

FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

FUNDACIÓN PLENITUD

Santo Domingo, marzo de 2018

Una estimación del
período 2007-2017
utilizando las
categorías del SHA
2011

FINANCIAMIENTO A LA SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Introducción

Por muchas décadas, las asignaciones del gobierno dominicano al sistema de salud fueron precarias. El gasto público en salud no se veía como una inversión y los gobiernos de los años 70 y 80 del siglo pasado llegaron a calificarlo de “barril sin fondo”. En efecto, con nombramientos de personal que obedecían más a conveniencias políticas que a necesidad de cumplir con objetivos sanitarios, el sistema público de salud fue decayendo hasta confrontar situaciones de ingobernabilidad – como frecuentes huelgas, infraestructura en ruinas, desabastecimiento y gran insatisfacción por parte de los usuarios. (La Forgia, 2004). Esta situación condujo a la reforma de salud iniciada en la República Dominicana en el año 2001 y cuya implementación comenzó en gran escala en el 2007. En los once años transcurridos desde entonces puede decirse que la afiliación de la población aumentó de manera dramática, hasta alcanzar el 76% de la población en el 2018, a la vez que también aumentaban de forma importante los fondos públicos. (Rathe, 2017).

No obstante, todavía el país está lejos de alcanzar cobertura universal. Para lograrlo, es fundamental la rendición de cuentas y la toma de decisiones informada. El seguimiento a la reforma permite asegurar que los recursos logren los resultados deseados. Un sistema de información financiera de la salud resulta esencial para estos fines y las cuentas de salud, justamente, buscan apoyar que los fondos asignados sean usados eficientemente: que generen el máximo de salud, como dice la expresión en inglés, “*more health for the money*” (más salud por el dinero invertido).

Desde los años 90, varios organismos internacionales entre los que se destacan la OECD, la OMS, la Eurostat, el BID, el Banco Mundial y también la USAID, han reconocido la importancia de estandarizar la información financiera del sistema de salud. Este esfuerzo dio sus frutos con la publicación de *Un Sistema de Cuentas de Salud* (SHA 2011). Este manual ofrece el marco para medir los flujos financieros en salud. Se trata del estándar mundial sobre el tema, con un esquema coherente de definiciones y clasificaciones, acordado con la participación de expertos de 130 países y coordinado por las entidades encargadas de la producción de estadísticas de salud. La OMS, conjuntamente con la OECD y la Eurostat, promueven su utilización e institucionalización en sus Estados Miembros, la OMS, dando prioridad a 100 países de bajo y medio ingreso. Asimismo, éstas ya son la base del reporte obligatorio a la Unión Europea, a partir de 2016. La OMS ha iniciado la publicación anual de la base de datos mundial de gasto en salud (GHED) siguiendo este estándar a partir del año 2017, cuando se publicó la primera serie reportando el año 2015. Analizar los gastos en salud según este marco, permite a los países disponer de cifras comparables en el tiempo, dando seguimiento a los cambios de política financiera internos. La estandarización permite también realizar comparaciones internacionales para, no sólo aprender de la experiencia nacional, sino también compartir experiencias para la toma de decisiones exitosa.

El análisis del gasto en salud siguiendo estos lineamientos constituye, en consecuencia, una prioridad nacional e internacional. La República Dominicana puede beneficiarse de este proceso y, en tal sentido, el presente trabajo pretende contribuir a los esfuerzos para aplicar dichos lineamientos en el país.

Los esquemas de financiamiento en la República Dominicana

Una de las principales contribuciones del SHA 2011 es el concepto de esquemas de financiamiento, como el conjunto de reglas del juego para financiar el gasto en salud de una población. Esta clasificación permite visualizar y dar seguimiento a los recursos con mayor detalle de acuerdo a su naturaleza. Esto es, identificar quien paga y cómo se financian dichos pagos por los servicios que reciben los diferentes grupos de población dominicana. En la Tabla 1 del Anexo se describen las características de los esquemas, en su base legal, que los define como arreglos obligatorios o voluntarios, al especificar quién tiene derecho a los beneficios, las modalidades de contribución para generar los fondos y la mancomunación que se realiza con ellos.

Gasto corriente en salud por esquema de financiamiento

El SHA 2011 recomienda separar el gasto corriente de la cuenta de capital y realizar los análisis de indicadores (como, por ejemplo, la relación del gasto en salud con relación al PIB, al gasto del gobierno y otros) utilizando preferentemente como total el gasto corriente.

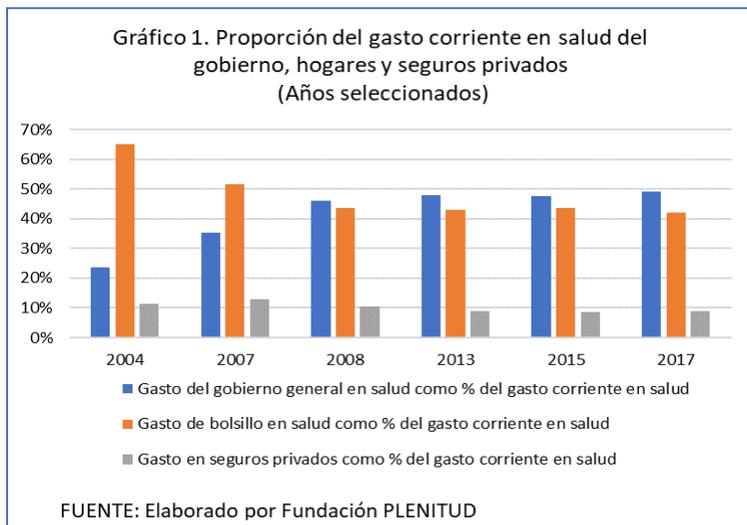
La Tabla 2 del Anexo muestra el gasto en salud en la República Dominicana, desde el 2007 al 2017, por esquemas de financiamiento, algunos de cuyos indicadores se resumen a continuación.

Cuadro 1. Indicadores de gasto en salud, 2004-2017						
Indicadores	2004	2007	2008	2013	2015	2017
Gasto corriente en salud como % del PIB	4.2%	3.9%	4.7%	6.0%	6.2%	5.8%
Gasto del gobierno general en salud como % del PIB	1.0%	1.4%	2.2%	2.9%	3.0%	2.8%
Gasto del gobierno general en salud per cápita (US\$ internacionales)	72	138	226	368	438	463
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto del gobierno general	5%	7%	10%	13%	11%	13%
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto corriente en salud	24%	35%	46%	48%	48%	49%
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud	65%	52%	44%	43%	44%	42%
Gasto en seguros privados como % del gasto corriente en salud	11%	13%	10%	9%	9%	9%

FUENTE: Elaborado por Fundación PLENITUD

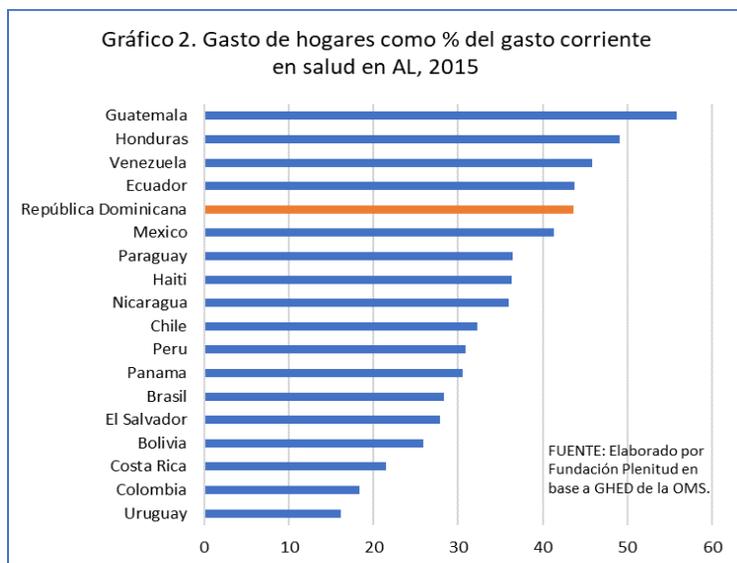
Puede notarse que la participación del gasto del gobierno general con respecto al PIB ha ido aumentando en el período, desde 1% en el 2004 hasta 2.8% en el 2017. El gasto del gobierno general incluye lo que gasta el gobierno central y lo correspondiente al gasto en salud de la seguridad social, tanto en el régimen contributivo como subsidiado. Este aumento fue sustancial entre el 2004 y el 2008, porque en el año 2007 entró a funcionar el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud. En ese momento, casi todos los afiliados a seguros privados pasaron a ser afiliados a las ARS – administradoras de riesgos de salud – y estos

fondos dejaron de denominarse privados para ser considerados públicos. Puede observarse que a partir del 2008 los fondos públicos aumentan con mucha mayor lentitud.



En el Gráfico 1 se muestra la participación de los esquemas de financiamiento más importantes, notándose que el gasto del gobierno se mantiene casi estancado desde el 2008. La participación del gasto de los hogares se reduce sustancialmente entre el 2004 y el 2007, para mantenerse a un nivel similar a partir del 2008. Debe indicarse que se trata de un nivel elevado, dentro del contexto de América Latina.

Se ha señalado que existe una importante correlación entre el gasto de bolsillo en salud y la equidad o inequidad del gasto dentro del sistema. Una alta proporción de gasto de bolsillo revela un menor grado de protección financiera de la población.

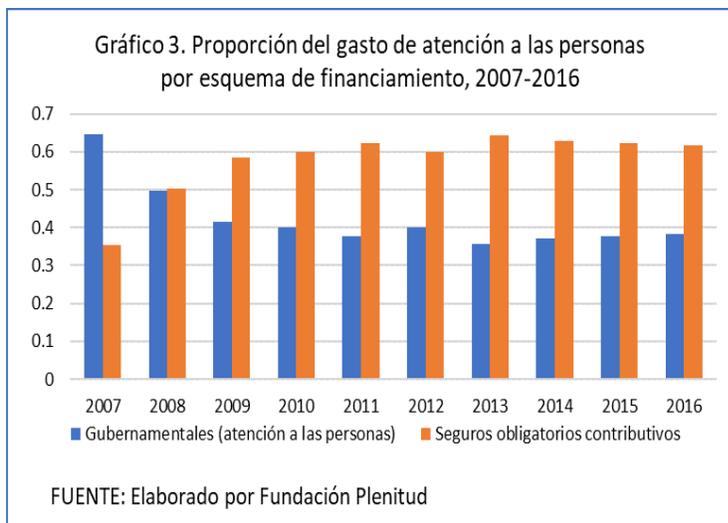


El gráfico 2, muestra dicha proporción para los países de América Latina, pudiéndose observar que la República Dominicana se encuentra entre los más elevados.

Una medida más apropiada de medir la protección financiera sería la de establecer la carga que el gasto en salud

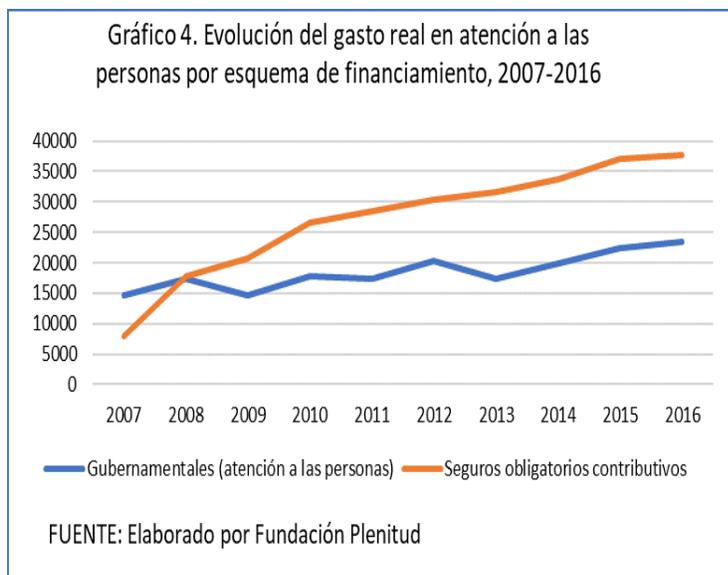
representa dentro del presupuesto familiar, pero las cifras existentes en la República Dominicana no lo permiten por el momento, pues la última encuesta de ingresos y gastos de los hogares fue realizada justo antes de la implementación de la reforma de salud – en los años 2006 y 2007. En la actualidad el Banco Central está levantando una nueva encuesta, lo cual permitirá – quizás en el próximo año – contar con cifras que permitan concluir si la reforma de salud mejoró o no la protección financiera de los hogares.

Un aspecto importante a tener en cuenta al estudiar la evolución del gasto en salud por esquema de financiamiento es comparar el destino de los fondos para atender a las personas en los esquemas gubernamentales y en el Seguro Familiar de Salud. Los gráficos 3 y 4 muestran esta evolución.



El gráfico 3 muestra la proporción de recursos destinados por los esquemas gubernamentales y por el seguro familiar de salud (seguro contributivo y obligatorio, incluyendo el régimen subsidiado, cuya contribución la hace el estado dominicano).

Puede verse la reducción proporcional de los primeros entre el 2007 y el 2008, como resultado de la entrada en vigor del régimen contributivo del seguro familiar de salud. Aunque aumenta la participación de este último, a partir del 2009 se muestra un relativo estancamiento.



El gráfico 4, por su parte, muestra la información de ambos esquemas en términos reales (valores a precios del 2010). Puede notarse el aumento persistente de los fondos del seguro familiar de salud para la atención de las personas, al tiempo que los recursos que aporta directamente el gobierno para financiar la oferta de servicios públicos de salud se mantienen estancada casi al mismo nivel desde el 2012. Hay que señalar que estas cifras se refieren al gasto corriente y no toman en cuenta las

inversiones que el gobierno ha venido realizando en los últimos años.

Gasto en salud por proveedor y por función

La distribución de los fondos por proveedor y por función permite saber en qué tipo de establecimiento se realizan los gastos y cuáles bienes y servicios se están pagando, lo que puede ofrecer una idea de las características tecnológicas del prestador de servicios. El Cuadro 2, con cifras del año 2014, muestra que el grueso de los recursos se destina a hospitales, principalmente los especializados. Esto no ha cambiado en los años subsiguientes. Se observa el bajo financiamiento a la atención ambulatoria que se realiza fuera de los hospitales. La promoción de la atención primaria implicaría una redistribución por tipo de proveedor.

El financiamiento a los centros que proveen atención preventiva o de promoción de la salud es reducido porque estos servicios se ofrecen en los diferentes tipos de unidades y no necesariamente en entidades que son exclusivas para este fin. Por ello, se analiza más adelante también la distribución del gasto por funciones o servicios de salud.

Cuadro 2. Estructura del gasto por proveedor para ciertos esquemas de financiamiento, 2014						
Millones de RD\$ y porcentajes						
FUNCIONES	Esquemas del gobierno central		Régimen contributivo SFS		Hogares	
	\$	%	\$	%	\$	%
Hospitales	30,284	63%	20,889	63%	25,843	35%
Hospitales generales	21,251	70%	12,127	58%	9,100	35%
Hospitales especializados	5,925	20%	2,106	10%	1,075	4%
Otros hospitales	3,109	10%	6,656	32%	15,667	61%
Proveedores de atención ambulatoria	4,887	10%	3,200	10%	7,354	10%
Consultorios médicos	500	10%	1,755	55%	4,016	55%
Centros de salud ambulatoria	4,289	88%	1,104	34%	2,146	29%
Otros	98	2%	342	11%	1,192	16%
Proveedores de servicios auxiliares	860	2%	1,916	6%	4,028	5%
Transportistas de emergencia	333	39%	0	0%	81	2%
Laboratorios y centros de diagnóstico	455	53%	1,914	100%	3,947	98%
Otros	72	8%	2	0%	-	0%
Farmacias y otros minoristas	181	0%	2,057	6%	36,391	49%
Farmacias del pueblo	160	88%	-	0%	915	3%
Todas las demás farmacias	0	0%	1,947	95%	33,804	93%
Otros minoristas	22	12%	111	5%	1,672	5%
Proveedores de salud preventiva	695	1%	27	0%	132	0%
Administración	6,693	14%	5,076	15%	-	0%
Otros	4,442	9%	170	1%	186	0%
TOTAL	48,043	100%	33,335	100%	73,934	100%

FUENTE: Elaborado por PLENITUD en base a datos del MSP, Cuentas de Salud 2014.

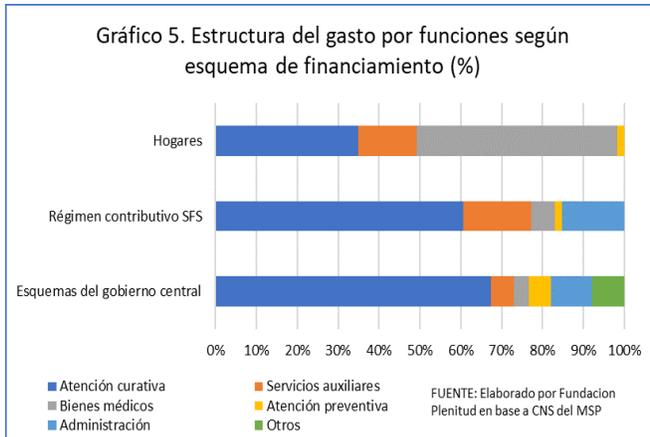
El propósito principal de este cuadro es mostrar la diferencia entre el destino de los fondos dentro del régimen contributivo (muy similar al caso de los esquemas gubernamentales) y los recursos que erogan los hogares. Como se observa, estos últimos destinan la mayor parte de sus fondos a la adquisición de medicamentos.

Cuadro 3. Ejecución presupuestaria del SNS por tipo de establecimiento, 2016-2017				
	2016		2017	
TOTAL	24,061	100%	30,287	100%
Actividades centrales	2,102	9%	3,560	12%
Primer nivel	4,231	18%	5,680	19%
Niveles especializados	15,127	63%	18,298	60%
Hospitales autogestionados	2,601	11%	2,749	9%

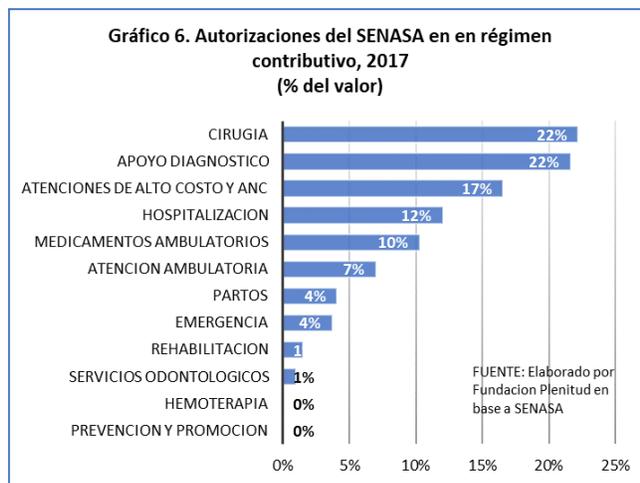
FUENTE: Elaborado por Fundación PLENITUD en base a DIGEPRES

El Cuadro 3 muestra las ejecuciones presupuestarias del Servicio Nacional de Salud (SNS) en los años 2016 y 2017, pudiéndose observar que en el último año destinaba casi el 70% de los recursos al nivel especializado y sólo el 19% al primer nivel de atención. El bajo nivel de financiamiento al mismo es una muestra de que no se ha logrado cambiar las prioridades en términos de gastos, lo que hace difícil la implementación de este primer nivel

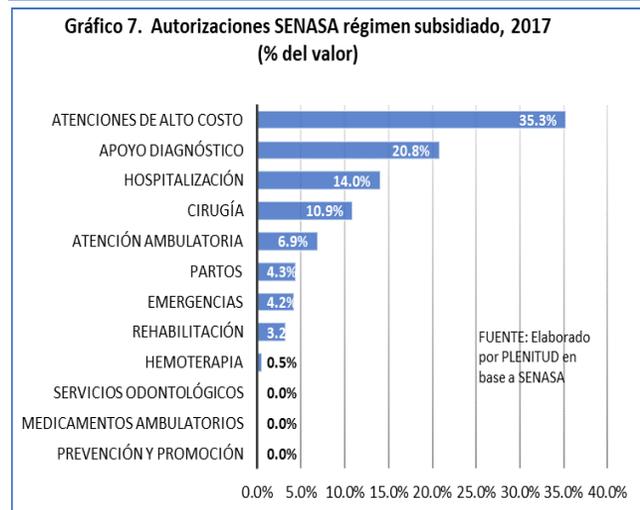
como puerta de entrada al sistema de salud, tal como manda la ley 87-01.



En cuanto a la distribución del gasto corriente en salud por función – es decir, por tipo de servicio. La atención curativa más del 60% del total tanto en los esquemas gubernamentales como en el régimen contributivo y, dentro de ésta, el mayor gasto se realiza en atención curativa con internamiento. Destaca la elevada proporción del gasto en medicamentos para los hogares, no siendo muy relevantes ni en los esquemas del gobierno central ni en el régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud. Por su parte, los bajos montos destinados a la atención preventiva son notorios en todos los esquemas de financiamiento.



Aunque con una clasificación diferente a las cuentas de salud, a partir de la base de datos del SENASA podemos ver con mayor detalle por qué tipo de servicios paga la entidad, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, para el año 2017. Esto se muestra en los gráficos 6 y 7.



Se observa una fuerte preeminencia del gasto en atención especializada, en el caso del régimen contributivo son la cirugía, los medios de diagnóstico y la hospitalización, los que más pesan dentro del total. Aunque no se dispone de datos para las demás ARS – es decir, el resto del régimen contributivo – es probable que la distribución sea similar. Es importante notar que SENASA es la segunda ARS en cantidad de afiliados dentro del régimen contributivo.

En el régimen subsidiado se observa que más de la tercera parte del gasto se destina a cubrir atenciones de alto costo. En general, esto concuerda con los resultados vistos anteriormente en otras categorías. Una prioridad al pago por servicios especializados con un sub-financiamiento de los servicios

primarios, preventivos y la atención ambulatoria general.

Discusión

Entre las más importantes conclusiones que se derivan de estudiar el financiamiento a la salud en la República Dominicana, los cuales pueden ser útiles para fines de las políticas públicas, se destaca los fondos

muy bajos que el gobierno asigna 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 este sea la puerta de entrada del sistema de salud, esto además de que está consignado en la Ley 87-01, que instaura el Seguro Familiar de Salud. Es de importancia fundamental dar seguimiento a los cambios que se establezcan en este sentido, que se reflejará en los flujos financieros dentro del sistema de salud.

Como ha podido constatarse, el grueso de los recursos de todo el sistema se destina a la atención especializada que se provee en hospitales de tercer nivel. Otro renglón importante es el gasto en medicamentos que constituye el componente mayor del gasto directo de los hogares. Por ello, la política de protección financiera a los hogares dominicanos debe considerar el gasto en medicamentos, debe obedecer a las prioridades del sistema de salud y administrarse con criterios de racionalidad y de priorización de necesidades, y a la vez, que resultan adecuadas en las evaluaciones de tecnología.

Conclusiones

Avanzar hacia la salud universal – con equidad, calidad y sostenibilidad – promovida por la reforma de salud en proceso 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, mejorar la eficiencia tanto del financiamiento como de la organización del sistema de salud con mecanismos de compra transparentes y consolidados, mejorar la entrega de servicios preventivos y fortalecer la promoción de la salud, eliminar las barreras de acceso, principalmente los que resultan de pagos directos, sustituyéndolos por mecanismos mancomunados y solidarios. (Tristao, Rathe, Giedion, 2013). 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.

Lograr la salud universal requiere de un esfuerzo mayor en lo que concierne al modelo de atención y a la definición clara de qué se va a garantizar a la población, es decir, se trata del contenido y del costo del Plan Básico de Salud. La revisión profunda del mismo, para que se adapte a las prioridades nacionales, constituye una prioridad del sistema dominicano de salud en su etapa actual. (Cañon, Rathe, Giedion, 2014).

Las informaciones resultado de este trabajo pueden contribuir a dicha revisión, al proporcionar datos sobre los niveles de gastos actuales y la composición de los mismos e identificar las áreas en que se necesita mejorar los datos o realizar estudios adicionales. También es preciso tener en cuenta los límites o el espacio fiscal para mayores inversiones, sobre todo en base a las finanzas públicas. Para lograr el objetivo no basta un solo esfuerzo, sino que se necesita monitorear el gasto y su distribución de manera continua, para que sirva de base a la toma de decisiones.

Referencias

- Cañon, Oscar, Magdalena Rathe, and Ursula Giedion. 2014. *Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana*. Santo Domingo: Banco Interamericano de Desarrollo, Nota Técnica #IDB-TN-683, 2014.
- CESDEM (Centro de Estudios Sociales y Demográficos). 2002. *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud ENDESA* (ENDESA). Santo Domingo: Centro de Estudios Sociales y Demográficos.
- CNS (Comisión Nacional de Salud). 1996. *Salud, Visión de Futuro: Elementos para un Acuerdo Nacional*. Santo Domingo: Comisión Nacional de Salud.
- CNSS (Consejo Nacional de la Seguridad Social). 2012. *Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus modificaciones*. Santo Domingo: Consejo Nacional de la Seguridad Social.
- INTEC/Plenitud (Instituto Tecnológico de Santo Domingo/ Fundación Plenitud). 2017. *Salud Visión de Futuro: 20 años después*. Santo Domingo: INTEC/PLENITUD.
- La Forgia, G., R. Levine, A. Díaz, and M. Rathe. 2004. “Fend for yourself: systemic failure in the Dominican health market and prospects for change.” *Health Policy* 67 (2):173–86.
- OECD/WHO/Eurostat (Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization/Eurostat). 2011. *System of Health Accounts*. Paris: Organisation for Economic Development.
- Rathe, Magdalena. 2010. *Dominican Republic: Can universal coverage be achieved?* World Health Report, Background Paper, No. 10. World Health Organization, Geneva.
- Rathe, Magdalena, and Alejandro Moliné. 2011. “The Health System of Dominican Republic.” *Salud Pública México* 53 (Suppl 1): S197–S206.
- Rathe, Magdalena, and Pamela Suero. 2017. *Salud, visión de futuro: 20 años después*. Santo Domingo: Plenitud/INTEC – Observatorio del Sistema de Salud.
- Rathe, Magdalena, and Patricia Hernández. 2015. *Gasto y financiamiento a la salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: Plenitud/INTEC/ADARS.
- Rojas, Natalia. 2011. *Estimación del gasto catastrófico y empobrecedor en base a la ENIGH 2007*. Santo Domingo: Informe final de consultoría realizado para el Observatorio de la Salud de la República Dominicana, Fundación Plenitud / Banco Interamericano Desarrollo.
- SISALRIL (Superintendence of Health and Occupational Risks and Labor Force Survey). <http://www.sisalril.gov.do/EstadisticasdelSfs.aspx>.
- Tristao, Ignez, Magdalena Rathe, and Ursula Giedion. 2013. *Nota de políticas del sector salud*. Santo Domingo: Inter-American Development Bank.
- World Development Indicators. 1996–2015. World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/products/wdi>.

ANEXO

Tabla 1. Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud en la República Dominicana						
Clasificación Nombre	SHA 2011/	Base Legal	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico obtención de fondos	Mancomunidad
HF.1.1. Esquemas gubernamentales						
			Automático: para todos los ciudadanos / residentes; o un grupo específico de población (p.ej. los pobres) definidos por ley o reglamento administración.	No contributiva, universal para un grupo específico de la población o categoría de enfermedad definida por ley (p.ej. TB, VIH, oncología).	Obligatoria: ingresos presupuesto (impuestos).	Nacional, sub-nacional, o programa.
HF.1.1.1 Esquema gobierno central (red abierta)		Ley 42/01	Abierto, para la población pobre, no asegurada.	No contributivo, universal y gratuito.	Fondos fiscales, impuestos generales.	Nacional
HF.1.1.2 Esquema gobiernos locales						
HF.1.1.3 Régimen de pensionados y jubilados del estado		Ley 379-81	Automático luego de haber trabajado para el estado por más de 20 años y/o haber cumplido los 60 años.	No contributivo	Aporte anual del gobierno deducido por la Tesorería Nacional. Se transfiere al Consejo Nacional de la Seguridad Social.	Dentro del mismo régimen en la ARS correspondiente (lo administran las ARS públicas)
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios						
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales			Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración. En algunos casos, para estar afiliado es necesario realizar alguna actividad concreta.	Contributiva: pago por o a nombre de la persona asegurada.	Obligatoria: cotización al seguro de enfermedad sin relación al riesgo. Las cotizaciones las puede pagar el gobierno (de los presupuestos estatales) en nombre de algunos grupos no contributivos de la población y puede	Nacional, subnacional, o por régimen; con fondos múltiples, el grado de mancomunidad dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas,

				dar subvenciones al régimen.	
1.2.1.1 Régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud	Ley 87/01	Obligatoria: para todos los ciudadanos/residentes que reciben salarios.	Contributiva: Un 10% del salario hasta un máximo de 10 salarios mínimos. Generalmente la empresa actúa como agente de retención. El usuario se inscribe en la ARS de su preferencia y tiene cobertura para él/ella y su familia.	Obligatoria: El empleado aporta el 3% y el empleador el 7%. La contribución no está relacionado con el riesgo sino con los ingresos.	Dentro del propio régimen contributivo, a nivel nacional.
HF.1.2.1.2 Régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud	Ley 87/01	Otorgamiento de un carnet del SENASA siempre y cuando la persona figure dentro del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN). Para obtenerlo se requiere documento de identidad.	Contributivo con fondos fiscales dirigidos a grupos específicos, para financiar el mismo paquete de prestaciones que el régimen contributivo.	Fondos fiscales, impuestos generales. Se incluyen en el presupuesto del MSP, quien los transfiere al Consejo Nacional de la Seguridad Social.	Dentro del mismo régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud.
1.2.1.3 Régimen contributivo-subsidiado del Seguro Familiar de Salud	Ley 87/01	Población informal con ingresos superiores al salario mínimo	Contributivo	No está definido aún.	No está funcionando
1.2.1.4 Seguro social de la policía nacional	Decreto Núm. 241-01	Automático: Para todos los policías y sus familias	Contributivo	Empleador y empleado	Dentro del propio fondo
1.2.1.5 Seguro social de los militares	Decreto Núm. 3013	Automático: Para todos los militares y sus familias	Contributivo	Empleador y empleado	Dentro del propio fondo
1.2.1.6 Seguro de accidentes de trabajo	Norma complementaria a la ley 87/01 Numeral 5 del Art. 2	Aplica para daños ocasionados al trabajador por accidentes y/o enfermedades profesionales	Contributivo para todos los trabajadores de las empresas públicas y privadas.	Obligatoria. El 1% del salario del empleado; la ARLSS asigna al empleador su contribución dependiendo el nivel de riesgo en que clasifica la empresa.	El fondo de ARLSS

HF.1.2.1.7 Fondo de accidentes de tránsito	Ley 87/01 16504	Resolución No.	Para todos los afiliados del Seguro Familiar de Salud	Contributivo - con un porcentaje de la cápita financiado con las cotizaciones del régimen contributivo y por asignaciones de fondos fiscales para grupos específicos para los afiliados al régimen subsidiado.	Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas para el Régimen Contributivo. El CNSS transfiere a la TSS y ésta dispersa a cada ARS según su afiliación al PDSS.	Dentro de cada ARS
HF.1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios			Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración.	Contributiva: con la compra de una póliza de seguro a una compañía de seguros	Primas de seguro de salud obligatorias. También se pueden conceder créditos fiscales.	Nacional, sub nacional, o por régimen; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas.
HF.1.2.2.1 Seguro de vehículo que incluye gastos médicos			Obligatoria: para todo el que posea un vehículo de motor.	Contributivo: un porcentaje del valor del vehículo de motor	Prima - su valor depende de la compañía que lo emite.	No tiene
HF.1.3 Cuentas de ahorros médicos obligatorias (CAMO)						
			Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/reglamento administración.	Contributiva: con la adquisición de una CAM; las personas con una CAM solo utilizan el dinero ahorrado, con independencia de si el ahorro cubre los costos del servicio de atención.	Obligatoria, definida por ley (p.ej. un porcentaje de los ingresos).	No inter-personal (salvo quizá para los miembros de la familia).
NA (No aplica pues no existen las cuentas médicas obligatorias en la República Dominicana)						
HF.2.1 Esquemas de seguros médicos voluntarios						
			Voluntaria	Contributiva: con la compra voluntaria de una póliza de seguro voluntario (normalmente con un contrato).	Normalmente la prima no depende de los ingresos (con frecuencia directa o indirectamente relacionada con el riesgo). La administración puede subvencionar directa o indirectamente (p.ej., créditos fiscales).	Para el régimen

HF.2.1.1 Esquemas de seguros complementarios	Ley 87/01	Voluntaria	Contributiva: pago de una prima. Sólo para los que tienen PDSS.	Según el contrato.	Para el régimen
HF.2.1.2.nec Otros esquemas de seguros voluntarios	Ley de Seguros	Voluntaria	Contributiva: pago de una prima.	Según el contrato.	Para el régimen
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro					
		Voluntaria	No contributiva, discrecional.	Donaciones del público en general, administración pública (presupuesto del Estado o ayudas extranjeras) o empresas.	Varía según programas, pero normalmente para el programa.
No existe información en RD – Se requiere un estudio especial					
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas (que no sean seguros basados en el empleador)					
		Elección voluntaria de la compañía, con cobertura en función del empleo en dicha empresa (p.ej. salud ocupacional obligatoria).	No contributiva, discrecional con respecto al tipo de servicios, aunque a veces se especifica por ley.	Voluntaria: la empresa elige utilizar sus ingresos a este fin.	En cada empresa.
No existe información en RD – Se requiere un estudio especial					
HF.3 Gasto directo de los hogares					
		Voluntaria: voluntad de pagar del hogar.	Contributiva: el servicio se presta si se paga.	Voluntaria: ingresos y ahorros del hogar.	No
HF.3.1 Gastos directos		Voluntaria (si quiere usar el servicio)	Contributiva (lo que cueste el servicio)	En el punto de prestación	No
HF.3.2 Gastos directos con costos compartidos	Resoluciones del CNSS	Voluntaria (si quiere usar el servicio)	Contributiva (co-pago)	En el punto de prestación	No
HF.4 ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DEL RESTO DEL MUNDO					
		Obligatoria o Voluntaria	Los criterios los fijan las entidades extranjeras.	Donaciones y otras transferencias voluntarias de las entidades extranjeras.	Varía según programas.
No existe información en RD – Se requiere un estudio especial					
FUENTE: Elaborado por Fundación PLENITUD y CNS-MSP					

Tabla 2. Gasto en salud por esquemas de financiamiento (RD\$ Millones)

2007 - 2017

Esquemas de financiamiento	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
HF.1 Esquemas gubernamentales y de seguros contributivos obligatorios*	24,711	36,084	41,024	51,566	61,333	67,888	73,728	81,392	89,558	92,720	102,340
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	18,387	20,844	21,991	25,721	31,954	34,886	37,684	41,324	44,506	44,961	50,849
HF.1.1.1 Esquemas del gobierno central	18,382	20,843	21,987	25,707	31,952	34,885	37,655	41,310	44,444	44,899	50,787
HF.1.1.2 Esquemas del gobierno regional y local	5	1	4	14	2	1	29	14	62	62	62
HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	6,325	15,239	19,033	25,845	29,380	33,003	36,044	40,068	45,052	47,759	51,491
HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud	6,325	15,239	19,033	25,845	29,380	33,003	36,044	40,068	45,052	47,759	51,491
1.2.1.2 Régimen contributivo	4,643	12,656	16,277	22,290	25,018	28,171	30,685	33,335	37,632	39,573	43,305
1.2.1.1 Régimen subsidiado	1,682	2,583	2,756	3,555	4,362	4,832	5,359	6,733	7,420	8,186	8,186
HF.2 Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud	7,387	8,197	9,472	10,490	10,733	12,347	13,578	15,381	16,415	17,524	18,708
HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	6,591	7,235	8,385	9,409	9,501	11,047	12,295	13,816	14,779	15,814	16,921
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de Instituciones sin fines de lucro	795	962	1,087	1,082	1,232	1,300	1,283	1,566	1,636	1,710	1,787
HF.2.2.1 Esquemas de financiamiento ISFLSh (excluyendo HF.2.2.2)	795	962	1,087	1,082	1,232	1,300	1,283	1,566	1,603	1,675	1,751
HF.2.2.2 Esquemas de agencias extranjeras residentes	-	-	-	-	-	-	-	-	33	33	33
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HF.3 Pagos directos de los hogares	29,263	34,233	37,817	48,594	53,145	60,187	66,104	73,934	82,187	81,529	87,581
HF.4 Esquemas de financiamiento del resto del mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total GCS - Gasto corriente en salud	61,360	78,514	88,314	110,651	125,211	140,422	153,411	170,707	188,161	191,773	208,629
FBC - Formación bruta de capital	2,112	3,640	2,184	3,750	3,872	6,702	2,220	2,528	5,388	5,469	5,551
GTS - Gasto total en salud	63,472	82,154	90,497	114,401	129,083	147,124	155,631	173,235	193,549	197,242	214,180

Fuente: División de Cuentas Nacionales de Salud 2007-2015. Años 2016-2017 proyectados por Fundación Plenitud.

* El régimen subsidiado de la seguridad social se ubica en el esquema de seguros contributivos obligatorios y se financia con contribuciones en beneficio de grupos específicos

