

Según se ha puesto de manifiesto durante el XVII Congreso Nacional de Derecho Sanitario

LOS MODELOS DE ELECCIÓN COMO MUFACE SON LOS QUE DAN MEJORES RESPUESTAS A LOS USUARIOS

- **En la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la elección se produce en una dimensión de calidad por la que los asegurados eligen voluntaria y libremente tanto aseguradores como proveedores.**
- **El 87% de los funcionarios opta por la gestión privada de la cobertura, lo que indica su satisfacción con el modelo.**
- **Los países de nuestro entorno geográfico y económico mantienen una integración de los sistemas sanitarios público y privado, buscando la complementariedad mutua y la eficiencia en el uso de todos los recursos disponibles.**
- **Los retos para el futuro son buscar el equilibrio financiero, avanzar en los sistemas de información, garantizar contratos de duración suficiente y la búsqueda de los resultados de salud situando al paciente en el centro del sistema.**

Madrid, 28 de octubre de 2010.- Los modelos de elección como MUFACE son los que mejores respuestas dan a los usuarios. Así se ha puesto de manifiesto durante la mesa redonda promovida por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) en el XVII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, celebrado recientemente en Madrid, “una jornada durante la cual se analizó y defendió la vigencia, oportunidad y necesidad de un sistema como el que establece dicha mutualidad como sistema de aseguramiento de elección para funcionarios y trabajadores de la administración”, explica Juan Abarca Cidón, director general del Grupo HM Hospitales y secretario general del IDIS.

Luis Mayero, delegado de ASISA en Madrid y vicepresidente del IDIS, señala, por su parte, que, a pesar de su mejor respuesta, este modelo “de libre elección de médico y hospital para los funcionarios de la administración pública” ha sido puesto en entredicho recientemente en el documento resumen elaborado por el presidente de la subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad del Congreso de los Diputados, documento que finalmente no fue suscrito por la globalidad de los grupos parlamentarios por no estar todos ellos de acuerdo con las conclusiones que en el mismo se recogían.

“MUFACE representa una muestra de que la elección y competencia en el marco del Sistema Nacional de Salud financiado públicamente es posible y satisfactorio para los usuarios” argumentó Pere Ibern, Director de Desarrollo Estratégico de la aseguradora DKV. En MUFACE la elección se desarrolla en base a la calidad, sin rivalidad por precios o cartera de prestaciones, por la que los asegurados eligen voluntaria y libremente tanto aseguradores como proveedores.

Según Ibern, el elevado porcentaje de funcionarios (87%) que optan por gestión privada de cobertura es indicativo de la satisfacción. Asimismo, explicó que el 80% de los cambios del sistema de cobertura pública al de cobertura privada se producen por el propio cuadro médico y el 11,2% por la libertad de elección de médico y centro asistencial. Aproximadamente el 4,20% de la población, es decir 1.964.206 ciudadanos, son mutualistas protegidos por entidades de seguro privado.

Respecto a la eficiencia del sistema, Pere Ibern aseguró que MUFACE ofrece un diferencial a su favor notable y sensible, ya que el gasto per cápita es de 693,56 euros en el caso de la mutualidad y de 1.052 euros per cápita en el caso de la gestión pública de la cobertura (sin tener en cuenta el gasto en farmacia), un 35% más barato. “Los datos sectoriales muestran que la prima no cubre el coste de las prestaciones que se están ofreciendo, ni por supuesto los costes administrativos. Más allá de las tensiones financieras del Sistema Nacional de Salud, MUFACE tiene desajustes pendientes de resolver con una mejor regulación desde hace años” añadió.

En este punto, Pere Ibern planteó las siguientes propuestas:

- Cambio estructural regulatorio, creando un sistema caputivo ajustado a riesgo y no únicamente por edad.
- Creación de un fondo solidario de compensación para riesgos.
- Cambio en el sistema de pago a proveedores más allá del pago por acto médico.
- Incremento en actividades de carácter preventivo.
- Desarrollo de modelos de atención integrada de proveedores.
- Incremento de la información para mejorar la capacidad de elección.

José Vilella, director médico Asistencial de ASISA, manifestó, por su parte, “la necesidad de generar escenarios sostenibles que aseguren el futuro, teniendo en cuenta que la sanidad privada supone ya el 2,4% del PIB y la pública el 6,1%”, lo que implica una contribución destacada a la sostenibilidad del sistema, produciendo un descenso de la demanda con lo que ello significa de cara a una disminución en la presión asistencial, en los tiempos de demora y listas de espera, una descarga financiera estimada en más de 9.000 millones de euros, es decir, unos 1.300 euros por persona asegurada y año; además de contribuir mediante la inversión privada al incremento de la riqueza de nuestro país y a la mejora del empleo, ya que este sector está compuesto por más de 350.000 profesionales altamente cualificados en la mayoría de los casos.

Vilella aseguró que la financiación de la sanidad privada está segmentada en tres grandes áreas: el 60% corresponde a usuarios de aseguradoras (seguro privado más mutualidades), el 20% a privados puros y el 20% a colaboración con la sanidad pública (concesiones, conciertos, prestación de servicios, clínicas privadas), insistiendo en la “elección masiva de los funcionarios por la sanidad privada”. “Las tendencias en la Unión Europea son: Nivel suficiente de cobertura, equidad, eficiencia macro y microeconómica, satisfacción del usuario a un precio razonable y equilibrio y sostenibilidad – déficit versus gasto sanitario – y esto se consigue en la mayoría de los países de nuestro entorno geográfico y económico mediante una integración de los sistemas público y privado, buscando la complementariedad mutua” añadió.

Luis Monset, director gerente de ACES, insistió en la necesidad de introducir cambios estructurales dentro del Sistema Nacional de Salud. “Si los ciudadanos tuvieran capacidad de elegir, también elegirían, como los funcionarios, una póliza de aseguramiento privado. Esta situación no ocurre y es incomprensible ya que el aseguramiento y provisión privados son más eficientes en términos económicos y de gestión, no generando déficit”. Monset añadió que si las mutualidades como MUFACE desaparecieran, se vería abocado al cierre un número importante de hospitales y clínicas que trabajan en este sector, incidiendo ello en un incremento del desempleo cualificado. “MUFACE es un buen sistema” concluyó.

Alicia Sánchez Gil, directora asistencial de ADESLAS, aportó las ventajas de las mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) para el cliente, para el proveedor asistencial y para el sistema:

Ventajas para el cliente:

- Equidad en el acceso.
- Libertad de elección entre modelos, entidades, provincias y prestadores.
- Garantía de servicio tutelada por la mutualidad.
- Proceso ágil de reclamación en caso necesario.

Ventajas para el proveedor:

- Volumen de actividad.
- Libertad de ejercicio profesional.
- Protección de la relación directa médico – paciente.
- Capacidad de invertir y crear valor.

Ventajas para el sistema

- Único modelo público de cobertura nacional.
- Eficiencia de gestión.
- Menor coste per cápita.
- Presupuesto cierto (crecimiento constante del diferencial gasto público - coste de la prima).
- Permite la comparación de sistemas y resultados de salud.
- Descongestiona el sistema público.

- Contribuye a su sostenibilidad.
- Bien valorada por los mutualistas en base a sus preferencias de elección.
- Justifica la existencia de una red privada de recursos.

“Nosotros gastamos menos y hacemos más” aseguró Sánchez Gil, todo ello en un entorno social de geriatrización, desarrollo de nuevas tecnologías, incremento constante de la demanda, afloración de nuevas patologías, incremento del número de enfermedades de carácter crónico y enfermedades asociadas al estilo de vida (obesidad, tabaquismo, etc...), lo que conlleva el riesgo de insostenibilidad y de pérdida de calidad diferencial motivada por el déficit de financiación y en este entorno de dificultad es donde un sistema privado integrado, complementario, reconocido y bien valorado tiene toda su vigencia, debiendo estar reconocido el usuario a todos los niveles para evitar duplicidades asistenciales, doble consumo de recursos y reconocimiento fiscal acorde con el esfuerzo y la descarga que genera un doble aseguramiento voluntario.

Los retos para el futuro, añadió Sánchez Gil, son: buscar el equilibrio financiero, avanzar en los sistemas de información, garantizar contratos de duración suficiente y la búsqueda de los resultados de salud situando al paciente en el centro del sistema. En definitiva, debemos “fomentar su mantenimiento entre todos, garantizando su viabilidad” concluyó.

Sobre IDIS

El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo fundamental poner en valor la aportación de la sanidad privada al Sistema Nacional de Salud y promover la mejora de la salud y calidad de vida de todos los españoles. Para ello, fomenta y desarrolla todas las iniciativas que desde la sanidad privada estén encaminadas a la consecución de un óptimo nivel asistencial y sanitario de toda la población, siempre con el objetivo de que el paciente disponga de todos los medios necesarios para dar respuesta a sus necesidades.

En la actualidad, el Patronato del IDIS está integrado por 16 grupos de hospitales privados y compañías de seguros implicadas en la sanidad privada de nuestro país: Grupo Quirón, Grupo Hospiten, Capiro Sanidad, USP Hospitales, Grupo Hospital de Madrid, Agrupación Catalana de Establecimiento Sanitarios (ACES), ASISA, ADESLAS, SANITAS, MAPFRE, DKV, Aresa Salud, AXA, Grupo Recoletas, Caser Seguros y Hospitales NISA.

Para más información

Fernando Mugarza
Director de Desarrollo Corporativo –
Tel.: 619-315533
fmugarza@medynet.com

Planner Media
Rosa María García
Tel.: 91.787.03.00
rmgarcia@plannermedia.com