



Seminario Sobre Cobertura Universal en Salud Como Mecanismo para Facilitar la Integración Regional

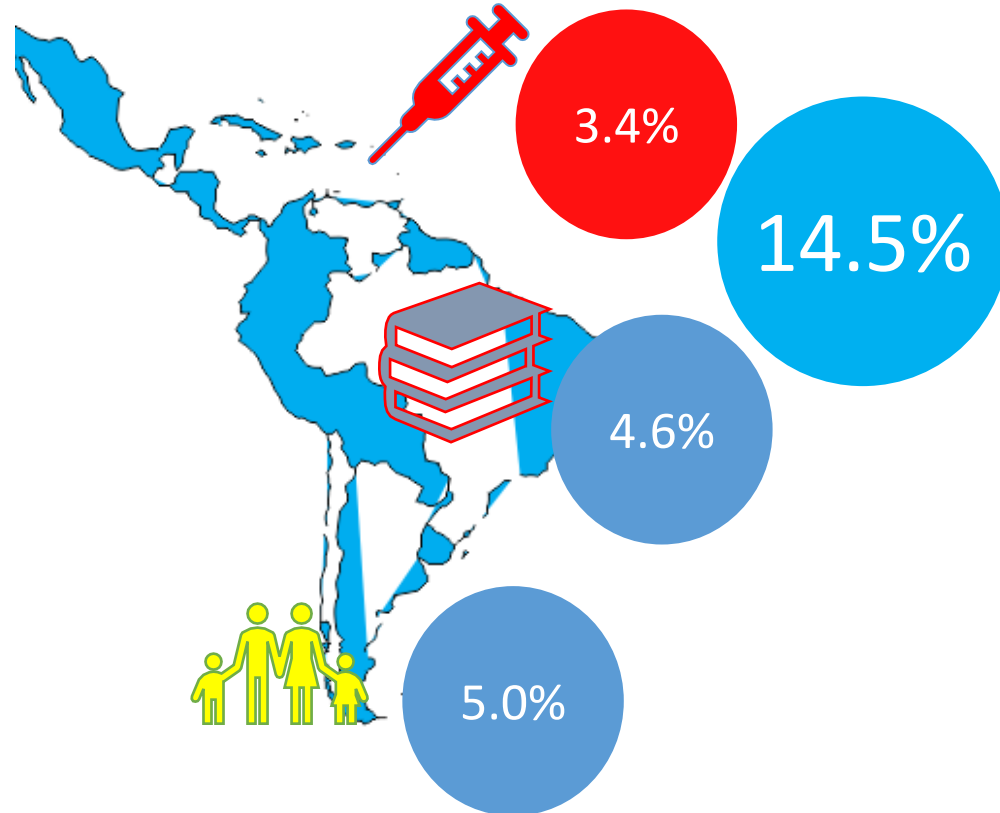
SESIÓN III: FORTALECIENDO LOS SISTEMAS DE SALUD

PANEL 1: PROTECCIÓN FINANCIERA PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

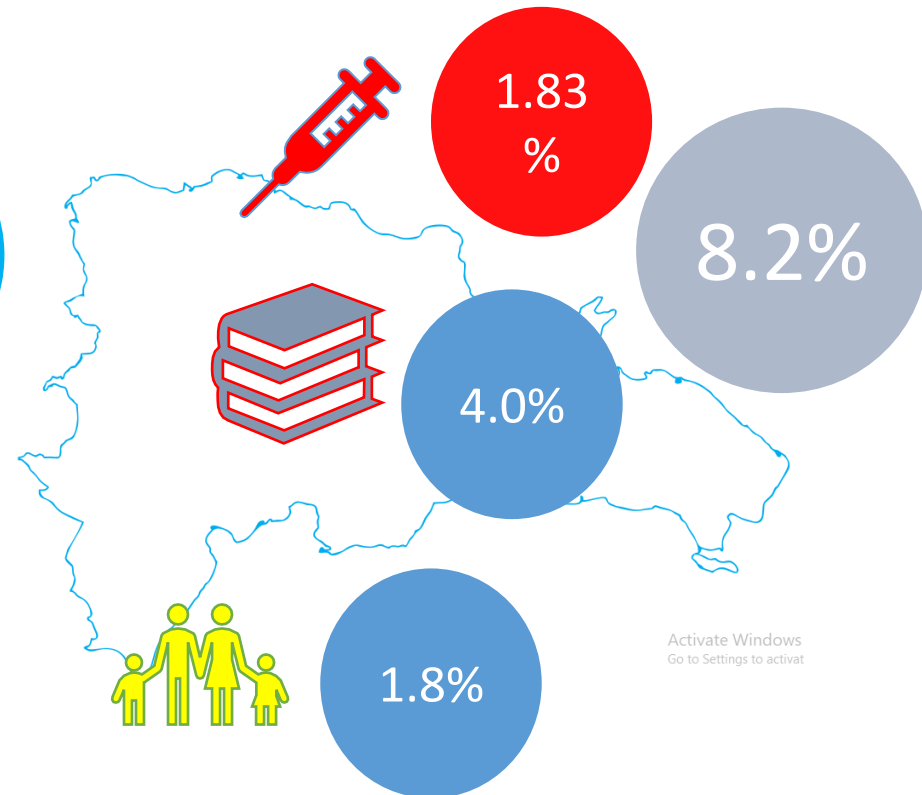
Diógenes Aybar, Ph.D.
Asesor
Ministerio de Salud Pública
República Dominicana

COMPOSICION DEL GASTO SOCIAL

América Latina
(%PIB) 2015 (Cepal)



Rep. Dom.
(%PIB)

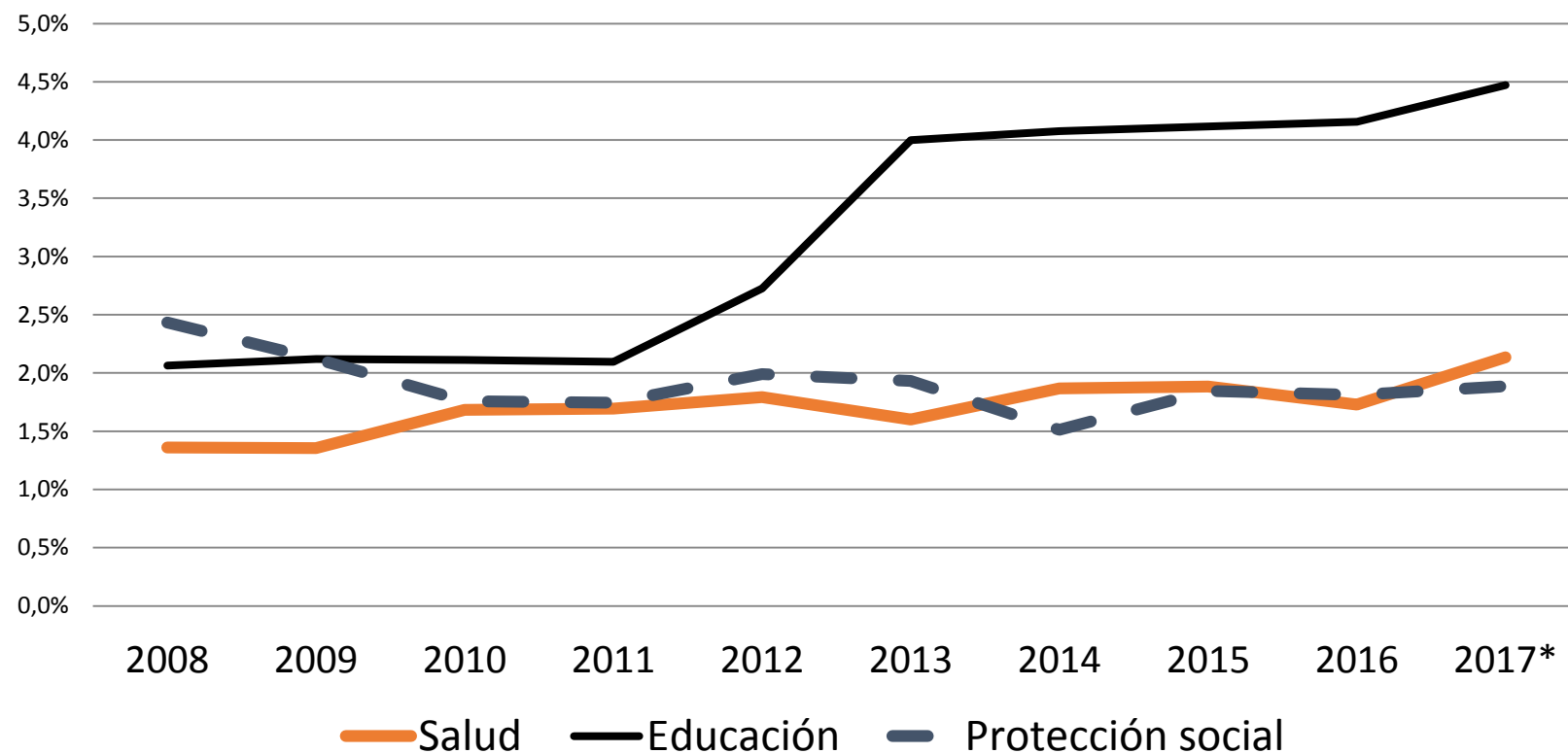


Activate Windows
Go to Settings to activate

COMPOSICION DEL GASTO SOCIAL

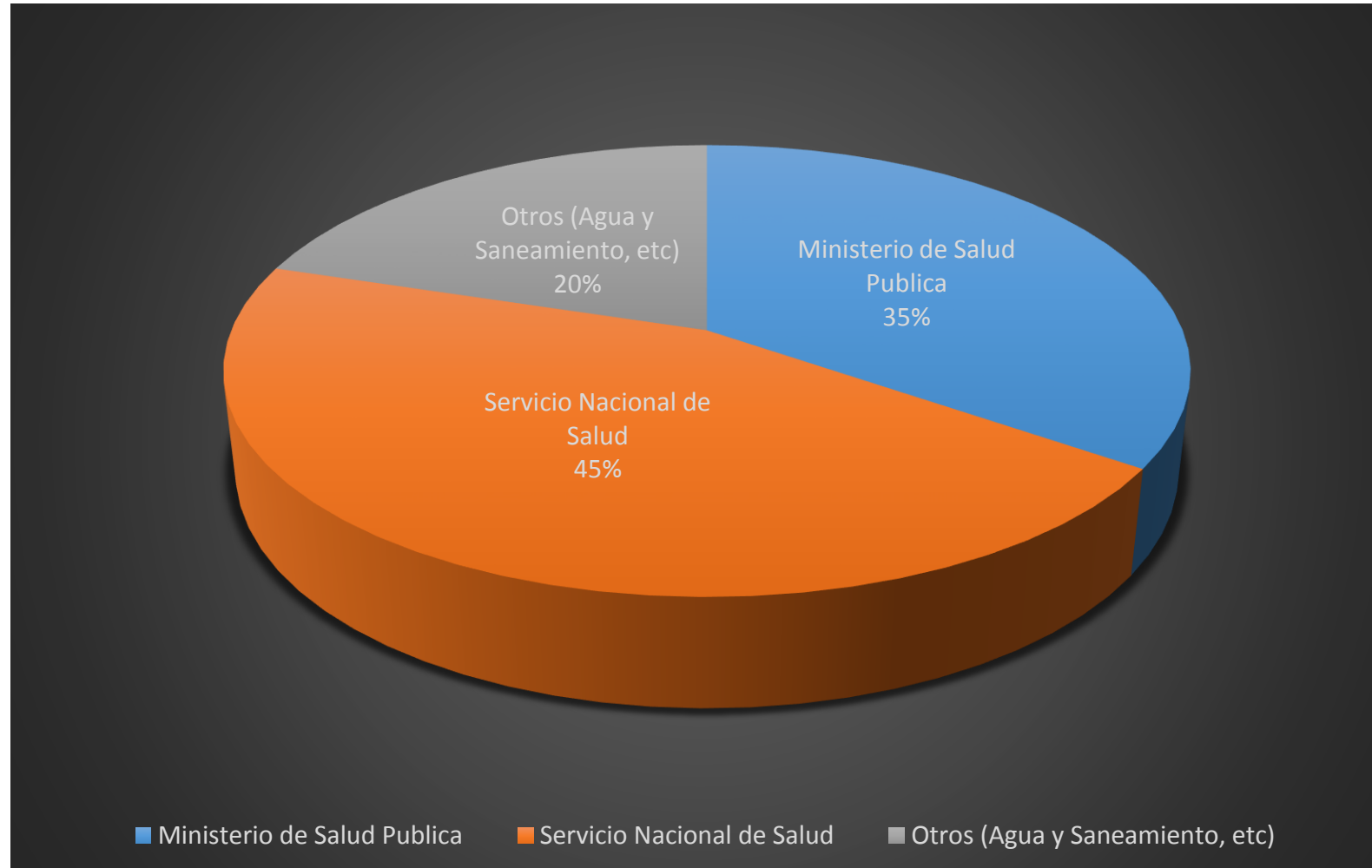
Gasto Social en República Dominicana 2008 – 2017, % del PIB

(Datos DIGEPRES y BCRD)



El gasto social dominicano, representa el 49% del gasto publico. Y el 95% del mismo los componen el gasto en Educación, Salud, y Protección Social

COMPOSICION DEL PRESUPUESTO DE SALUD



ASPECTOS GENERALES E INFORMACION CLAVE

1

La Republica Dominicana es un país de renta media que ha exhibido un crecimiento económico sostenido en promedio de un **6-7% durante los últimos diez años.**

2

Desde el año 2001 la Republica Dominicana inició la implementación de una serie de reformas para la creación de su **Sistema de Seguridad Social** y su **Seguro Familiar de Salud** con el objetivo de brindar protección financiera integrada de la salud física y mental de las personas y sus familias.

El **SFS** cubre la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la rehabilitación de la paciente, el embarazo, el parto y las complicaciones relacionadas.

3

El Seguro Familiar de Salud consta de tres regímenes de afiliación: el **Régimen Contributivo** en el cual se integran las personas asalariadas y sus familias, el **Régimen Subsidiado** destinado a las personas que se encuentran dentro de los quintiles de pobreza y el **Régimen Contributivo-Subsidiado** destinado a los trabajadores por cuenta propia y profesionales independientes.

4

El **sector** publico de la salud ha experimentado algunos cambios estructurales a finales del año 2015 entre los que se destacan la separación de funciones del Ministerio de Salud y la creación del **Servicio Nacional de Salud** dando origen a la creación de la Red Pública de Servicios de Salud como gestora de la red de centros de salud del Ministerio de Salud Publica y el SDSS.

5

La ley que crea el Servicio Nacional de Salud 123-15, en su articulo 14, Párrafo 1 manda que: Todo establecimiento y servicio del SNS contará con un sistema de facturación por servicios prestados a afiliados y beneficiarios de administradoras de riesgos de salud y otros entes aseguradores o de prepago. Y el Párrafo 2 del mismo articulo reza que: Toda Administradora de Riesgos de Salud, habilitada en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social, está obligada a establecer convenios y contratos con los establecimientos y servicios del SNS, para la prestación de servicios a sus afiliados.

ASPECTOS GENERALES E INFORMACION CLAVE

6

El Régimen Contributivo del SDSS a Febrero 2019 contaba con un total de 4,174,146 afiliados y el Régimen Subsidiado gestionado por Senasa un total de 3,630,925, para un total de **7,805,071** lo que representa cerca del 75% del total de la población de la Republica Dominicana que cuenta con cobertura de seguro de salud a través de un Plan de Servicios de Salud.

Del total de afiliados al RC cerca del 70% tiene un salario de RD\$ 10,000 o menos, lo que los sitúa dentro de los quintiles de pobreza establecidos por SIUBEN. La mayor parte de la población pobre acude a los servicios públicos de salud.

7

Luego de la entrada del SDSS y sus respectivos regímenes de SS en salud, el presupuesto destinado a atención a las personas en el MSP no ha experimentado disminución.

8

Luego de la separación de funciones en 2015, el presupuesto destinado a la función de rectoría y los programas de salud publica no ha experimentado crecimiento. Continuando el presupuesto destinado a servicios de salud a las personas ocupando la mayor parte del presupuesto.

OTRAS DISTORSIONES

- El gasto general en salud en la República Dominicana sigue siendo más bajo que el promedio de la región (**1.83% del PIB**), cuando el resto de la región en promedio gasta el **3.4% del PIB** .
- La República Dominicana destina fondos muy bajos a través del Gobierno a la función de rectoría, a la salud colectiva, a la promoción y prevención de la salud y al primer nivel de atención. La salud colectiva representa tan sólo el **1.5% del gasto corriente** y al primer nivel de atención se destinan montos similares.
- La legislación actual (Estrategia Nacional de Desarrollo y en el Plan Plurianual de Inversiones del Sector Público) consideran como una estrategia clave que el **Primer Nivel de Atención sea la puerta de entrada del sistema de salud**, esto además de que está consignado en la Ley 87-01, que instauro el Seguro Familiar de Salud. Sin embargo el proceso para la articulación de la red por niveles y establecimiento de la puerta de entrada al sistema **siguen siendo parte de la agenda pendiente del país**.
- Contrario a lo que prevén los modelos de sistemas de salud eficientes y sostenibles, en la Rep. Dom. el **grueso de los recursos de todo el sistema se destina a la atención especializada** que se provee en hospitales de tercer nivel, distorsionando así el financiamiento de los servicios y postergando la agenda de desarrollo del primer nivel de atención y con ello **aplazando la mejora de la calidad de los servicios y los resultados sanitarios a largo plazo**.
- Otro renglón importante es el **gasto en medicamentos** que constituye el componente mayor del gasto directo de los hogares, de manera que se hace necesario que la política de protección financiera a los hogares dominicanos considere el gasto en medicamentos obedeciendo a las prioridades del sistema de salud.

Aspectos relevantes/ Desafíos

1. En general, la RD cuenta con una amplia red de establecimientos de salud pero aún con muchas deficiencias en la calidad de las infraestructuras y la atención.
2. **Atomización de la ejecución** del gasto dentro del MSP y múltiples agentes de recaudación dentro de la misma entidad.
3. Ausente gestión del **presupuesto basado en resultados** para dependencias del MSP
4. Atomización de la gestión del gasto público a nivel de **Hospitales y SRS's** (Ineficiencias del Presupuesto Histórico)
5. **Compras no centralizadas** a través de Promese CAL lo que genera sobrecostos de hasta 1000%.
6. **Gasto elevado del programa de alto costo** y no financiamiento de la seguridad social.
7. **Bajo porcentaje** general dedicado al sector salud dentro del presupuesto general y el PIB.
8. **Baja o nula facturación** en Hospitales y SRS's a las ARS's.
9. No se ha producido la **transición presupuestaria** prevista a partir de la **separación de funciones** para dotar al MSP de los recursos necesarios para ejercer con eficiencia su función rectora.

Conclusiones/ Elementos de Discusión

- Avanzar hacia la salud universal con equidad, calidad y sostenibilidad en la República Dominicana, implica, necesariamente, aumentar el financiamiento público, dirigir los recursos principalmente al primer nivel de atención, con claros esfuerzos para mejorar la equidad y la eficiencia tanto del financiamiento como de la organización del sistema de salud.
- La aplicación de modelos de financiamiento basado en resultados ha demostrado ser una herramienta útil para efficientizar el gasto canalizado al primer nivel de atención y mejorar los indicadores de salud de la población.
- Se hace necesario impulsar y consolidar los mecanismos de compra de medicamentos e insumos transparentes y a escala, para mejorar la eficiencia en el gasto del Gobierno y la Seguridad Social.
- Es impostergable mejorar la entrega de servicios preventivos y fortalecer la promoción de la salud para mejorar los resultados sanitarios y reducir el gasto en salud en el nivel especializado.
- La reforma dominicana ya presenta logros sustanciales, en términos de extensión de cobertura de aseguramiento, pero le falta transitar hacia lograr la protección financiera efectiva a la población dominicana, a través de la reducción del gasto de bolsillo, la mejora de la calidad de los servicios y la eficiencia de los mecanismos de pago y articulación de la red.

Conclusiones/ Elementos de Discusión

- Se hace necesario avanzar en una agenda de reorganización y mejora de la eficiencia del gasto público de la salud a través de:
 - a) Completar la afiliación de la población para lograr cobertura universal del seguro de salud
 - b) Revisar el plan básico de salud para que responda a las necesidades actuales de la población y el perfil epidemiológico
 - c) Reorganizar la composición y modelos de ejecución del gasto del Gobierno para mejorar las inversiones en la salud colectiva, el desarrollo del primer nivel de atención y la rectoría y regulación del Sistema.
 - d) Impulsar la utilización de mecanismos de financiamiento basado en resultados, principalmente para el desarrollo del primer nivel de atención y;
 - e) Mejorar la eficiencia en el gasto de los recursos disponibles a través de una gestión sectorial coordinada.