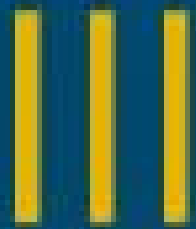


Desarrollo de Productos de Salud

¡ Bienvenidos !

Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia
Noviembre 24, 2011.

Act. Eduardo Lara di Lauro, CIAYE
eduardo.lara@milliman.com



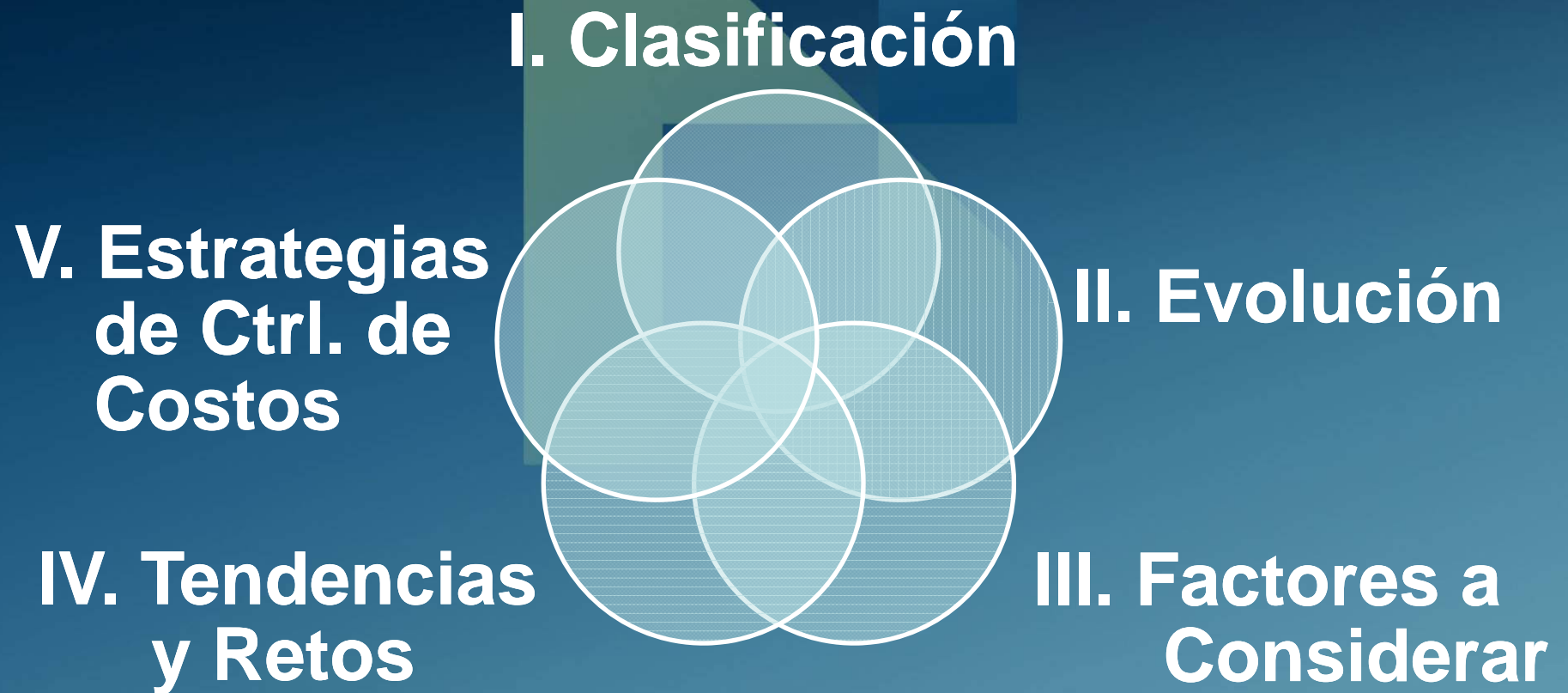
Simposio Internacional de Actuaría
Bogotá, Colombia / Noviembre 23 - 25 de 2011

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Act. Eduardo Lara di Lauro, CIAyE
eduardo.lara@milliman.com

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda



Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda

I. Clasificación

V. Estrategias de Ctrl. de Costos

II. Evolución

IV. Tendencias y Retos

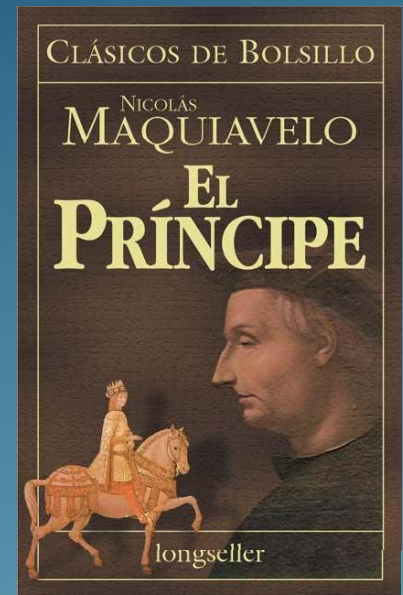
III. Factores a Considerar



Desarrollo de Productos de Salud

“No hay nada más difícil de manejar, más incierto de lograr, nada más dudoso de tener éxito ... que iniciar un nuevo orden de cosas. El que reforma (inventa) tiene como enemigos a todos aquellos que les convenía (lucraban) con el viejo orden y tendrá como defensores a todos aquellos que podrán beneficiarse con el nuevo orden.”

Niccolo Machiavelli, The Prince



I. Clasificación de los Productos de Salud

Productos de Seguros de Salud



I. Clasificación de los Productos de Salud

Según Cobertura

- **DE PADECIMIENTOS ESPECIFICOS.-** Enfermedades Graves (cáncer, diabetes, hipertensión), Maternidad, etc.
- **GASTO MEDICO MENOR.-** Consultas, auxiliares de diagnóstico, medicamentos como paciente externo, etc.
- **GASTO MEDICO HOSPITALARIO.**
- **GASTO MEDICO MAYOR.**
- **MIXTOS.-** Combinaciones de los anteriores
- **GASTOS MEDICOS TOTALES.-** Seguros de Salud, Seguros de Salud Integral, (SSS).

I. Clasificación de los Productos de Salud

Según Forma de Indemnizar al Asegurado

- **ASEGURADO, NO ASEGURADO, ADMINISTRACION DE FLUJOS DE EFECTIVO.**
- **DE SUBSIDIO.-** Diario o pago de monto determinado (Indemnización Diaria por enfermedad, hospitalización, etc.)
- **POR REEMBOLSO.-** Sobre los gastos totales erogados o incurridos (GM Mayor).
- **PRESTACION DE SERVICIOS.-** Proporcionan los servicios necesarios. No hay prestaciones económicas. (Prepago, EPS, ISES, ISAPREs, ARS, HMOs).
- **MIXTOS.-** Combinaciones de los anteriores.

I. Clasificación de los Productos de Salud

Según Forma de Indemnizar al Proveedor

- Pago Por Servicio
- Sueldo
- Iguala
- Capitación
- Mixtos.- Combinaciones de los Anteriores.

Según Tipo de Red de Proveedores

- Abierta (sin red)
- Cerrada o Exclusiva
- Preferente
- Semi-Abierta / Semi-Cerrada
- Redes Integradas

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda

I. Clasificación

II. Evolución

III. Factores a Considerar

V. Estrategias de Ctrl. de Costos

IV. Tendencias y Retos



II. Evolución de los Productos de Salud

Experiencia Internacional – Comparación de Modelos

Característica / Modelo	Indemnización	Organización de Proveedores Preferentes	Organización de Proveedores Exclusivos	Organización para el Mantenimiento de la Salud	Punto de Servicio (Red Semi-Cerrada)	Sistema Integrado de Salud
ESTRUCTURA DE BENEFICIOS	80 / 20 Deducible	90 / 10 70 / 30	Copagos % Coaseguro	Copagos % Coaseguro	Copagos + % Coaseguro +	Copagos + % Coaseguro +
ORGANIZACIÓN DE LOS PROVEEDORES	Independientes	Independientes APIs - Grupos	APIs - Grupos	APIs - Grupos	Independientes APIs - Grupos	APIs - Grupos Staff (empleados)
MECANISMO FINANCIERO	Pago por Servicio (PPS)	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD, Capitación	(PPS), Capitación	Capitación, % Primas
CONTROL DE COSTOS	Bajo	Medio - Bajo	Medio - Alto	Alto	Medio - Alto	Alto+
GERENCIA MEDICA	Bajo -	Medio	Medio - Alto	Alto	Medio - Alto	Alto+
ELECCION DE PROVEEDORES	Free	Panel / Free	Only Panel	Only Panel	Panel / Free	Only Panel
PAGO A PROVEEDORES	GUA	Contrato / GUA	Contrato	Contrato, Capitación, papm, Fondos de Riesgo	Contrato, Capitación, papm, PPS, Fondos de Riesgo	Contrato, Capitación, papm, PPS, Fondos de Riesgo, Salary
TOMA DEL RIESGO	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor
COSTOS	Alto+	Medio - Alto	Medio - Bajo	Bajo	Medio - Bajo	Bajo -

Desarrollo de Productos

“Es el proceso que da razón de ser a una Compañía de Seguros y en el que intervienen e interactúan la mayoría de las distintas áreas que la integran.”



Desarrollo de Productos

*Objetivo al Desarrollar un
Producto de Seguros ...*

“RENABILIDAD”



II. Evolución de los Productos de Salud

Productos Existentes

- **ENFERMEDADES ESPECÍFICAS.**- (Cáncer, Diabetes, Hipertensión, etc.), Maternidad, otros.
- **GASTOS MEDICO MENOR.**
- **SOLO HOSPITALIZACION.**
- **GASTOS MEDICO MAYOR.**
- **DENTAL.**
- **VISIÓN.**
- **GASTOS MEDICOS INTEGRALES O TOTALES.**
- **MIXTOS.**

II. Evolución de los Productos de Salud

Productos Existentes

- Preexistencias Declaradas.
- Deportes Peligrosos.
- Complicaciones de Padecimientos no Cubiertos.
- Renovación Vitalicia Garantizada!
- Sumas Aseguradas Sin Límite !
- Portabilidad
- Segmentación de Productos por Grupo de Proveedores.
- Segmentación de Productos por Región.
- Planes con Cobertura Internacional (Emergencia / Total) .
- Uso de Redes de Proveedores Pre-Contratadas (Internas y Externas, Semi-Abiertas o Semi-Cerradas).

II. Evolución de los Productos de Salud

Productos Existentes

- Endosos para cubrir Padecimientos Catastróficos (VIH)
- Coberturas de Maternidad más Generosas.
- Reconocimiento de Antigüedad
- Coberturas de Prevención y Mantenimiento de la Salud.

Operaciones Análogas y Conexas

- Administración de Flujos de Efectivo.
- Renta de Infraestructura.
- Tarjetas de Descuento.
- Administración de Reclamaciones.

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda

I. Clasificación

II. Evolución

III. Factores a Considerar

V. Estrategias de Ctrl. de Costos

IV. Tendencias y Retos



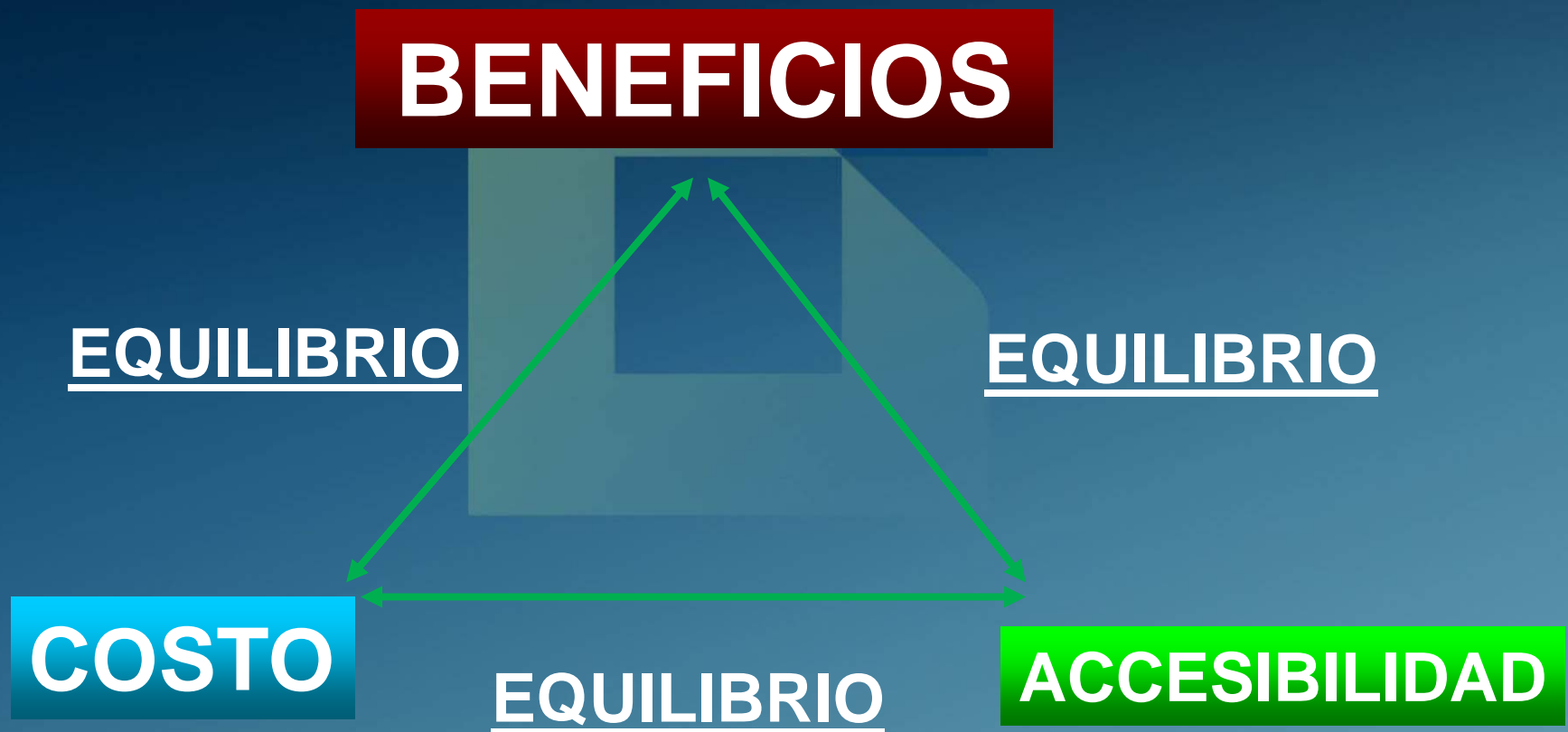
III. Factores a Considerar

El Ciclo de la Tarificación



III. Diseño de Productos

FACTORES A CONSIDERAR



III. Factores a Considerar: Beneficios

COBERTURAS BASICAS

- Prevención y Mantenimiento de la Salud (1er Nivel)
- Consulta Externa: (1er. y 2do. Nivel)
 - Atención del Médico de Primer Contacto y de Médicos Especialistas.
 - Auxiliares de Diagnóstico
 - Medicamentos prescritos por el Médico Tratante.

III. Factores a Considerar: Beneficios

COBERTURAS BASICAS

- Atención Médica, Quirúrgica y de Hospitalización (2do. y 3er. Nivel)
- Embarazo y Maternidad (1er. y 2do. Nivel)
- Servicios Odontológicos y de Visión (1er. y 2do. Nivel)

... y sus Combinaciones !

III. Factores a Considerar: Beneficios

COBETURAS OPCIONALES

- Cobertura / Emergencia en el Extranjero
- Asistenciales en Viaje
- Padecimientos Preexistentes
- Actividades y/o Deportes de mayor riesgo
- Ambulancia Aérea
- Enfermedades Graves
- Dental y/o Visión
- Tratamientos Psiquiátricos
- Medicina Alternativa
- Exención del Pago de Primas por Fallecimiento del Titular
- Tabuladores Amplios y/o Diferenciados
- Etc., etc.

III. Factores a Considerar: Beneficios

Exclusiones

- Frecuentes
- Catastróficos
- Dudosos
- Preexistentes
- Alternativos
- Etc.

Periodos de Espera

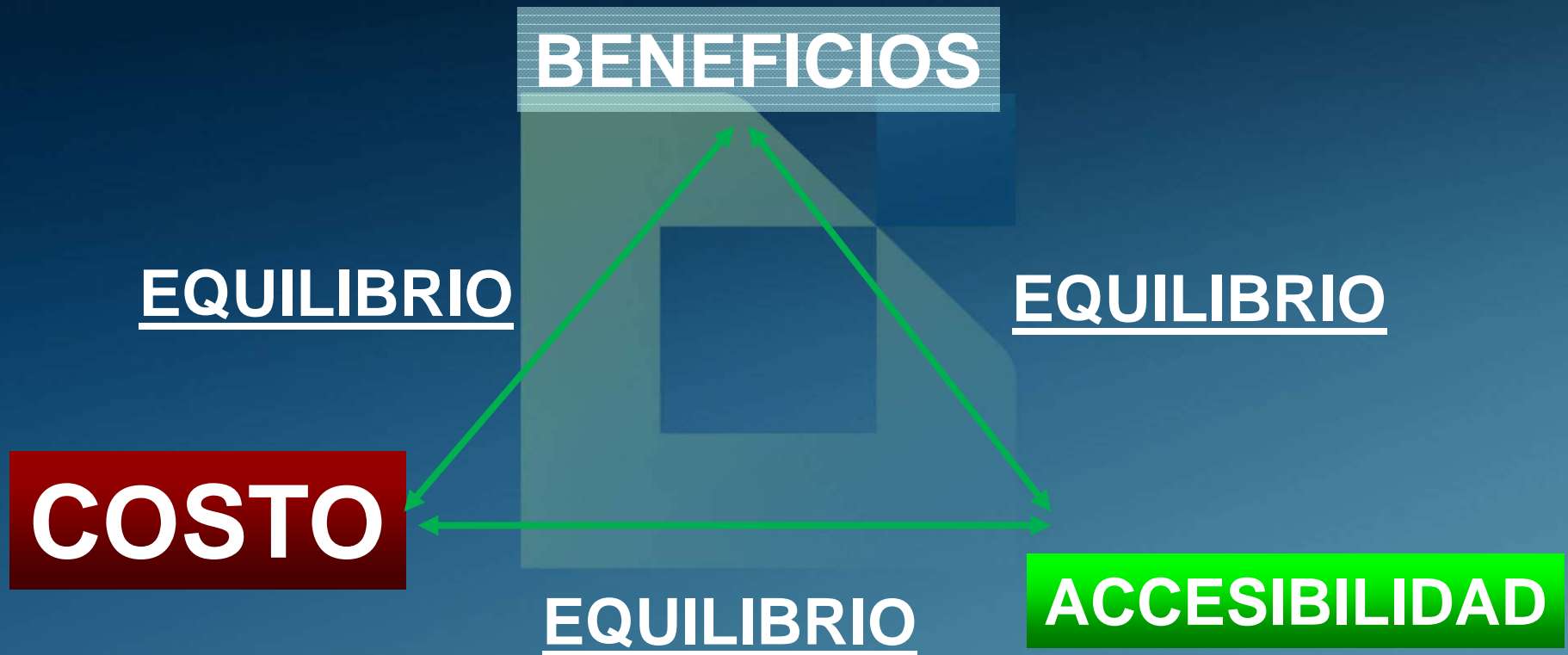
- 9 meses
- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- Etc.

III. Factores a Considerar: Beneficios

Consideraciones de Mercado

- Estudios de Mercado.
- Identificación de la Competencia.
- Nicho de Mercado: público en general o mercados específicos o negocios especiales.
- Seguro Individual o de Grupo.
- Nivel de Ingreso.
- Etc. Etc. Etc.

III. Factores a Considerar: Costos



III. Factores a Considerar: COSTOS

- ✓ **Definición del Beneficio.**- Condiciones Generales, gasto incurrido o padecimiento.
- ✓ **Información Disponible.**- Experiencia Propia, del Mercado, del Reasegurador, de Otros Países, Guías de Milliman.
- ✓ **Detalle de la Información Disponible.**- Por Montos Agregados, Por Beneficios, Por Servicio, etc.
- ✓ **Metodología de Tarificación y Selección del Modelo.**- Integración de Funciones de Distribución y Tablas de Decremento Múltiple (Subsidio y por Reembolso); Tarificación General y por Clase "Standard Community Rating"; Tarificación Ajustada por Edad y Sexo "Adjusted Community Rating"; Tarificación por Experiencia Propia "Experience Rating" (Prestación Servs. y Mixtos). *De Proyección, de Reconstrucción.*
- ✓ **Perfiles Demográficos de la Población.**- Periódicos por edad, sexo, región, plan, etc. y combinarlos c/epidemiológicos.
- ✓ **Tendencias de Utilización, Costos y Médica.**- Considerarlas! No sólo a la Inflación. Tendencia Médica en nuevas tecnologías, enfermedades, medicamentos,

III. Factores a Considerar: COSTOS

- ✓ **Deducibles**.- Controla la frecuencia. “por persona por año póliza”, vs. “deducible por evento o enfermedad”. Con Tope anual y/o por familia.
- ✓ **Coaseguros**.- Controla la severidad.
- ✓ **Copagos**.- Frecuencia y Severidad (en GM menor).
- ✓ **Límites Generales y Específicos**.- Beneficio Máximo Vitalicio vs. “Beneficio Máximo por Evento o por Enfermedad”. Determinar su impacto real en la determinación de la prima!
- ✓ **Diferencias por Región**.- Código Postal, Estado, Región, País.
- ✓ **Cobertura Local y/o en el Extranjero**.- Sólo Emergencia o Cobertura Total, información disponible(¿?) Diferencias en costos, frecuencias, usos y costumbres.
- ✓ **Esquemas de Compensación a Proveedores**.- Con o Sin Red: GUA(¿?), PPS con o sin Descuento, UVR, GRD, Per Diem, Capitación, Igualada, Sueldo, etc.

III. Factores a Considerar: COSTOS

- ✓ **Tipo de Primas.**- Por rango de edad y sexo, por capas, etc. (entre más refinado el cálculo los riesgos serán mejor clasificados, el reto es información.)
- ✓ **Tipo de Codificaciones.**- Manejo de Volúmenes de Información, Homogeneidad, Parametrización. (CPT, CIE/ICD, etc.)
- ✓ **Procesos de Suscripción y Selección de Riesgos.**- *El proceso de selección de riesgos permite que una aseguradora permanezca competitiva y rentable, utilizándolo para mantener tarifas competitivas, justas y rentables.*
Riesgos Preferentes, Normales, Subnormales, Rechazos.
- ✓ **Reaseguro.**- Cuota Parte, Exceso de Pérdida, Proporcionales (?), Apoyos (?).
- ✓ **Nivel de Gerenciamiento.**- Bajo, Medio, Alto, en función de las Estrategias de Contención de Costos.
- ✓ **Estándares de Práctica Actuarial.**- Conocerlos, Seguirlos, Respetarlos!

III. Factores a Considerar: COSTOS

➤ Administración de la Utilización

- Revisión Prospectiva
- Revisión Concurrente
- Revisión Retrospectiva

➤ Coordinación de los Cuidados

- Administración de Casos
- Administración de la Población
- Administración de Enfermedades

III. Factores a Considerar: COSTOS

Métodos de Tarificación

- **INTEGRACION DE FUNCIONES DE DISTRIBUCION Y TABLAS DE DECREMENTO MULTIPLE** (Subsidio y por Reembolso)
- **TARIFICACION GENERAL Y POR CLASE**
"Standard Community Rating" (Prestación Servs. y Mixtos)
- **TARIFICACION AJUSTADA POR EDAD Y SEXO**
"Adjusted Community Rating" (Prestación Servs. y Mixtos)
- **TARIFICACION POR EXPERIENCIA PROPIA**
"Experience Rating" (Prestación Servs. y Mixtos)

III. Factores a Considerar: COSTOS

Métodos de Tarificación Fórmula Básica

$$\begin{aligned} & \text{Utilización Anual por 1,000 Usuarios} * (1 + \text{Ajustes}) \\ & \quad \times \\ & \text{Costo Promedio por Servicio} * (1 + \text{Ajustes}) \\ & \quad - \\ & \text{Costos Compartidos} \\ & \quad \div \\ & \quad 12,000 \\ & \quad = \\ & \text{Siniestros Esperados por Usuario por Mes} \end{aligned}$$

III. Factores a Considerar: COSTOS

Métodos de Tarificación Fórmula Básica

TIPO DE SERVICIO	UNIDS. POR MIL	COSTO PROM.	pa/pm	IMPORTE COPAGO	COSTO NETO
<i>PACIENTES HOSPITALIZADOS</i>			215.01		193.51
Internamientos Quirúrgicos	87	13,485	97.77	10%	87.99
Internamientos No Quirúrgicos	50	12,160	50.67	10%	45.60
Unidades Cuidados Intensivos	6	27,250	13.63	10%	12.26
Auxiliares Diagnóstico PI	111	3,855	35.66	10%	32.09
Materiales y Medicamentos	121	1,715	17.29	10%	15.56
<i>PACIENTES EXTERNO HOSP.</i>			47.69		28.81
Cirugía Ambulatoria	34	3,215	9.11		9.11
Urgencias	549	550	25.16	75%	6.29
Auxiliares Diagnóstico PE	45	1,275	4.78		4.78
Materiales y Medicamentos	65	1,550	8.40		8.40
Ambulancia	3	950	0.24		0.24

III. Factores a Considerar: COSTOS

Métodos de Tarificación Fórmula Básica

TIPO DE SERVICIO	UNIDS. POR MIL	COSTO PROM.	pa/pm	IMPORTE COPAGO	COSTO NETO
<i>HONORARIOS MEDICOS</i>			150.89		123.93
Cirugía Intrahospitalaria (PI)	71	5,155	30.50	10%	27.45
Cirugía Ambulatoria (PE)	51	2,160	9.18	10%	8.26
Consulta Hospitalaria (PI)	33	3,510	9.65	10%	8.69
Cons. Médico Primer Contacto	5,387	150	67.34	20%	53.87
Consulta Médico Especialista	,2053	200	34.22	25%	25.66
<i>AUXILIARES DIAGNOSTICO</i>	3,218.00	289	77.50	10%	69.75
<i>MEDICAMENTOS</i>	7,132.00	389	231.20	25%	173.40
<i>OTROS SERVICIOS</i>	932	255	19.81		19.81
<i>PRGS. ESP. DE SALUD</i>	3649	215	65.38		65.38
PRIMA DE RIESGO			807.46		674.58

III. Factores a Considerar: COSTOS

Métodos de Tarificación Fórmula Básica

DESARROLLO DE LA PRIMA	COSTO NETO	% S/PMA TOTAL
PRIMA DE RIESGO O COSTO MEDICO	674.58	70%
GASTOS DE ADMINISTRACION	125.20	13%
GASTOS DE ADQUISICION	115.64	12%
REASEGURO	19.18	2%
UTILIDAD	28.91	3%
PRIMA POR AFILIADO POR MES (pa/pm)	963.52	100.00%

Tarificación de Productos

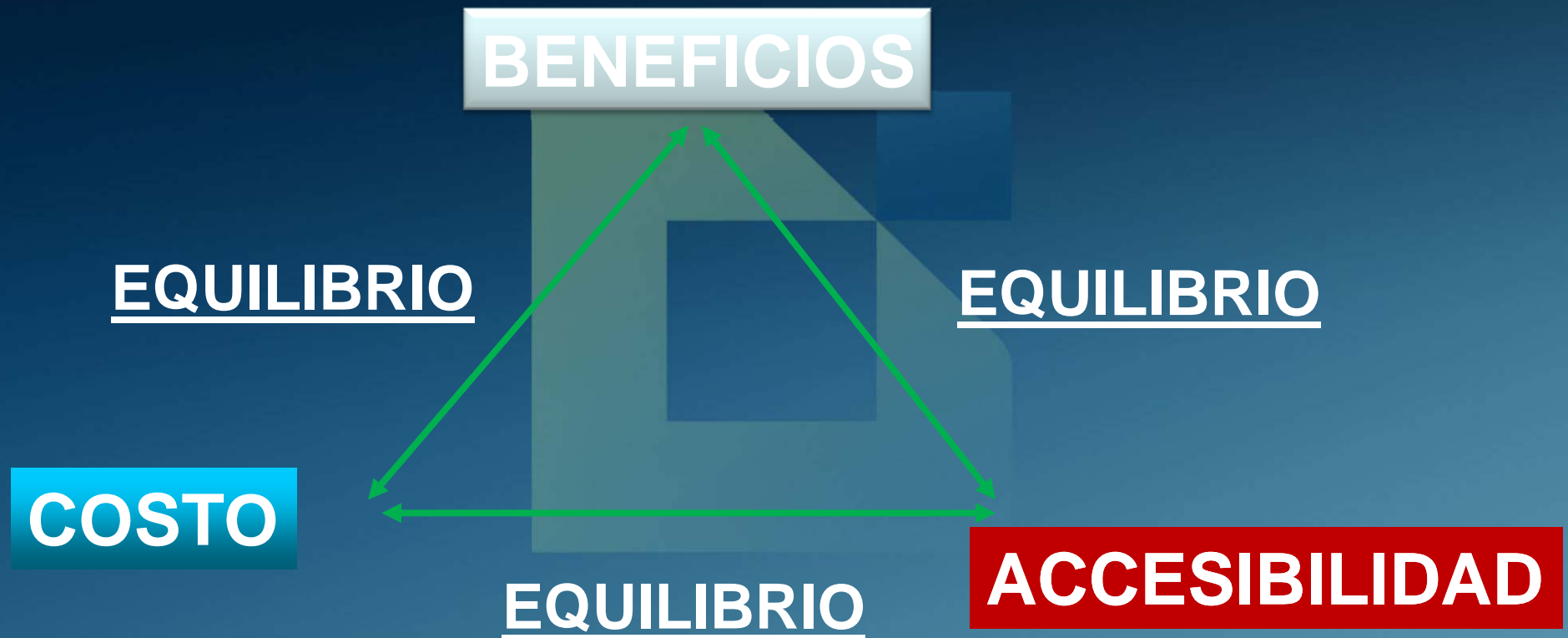
¿CAMBIO DE PARADIGMA?

FRECUENCIA DE INCIDENCIA
*
COSTO PROMEDIO = PRIMA

Vs.

PRIMA = FRECUENCIA DE INCIDENCIA
*
COSTO PROMEDIO

III. Factores a Considerar: Accesibilidad



III. Factores a Considerar: ACCESO

- **Tipo de Red.** - Sin Red, cerrada, semi-cerrada, preferente, abierta, etc.
- **Sistema de Pago.** - Directo con descuento, reembolso por servicio, sueldo, capitación, etc.)
- **Tamaño de la Red.** - Por tipo de proveedor aplicando criterios de Capacidad y Suficiencia.
- **Local y/o en el Extranjero.** - Dar apropiada accesibilidad a los beneficios en el extranjero (TPAs).
- **Servicios de Atención a Asegurados.** - Beneficio adicional, sirve para canalizar a los asegurados a proveedores

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda

I. Clasificación

V. Estrategias de Ctrl. de Costos

II. Evolución

IV. Tendencias y Retos

III. Factores a Considerar



IV. Algunas Tendencias en Productos de Salud

- Más **Híbridos**, combinaciones de MAYOR y menor.
- Seguros **Sustitutivos y Complementarios** a la Seguridad Social.
- Esquemas de **Autoseguros**.
- Incentivos por el uso de **Genérico Intercambiable**.
- **Pre-autorizaciones**.
- Uso de esquemas de **tarificación por tipo de riesgo** (extraprimas por perfil médico riesgos preferentes, normales, subnormales y endosos). Incluso tarifas por edad!
- Uso de **Unidades de Valor Relativo** para Tabuladores.
- Uso de la **segunda opinión médica** para casos programados.
- Uso real de paquetes hospitalarios y de **GRDs**.

IV. Algunas Tendencias en Productos

- Productos de **Redes Cerradas** o Semi-Cerradas.
- Uso generalizado de tarjetas de descuento por servicios no cubiertos.
- Incentivos hacia **Redes Preferentes**
- Enfoque a la **Calidad en la Atención** (buenas prácticas a costos apropiados)
- **Productos Modulares** (hospital, maternidad, dental, etc.).
- **Deducibles anuales**, no por evento y con máximo por familia.
- **Consumidores más Informados**.
- **Selección de Riesgos** Apoyada en Herramientas (MUG, LBA).
- **Auditoria de Reclamaciones**, (Fraudes, Abusos, Desperdicio).
- **Regionalización** de tarifas.

IV. Algunas Tendencias en Productos de Salud

- Inclusión de programas de prevención y mantenimiento de la salud (aún para asegurados ya enfermos).
- Mayor participación del Asegurado en los Costos de sus Reclamaciones.
- Productos e infraestructura para adultos mayores, Seguro de Cuidados de largo Plazo "Long Term Care", (residencias especializadas, geriatrias, enfermeras, etc.).
- Microseguros de Salud.
- Cuentas de Ahorro para Servicios Médicos "Health Saving Accounts"
- Planes de Salud Dirigidos por el Consumidor - "Consumer Driven Health Plans".

IV. Oportunidades en Productos de Salud

- Trabajar en conjunto a Nivel Industria sobre retos comunes: estadísticas propias y detalladas, indicadores de gestión, codificación uniforme, protocolos basados en evidencia, sistemas de información, sinergia en creación de redes, productos más sencillos y claros, etc.
- Aterrizar conceptos de prevención y mantenimiento de la salud y programas de calidad.
- Planes con infraestructura médica propia.
- Planes con fuerte componente de prevención.
- Conocer e implementar estrategias de administración de costos.
- Presumir la calidad de las redes de proveedores.

IV. Oportunidades en Productos de Salud

- Explicar a agentes y consumidores las **bondades de las estrategias de Admón. de Costos** (redes cerradas en cuanto a calidad).
- Mayor Colaboración entre Financiadores y Proveedores, **Alianzas con Proveedores** de Servicios Médicos.
- Diseño, Elaboración e Instrumentación de **Indicadores de Gestión**.
- El mercado de los Servicios Médicos, después del de alimentos, es el de mayor dinamismo hoy y en el futuro.
- Necesidad de **entender los seguros de salud**.
- Productos Indemnizatorios "Hospital Cash"
- Gran oportunidad en los no-asegurados "Base de la Pirámide" - "Microseguros".

IV. Retos en Productos de Salud

POBLACIONES ESPECIALES:

- Adultos Mayores – Viejitos
- Enfermedades Crónicas
- Tratamientos Catastróficos
- Condiciones De Invalidez
- Bajos Ingresos – Pobres – Indigente
- Coberturas Transfronterizas

IV. Retos en Productos de Salud

- **Estadísticas Propias** (Suficientes, Confiables, Homogéneas, Oportunas, por Tipo de Riesgo, Regionales/Nacionales)
- **Reservas** (Ad-hoc).
- **Sistemas de Información** (Comportamiento, Tendencias, Evaluación, Benchmarking, Diagnósticos, Tratamientos, Controles, Pronósticos, Benchmarking. etc.)
- **Codificación Uniforme** (Diagnósticos, Tratamientos- Procedimientos, Facturación, Reclamaciones, etc.)

IV. Retos en Productos de Salud

- **Herramientas** (Evaluación, Control de Costos, Mejora en la Calidad de la Atención, Indicadores de Desempeño, etc.)
- **Guías de Cuidados Médicos** (Protocolos y Estándares de Atención).
- **Bases Técnicas y Herramientas** (Necesarias para el Desarrollo de la industria).
- *Desarrollo de Profesionales Especializados.*

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

Agenda

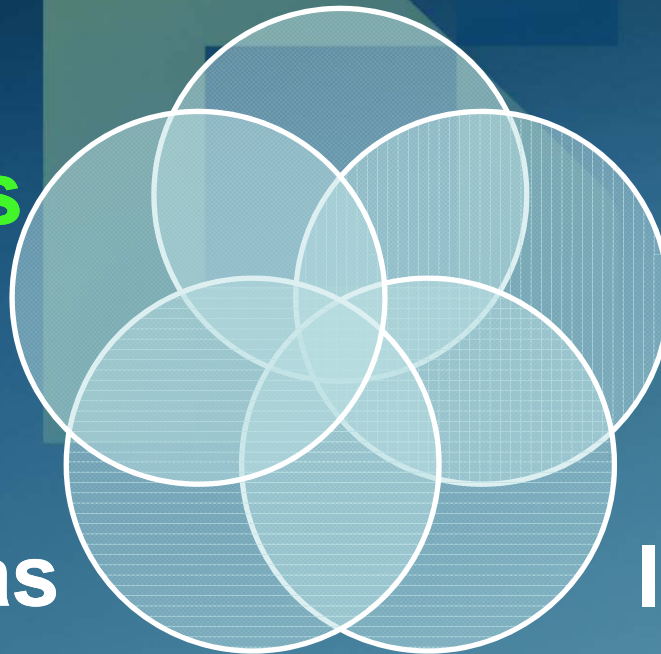
I. Clasificación

V. Estrategias de Ctrl. de Costos

II. Evolución

IV. Tendencias y Retos

III. Factores a Considerar



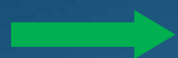
Diseño de Productos: Rentabilidad

- Selección de Riesgos.
- Nivel de Gerenciamiento o Administración de la Salud.
- Margen de Utilidad Requerido.
- Retorno de Inversión Requerido.
- Rendimiento sobre Capital.

Diseño de Productos: Rentabilidad

Gerenciamiento de la Salud

- Costos influenciados por frecuencias de uso y precios de los servicios.
- La Utilización y los Costos siguen patrones.
- Grado de “Gerenciamiento” o “Administración”



Estrategias de Contención de Costos o

Administración de Costos

Bajo Administrado

Medio Administrado

Bien Administrado

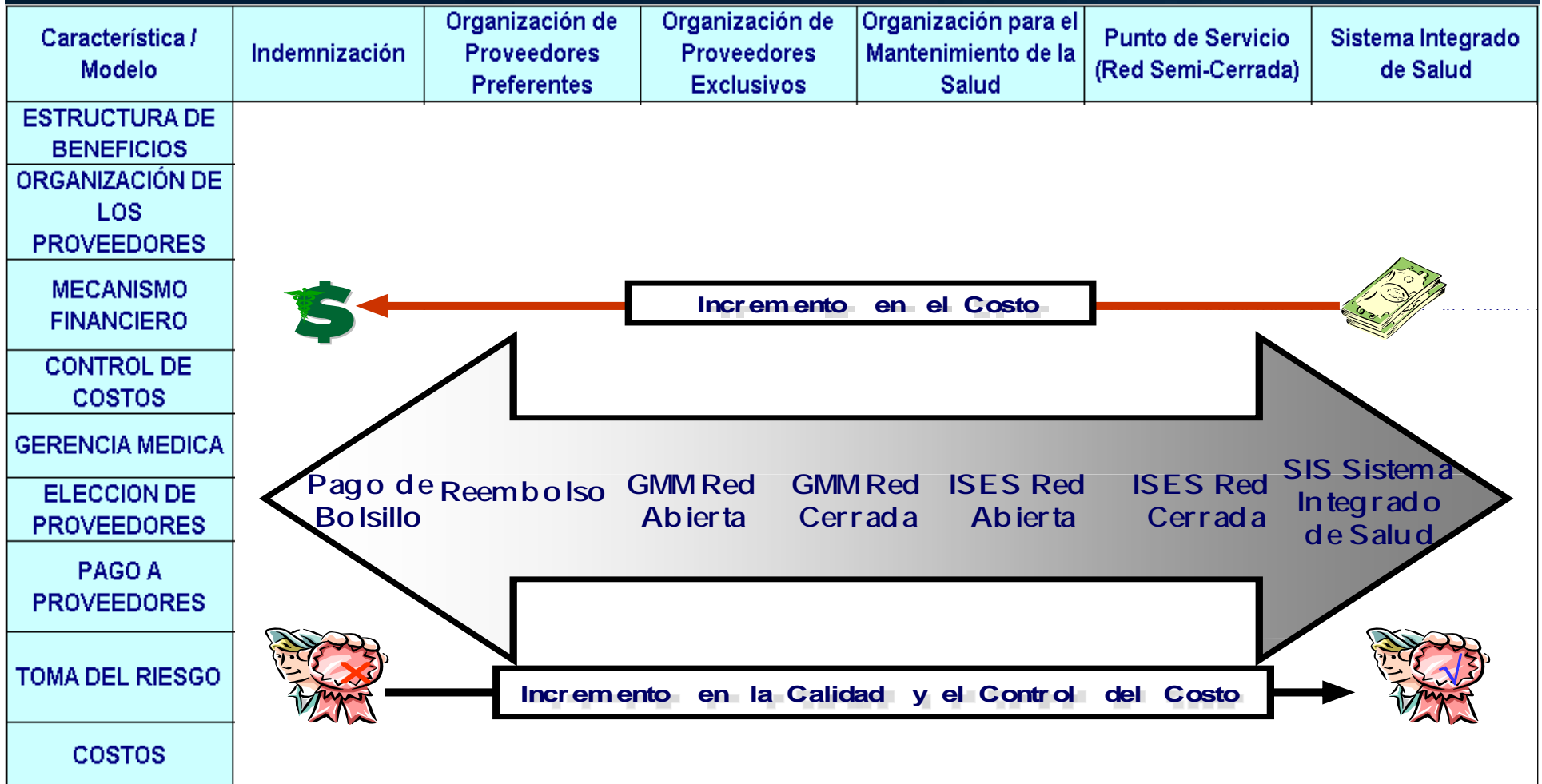


Diseño de Productos: Rentabilidad

Característica / Modelo	Indemnización	Organización de Proveedores Preferentes	Organización de Proveedores Exclusivos	Organización para el Mantenimiento de la Salud	Punto de Servicio (Red Semi-Cerrada)	Sistema Integrado de Salud
ESTRUCTURA DE BENEFICIOS	80 / 20 Deducible	90 / 10 70 / 30	Copagos % Coaseguro	Copagos % Coaseguro	Copagos + % Coaseguro +	Copagos + % Coaseguro +
ORGANIZACIÓN DE LOS PROVEEDORES	Independientes	Independientes APIs - Grupos	APIs - Grupos	APIs - Grupos	Independientes APIs - Grupos	APIs - Grupos Staff (empleados)
MECANISMO FINANCIERO	Pago por Servicio (PPS)	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD	(PPS), Descuento (D), Per Diem, GRD, Capitalización	(PPS), Capitalización	Capitalización, % Primas
CONTROL DE COSTOS	Bajo	Medio - Bajo	Medio - Alto	Alto	Medio - Alto	Alto+
GERENCIA MEDICA	Bajo -	Medio	Medio - Alto	Alto	Medio - Alto	Alto+
ELECCION DE PROVEEDORES	Free	Panel / Free	Only Panel	Only Panel	Panel / Free	Only Panel
PAGO A PROVEEDORES	GUA	Contrato / GUA	Contrato	Contrato, Capitalización, papm, Fondos de Riesgo	Contrato, Capitalización, papm, PPS, Fondos de Riesgo	Contrato, Capitalización, papm, PPS, Fondos de Riesgo, Salary
TOMA DEL RIESGO	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor	Aseguradora/ Asegurado / Proveedor
COSTOS	Alto+	Medio - Alto	Medio - Bajo	Bajo	Medio - Bajo	Bajo -

✓ **Entre mayor es el gerenciamiento que se ejerce, mayor es el control de costos logrado y por tanto menores son los costos para la aseguradora y por consiguiente para el asegurado.**

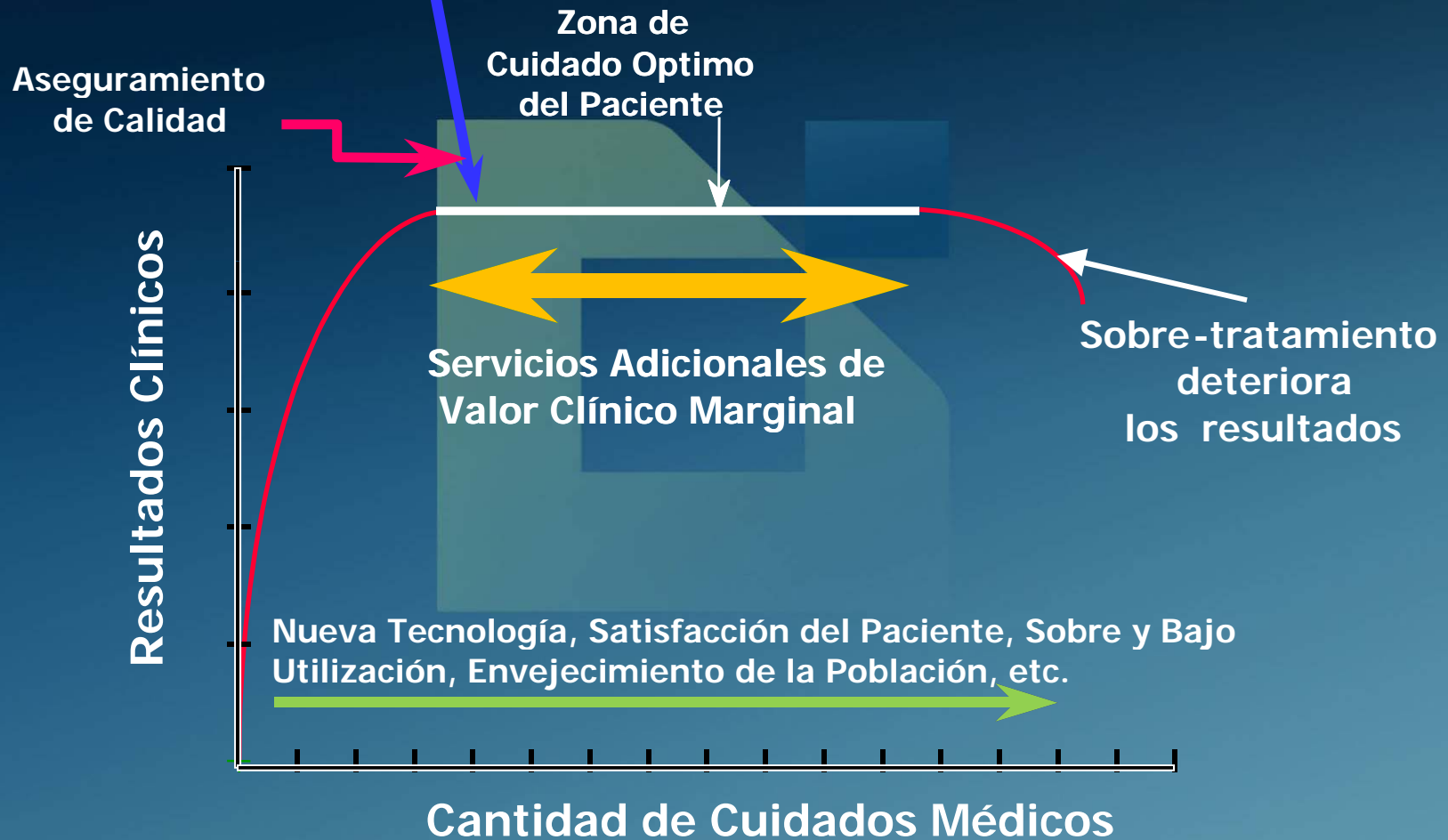
Diseño de Productos: Rentabilidad



✓ Entre mayor es el gerenciamiento que se ejerce, mayor es el control de costos logrado y por tanto menores son los costos para la aseguradora y por consiguiente para el asegurado.

Administración / Gerenciamiento de la Salud

Meta: Ambiente Balanceado de Cuidados Médicos



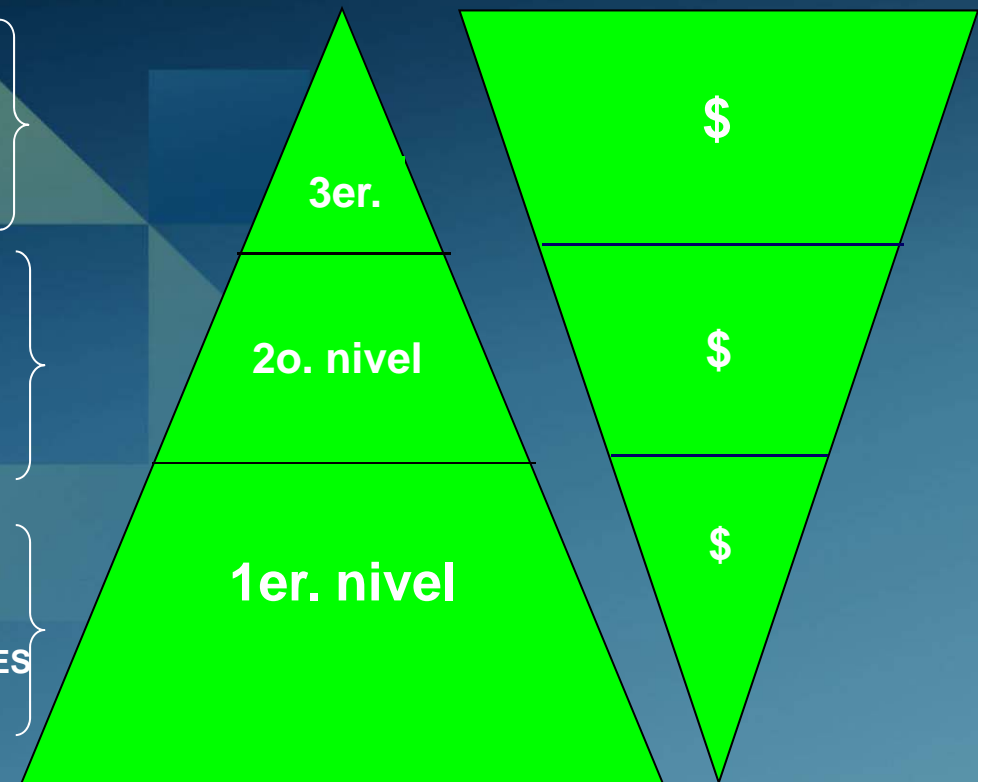
ATENCIÓN VS. GASTO

ASEGURADOS

- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS AGUDOS DE CORTA EVOLUCIÓN
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS EN ETAPAS AGUDAS
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS AGUDOS DE CORTA EVOLUCIÓN
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS EN ETAPAS AVANZADAS
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS EN ETAPAS AGUDAS
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS EN ETAPAS TERMINALES
- SANOS
- SANOS CON FACTORES DE RIESGO
- ENFERMOS CON PADECIMIENTOS EN ETAPAS INICIALES
- ENFERMOS AGUDOS DE CORTA EVOLUCIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN

GASTO



IV. Estrategias de Administración de Costos

Génesis del Gasto Médico



IV. Estrategias de Administración de Costos

Identificación General

- Administración de la Utilización
 - Revisión Prospectiva
 - Revisión Concurrente
 - Revisión Retrospectiva
- Coordinación de los Cuidados
 - Administración de Casos
 - Administración de la Población
 - Administración de Enfermedades

“Administración de Enfermedades” (Disease Management)

“Se define como un sistema coordinado de acciones del cuidado de la salud y comunicaciones, dirigidas a poblaciones con padecimientos crónicos, en los que los esfuerzos de auto-cuidado son importantes para evitar su exacerbación o complicación.”



American Association of
Disease Management.

¿Para qué nos Sirve la “Administración de Enfermedades”?

- ✓ Estrategia de Contención de Costos y Calidad, Enfocada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (EC).
 - Las EC representan cerca del 55% del total del Costo Médico. (1)
 - Regla 80/20 pasa a Regla 40/3 (1)
- ✓ Aumenta la Calidad en la Atención como una ventaja competitiva.

(1) Mercado Norteamericano de Aseguradoras de Salud, 2002.

¿Para qué hacer “Administración de Enfermedades”?

- ✓ Inflación en Salud > INPC.
- ✓ Impactos en Productividad.
- ✓ Fuerza Laboral Envejeciendo.
- ✓ Incremento en EC.
- ✓ Los Afiliados Absorben más los Costos.
- ✓ Menores Presupuestos para PBE.
- ✓ Mayor Lealtad de los Asegurados.
- ✓ Impulso al Uso de Protocolos Basados en Evidencia.
 - 45% de los pacientes en EUA son tratados de acuerdo a Guías o Protocolos de Atención.

“Administración de Casos” (Case Management)

“Es un Proceso que identifica a pacientes con necesidades de cuidados médicos específicos e interactúa con ellos, sus familias y sus médicos, apoyándolos en la coordinación de su atención y haciendo un plan de tratamiento dinámico, que promueva resultados óptimos, además de un uso eficiente de los recursos.”



*“The Language of Managed Health Care”, UHC.
Commission for Case Manager Certification.*

¿Para qué hacer “Administración de Casos”?

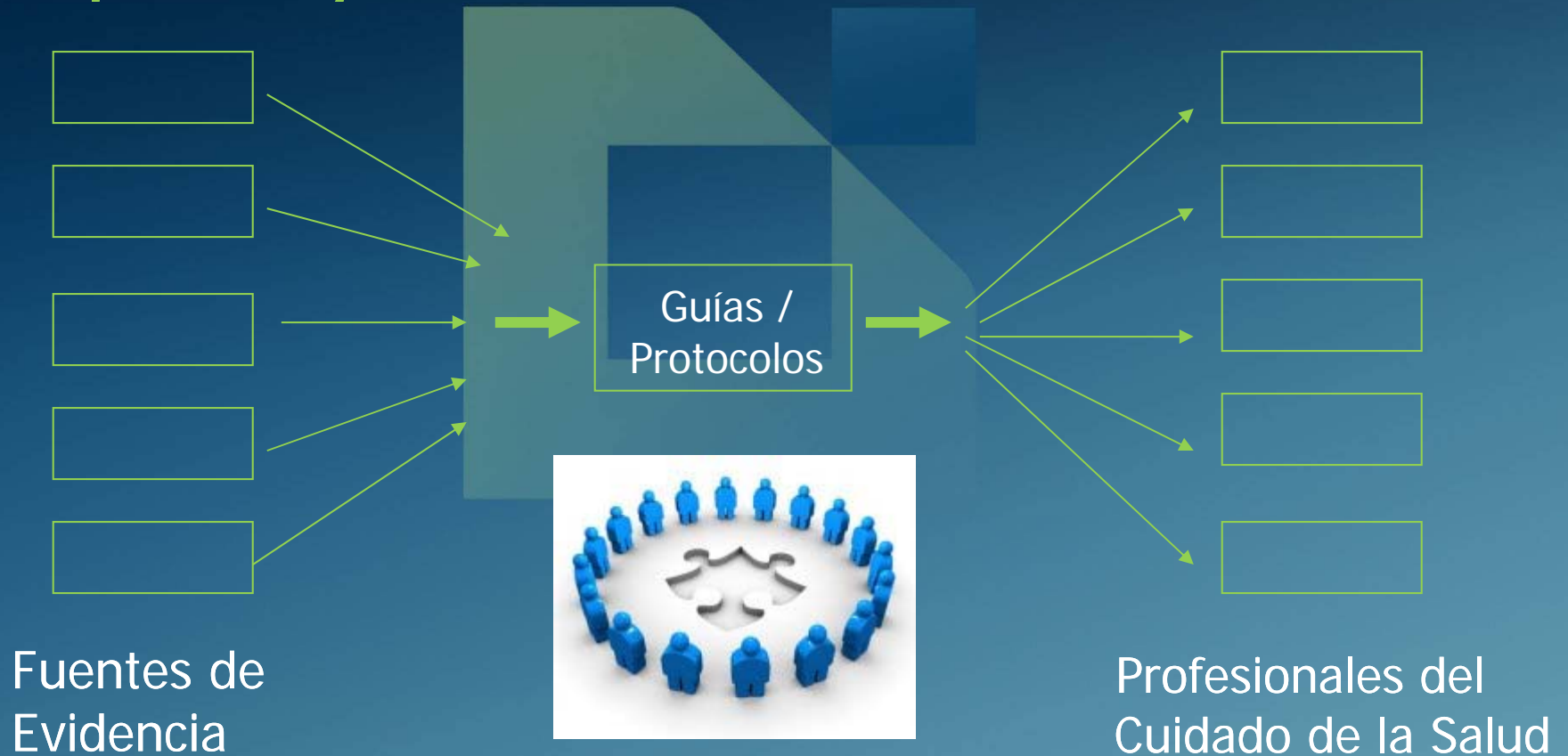
- No es para todos.
- 80/20 \Rightarrow 70/5.
- Alto Riesgo – Costo Alto
(Cáncer, SIDA, trasplantes, apoplejía, quemaduras severas, embarazos de alto riesgo, niños prematuros, lesiones en la cabeza, lesiones de columna, enfermedades neuromusculares, etc.
- Ahorros de hasta 1:50, promedio 1:3.
- Calidad en la Atención.

¿Cómo hacer “Administración de Casos”?

- ✓ Se Asigna un Gerente del Caso.
 - Actividades Médicas
 - Actividades Financieras
 - Actividades Motivación/Comportamiento
 - Actividades Vocacionales

Guías / Protocolos de Cuidados Médicos

“Traducción de evidencia médica a una forma usable para los profesionales del cuidado de la salud”



Objetivos de las Guías / Protocolos de Cuidados Médicos

- ✓ Apoyar a los médicos a tomar decisiones informadas en muchas situaciones del cuidado médico.
- ✓ Comunicar las mejores prácticas demostradas, no las promedio o las mínimas aceptables.
- ✓ Proporcionar información para reducir variaciones innecesarias en la práctica médica.
- ✓ Exhibir la mejor evidencia actual, usada en el desarrollo de Guías / Protocolos del cuidado médico.
- ✓ Motivar la educación y la elección de los pacientes.
- ✓ Usar un formato sencillo y accesible para apoyar la rápida asimilación de la información.

Orígenes de las Guías / Protocolos

- Problemas de Calidad
 - Sobre Uso de
 - Antibióticos
 - Cirugías
 - Hospital
 - Bajo Uso de
 - Prevención
 - Medicamentos
 - Falta de Uso o Uso Erróneo
 - Complicaciones
- Problemas de seguridad
- Objetivo = Estandarización del cuidado médico basado en las mejores prácticas.

Orígenes de las Guías / Protocolos

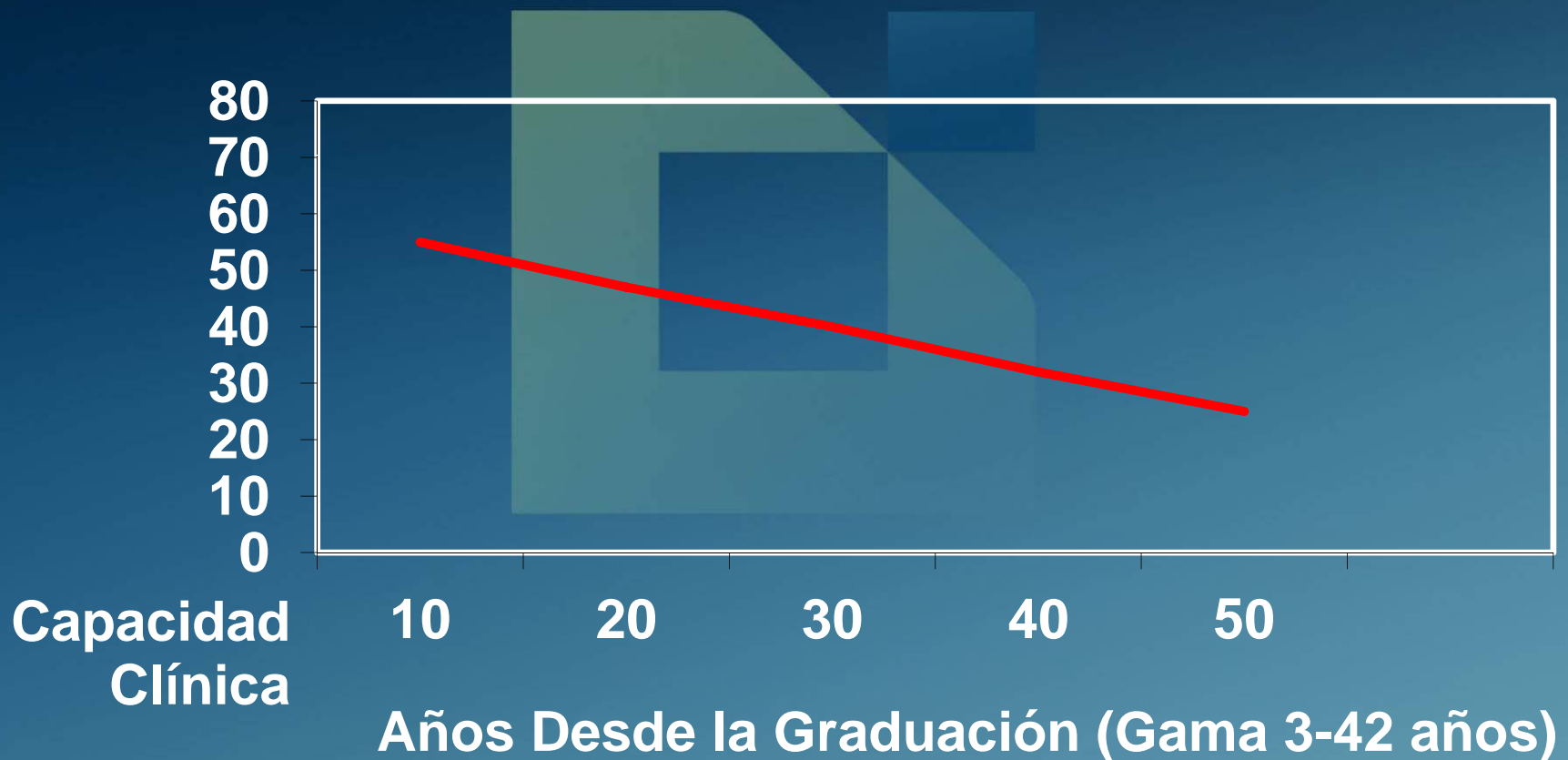
- Incremento de Precios Conceptos:
 - Reducción de costos.
 - Costo-efectividad.
 - Eficacia: eliminar el desperdicio de recursos.
- Objetivo = Eficacia por medio de la reducción del uso erróneo y del sobre uso.

Orígenes de las Guías / Protocolos

- ✓ **Medicina Basada en la Evidencia**
 - Vieja manera: Las decisiones se basan en el entrenamiento y la experiencia.
 - Nueva manera: Las decisiones se basan en la mejor evidencia actual.
 - Un avance importante para mejorar:
 - "Ignorancia evitable".
 - Caída de interés en la investigación para la práctica.

Fuente de Información: Un Decano en la en la Graduación - Escuela de Medicina

“La mitad de lo que les enseñamos no será válido en cinco años, desafortunadamente no sabemos qué mitad.”



Uso de Guías Protocolos Médicos

“Es arrogante pensar que el acercamiento de cada cirujano a un problema dado, es tan bueno como el acercamiento de cualquier otro cirujano.

Es imperdonable no hacer caso del hecho de que hay acercamientos documentados de algunas intervenciones, que se demuestra que son superiores a otros.”

Archivos de Cirugía – Surgery Journey
Noviembre, 2000.

Uso de Guías Protocolos Médicos

“A menos que haya un protocolo específico, los profesionales del cuidado médico pueden no siempre estar seguros de si ha habido una desviación de los estándares aceptados. ¿Cómo podemos corregir un error cuando los implicados pueden estar inconscientes que el error ha ocurrido?”

Archivos de Cirugía – Surgery Journey
Noviembre, 2000.

Bibliografía

- Kongstvedt Peter, *The Managed Health Care Handbook*, ASPEN/ ACTEX - Mad River Books
- *The Language of Managed Health Care*, UHC
- Milliman *Health Care Guidelines*TM
- Milliman *Health Cost Guidelines*TM
- Milliman *Medical Underwriting Guidelines*TM
- www.milliman.com.mx

Desarrollo de Productos de Seguro de Salud

¿ PREGUNTAS ?

Quiénes Somos

- ✓ Milliman, **firma de consultores y actuarios** que proporciona servicios a una gran variedad de negocios y principalmente al sector asegurador.
- ✓ Fundada en 1947, la firma tiene 55 oficinas en las principales ciudades del mundo cubriendo los mercados de Norte América, **Latino América**, Europa, Asia y el Pacífico y El Medio Oriente

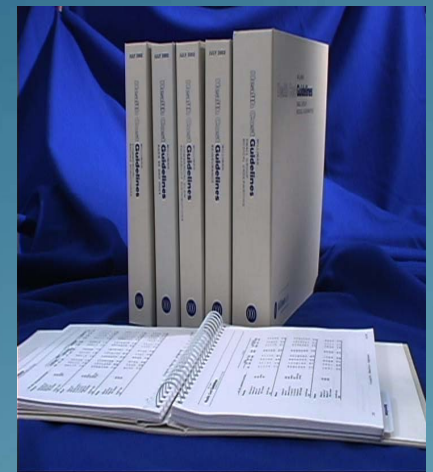
Quiénes Somos

- ✓ Ingresos en el 2010 fueron de US\$676 millones.
- ✓ Más de 2,500 Empleados.
- ✓ Prácticas de Consultoría en:
 - ✓ **Salud**
 - ✓ Beneficios para Empleados y Compensación
 - ✓ Vida y Servicios Financieros
 - ✓ Daños
- ✓ En México, Milliman, S.A. de C.V. **desde el año 2003**

Quiénes Somos

Milliman es la **firma de consultoría actuarial líder para aseguradoras de salud** en los Estados Unidos, con más de 55 años de ser **pionero en investigación y desarrollo de herramientas y soluciones especializadas**. Publica varias “Herramientas-Guías” incluyendo:

- ✓ Guías de **Selección Médica™**
- ✓ Guías de **Costos Médicos™**
- ✓ Guías de **Cuidados Médicos™**



Milliman, Realmente Global

Milliman Offices Worldwide



“Visión Global, Conocimiento y Experiencia Local”

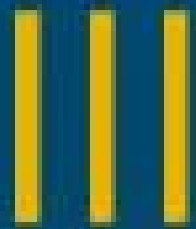
Simposio Internacional

Advertencias y Salvedades

Milliman ha elaborado esta presentación para el uso exclusivo del Congreso Internacional y Simposio de Actuarios de Colombia. Ninguna parte del reporte debe ser proporcionada a cualquier tercero, sin el consentimiento previo y por escrito de Milliman, quien a su vez no pretende beneficiar a terceros que reciban sus trabajos, aún cuando haya otorgado su autorización para darlos a conocer a dichos terceros. En caso de otorgar su consentimiento para distribuirlo, la presentación deberá ser proporcionado en su totalidad.

Milliman confía en la información consultada por las distintas fuentes referidas. Nosotros realizamos revisiones y supuestos razonables de la información obtenida, mas no realizamos una auditoría de la información.

La experiencia real que se tenga en términos de cualquier estrategia presentada puede ser más o menos favorable en comparación a lo supuesto y presentado. Asimismo, si la experiencia real difiere de los supuestos considerados, los resultados reales serán más o menos favorables que los resultados mostrados.



Simposio Internacional de Actuaría
Bogotá, Colombia / Noviembre 23 - 25 de 2011

¡Muchas Gracias!

Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia
Noviembre 22, 2011.

Act. Eduardo Lara di Lauro, CIAyE
eduardo.lara@milliman.com