



“Seminario Anual de Cuentas Nacionales – CEPAL”
Santiago de Chile, 2 al 3 de diciembre 2015

Salud universal y el financiamiento de los sistemas de salud - el caso del Caribe

Eco. Claudia Pescetto
Asesora, Financiamiento y Economía de la Salud
(OPS/OMS)



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Salud universal
Acceso y cobertura para todos

CONTENIDO



1. **Contexto: Transformando los sistemas de salud hacia la salud universal**
2. **Financiamiento y salud universal en LAC: que sabemos?**
3. **Financiamiento y Salud Universal en el Caribe**
4. **Por que cuentas de salud?**
5. **Reflexiones finales**

1. CONTEXTO:

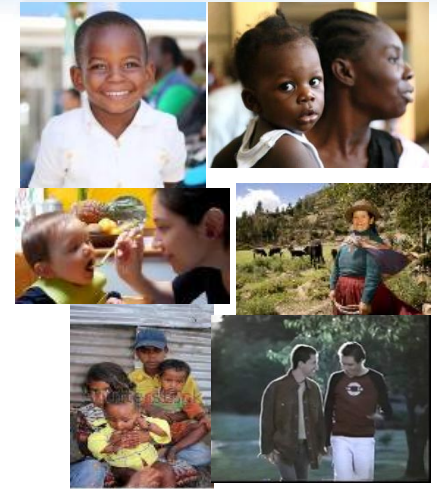
Transformando los sistemas de salud hacia la salud universal

Desafíos de los sistemas de salud

- Barreras de acceso y grupos excluidos.
- Cambios en las necesidades de salud.
- Modelos de atención ineficientes, con un primer nivel de atención de escasa capacidad resolutoria.
- Segmentación y fragmentación en los sistemas y servicios de salud.
- Déficit y/o ineficiencias del financiamiento, insuficiente protección financiera en salud.
- Débil gobernanza y baja capacidad de rectoría de la Autoridad de Salud.
- Baja participación social y acción intersectorial.
- En consecuencia, resultados de salud indeseables y/o inaceptables y retos para la sostenibilidad de los sistemas.

Resolución CD53.R14 – Define: acceso universal a la salud y cobertura universal de salud

Implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a **servicios integrales de salud**, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a **dificultades financieras**.



Requieren la definición e implementación de **políticas y acciones con un enfoque multisectorial** para abordar los **determinantes sociales de la salud** y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

Valores

- ✓ **Derecho a la salud**
- ✓ **Equidad**
- ✓ **Solidaridad**

Cuatro líneas estratégicas, simultáneas e interdependientes

El compromiso con la salud universal requiere la transformación de los sistemas de salud y adoptar acciones alrededor de 4 líneas estratégicas.



Financiamiento y salud universal (LE3)

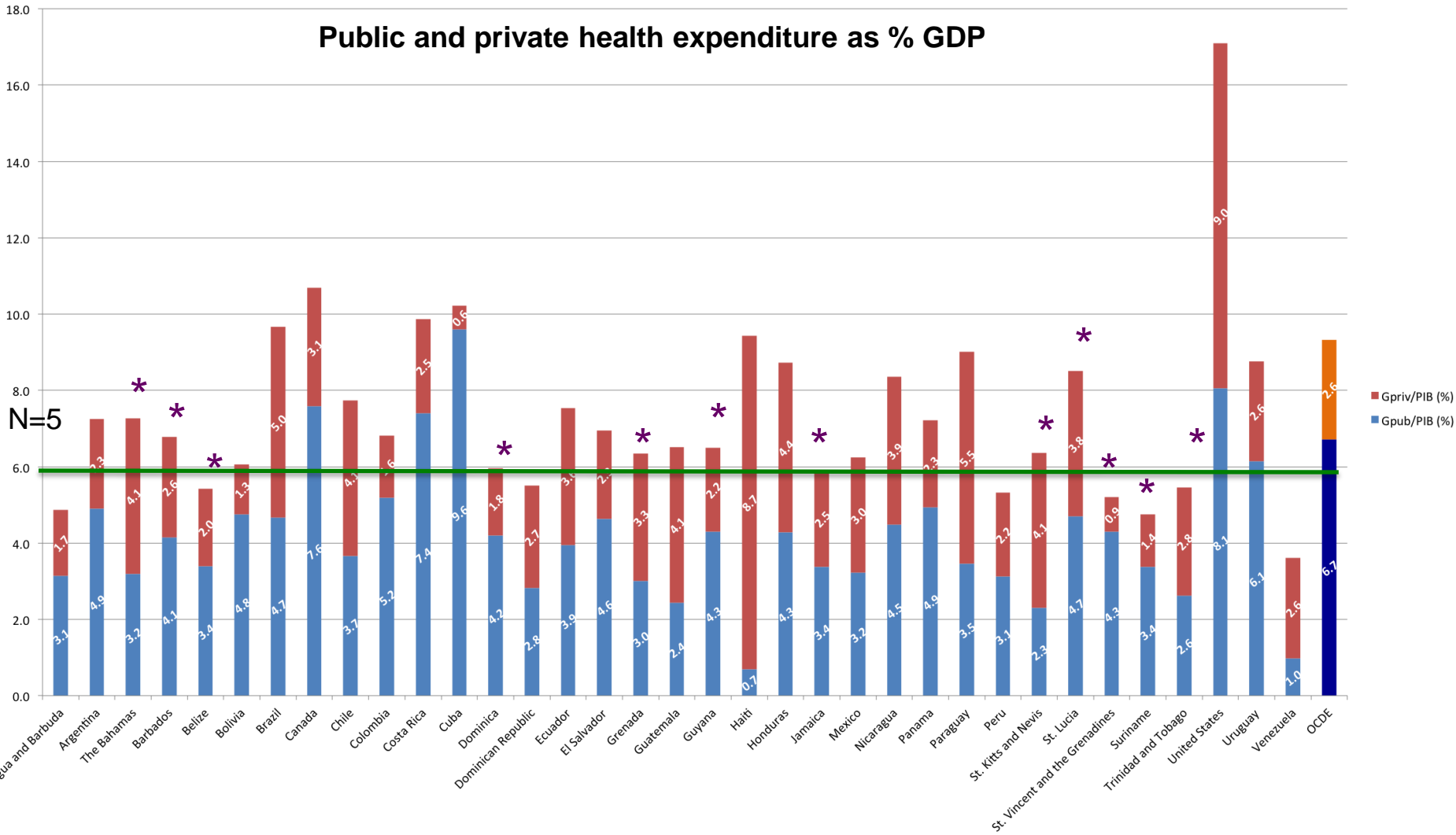
- Aumentar el financiamiento público en salud (6% del PIB es una referencia útil).
- Dirigir los recursos, prioritariamente al primer nivel de atención.
 - ✓ Adecuada asignación de recursos orientada a aumentar la equidad
- Mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud:
 - ✓ mecanismos de compra transparentes y consolidados.
 - ✓ cambios en el modelo de atención priorizando la promoción y la prevención, calidad de los servicios.
- Avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios.



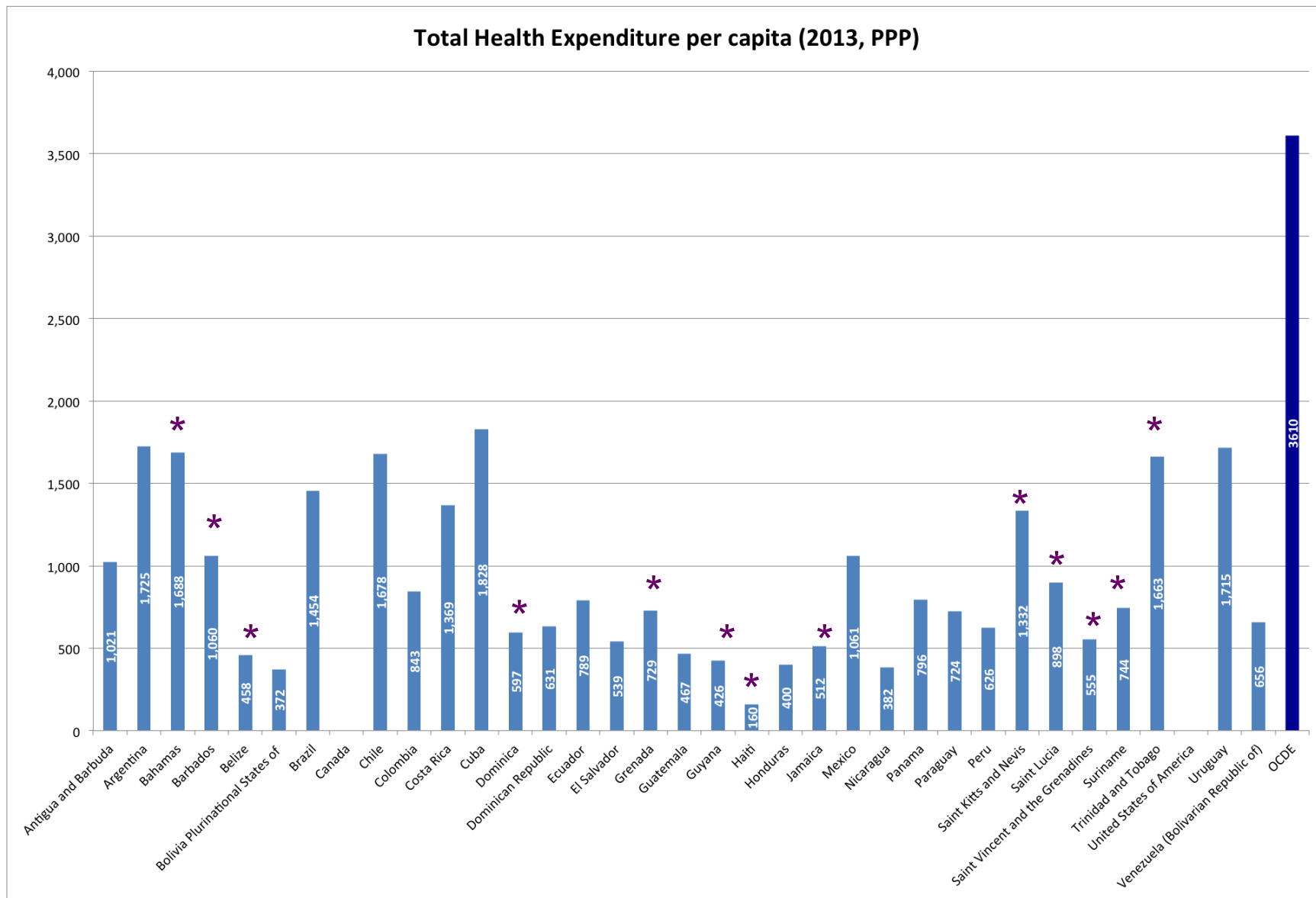
2. FINANCIAMIENTO Y SALUD UNIVERSAL EN LAC: que sabemos?

Inversión en salud: LAC

Public and private health expenditure as % GDP



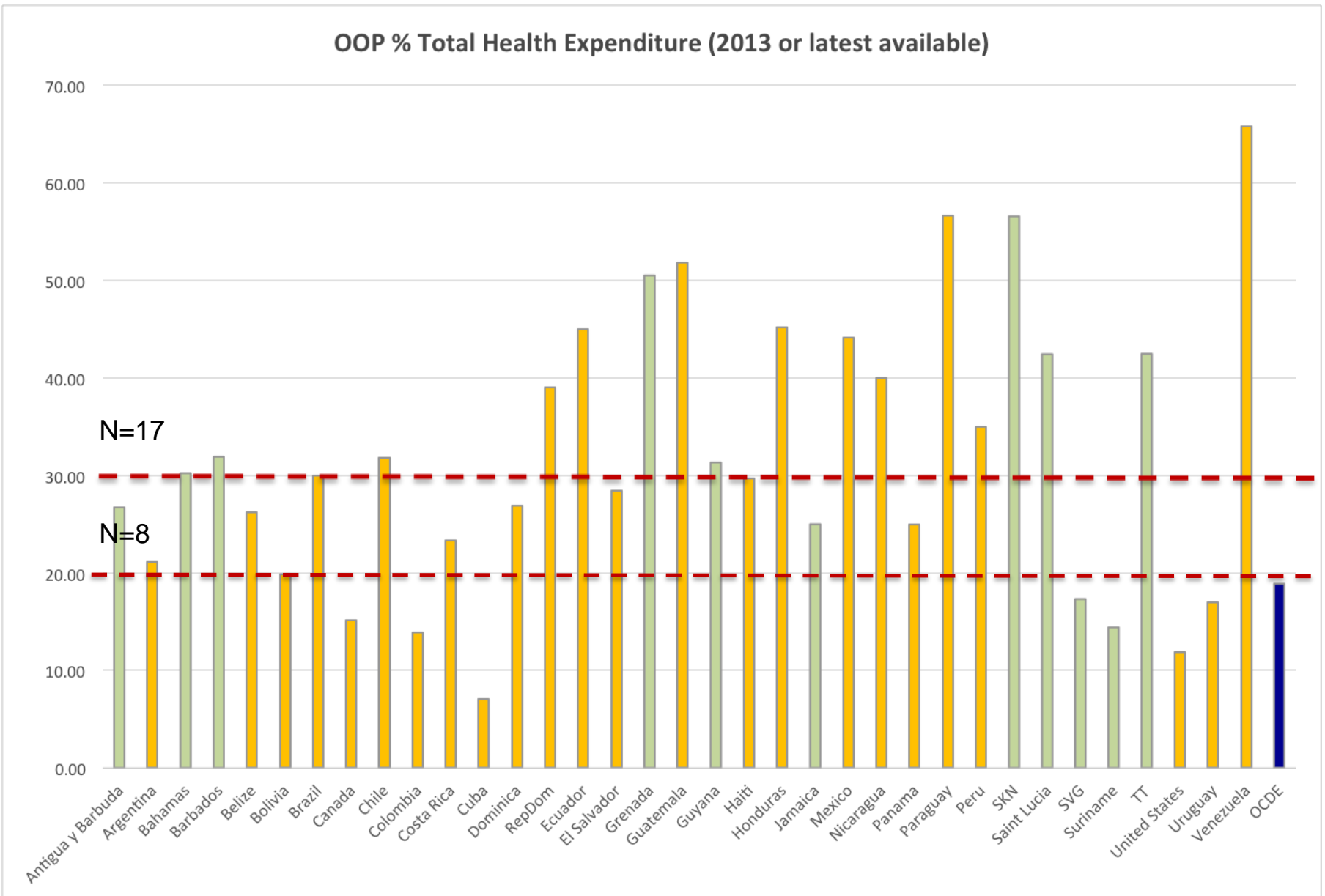
Inversión en salud: LAC



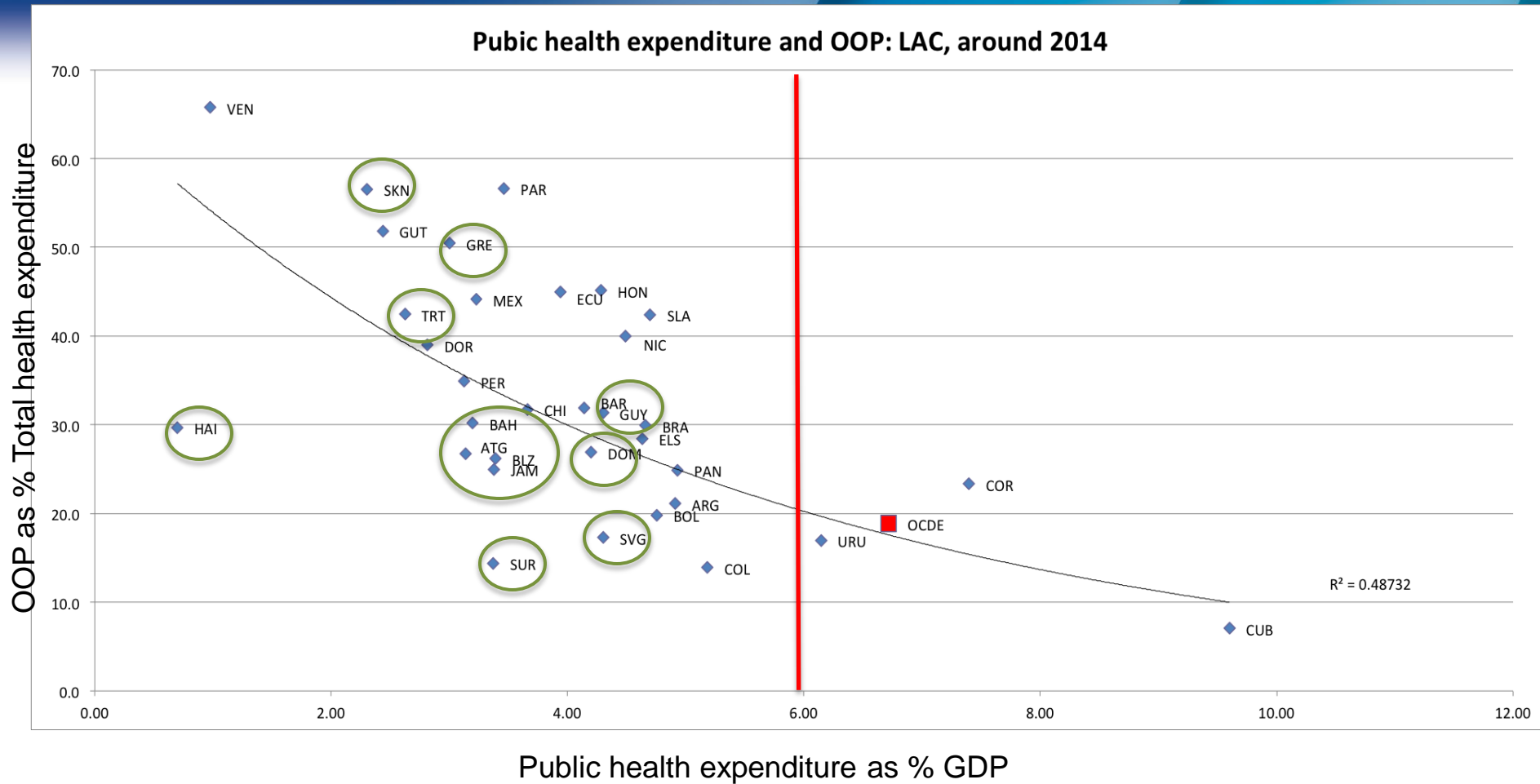
Source: WHO Global Health Expenditure Database (visited on Oct 2015, data 2013)

Protección financiera: LAC

OOP % Total Health Expenditure (2013 or latest available)



Inversión en salud y Protección financiera: LAC



3. FINANCIAMIENTO y salud universal en el Caribe: que sabemos?

The universal health challenge in the Caribbean

- Caribbean countries face specific challenges to the sustainability of health financing and the performance of the countries' health systems:
 - The high income level conundrum: Limited fiscal space as a consequence of high debt levels and limited access to external funding
 - Increasing burden of NCDs and weak response capacity of the first level of care (prevention and promotion interventions)
 - Value for money?: Concentration of investments in hospitals and mounting referrals to overseas care that impact on higher health costs
 - Continuous exposure to natural disasters and high vulnerability to global economic fluctuations.

Mortality distribution by groups and subgroups of causes of deaths

Proportion of total death (%)

- Group of causes of death
- Noncommunicable diseases
 - Communicable, maternal, perinatal and nutritional
 - Injuries
 - Ill-defined causes

Groups of causes of death

Slide or select Year

< 1995 ▾ >

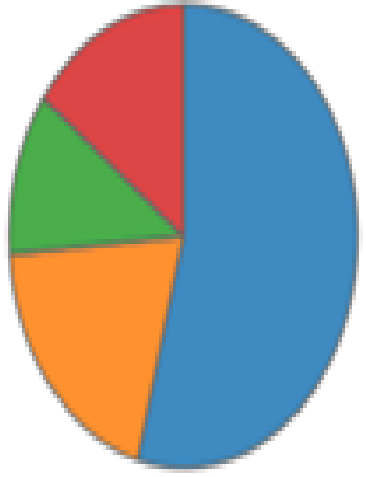
Select income groups

(All) ▾

Not defined: Economies not classified by World Bank. It includes: Anguilla; Monserrat; Turks & Caicos Islands; and Virgin Island (UK)

Regions

Non-Latin Caribbean ▾



NCD – 54%
 Injuries – 11%
 Cardio – 52%

Communicable – 20%
 Other – 15%
 Cancer – 15%

Groups of causes of death

Slide or select Year

< 2010 ▾ >

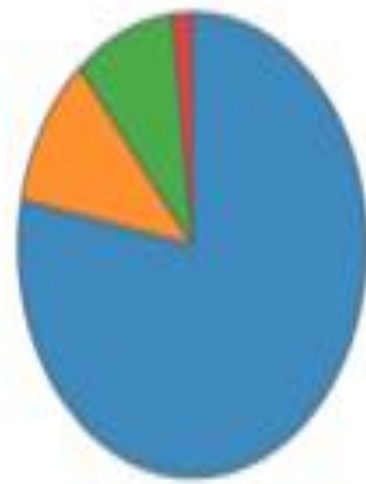
Select income groups

(All) ▾

Not defined: Economies not classified by World Bank. It includes: Anguilla; Monserrat; Turks & Caicos Islands; and Virgin Island (UK)

Regions

Non-Latin Caribbean ▾



NCD – 74%
 Injuries – 10%
 Cardio – 36%

Communicable – 14%
 Other – 2%
 Cancer – 17%

Health services provision in the Caribbean

- Health Services are provided by a mix of Public & Private facilities
 - 🏢 Public sector - dominant in public health, inpatient services, research/training
 - 🏢 Private sector - dominant in ambulatory care, drugs & diagnostics and overseas care for critical and complex cases
- Patients use both facilities with noticeable tiers:
 - more low income groups - at public facilities;
 - middle and high income groups - at private facilities;
 - very high income and insured persons - at overseas facilities.
- Specialized services are provided overseas and publicly financed

Caribbean Health Financing systems

Govt Tax/Budget (>60%)	SHI (>60%)	Mixed - Govt/SHI
Anguilla*	Bermuda*	Antigua
Barbados	Cayman Is*	Bahamas
Belize	Turks & Caicos Is*	Haiti
Dominica	Aruba*	Jamaica
Grenada	Bonaire-Saba-Statia*	Surinam
Guyana	Curacao*	Trinidad
Montserrat*	St Maarten*	Virgin Is. (UK)*
St Kitts		
St Lucia		
St Vincent		
* Data from country papers at Caribbean Health Financing Conference		

...and an important presence of private insurance, driving OOP.

Providing & financing health services in the Caribbean

Services	Provision/Agencies	Financing
Public health	Public	Taxes/budget
Ambulatory care (GPs, Specialists)	Public, Private	OOP; taxes-budget, insurance, NGOs
Inpatient Care	Public, Private	Taxes-budget, OOP, insurance, grants
Drugs & Diagnostics	Public, Private	OOP, insurance, taxes-budget, NHF
Overseas care	Public, Private	Insurance, OOP, taxes-budget, grants
Training-Research	Public, Private	Taxes-budget, OOP, grants

NOTE: All countries have a high level of OOP payments (avg over 25%)

Source: Barret, R. Presented at 10th Caribbean Conference on Health Financing Initiatives, 2015

Caribbean initiatives to improve health services

Examples of initiatives taken to expand and improve access, coverage and service provision of national health systems

Antigua & Barbuda	Medical Benefits Scheme	1972	Medical care - contributors
Barbados	Barbados Drug Scheme	1980	Specific drugs; conditions - citizens
Aruba	AZV [Social Health Insurance]		Specific drugs; conditions - contributors
Curacao	National Health Plan	1994	Specific drugs; conditions - contributors
Sint Maarten	AZV [Social Health Insurance]		Specific drugs; conditions - contributors
Jamaica	Jamaica Drugs for the Elderly Programme National Health Fund	1996 2003 2008 2015	Specific drugs; conditions – residents NHF: drugs subsidies scheme Removal of user fees PHC renewal law approved
Belize	National Health Insurance	2001	Specific drugs; conditions - contributors
Trinidad & Tobago	Chronic Disease Assistance Programme	2004	Specific drugs; conditions - residents
St. Lucia	Universal Health Care	2005	Medical care - residents
Bahamas	National Prescription Drug Plan National Health Insurance	2010 2016	Specific drugs; conditions – contributors Coverage expansion
Turks & Caicos	National Health Insurance	2010	Specific drugs; conditions – contributors

Health FINANCING PATTERNS in the Caribbean

Caribbean Total Health Expenditure (THE) (WHO/WB/Other..2014 database)

- Average THE = 6% GDP
- Average per capita expenditure = US\$600
- Public spending – up to 66% through taxes/budget funds and compulsory SHI in some countries
- Private spending – typically 32% of THE thru direct payments, private insurance and NGOs
- High OOP - average 75% of private spending; 25% of THE
- Low external support - <2% (except Haiti)
- High spending levels on overseas care

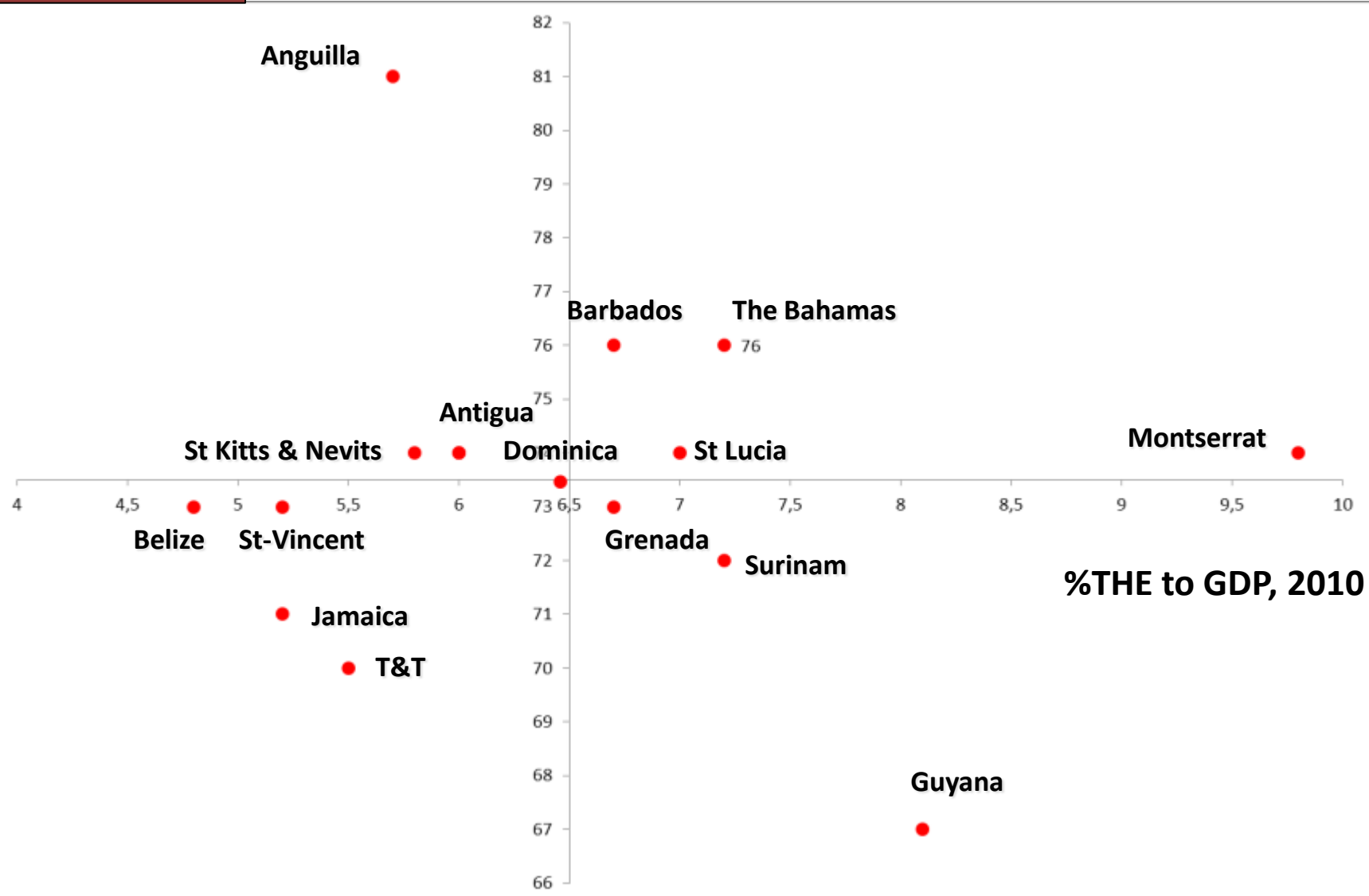


Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

Life expectancy 2010



4. POR QUE cuentas de salud?

Institucionalización de la producción de cuentas de salud – proyecto OMS/OPS

- ✓ **Lo que sabemos no es suficiente. Falta de metodología estandarizada. Datos no son estrictamente comparables**
- ✓ **El SCS 2011 ofrece una opción metodológica que se adecua al lenguaje del sector. Se encuentra mas cerca a una cuenta satélite (SNA2008)**
- ✓ **Meta: construir capacidad en los países**
 - Lograr que los datos sobre el financiamiento de la salud, se encuentren disponibles;
 - ...sean entendibles por los tomadores de decisiones;
 - ...se produzcan en el país y de manera rutinaria;
 - ...se tengan en el momento oportuno;
 - ...se use una metodología estándar;
 - ...se actualicen los datos de CdS previos (series consistentes);
 - ...arrojen resultados que se usen en la formulación de políticas y en el monitoreo (indicadores clave).

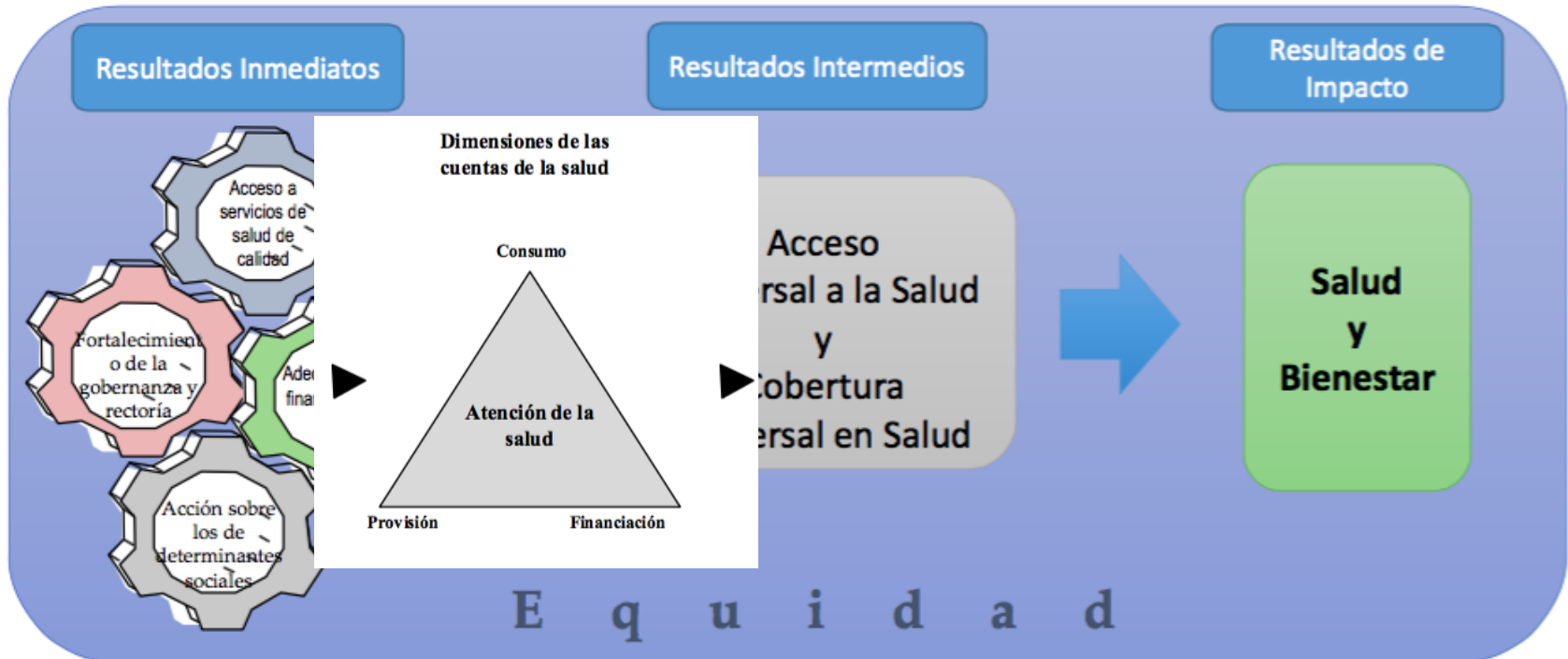
Importancia de producir cuentas de salud

- Contribuir a monitorear el **avance hacia la salud universal**
 - Identificar el **nivel adecuado de gasto en salud y su evolución**: los cambios de los niveles de gasto no se correlacionan con los cambios en los resultados de salud
 - Ofrecer alternativas para incrementar la **protección financiera** y mejorar la **eficiencia** a través de cambios en la composición del gasto y en la recaudación de recursos
- Establecer puntos de referencia para las comparaciones, cambios y tendencias del gasto: modular servicios (incrementar/disminuir), reasignar recursos, identificar necesidades de recursos.
- Monitorear las **4 E: equidad, eficacia, eficiencia y empoderamiento** vinculando los recursos utilizados con los procesos y resultados de salud según niveles de gasto; la accesibilidad a los servicios de salud; la mejora de los mecanismos de financiación y protección financiera; la asignación de recursos entre los diferentes niveles de atención; la evaluación y seguimiento de la inversión en salud.

Transformando los sistemas: hacia la SU

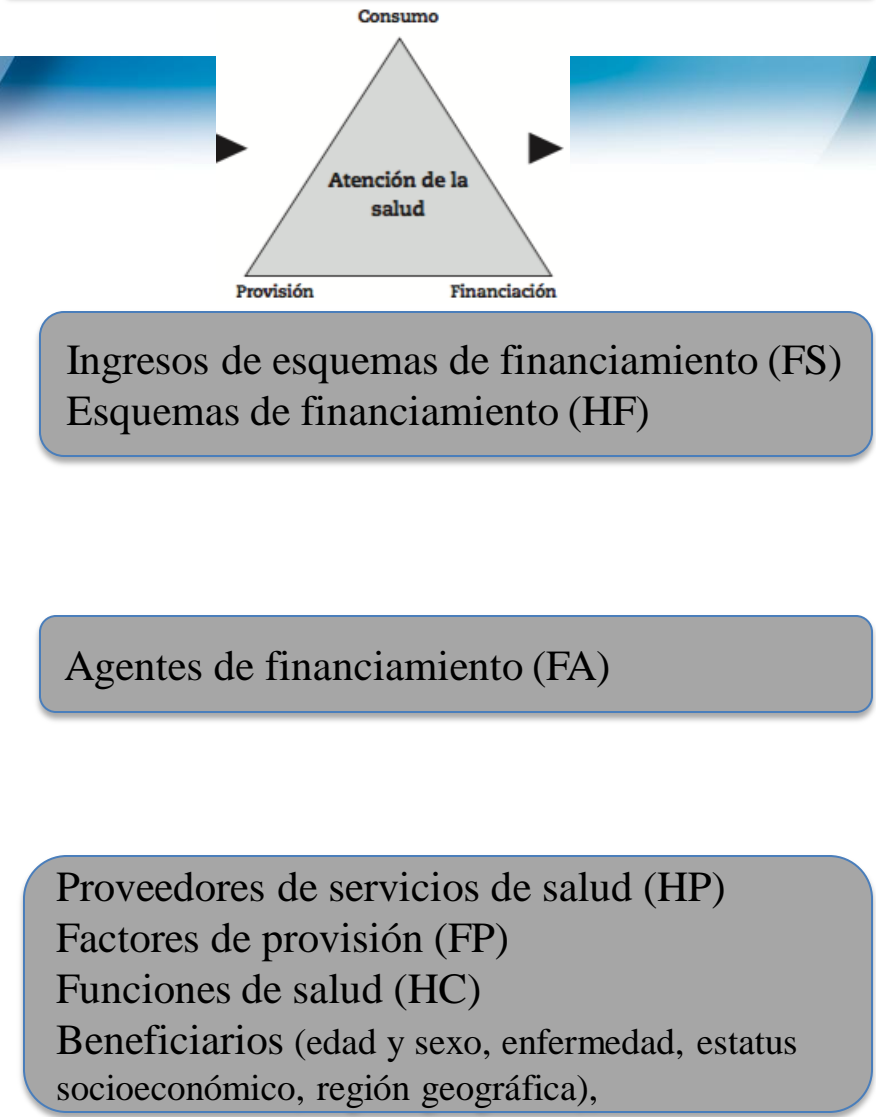
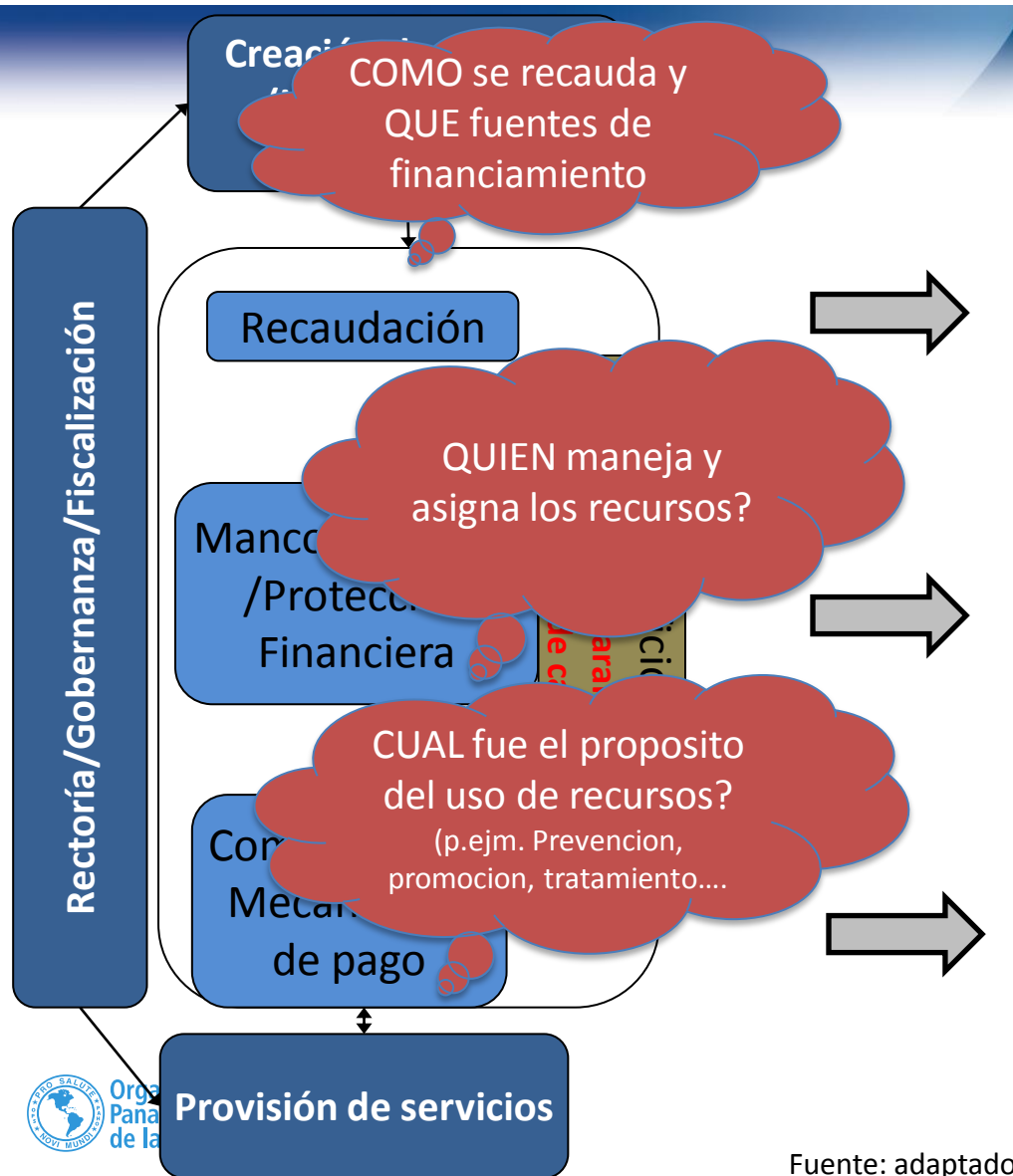
Marco para el Monitoreo de la Salud Universal

Contexto



Financiamiento de la Salud

Clasificaciones del SCS 2011



Fuente: adaptado de OMS, 2014 y SCS 2011

Retos a la producción de cuentas de salud en el Caribe (y en LA)

- Voluntad política: Falta de mandato y liderazgo del MdS; fondos insuficientes; recurso humano insuficiente (“*understaffing*”)
- Desconocimiento de su utilidad para informar la toma de decisiones: motivado mas por parte de donantes que por las autoridades nacionales (falta de apropiación)
- Poca familiaridad con las metodologías en los equipos de trabajo
- Insuficiente o inexistente coordinación con otras instituciones productoras de información
- Sistemas estadísticos y de información de salud débil, con baja estandarización, poco acceso a datos del sector privado, datos de baja calidad, metadatos se pierden entre las rondas de estimaciones (contactos, fuentes consultadas y métodos de estimación).
- ...Pero aquellos países que han decidido avanzar hacia la salud universal vienen demostrando un creciente interés y tomando acción.

Experiencias en el Caribe

- Son muy pocos los países que producen estadísticas de gasto y financiamiento con una metodología estandarizada.
- Algunas experiencias:
 - Barbados: utilizó una versión ad-hoc de CSS y luego produjo SCS2011 con apoyo de USAID.
 - Haiti y St. Vincent & the Grenadines: SHA2011 con el apoyo de Abt Associates (USAID)
- Proyecto institucionalización de producción SCS2011: apoyo a Surinam y Guyana, en proceso. Aruba y Curacao han hecho avances y requerido apoyo tecnico.
- **Convenio OPS/UWI institucionalización SCS2011:** apoyo a Grenada (nov 2015), y próximamente St Lucia, Trinidad & Tobago y Barbados

5. REFLEXIONES FINALES

Algunas reflexiones finales

- La información *per-se* no es un fin. Requiere capacidad de análisis para transformarla en decisiones relevantes y resultados positivos.
- La producción continua de estadísticas de gasto y financiamiento en salud es clave para el monitoreo de la transformación de los sistemas de salud hacia salud universal y la toma de decisiones hacia ello.
- Resulta indispensable la construcción y reforzamiento de capacidades a nivel de país, así como sistemas estadísticos sólidos y confiables.
- Meta: búsqueda de la eficiencia en la toma de decisiones (prima construcción de puentes y puntos de encuentro).
- El proyecto OMS/OPS de institucionalización de la producción de cuentas de salud viene mostrando avances en la Región y en particular en el Caribe.



Retos pendientes

- Objetivo:

Medición del avance hacia la salud universal, desde el financiamiento.

- Metodológicos:

- Avanzar en incorporar las recomendaciones del SCN 2008 (SCS 2011 = SNA): determinación de lista de bs y ss específicos y cuadros adicionales.

- Operativos:

- Avanzar en incorporar las recomendaciones del SCN 2008 (SCS 2011 = SNA): determinación de lista de bs y ss específicos y cuadros adicionales.
- Cómo asegurar la producción continua de estadísticas de gasto y financiamiento en salud (fortalecimiento de capacidades institucionales, sist. estadísticos y de información confiables).
- Coordinación con otras instituciones que producen estadísticas y datos (Inst. de Estadística, Bancos Centrales, etc)
- Profundizar en el análisis y utilización de los indicadores resultantes (difusión amplia de resultados).



Muchas gracias!