

Mobilización de ingresos nacionales para la salud

Conferencia de ICGFM

17 de mayo de 2018

Annie Baldrige

Darrell Freund

John Yates



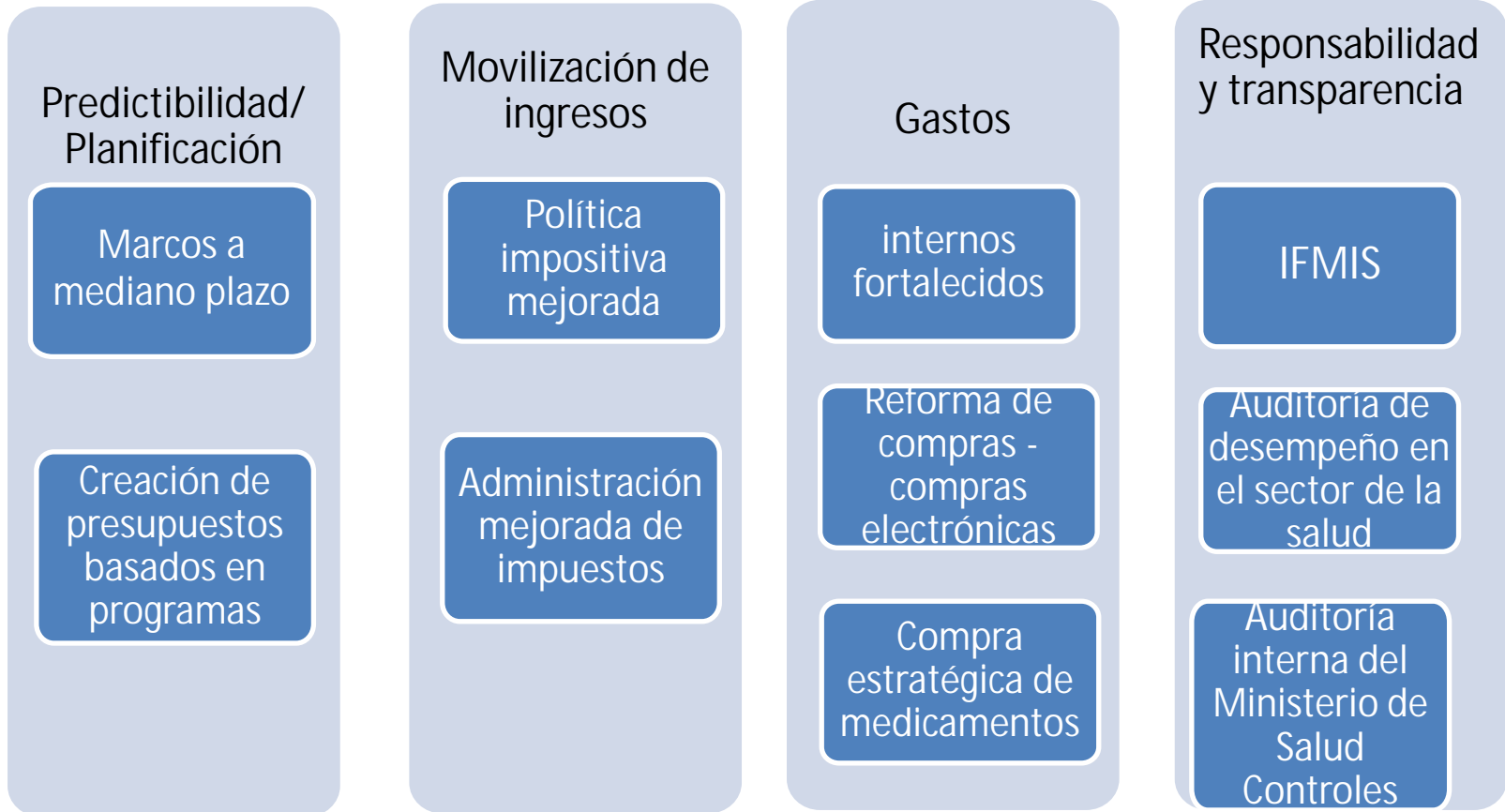
¿Qué es DRM para la salud?



¿Qué es DRM para la salud?

- § USAID define el DRM como “el proceso por el cual los países **recaudan y gastan sus propios fondos** para atender a su población. Es la ruta a largo plazo hacia las finanzas de desarrollo sostenible. El DRM no solo proporciona a los gobiernos los **fondos necesarios para aliviar la pobreza y prestar servicios públicos**, pero también es un paso esencial en la ruta para **salir de la dependencia de la ayuda**”.
- § Con frecuencia los donantes tienen una visión más amplia de DRM **que incluye el lado de los gastos** y reconocen la función que el uso **eficiente y efectivo** de los fondos tiene en la **sostenibilidad general y la autosuficiencia**.
- § El FMI define PFM para la salud como: “La traducción de la política del gobierno **en un presupuesto sostenible y objetivos de políticas**, y la implementación del presupuesto de forma tal que **respalde la prestación de servicios**, incluida la salud (desde la planificación nacional y sectorial hasta la creación de presupuestos basados en programas).”

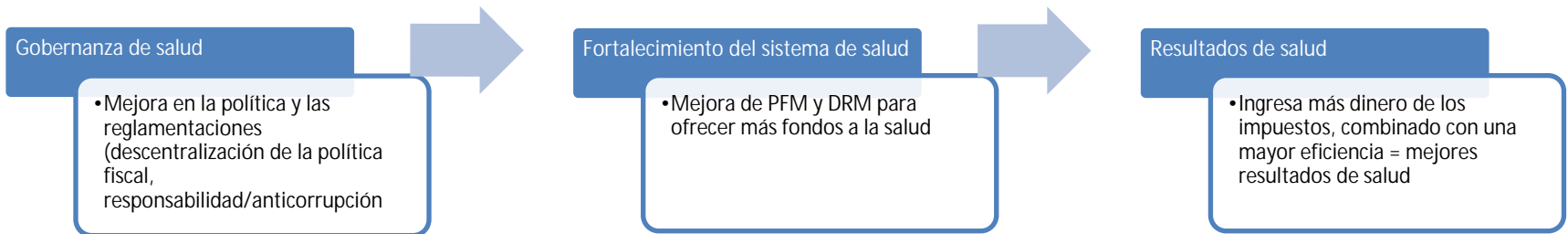
Fases e intervenciones



Enfoques al DRM/PFM para la salud

- § **Descendente:** Gabinete, finanzas, salud, planificación macrofiscal, desarrollo de políticas de atención médica
 - Pública y administración fiscal
 - Planificación a mediano plazo
 - Consolidación de ICT - implementación del gobierno electrónico
- § **Ascendente:** Recopilación de datos a nivel del centro/paciente, descentralización fiscal, creación de presupuestos basados en programas
 - Desarrollo de KPI
 - Información del presupuesto
 - Activismo para la asignación del presupuesto/sobres
- § **Medición del impacto**
 - Utilización de indicadores *cualitativos* y *cuantitativos* como criterios de evaluación
 - Cómo afecta los resultados tangibles en salud

Relación de DRM con la salud



Relación de DRM/PFM con los resultados de salud



Trabajo actual de DRM - Evidencia

§ Custodia de la evidencia: Se examinó toda la evidencia de las intervenciones relacionadas con resultados de salud. Recopilamos evidencia de más de 40 estudios

Intervención	Hallazgo – efecto en los resultados de salud
Indicadores de salud	Correlación positiva: no favorecida debido a una menor flexibilidad
Marcos de gastos a mediano plazo	Revisiones mixtas: correlación positiva cuando se controlaron ciertos factores externos
Descentralización	Mixtas/negativas: sin cierta orientación central pueden afectar los resultados de salud
Compras electrónicas	Correlación positiva: reduce el precio de los medicamentos y equipos de salud
IFMIS	No hay estudios sobre el impacto sobre la salud
Creación de presupuestos basados en programas	Resultados mixtos: dependen de la etapa de desarrollo y la implementación

Trabajo actual - Evidencia

- § DAI trabaja en el proyecto de HFG para desarrollar un documento de política sobre cómo influenciar un aumento desproporcionado en los gastos de salud con mayores ingresos.
 - Esto podría utilizarse como guía para los programas de salud para encuadrar su pensamiento sobre las intervenciones de DRM.

Trabajo actual de DRM - Basado en proyectos



§ DRM para VIH:

- Se trabajó con las unidades estatales de en Nigeria para crear un caso para la asignación a la autoridad de coordinación de VIH . ejercicio de planificación del presupuesto y activismo

§ DRM para la preparación y respuesta frente a epidemias

- Se redactó una estrategia global de DRM para ayudar a las unidades nacionales de coordinación a determinar cómo enfocar la recaudación de dinero del gobierno para la preparación y respuesta frente a epidemias

Preguntas de discusión

- § ¿Cómo comenzamos a completar la evidencia sobre DRM y sus efectos en el sector de la salud? ¿Cómo enfocamos la atribución potencial en casos cuando el dinero de salud se utiliza en DRM?
- § ¿Cómo puede coordinarse mejor DRM con la programación de salud para lograr los objetivos mutuos?
 - Esto se podría aplicar también a otros sectores, como la educación.



Estudio de caso de DRM para la salud



Estudio de caso: Reformas de PFM en el sector de salud de Indonesia

- § El sector de salud en Indonesia se embarcó en dos importantes reformas de PFM desde 2013 hasta 2017.
 - Implementación de PBB y MTEF
 - Preparación para la cobertura universal de salud (Jaminan Semesta)
- § El Banco Mundial y AusAID fueron los principales entusiastas de las reformas.
- § Se aprobaron varias leyes en 2003 para implementar PBB y MTEF en todo el GOI, pero se logró muy poco progreso hasta 2013.
- § La transición a la cobertura internacional de atención médica se implementará en un período de cinco años, y garantizará que todos los habitantes de toda Indonesia (237,6 millones de acuerdo con el Censo de Indonesia de 2010) sean elegibles para la cobertura para 2019.

Desafíos para la implementación de *Jaminan Semesta*

- § Las comparaciones regionales entre los niveles de gastos de salud muestran que los niveles de gastos de Indonesia son inferiores a los de sus vecinos regionales con aproximadamente 1,2 por ciento del PBI y solo 2,5 por ciento del gasto total del gobierno asignado a los servicios de salud.
- § Indonesia tiene aproximadamente 70 000 doctores (50 000 médicos clínicos y 20 000 especialistas), y la relación de médico-paciente debería ser 1:2500. La aceptación respaldado de esta proporción aceptada internacionalmente significaría que Indonesia debería tener al menos 90 000 médicos.
- § La prestación de atención médica a todos los habitantes de Indonesia se complica además por el hecho de que el 64 por ciento de todos los médicos de Indonesia se concentran en Java.

Desafíos para la implementación de MTEF y PBB

- § Falta de voluntad/poder político en los niveles más altos del gobierno para implementar importantes reformas de PFM.
- § El Renstra (plan de desarrollo de 5 años) del Ministerio de Salud históricamente tuvo objetivos de KPI que:
 - Eran repetitivos y estaban enfocados en resultados administrativos (o de selección general) en lugar de objetivos que midieran la calidad o la cantidad en la provisión de servicios de atención médica;
 - No INTELIGENTE;
 - Más enfocado en la información;
 - Sin un costo preciso; y
 - No alineados con un MTEF.
- § Roles y responsabilidades poco claras entre el Ministerio de Finanzas y Bappenas (Ministerio de Planificación).
- § Control de calidad débil de MTEF (cálculos del futuro) y la formulación de KPI, costos y M&E.

¿Por qué MTEF?

RESPUESTA: Si los ministerios planifican a cuatro años, ¿por qué no piensan en las necesidades de recursos a mediano plazo?

- § MTEF se ha convertido en una estrategia común de numerosos gobiernos de todo el mundo para relacionar mejor los recursos con los resultados.
- § La extensión del plazo del presupuesto de un año a tres o cuatro años con frecuencia tiene el efecto de que los gobiernos se enfoquen más en los resultados.
- § MTEF alinea la planificación y la creación de presupuestos al garantizar que los compromisos fiscales por lograr prioridades de políticas y gastos promuevan una mejor creación del presupuesto.

Reorientación del presupuesto para priorizar la política

Enfoque tradicional de presupuesto de cumplimiento	Enfoque de presupuesto más relevante para la política
Los presupuestos se preparan anualmente con un riesgo de urgencias de fin de año por gastar, y sin tolerancia para compromisos futuros.	Los presupuestos se preparan en un MTEF con tolerancia para el traslado de los compromisos.
Los presupuestos se preparan gradualmente, típicamente con énfasis en las demandas ascendentes de los ministerios.	Los presupuestos se preparan con una dirección estratégica, proporcionando una contrapartida descendente a las demandas descendentes de MDA.
Los presupuestos se basan en elementos de línea de los gastos de forma tal que el control se enfoque en las entradas en lugar de enfocarse en las salidas y resultados.	Los presupuestos se orientan a las prioridades políticas, y los programas para cumplir con esas prioridades enfatizan las salidas y los resultados de las políticas.
La documentación y los informes del presupuesto están destinados al cumplimiento de la institución o agencia y los costos aprobados tienen poco énfasis en la política.	La documentación y los informes del presupuesto no están destinados solo al cumplimiento, sino a evaluar la eficiencia y efectividad para cumplir los objetivos de la política.

PBB o administración para obtener resultados

- § El Ministro de Salud de Indonesia decidió que la implementación de PBB era importante porque mide el presupuesto y el desempeño operativo del sector de salud en Indonesia.
- § Los cuatro componentes del PBB en Indonesia incluyen:
 1. Provisión de políticas relacionada con los costos de los programas;
 2. Programas, subprogramas y actividades de costos precisos;
 3. Medición del desempeño; y
 4. Responsabilidad para permitir dirigir a los administradores.

Algunos resultados de la implementación de PBB y MTEF en el Ministerio de Salud

- § Muchos objetivos de indicadores administrativos o burocráticos se convirtieron en indicadores para describir los resultados de actividades tales como investigación y desarrollo.
- § El número de objetivos de indicadores para Renstra de 2014 a 2019 se redujo a 121 (de 286 para Renstra de 2010 a 2014).
- § La calidad de las estimaciones futuras de MTEF mejoró en un 87% del año fiscal 2015 al año fiscal 2016.
- § Los costos de los 121 objetivos de indicadores para Renstra de 2014 a 2019 se calcularon con precisión.
- § Las reformas en el Ministerio de Salud sirvieron como piloto para las reformas de PBB y MTEF en otros ministerios.

Preguntas de discusión

1. ¿Cuáles fueron algunos de los desafíos que enfrentaron otros gobiernos al intentar alinear la planificación y la creación de presupuestos?
2. ¿Cuáles son elementos importantes para los sistemas de PFM para sostener PBB y MTEF?



Cobro de ingresos para atención médica



Cobro de ingresos para atención médica

¿Cómo se cobran los ingresos para atención médica?

- § Origen dedicado de fondos para los servicios de salud
 - Contribuciones sociales
 - Retenciones de salarios
- § Uso de fondos generales del presupuesto
 - Impuestos al presupuesto general
 - Ingresos no fiscales (para un contribuyente importante del presupuesto)
 - Autoevaluación y cumplimiento voluntario
 - Cobro y aplicación de impuestos
- § Una combinación de fondos dedicados y presupuestarios generales

Dos principales modelos de financiación de la atención médica por parte del gobierno:

1. El modelo Beveridge
2. El modelo Bismarck

Sin mencionar los pagos en efectivo.

Reforma para el cobro unificado de contribuciones sociales

Objetivo: Reducir los costos administrativos y de cumplimiento y aumentar el cobro de contribuciones sociales

Experiencia de:

Armenia
Bosnia y
Herzegovina
Macedonia

- § Una reforma realizada en numerosos países de Europa Central y Europa del Este.
- § De acuerdo con el modelo Bismarck, los fondos del seguro de salud, de pensión y de desempleo cobran deducciones de nómina conjuntamente de los empleadores y empleados.
- § La reforma se enfoca en los siguientes elementos principales:
 - 1) Unificación del registro para empleadores y empleados en un lugar: la autoridad fiscal.
 - 2) Procesamiento de los informes de contribución social en un lugar: la autoridad fiscal.
 - 3) Intercambio de datos con los fondos sociales para la provisión de beneficios sociales.
 - 4) Cambio en el cobro de los tres tipos de seguro social a la autoridad fiscal.
 - 5) Permitir a la autoridad fiscal utilizar las técnicas más fuertes de cobro obligatorio para las contribuciones sociales.

Lecciones aprendidas de la reforma

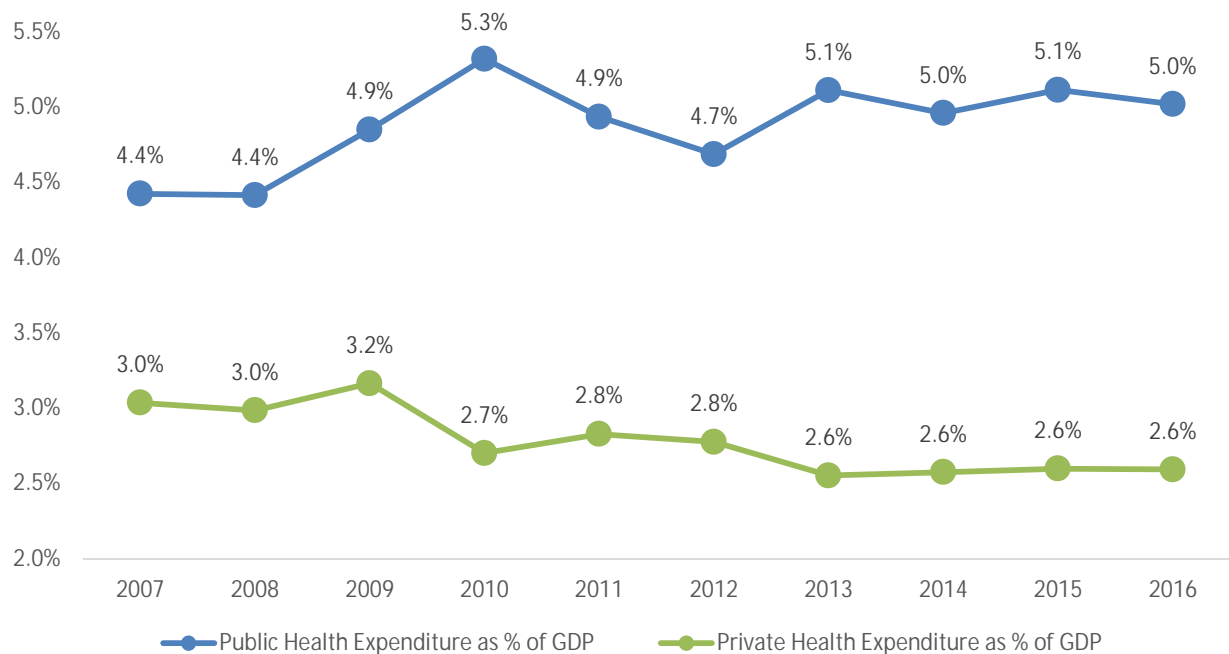
La reforma fue exitosa en numerosos países de Europa Central y Europa del Este (ex comunista) con lecciones aprendidas similares:

- § Los costos de cumplimiento del empleador se redujeron sustancialmente, conforme a lo esperado.
- § Los cobros aumentaron, lo que permitió reducir las tasas de las contribuciones, ya que los empleadores en el pasado solían pagar las contribuciones solo cuando los empleados necesitaban beneficios.
- § Incluso con un aumento en la eficiencia, la voluntad política por reducir los niveles de personal del gobierno era muy limitada.
- § La aplicación de los cobros de contribuciones sociales continuó siendo más débil de lo requerido.
- § El uso de procedimientos obligatorios de cobro era limitado, aunque las autoridades fiscales tienen las herramientas más fuertes de aplicación.
- § Incluso con un aumento en el cobro de las contribuciones sociales, los fondos generales presupuestarios con frecuencia se utilizaron para complementar los gastos de atención médica.

Desafíos para países en Desarrollo

- § Los gobiernos en los países en desarrollo con frecuencia no tienen los ingresos para mejorar sustancialmente la atención médica.
- § Las epidemias y las enfermedades crónicas, como VIH/SIDA y tuberculosis consumen importantes recursos de salud.
- § Muchos de los países más pobres dependen de los fondos de los donantes para mantener la atención médica, en particular en países afectados seriamente por el VIH/SIDA, malaria y tuberculosis.
- § Gran parte de la población trabaja fuera de la economía formal, lo que reduce la oportunidad de cobrar ingresos en base al empleo.
- § Los impuestos que financian el presupuesto general, en particular el IVA y el impuesto a los bienes, tienden a ser de naturaleza regresiva.
- § El aumento del cobro de ingresos y, por ende, el aumento de los gastos en salud, tiene un impacto marginal.
- § El impacto económico de una atención médica deficiente aumenta el problema.

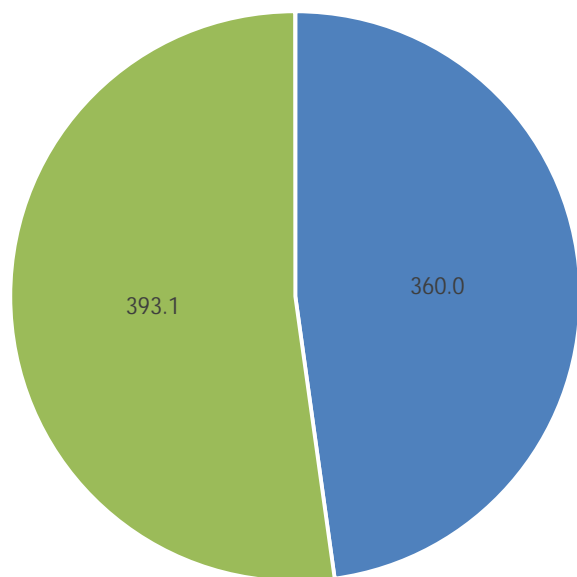
Experiencia en El Salvador: Gastos de salud pública y privada porción % PBI, 2007-2016



Fuente: Datos del Ministerio y Salud y el Banco Central de Reserva de El Salvador

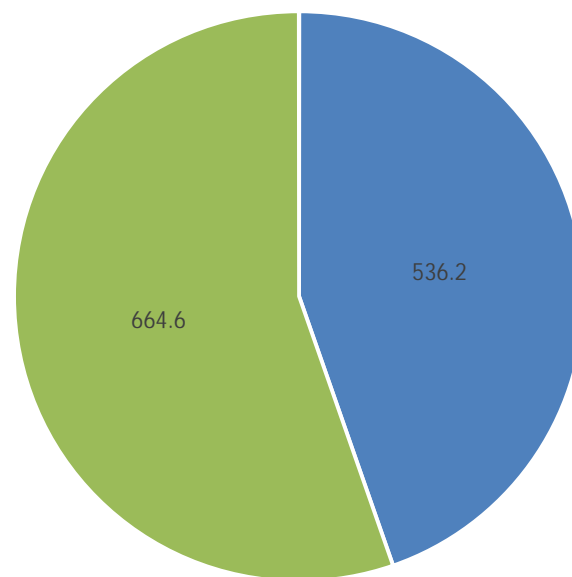
Cobro de contribuciones sociales frente a los gastos del presupuesto general

2007



■ Social insurance contributions ■ Government schemes

2016



■ Social insurance contributions ■ Government schemes

Fuente: Datos del Ministerio de Salud

Preguntas de discusión

1. ¿El seguro social debe financiar la atención médica universal en los países en desarrollo?
2. ¿Qué se necesita para mantener aumentos sustanciales en los gastos en atención médica en los países en desarrollo?

