

On a Policy of Transferring Public Patients to Private Practice

Health Economics 14: 513-527, 2005

Paula González
(U. Pablo de Olavide, Sevilla)



Instituto de Estudios Fiscales, Madrid 3 de octubre de 2006.

Motivación

Punto de partida: Tres **preocupaciones** compartidas por la mayor parte de los países de la OCDE:

1. Existencia de listas de espera en el sector público.
2. La práctica dual de los médicos.
3. La polémica existente sobre el potencial interés de los médicos proveedores duales en mantener tiempos de espera largos.

Las listas de espera

Problema generalizado en aproximadamente la mitad de los países de la OCDE (Siciliani y Hurst, 2005): Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia, España, Italia, Reino Unido, Irlanda, etc.

Los gobiernos recurren a programas especiales:

El uso de los quirófanos públicos fuera de su horario regular ("**peonadas**").

Contratar con hospitales privados para derivar a ellos pacientes de las listas de espera públicas.

Las listas de espera

Ejemplos de aplicación de estas medidas: Australia, Dinamarca, Irlanda, Inglaterra, Nueva Zelanda, España, etc

En España:

Comunidad Valenciana: Más de 100.000 pacientes de la seguridad social tratados en hospitales privadas entre 1996 y 2000 (Información, 4 de enero de 2001).

Galicia: 12% de las operaciones financiadas en el sector público realizadas por el sector privado (Faro de Vigo, 22 de septiembre de 2002).

La práctica dual de los médicos

Evidencia empírica de la prevalencia de este fenómeno.

Países en desarrollo

África: Zambia, Egipto (80%), países de habla portuguesa (66%), etc.

Asia: Bangladesh e Indonesia (80%), India, Tailandia (69%), Vietnam, China.

América Latina: Perú, México.

Europa del este: Polonia, países de la antigua Unión Soviética.

Países desarrollados

Oceanía: Australia (79%), Nueva Zelanda (43%).

Europa: Reino Unido (60%), Irlanda (90%), Portugal, Austria (100% de los senior), España (16%), países escandinavos, Francia, etc.

EEUU (médicos residentes).

Japón (médicos residentes).

La práctica dual de los médicos

La más extendida: pública - privada.

La literatura recoge 4 potenciales comportamientos relacionados con (o agravados por) esta práctica dual:

Absentismo laboral y elusión de tareas en los hospitales públicos:
Vinculado a una falta de motivación e incentivos.

Desvío de pacientes al sector privado: directo o inducido (reducción de calidad, listas de espera, etc).

Selección de pacientes (cream-skimming).

Apropiación indebida o uso de los recursos públicos para fines privados.

Motivación

Objetivo de este artículo: *Analizar los efectos de una política de contratación de servicios privados para pacientes públicos cuando pueden existir intereses por parte de terceros.*

Aspectos clave:

Distintos **sistemas retributivos** en el sector público (salario) y en el privado (pagos por acto).

Posibilidad de que sean los **mismos médicos** públicos los que traten a esos pacientes en el sector privado.

Motivación

En Galicia (algunos titulares de prensa recientes):

“El Sergas detecta en Ourense y Lugo incompatibilidades médicas”.

“Radiólogos del Xeral de Lugo denuncian a sus propios compañeros”.

“Muchos médicos del Sergas con consulta privada están fuera de la ley”.

“Las mayores listas de espera son para los jefes de servicio sin dedicación exclusiva”.

El Modelo: Los pacientes.

Hay un continuo de pacientes. Tamaño normalizado a 1.

s : Gravedad de un paciente; $s \sim dF(s)$ en (\underline{s}, \bar{s}) .

Gravedad media: $E(s) = \hat{s}$.

El beneficio de un paciente por ser tratado:

Sector público: Depende negativamente de las listas de espera a través de dos factores: cuántos pacientes vayan a ser tratados en el sector público (x), y el coste asociado con esperar (δ):

$$Q^{pb} = Q - \delta x.$$

Sector privado: No hay problemas de congestión $\Rightarrow Q^{pv} = Q$.

El Modelo: La Autoridad Sanitaria (HA).

El objetivo de la HA es tratar a todos los pacientes. Para ello decide qué fracción se queda en el sector público (x), y deriva los restantes pacientes al sector privado.

Los costes para la HA son:

Coste del tratamiento público: k^{pb} .

Salario pagado al médico: T .

Por cada intervención privada: Un pago fijo w .

La función objetivo de la autoridad sanitaria es:

$$H = (Q - \delta x)x + Q(1 - x) - [T + k^{pb}x + w(N - x)].$$

El Modelo: El médico.

Es proveedor dual: Trata a x pacientes en el sector público y a los restantes en el privado.

Incurre en unos costes:

En el sector público: $\Psi^{pb} = \Psi(x, \hat{s}^{pb})$.

En el sector privado: $\Psi^{pv} = \Psi((1-x), \hat{s}^{pv})$.

Ψ es creciente y convexa en el número y la gravedad de los pacientes.

Obtiene unos ingresos:

En el sector público: Un salario T .

En el sector privado: Un porcentaje (π) de los beneficios del hospital (o un pago por acto).

El Modelo: La Secuencia de Eventos.

Etapa 0: El gobierno alcanza acuerdos con los hospitales privados sobre el valor de w .



Etapa 1: La HA decide la fracción de pacientes que es tratada en el sector público (x) y el pago a los médicos T .



Etapa 2: El médico, si tiene capacidad para ello, decide qué pacientes trata en el sector público y cuáles en el privado.



Etapa 3: La población recibe el tratamiento y se realizan los pagos.

Marco de Referencia: No Manipulación

El médico no tiene capacidad para elegir qué pacientes se tratan en el sector privado \Rightarrow La etapa 2 no está activa.


$$\hat{s}^{pb} = \hat{s}^{pv} = \hat{s}.$$

Hacemos un supuesto: $k^{pb} < w < \frac{\partial \Psi^{pb}}{\partial x} \Big|_{x=1} + 2\delta + k^{pb}$.

Garantiza que a la HA no le interesa:

- (i) Comprar todos sus servicios al sector privado.
- (ii) Tratar a todos los pacientes en el sector público.

Marco de Referencia: No Manipulación

Etapa 1: La HA resuelve el siguiente problema:

$$\begin{aligned} \max_{T,x} \quad & H = (Q - \delta x)x + Q(1-x) - (T + k^{pb}x + w(1-x)) \\ \text{s.a.} \quad & T \geq \underline{U} + \Psi^{pb}(x, \hat{s}^{pb}). \end{aligned}$$

El resultado (x^*) es tal que los costes marginales de tratamiento se igualan entre sectores.

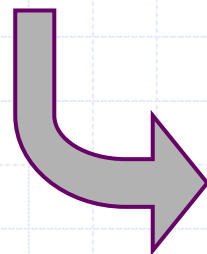
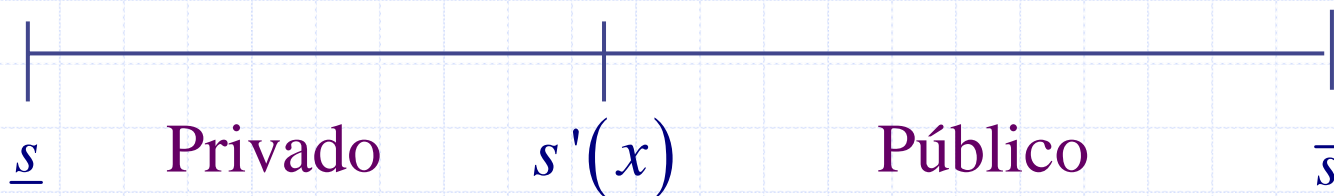
Además: $\frac{dx^*}{dw} > 0$ y $\frac{dx^*}{d\delta} < 0$.

Selección de Pacientes

- ¿Qué ocurriría si los médicos tienen capacidad para seleccionar pacientes (cream-skim o cherry-pick)?
- Etapa 2: El médico maximiza su utilidad, eligiendo qué pacientes (gravedades) quiere tratar en el sector público, sujeto a la restricción de que deben ser tratados x pacientes.
- Ahora ya no podemos asegurar que $\hat{S}^{pb} = \hat{S}^{pv} = \hat{S}$.

Selección de Pacientes

Resultado : Para una distribución dada de pacientes entre sectores el médico transferirá los casos más sencillos al sector privado:



Los médicos públicos reciben un salario fijo, mientras que en el sector privado sus ingresos están ligados a su actuación.

Selección de Pacientes

Etapa 1: La HA resuelve el siguiente problema:

$$\max_{T,x} H = (Q - \delta x)x + Q(1-x) - (T + k^{pb}x + w(1-x))$$

$$s.a. \begin{cases} T \geq \underline{U} + \Psi^{pb}(x, \hat{s}^{pb}) \\ \hat{s}^{pb} = \hat{s}^{pb}(x) > \hat{s} \end{cases}.$$

- Resultados:

- i. La HA puede decidir no implementar la política: Si deriva algunos pacientes al sector privado, el coste marginal de tratar a los que se quedan aumenta ya que, por la selección de pacientes, son los más costosos de tratar.

Selección de Pacientes

- ii. Si el gobierno decide continuar con la política, ¿decidirá mantener listas de espera más largas o más cortas que en el escenario de referencia?

El resultado depende de dos efectos:

- ❑ **Un efecto directo:** Como el coste marginal de tratamiento en el sector público es mayor debido al cream-skimming, la HA puede tener interés por derivar **más** pacientes al sector privado.
- ❑ **Un efecto indirecto:** Cuantos **menos** pacientes se deriven al sector privado, menor será la capacidad de los médicos para seleccionar pacientes y, por tanto, menor será el impacto del cream-skimming.

Selección de Pacientes

¿Podemos ser más precisos si consideramos que los costes del médico son cuadráticos y las gravedades de los pacientes se distribuyen uniformemente?

La variable clave es la dispersión de las gravedades de los pacientes $d = \frac{\bar{s} - s}{\hat{s}}$:

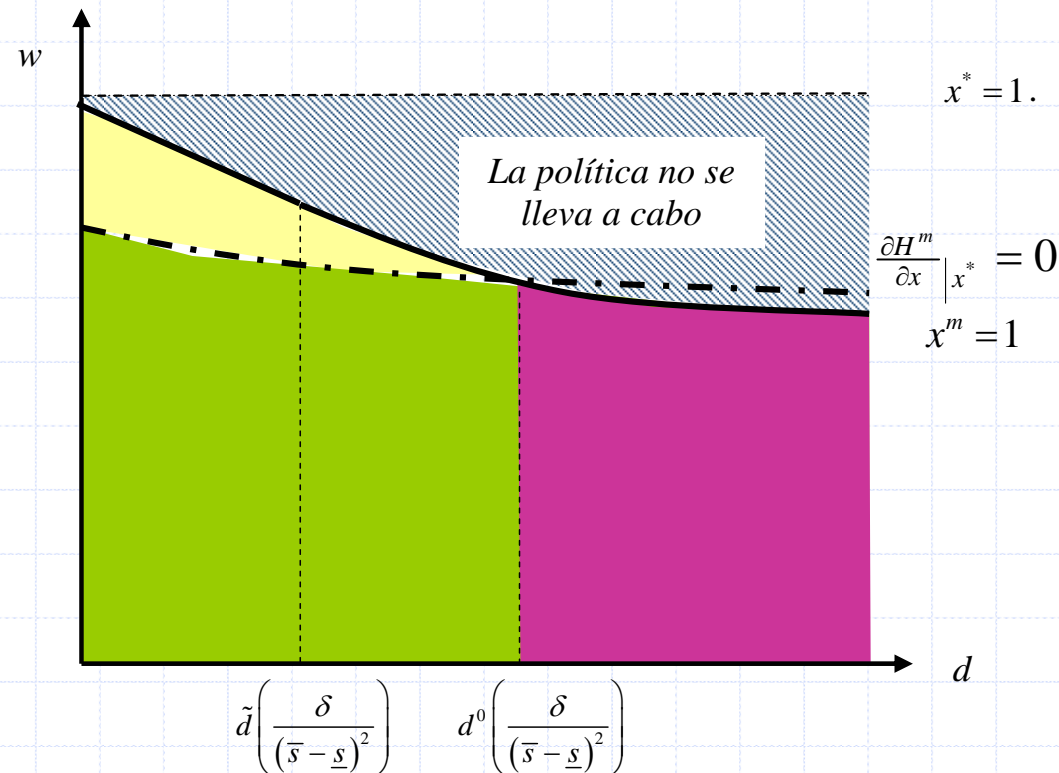
Cuanto mayor sea d mayor es el interés del médico en seleccionar pacientes (ya que la ganancia de hacerlo es mayor).

Si d es alta: la autoridad sanitaria mantiene menos pacientes en la lista de espera (efecto directo domina).

Si d es pequeña: la autoridad sanitaria mantiene más o menos pacientes en la lista de espera dependiendo del valor de w .

Selección de Pacientes

1. Cuando d es grande: Se transfieren MAS.
2. Cuando d es pequeña:
 - Si w es suficientemente alto: Se transfieren MENOS.
 - Si w es bajo: Se transfieren MAS.



Conclusiones

- Una política de derivar pacientes al sector privado puede sufrir problemas de cream-skimming y, por tanto, puede ser menos interesante implementarla.
- Este problema viene dado por la interacción de dos factores:
 - La distinta estructura remunerativa empleada en el sector público y en el privado.
 - La posibilidad de que los mismos médicos tengan intereses en ambos sectores.
- Variables cruciales que determinan cuándo la política se debe llevar a cabo:
 - El pago concertado con el sector privado.
 - El coste asociado con la espera para recibir tratamiento.
 - La dispersión de las gravedades de los pacientes.

Conclusiones

El trabajo señala la necesidad de evitar este tipo de comportamientos oportunistas que puedan aparecer:

- Necesidad de reducir los potenciales conflictos de intereses, **¿cómo?**
- Establecer controles rigurosos por parte de los gestores públicos.
- Fomentar el seguimiento del rendimiento de los facultativos en su jornada ordinaria, **Introducción de incentivos.**
- Promover unas relaciones contractuales entre sector público y privado que gocen de absoluta “transparencia”.



¡Gracias por vuestra atención!