

El Sistema Sanitario en los EEUU



Por David Killeen, Estudiante de Medicina de la Universidad de Virginia Commonwealth (Richmond, VA, EEUU)



Índice



- Un vistazo al sistema de salud americano
- ¿Un sistema español en los EEUU?
- Medicare y Medicaid
- ¿Quién está pagando?
- Tipos de Seguros Privados
- El Equipo
- Tipos de clínicas de atención primaria
- La reforma de Obama
- El futuro de la sanidad en EEUU

El sistema americano: Formado por 4 modelos



El modelo “británico” (español)

- Gratuito
- Financiado y gestionado por el gobierno
- Administración de Veteranos
- Servicio de Salud Indígena



El modelo “tercermundista”

- Gratuito gestionado por voluntarios
- Servicios 100% pagados por el paciente

El modelo “canadiense”

- Seguro financiado por el gobierno pero gestionado por el privado
- Medicaid – embarazos, gente “pobre”, niños, personas con discapacidad
- Medicare – mayores de 65



El modelo “alemán”

- La compañía y el empleado pagan una cuota al mes
- Seguro privado con coste al paciente

El gratuitismo



- Militares
- Veteranos (con condiciones)
- Gente indígena
- Gente con VIH/SIDA
- Gente que necesita diálisis continuamente
- Enfermedades que producen dependencia o discapacidades fuertes



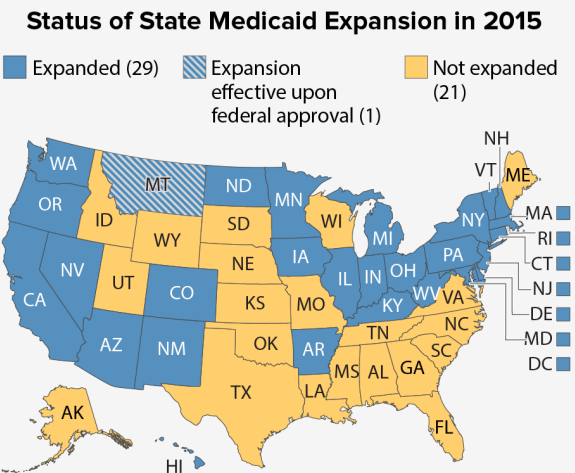
Medicare y Medicaid

Medicare

- Mayores de 65
- Financiado por el gobierno federal a través de impuestos a todos los trabajadores y empresas
- Una cuota mensual, y co-pago de 20% por parte del paciente
- Distintas partes
- “Medicare Advantage” – seguros privados

Medicaid

- Depende del estado - niños, embarazos, discapacidades
- Financiado por el gobierno federal y el gobierno estatal (50%-50%)
- Cuota mensual (\$0-\$15)
- Límite de co-pagos



Medicare y Medicaid

Medicare

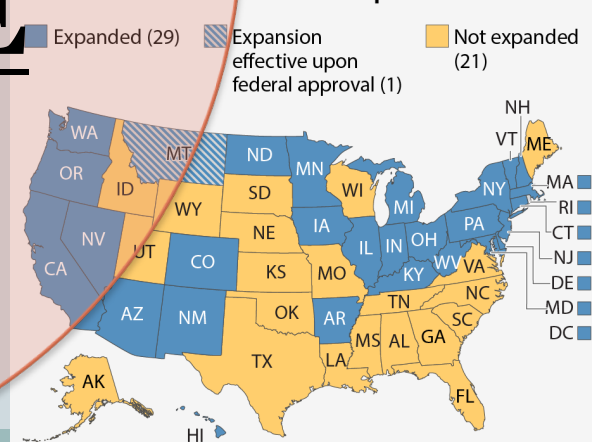
- Mayores de 65
- Financiado por el gobierno federal a través de impuestos a todos los trabajadores y empresas
- Una cuota mensual, y co-pago de 20% por parte del paciente
- Distintas partes
- “Medicare Advantage” – seguros privados

DUAL
ELIGIBLE

Medicaid

- Depende del estado - niños, embarazos, discapacidades
- Financiado por el gobierno federal y el gobierno estatal (50%-50%)
- Cuota mensual (\$0-\$15)
- Límite de co-pagos

Status of State Medicaid Expansion in 2015



¿Quién está pagando la sanidad?

U.S. Healthcare Ecosystem 2014

Patients



Oversight

US Government

Laws and Regulations

EMTALA

HITECH ACT

Patient Safety and Quality Improvement

HPAA

MMA

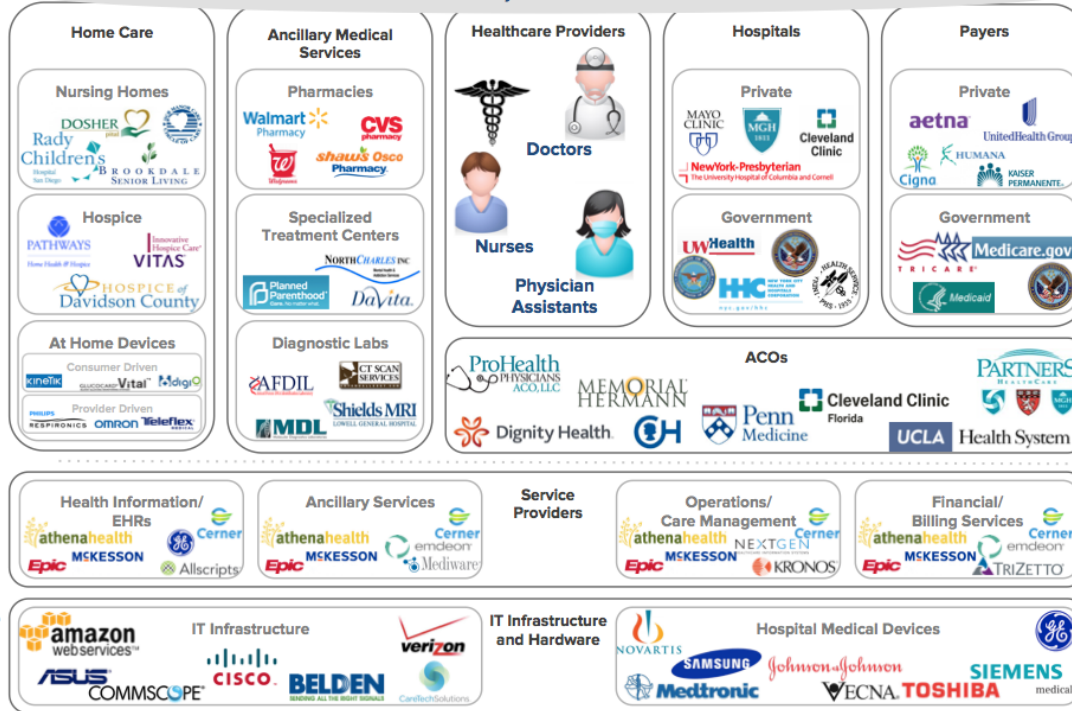
PATIENT PROTECTION AND THE AFFORDABLE CARE ACT

Regulatory Bodies



US Payers and Providers

Payers' Network*



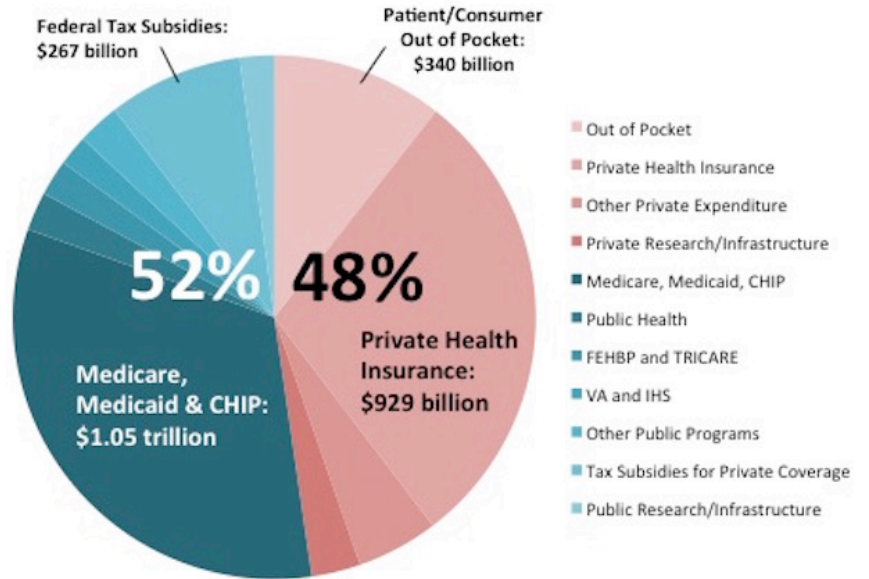
Technology and Infrastructure



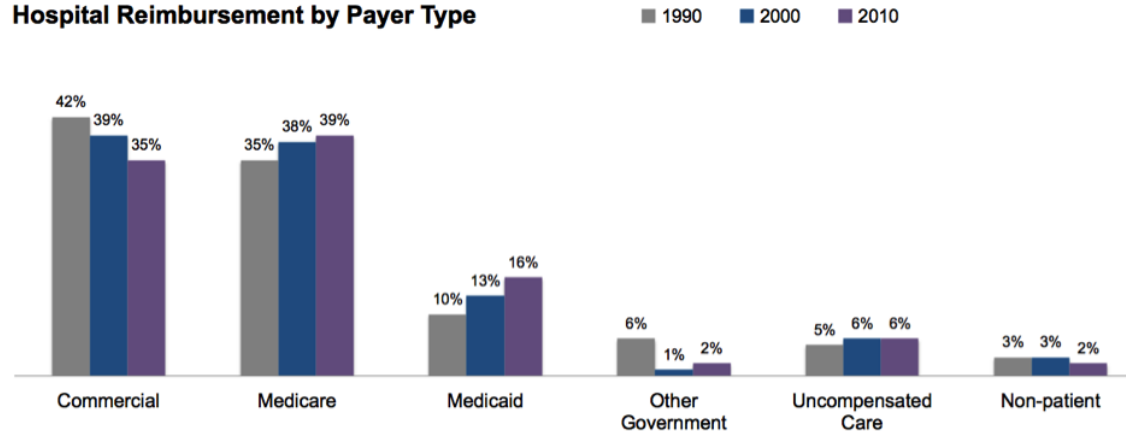
© Endeavour Partners 2014

¿Quién está pagando la sanidad?

U.S. Healthcare Ecosystem 2014



Hospital Reimbursement by Payer Type



Source: American Hospital Association Annual Survey Data, 2013

David Killeen

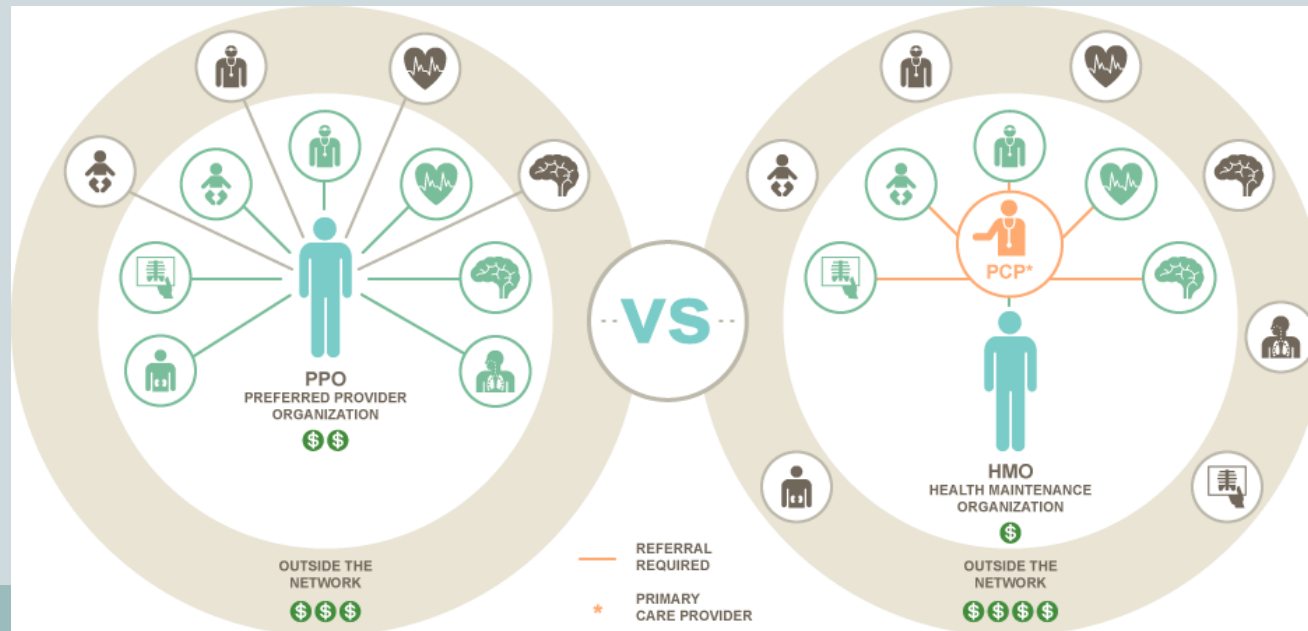
Seguros Privados

- PPO – Preferred Provider Organization

- Una red de médicos privados: especialistas y atención primaria
- Co-pagos (entre \$10-\$50)
- “Deductible”
- Cubre un % del gasto fuera de su red

- HMO – Health Maintenance Organization

- Un sistema completo con hospitales y consultas
- Co-pagos y deductibles pequeños o inexistentes
- Sin cobertura fuera de su sistema



El Equipo Sanitario



- Médico – M.D. o D.O.
 - 4 años y luego la residencia (min. 3 años)
- “Physician Assistant” and “Nurse Practitioner”
 - 2 años sin residencia
- Enfermería – Enfermer@ (B.S.N., R.N., L.P.N.)
- Asistentes a la enfermería
 - Cursos de 3 meses, formación en el trabajo
- “Scribe” – alguien que escribe para el médico (urgencias y consultas privadas)
 - Sin formación formal
- Nutricionista, Quiropractores, Acupunturistas, Trabajadores Sociales, Psicólogos, etc

¿Dónde se recibe atención primaria?

- Clínicas Privadas: 1+ médicos – puede ser parte de un sistema privado
- Clínicas subvencionadas por el gobierno (federal o estatal)
- Clínicas gratis (voluntarios / iglesia)
- Universidades
- Administración de Veteranos
- Servicio de Salud Indígena
- Farmacias (las que tienen una clínica dentro)
- “Urgent Care” o Urgencias



La reforma de Obama



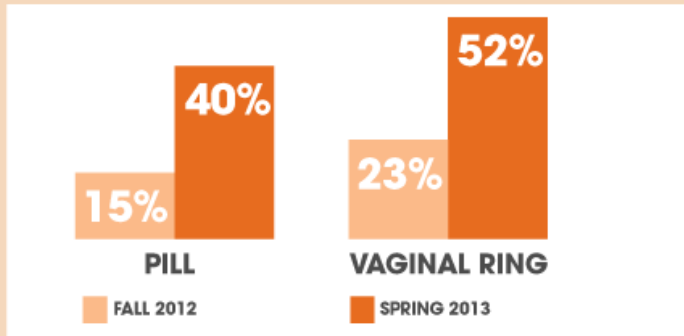
- Seguro médico es un requisito para TODOS
- Las compañías de seguros no puede negárselo a nadie
- Los precios de los seguros solo están basados en ubicación, edad y uso del tabaco
- Expansión de Medicaid – Depende del estado* (90%-10%)
- Subvenciones a los que no tienen los recursos para comprar cobertura (hasta 4x el umbral de pobreza)
- Chequeos una vez al año y servicios preventivos gratis
- Limite de “Deductible” ~\$6,000 al año



La reforma en acción

THE ACA EFFECT

On 1/1/13, ACA's contraceptive coverage with no out-of-pocket cost kicked in for many.

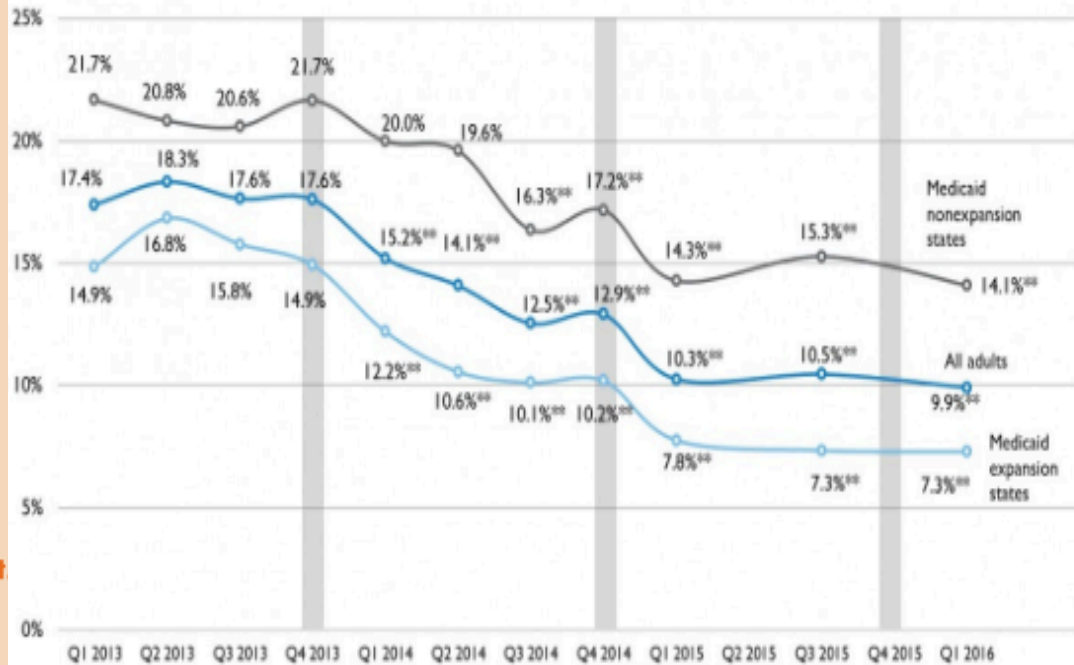


A sharp increase in privately insured women who paid \$0 for their method followed.

It's working, and many more women will soon benefit

For more information visit guttmacher.org © 2013

Figure 1. Trends in Uninsurance for Adults Ages 18 to 64 from Quarter 1 2013 to Quarter 1 2016



What's Happened to America's Uninsured

September 2013

42.7 million



Uninsured



February 2015

19.9 million



Still Uninsured

9.6 million
Employer-Sponsored Insurance

6.5 million
Medicaid

1.2 million
Non-Group

4.1 million
ACA Marketplace

1.5 million
Other

Source: RAND Health Reform Opinion Survey, May 2015

Graphic by Dan Diamond @ddiamond

*IL, IN, IA, KY, MD, MA, MI, MN, MT, NH, Health Reform Monitoring Survey shifted from 12 to 15 month open enrollment periods began. † for estimates after quarter 3 2013.

2016, according to data from

David Killeen

El futuro de la sanidad estadounidense

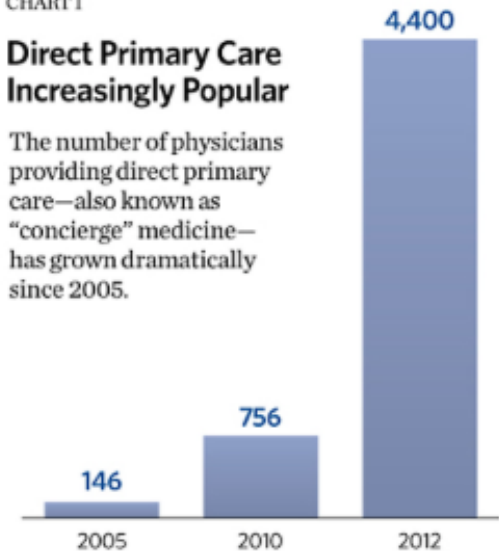
- “Direct Primary Care” – un contrato entre un médico y un paciente – paga una cuota al mes
- Telemedicina
- El referéndum de Colorado



CHART 1

Direct Primary Care Increasingly Popular

The number of physicians providing direct primary care—also known as “concierge” medicine—has grown dramatically since 2005.



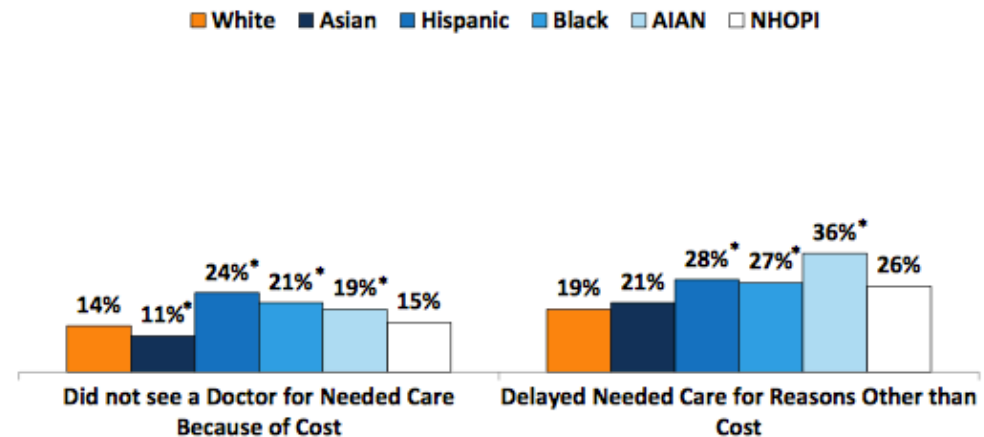
Sources: Chris Silva, “Concierge Medicine a Mere Blip on Medicare Radar,” *American Medical News*, September 30, 2010, <http://www.amednews.com/article/20100930/government/309309997/8/> (accessed June 16, 2014), and Elizabeth O’Brien, “Why Concierge Medicine Will Get Bigger,” *The Wall Street Journal MarketWatch*, January 17, 2013, <http://www.marketwatch.com/story/why-concierge-medicine-will-get-bigger-2013-01-17> (accessed July 24, 2014).

El futuro de la sanidad estadounidense

- “Direct Primary Care” – un contrato entre un médico y un paciente – paga una cuota al mes
- Telemedicina
- El referéndum de Colorado
- Pagos por calidad
- Control de gastos

Exhibit 2.2

Percent of Nonelderly Adults who did not Receive or Delayed Care in the Past 12 Months by Race/Ethnicity, 2014

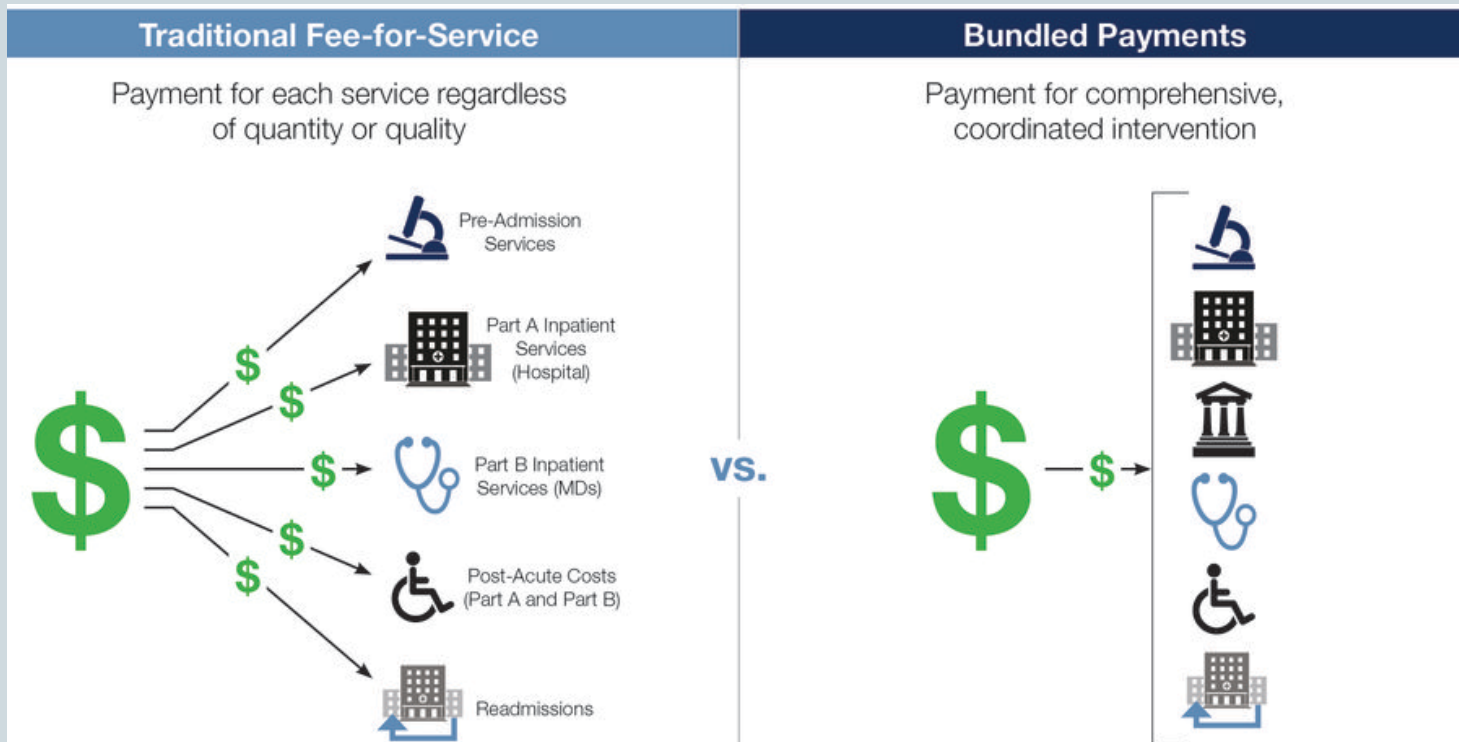


* Indicates statistically significant difference from the White population at the $p < 0.05$ level.

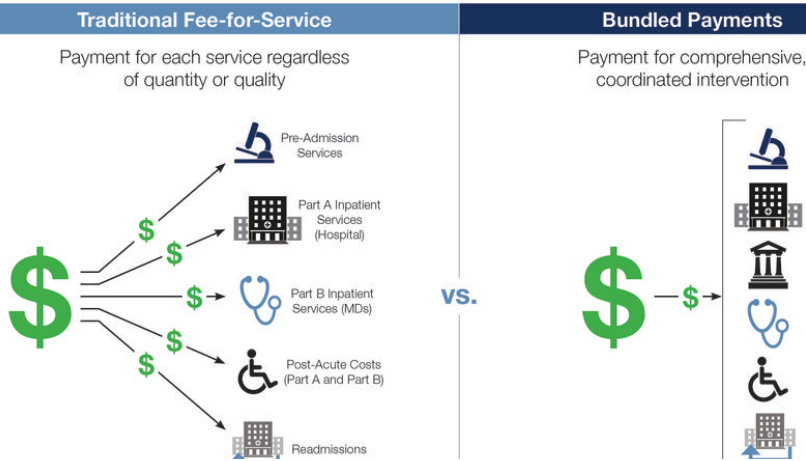
Note: AIAN refers to American Indians and Alaska Natives. NHOPi refers to Native Hawaiians and Other Pacific Islanders. Persons of Hispanic origin may be of any race but are categorized as Hispanic for this analysis; other groups are non-Hispanic. Includes nonelderly individuals 18-64 years of age.

Source: Kaiser Family Foundation analysis of CDC, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014.

Control de Gastos



Control de Gastos



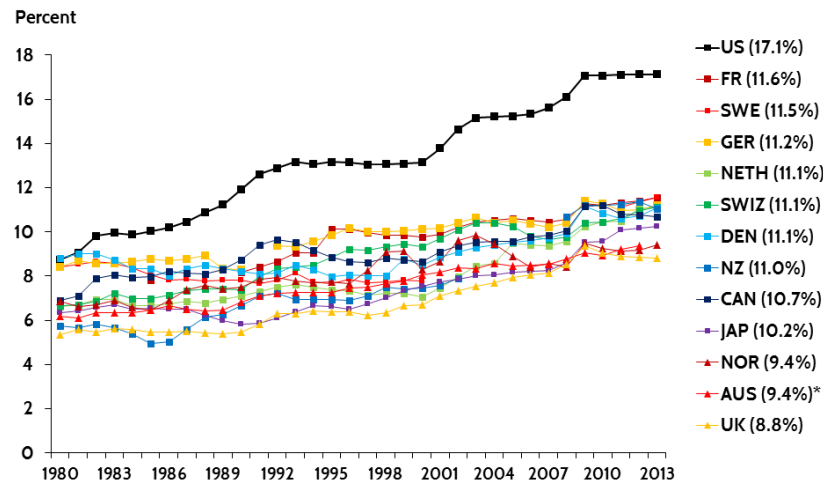
MEDICARE'S NEW NO-PAY LIST

Starting today, Medicare will not reimburse hospitals for complications if they arise from any of the following events or conditions:

- Sponges, instruments, and other objects left in the body after surgery.
- Gas bubbles in the bloodstream.
- Transfusions of incompatible blood types.
- Severe bedsores.
- Falls and trauma, including fractures, burns, and electric shocks.
- Infections from vascular catheters.

- Urinary tract infections from bladder catheters.
- Poor blood sugar control in diabetics.
- Surgical site infection following coronary artery bypass graft.
- Surgical site infection following some orthopedic procedures.
- Surgical site infection following bariatric surgery for obesity.
- Blood clots in deep veins, and pulmonary embolisms resulting from them, following total knee and hip replacements.

Exhibit 1. Health Care Spending as a Percentage of GDP, 1980–2013



* 2012.
Notes: GDP refers to gross domestic product. Dutch and Swiss data are for current spending only, and exclude spending on capital formation of health care providers.
Source: OECD Health Data 2015.