juzgar útil asegurarse contra un alto riesgo, pero cuya probabilidad de ocurrencia sería débil. El Estado enfunda entonces un papel paternalista, decidiendo, en lugar de los agentes, asegurarlos a todos.

Por fin, el autor examina las propiedades del seguro de enfermedad, como instrumento de redistribución en especie. Los motivos habituales encomiendan optar preferentemente por la redistribución, bajo la forma monetaria, a la redistribución en especie: la redistribución monetaria deja a los agentes la libre elección del uso de los importes recibidos; algo imposible si se proporciona un bien o servicio en particular. No obstante, el autor recuerda que argumentos más agudos que se desprenden del vínculo entre renta y solicitud de cuidados, pueden lograr matizar dicho propósito.

Las objeciones a dichas justificaciones

A cada uno de estos argumentos, el autor reacciona indicando que el suministro público del seguro de enfermedad es, en efecto, una forma de tenerlo en consideración, pero no necesariamente la única.

La existencia de franquicias se puede absolutamente contemplar, con un sistema de seguro sanitario privado. Además, la prohibición de proceder a la minimización, potencialmente causada por la selección adversa, se podría imponer a asegu-

dores privados, como el seguro de enfermedad público. Así mismo, los aseguradores privados podrían verse en la obligación de aceptar a todos los clientes, incluidos aquellos que sufren patologías heredadas o que hayan aparecido desde una edad temprana. En cuanto al paternalismo, el autor sugiere que una información sobre los riesgos, con una difusión suficiente, así como una alta sistemática, en el régimen de seguro, podrían resolver el problema de la falta de vista de los agentes.

Al final, el autor deduce que ninguno de los argumentos estudiados justifica en sí mismo que el suministro privado del seguro sanitario sea ineficaz. El seguro de enfermedad sufre, además, del sistema de seguros complementarios, que el autor desearía ver substituido por seguros suplementarios. Por cada bien sanitario, solo se vería afectado un asegurador único; lo que limitaría los problemas relacionados con la ausencia de coordinación entre aseguradores múltiples.

Análisis crítico de la T2A

En segundo lugar, el autor analiza detalladamente las implicaciones de la implementación de la T2A, en el mercado del suministro de cuidados. La T2A, que se aplica por el momento a los hospitales públicos y a algunas clínicas privadas con contrato concertado, consiste en la definición de una tabla de las distintas patologías, los GHM (groupes homogènes de malades - grupos relacionados con el diagnóstico), y de una tarifa de reembolso única, por cada GHM. El autor reconoce la mejora de la T2A, con respecto a las prácticas anteriores, que daban lugar al reembolso de los gastos de los hospitales, en base a sus únicos costes reales. No obstante, Gilles Saint-Paul considera que algunos puntos merecen ser debatidos:

- ¿Se fijan correctamente las tarifas?
- ¿Son realmente homogéneas las categorías de precios?
- ¿La señal que representa la tarifa, brinda realmente la oportunidad a las reasignaciones deseadas?

Definición de la tarifa equilibrio del mercado de los cuidados

A la vez que admite las particularidades del sector sanitario, Gilles Saint-Paul se propone, siguiendo el ejemplo del análisis microeconómico del equilibrio de mercado, estudiar las implicaciones de la T2A, como mecanismo que afecta la oferta y la demanda sanitaria.

La T2A representa un innegable primer paso hacia un reconocimiento de la importancia de una señal-precio, en el mercado del suministro de cuidados. No obstante, la tarifa es asimétrica, en el sentido en que no transmite, o mal, el valor otorgado por los consumidores, a los cuidados recibidos, y se limita a una señal-coste, con respecto a los productores.

En cuanto a la demanda, resulta en efecto difícil para las autoridades públicas medir el valor marginal otorgado por los pacientes a los cuidados que se les prodigan. Pueden recurrir a evaluaciones contingentes, de modo a cuantificar el valor del “bien sanitario”. Sin embargo, estos métodos concluyen en una valorización media, y no marginal, de los cuidados. Se da entonces la posibilidad que los poderes públicos sobrevaloren el valor de la sanidad, y propongan, en consecuencia tarifas demasiado elevadas. Éstas últimas, a su vez, incitarán los hospitales a incrementar su oferta, más de lo necesario. Dichas valoraciones tampoco son capaces de medir las externalidades positivas asociadas a los cuidados (entre ellas se encuentran, en primera línea, las vacunas) que contribuyen al valor social de la solicitud de cuidados. Una solución para inferir el valor de los cuidados, experimentado por los pacientes, sería implementar fenómenos de racionamiento por filas de espera. Se revalorizarían todavía más las tarifas de un GHM que la penuria asociada sería relativamente alta.

En cuanto a la oferta, la razón de ser de la T2A parece más clara: este sistema impone un reembolso uniforme, en base al coste medio, observado por sondeo en una muestra representativa de establecimientos sanitarios. La T2A incita pues los hospitales a incrementar su productividad, y a reasignar sus recursos para dicho efecto. Según la naturaleza y la estructura de los costes soportados por las firmas, las consecuencias de una tarifa administrada, igual al coste medio, serán diversas.

Si consideramos que los costes unitarios son constantes e independientes del volumen de producción, la tarifa de T2A forzaría los establecimientos menos productivos a reestructurar sus actividades, véase a cerrar. Si el coste unitario se incrementa con la escala de producción (dificultad de duplicar una misma actividad), la tarifa T2A podría tener consecuencias dramáticas, porque entonces los hospitales no recuperarían sus gastos. El caso contrario en el que el coste unitario disminuye con la producción (amortización de los costes fijos), da lugar, por su parte, de forma clásica, al monopolio natural. Por fin, cuando, en cada establecimiento existe un tamaño óptimo que minimiza el coste de producción, la implementación de la T2A tendría por efecto seleccionar los hospitales más rentables.

La cuestión del volumen de producción se plantearía entonces. Ya que nada puede garantizar que los establecimientos cuya actividad fuese rentable a la tarifa impuesta, ofreciesen la cantidad óptima de cuidados.

La T2A también es un poderoso instrumento de redespigüe de la oferta de los cuidados. Por ejemplo, algunos cuidados ambulatorios han observado un incremento en su tarifa, con respecto a la tarifa de los cuidados en hospitalización equivalentes. Estos ajustes de tarifas traducen la voluntad de los poderes públicos de desarrollar la medicina ambulatoria, para responder a una modificación de la demanda de cuidados. El autor se pregunta, no obstante, cómo, de forma operativa, las autoridades sanitarias podrían cuantificar el incremento de la tarifa, necesario para modificar los comportamientos en el sentido deseado, y durante cuánto tiempo se debería llevar a cabo esta deformación temporal de las tarifas.

Para garantizar el control presupuestario de los gastos sanitarios, las tarifas de la T2A se ajustarán de forma uniforme decreciente, en cuanto se supere el objetivo del ONDAM (Objetivo nacional de gastos del seguro de enfermedad). Sin embargo, la uniformidad de la reducción no ejerce ningún efecto incitativo sobre los comportamientos individuales: convendría reducir las tarifas de los profesionales que sobre-prescriben, y no aquellas del conjunto de los actores. Hoy por hoy, la estructuración T2A/ONDAM da lugar al problema del “pasajero clandestino”. El autor sugiere pues que convendría basar más la regulación de la actividad en las incitaciones individuales, aunque ya no se deba imponer un control global de los gastos, porque éste introduce una forma de sobredeterminación.

La cuestión de la homogeneidad de los GMH

La definición de los GHM plantea la espinosa cuestión del grado de precisión de la cartografía de las distintas patologías. En particular, éstas últimas se distinguen no solo por sus naturalezas propias (afecciones respiratorias, digestivas, etc.), sino también, en cuanto a una patología particular, por sus grados de gravedad. La uniformidad del reembolso, cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad, podría generar una forma de selección adversa. Las comparaciones internacionales sugieren, no obstante, que Francia ya ha elegido un nivel de detalle particularmente alto (más de 2.000 GHM, contra 1.200 en Alemania).

Además, la calidad de los cuidados presenta un determinado grado de heterogeneidad entre establecimientos sanitarios. Es posible que la implementación de una tarifa T2A única no conduzca

a una homogeneización de la calidad ofrecida, sino más bien a fenómenos de filas de espera diferenciadas: los establecimientos de alta calidad se verían sujetos al racionamiento, y el acceso a los demás hospitales sería más fácil. En cualquier caso, el vínculo entre la tarifa T2A y el nivel de calidad, considerado como aceptable, no es evidente y convendría enfocarlo con precaución.

La cuestión de los mecanismos de reasignación

La T2A está diseñada como una señal-precio, dirigida a los proveedores de cuidados. Esta señal debería, idóneamente, conducirles a adaptar su oferta, en función del nivel de sus costes de producción, con relación a las tarifas practicadas. Sin embargo, no es seguro que los personales sanitarios respondan sistemáticamente a dichas incitaciones. Para fomentar estas evoluciones, recientes medidas posibilitan la implementación de primas incentivo. Pero sus efectos todavía no se pueden percibir. Además, la lógica de la alineación de los costes de producción querría que algunos establecimientos cesaran sus actividades. Pero en la práctica, altas oposiciones atrasarían, véase impedirían, dichos cierres.

Algunas perspectivas de política económica

El sistema francés de seguro sanitario intenta hacer frente a dos obligaciones antagonistas: asegurar un acceso igualitario a los cuidados, por un lado, y frenar el incremento de los gastos, por otro. En este particular, la revalorización del co-pago, sugiere que una dosis de concienciación individual, aunque sea progresiva, debería tener virtudes, en términos presupuestarios, sin por fuerza generar efectos anti-redistributivos relevantes.

El autor es favorable a la implementación de un sistema de franquicia/tope, por ejemplo anuales, y cuyos importes podrían ser indexados en base a los ingresos de los asegurados. De esta forma, los poderes públicos elegirían la dosis de redistribución vertical, operada por el seguro de enfermedad.

Gilles Saint-Paul propone además una reforma ambiciosa, que consiste en la implementación de cuentas de salud individuales. Dichas cuentas estarían, inicialmente, acreditadas por un importe por determinar. Y, posteriormente, recurrir a los gastos sanitarios reduciría el saldo del que se dispone. Los asegurados nunca tendrían la obligación de financiar un saldo negativo. Pero podrían, sin embargo, solicitar la conversión de saldos excedentarios, que superasen un determinado umbral, en forma de pagos monetarios. Con una cuenta de salud de este

tipo, los esfuerzos de los asegurados en materia de prevención, diagnóstico, cuidados precoces, les permitirían conservar, o por lo menos recuperar tras un periodo determinado, un saldo positivo. Esto generaría incitaciones financieras para adoptar prácticas de este tipo. Al contrario, un sistema de tope anual de remanente a cargo, produciría menos incitaciones, para la moderación de los gastos y los comportamientos cautelosos. Porque el asegurado ya no estaría solicitado para la financiación de sus cuidados, una vez superado el tope.

Gilles Saint-Paul considera que las incitaciones también podrían ser acentuadas, por parte de los profesionales sanitarios. La T2A es un innegable primer paso, pero proporciona la señal precio, sin embargo sin brindar una “correa de transmisión” entre tarifa e incitaciones para la reasignación. Acelerar la implementación de procesos de incentivo, en los hospitales públicos, o fomentar el desarrollo de los establecimientos privados, tanto lucrativos como no lucrativos, permitiría superar dicho obstáculo. Con respecto a la consulta privada, la extensión de la T2A a dicho sector, parece ser lo adecuado. Conviene, sin embargo reconocer que las reorganizaciones causadas por la T2A pueden llegar a ser menos eficientes y más dolorosas para los consultorios de tamaño pequeño que para los grandes hospitales. La tendencia actual de reagrupación de los médicos liberales, en estructuras privadas de tamaño consecuente, deja sin embargo, pensar que la T2A, ganaría extendiéndose a la consulta privada.

Comentarios

Según **Franck von Lenep**, el argumentario del informe de Gilles Saint-Paul se basa esencialmente en el hecho que se recurre con demasiado poca frecuencia a la señal-precio, en la organización del sistema sanitario francés. Sin embargo, Franck von Lenep no está convencido de que un uso incrementado de la señal-precio siempre sea una buena opción.

Así mismo, en cuanto al comportamiento de los asegurados, Franck von Lenep duda de la pertinencia del riesgo moral ex ante. En cuanto al riesgo moral ex post, de existir – al reembolsar en totalidad los gastos sanitarios, la incitación a sobre consumir es innegable –, parece ser cuantitativamente débil. Además, incrementando la parte que paga el asegurado, se reducen todos los gastos, y no solo aquellos considerados como inútiles; lo que encomienda la mayor prudencia. Una reducción excesiva de los gastos sanitarios - incluidos aquellos dedicados a la prevención - puede además ser contraproducente.

Con respecto al comportamiento de aquellos que ofrecen cuidados, Franck von Lennep reconoce la agudeza del análisis de Gilles Saint-Paul, con respecto a las implicaciones de la T2A. Este planteamiento, sin embargo, se puede superar. Se puede ser más eficiente, tanto en la medicina de ciudad, como en el hospital (por ejemplo, en materia de prescripción de medicamentos). De modo que existe efectivamente la palanca de la tarifa: como en Alemania, las tarifas de T2A deberían ser decrecientes a escala del suministro de cuidados de un establecimiento, y no a escala nacional, como en el caso del ONDAM. No obstante, más allá de estas incitaciones mediante los precios, conviene rediseñar toda la organización del sistema de cuidados. La definición de “oferta de cuidados” y de las recomendaciones de buena práctica, así como una mejora de la coordinación, entre medicina hospitalaria y medicina de ciudad, son etapas esenciales, que también se beneficiarían mucho de ser tomadas en consideración.

Brigitte Dormont se une a Gilles Saint-Paul, en cuanto a la utilidad del análisis económico, a la clarificación de los objetivos del sistema sanitario francés, así como en la evaluación de sus resultados. Para Brigitte Dormont, el análisis económico de Gilles Saint-Paul se lleva tal vez, en determinadas ocasiones, hasta un nivel que lo haría difícilmente aplicable. Sin embargo, reconoce que, en este informe, aparecen verdades esenciales: la necesidad de separar los campos de intervención del seguro de enfermedad y de los seguros complementarios, la imposibilidad para la tarificación por actividad de responder simultáneamente a tres objetivos, así como lo difícil de tener en cuenta la calidad de los cuidados, en la definición de las tarifas T2A.

Brigitte Dormont lamenta sin embargo que este informe no haya presentado un balance del funcionamiento del sistema de cuidados, y no haya mostrado en qué la situación ha evolucionado, desde el anterior informe del CAE de Michel Mougeot.

Con respecto al funcionamiento del hospital, Brigitte Dormont recuerda que la tabla de la T2A es tan precisa, que el sistema se acerca considerablemente al de una tarificación por acto, que puede generar una demanda inducida. Además, se deberían considerar ambos tipos de gajes morales (con respecto a la oferta y a la demanda), y comparar sus efectos sobre la demanda de cuidados.

Brigitte Dormont se orienta posteriormente hacia la cuestión del seguro de enfermedad, al que dedica parte esencial de sus comentarios.

La cuestión principal no es el carácter público o privado del seguro de enfermedad, sino su estatuto (obligatorio u optativo), y el número de aseguradores (uno solo o varios en competencia). El argumento

paternalista, presentado por Gilles Saint-Paul, es obviamente pertinente, pero más allá de una concienciación imperfecta de los riesgos por los individuos, es un segundo motivo que justifica el carácter obligatorio del seguro de enfermedad: a posteriori, los cuidados vitales correrán necesariamente a cargo de la colectividad. No se puede concebir dejar a individuos que sufren graves afecciones, sin cuidados, debido al motivo que no hayan elegido asegurarse.

Como lo subraya Gilles Saint-Paul, la estructuración régimen obligatorio/seguros complementarios, es una particularidad francesa; además, los seguros optativos son suplementarios y reembolsan otros gastos que aquellos que corren a cargo del régimen obligatorio. La situación francesa es efectivamente fuente de ineficacia. Pero se debería profundizar el análisis. En primer lugar, para los individuos que no tienen acceso a un contrato colectivo de empresa, las primas son decrecientes. Pueden llegar a ser muy altas, para hogares más modestos, lo que les impide acceder a éstos. En segundo lugar, los seguros complementarios desvían la prohibición de basar sus tarifas en el estado de salud, ofreciendo una variedad de contratos diferentes. Segmentan el mercado, incitando cada categoría de riesgo a optar por el contrato que se le destina. Esto genera un deterioro de la mutualización de los riesgos, y primas altas, para algunos individuos. En tercer lugar, el hecho que la cobertura disminuya, mediante el régimen obligatorio, en algunas partidas presupuestarias (algunos medicamentos) está compensado por la mayoría de las mutuas, lo que revela ser contraproducente. En cuarto lugar, el resto a cargo puede llegar a ser muy alto, para una pequeña minoría de individuos, no obligatoriamente cubiertos por una complementaria o por un régimen de afecciones de larga duración.

La evolución del sistema de seguro de enfermedad es una exigencia, para Brigitte Dormont. Puede adoptar la forma de una regulación de los seguros complementarios, con prohibición de selección y compensación de los riesgos. Se puede concebir tanto un asegurador único, como una competencia regulada. También puede adoptar la forma de una protección sanitaria, caracterizada por un tope de remanente a cargo, en caso de gastos repetidos, pero financiado por una franquicia que se aplica a todos.

La obligación de seguro, reafirmada por Brigitte Dormont, debe afectar “una oferta de cuidados básicos”. La definición de esta “oferta”, y su evolución con el progreso técnico médico, se plantearán inevitablemente, lo que requerirá un arbitraje con respecto a otros gastos. Por fin, el sistema francés otorga, en la actualidad, más importancia a los criterios médico-económicos, en particular mediante QALYs que permiten medir los diferentes estados de salud de los individuos.