

Experiencias Europeas en Salud

Holanda

Hacia las Tarifas Compensadas

Fondos de Compensación de Riesgo

Profesor Wynand Van de Ven

Reino Unido

Evaluación de Nuevas Tecnologías en Salud (ETESA)

El Rol del NICE en Reino Unido: Transformando Evidencia en Políticas

Profesor David Haslam

Marzo 2016

Presentación

La Asociación de Isapre de Chile, con el propósito de motivar y aportar a la discusión de la reforma del sistema de salud privado ha invitado a destacadas figuras internacionales, para recoger y transmitir la experiencia de países que han avanzado, en materias de salud similares a los que vienen discutiéndose en Chile desde hace algún tiempo.

En octubre de 2015 y en el marco del “XX Encuentro Nacional de la Salud (ENASA)”, la Asociación de Isapres invitó al Profesor Wynand Van de Ven, experto holandés en temas de salud, el cual es actualmente miembro de la *red global de Ajuste de Riesgo*. En particular, el profesor Van de Ven expuso en ENASA sobre la experiencia Europea de la colaboración pública-privada en salud. Adicionalmente, estuvo una semana en la Asociación de Isapre asesorando a los departamentos de estudios de las Isapres respecto a los elementos que debería contener una reforma a la salud y, específicamente, del funcionamiento de los Fondos de Compensación de Riesgos (FCR). En concreto, el Informe publicado a continuación recopila las opiniones y recomendaciones que el señor Van de Ven realizó a las Isapres, luego de reunirse con ellas y conocer aspectos específicos de la propuesta de reforma al sistema conocida a la fecha.

Por otra parte, en enero de 2016, la Asociación de Isapres realizó el seminario “Evaluación de Tecnología en Salud (ETESA)”, instancia que contó con la participación del Profesor David Haslam, director del NICE, quién explicó la experiencia del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Inglaterra, la cual es expuesta en este documento. En particular, la Asociación de Isapres estima que es muy importante que en Chile exista una instancia técnica independiente como el NICE, la cual defina qué es lo que puede o no estar incluido en la cobertura de salud de la seguridad social. Lamentablemente, en la actualidad este tema no está incluido en la agenda legislativa.

A ambos seminarios fueron invitadas autoridades tanto del Ministerio de Salud como de la Superintendencia de Salud. Asimismo, los expertos invitados se pusieron a disposición de dichas autoridades, quienes visitaron los Ministerios de Salud, Hacienda y la Superintendencia de Salud.

En la sección I se presenta el Informe “**Reforma al Sistema Isapre: Fondo de Compensación de Riesgos**”, el cual recopila las recomendaciones que el profesor Van de Ven realizó a las Isapres tras reunirse con ellas en octubre de 2015. Por su parte, en la sección II se presenta el Informe “**El Rol del NICE en el Reino Unido: Transformando Evidencia en Políticas**”, síntesis de la exposición realizada por el profesor David Haslam, Director NICE, en el seminario ETESA realizado en enero de 2016.

I. Holanda: Hacia las Tarifas Compensadas

Fondos de Compensación de Riesgo

Profesor Wynand Van de Ven

Introducción

El siguiente documento recopila las opiniones y recomendaciones que el Sr. Van de Ven realizó a las Isapres, luego de reunirse con ellas y conocer los aspectos específicos de la propuesta de reforma al sistema¹. En particular, el gobierno ha señalado que busca reformar el sistema Isapre de modo de dar solución a los siguientes problemas que presenta actualmente el sistema: La discriminación por sexo, edad, riesgos de salud y por nivel de ingreso, las pre-existencias y/ o cautividad, las alzas injustificadas y unilaterales de precios, la ausencia de solidaridad y la existencia de más de 14 mil planes distintos en comercialización (56 mil en stock), entre otros.

Las Isapres, por su parte, concuerdan que hay aspectos que deben ser mejorados en las Isapres y están dispuestas a seguir avanzando para modernizar el sector, principalmente, para cambiar desde un modelo de aseguramiento individual a un sistema más solidario e igualitario, en el que se colectivicen los riesgos a través de un fondo de compensación de riesgos (FCR). En este contexto, es de vital importancia ir introduciendo en el corto plazo modificaciones normativas para provocar cambios inmediatos en lo que se refiere al proceso de ajustes de precios y movilidad. Para luego, en una segunda etapa, realizar cambios más estructurales.

Justamente, entre las modificaciones de corto plazo, está la necesidad de establecer reglas que permitan la movilidad de los afiliados entre Isapres, para lo cual **es necesaria la creación de un fondo de compensación de riesgos entre Isapres², que compense por sexo, edad y estado de salud, la movilidad entre Isapres**. En este contexto, se invitó al Sr. Van de Ven, economista holandés experto en temas de salud y en el diseño y construcción de fondos de compensación de riesgos.

Reforma de corto plazo: Plan único CBS, con tarifa plana y un fondo que compense riesgos entre Isapres de modo de permitir la movilidad de afiliados

En Chile se podría alcanzar el principio de seguridad social (solidaridad) a través de la creación de un plan básico de coberturas de salud (bien regulado tanto en aspectos de calidad como en tiempos de espera) el que se financie a través de una tarifa plana y donde los riesgos (gastos) de cada asegurado se compensen entre Isapres. Sin embargo, la implementación de lo anterior, no será fácil y puede tomar años su puesta en

¹ En base a la presentación que la Ministra de Salud realizó el día martes 13 de octubre de 2015 ante la Comisión de Salud del Senado: “Propuesta de contenidos para un nuevo modelo y marco jurídico del sistema privado de salud (en elaboración)”.

² El objetivo de este fondo es solidarizar los riesgos entre las Isapres como forma de mitigar los procesos de selección de riesgos que ocurren en el sistema.

funcionamiento completa. No obstante, ésta resolvería los problemas que más urgen de solucionar dentro del sistema Isapre: las trabas en los ajustes de tarifas, la movilidad de los afiliados y la discriminación por riesgos (sexo, edad y condiciones de salud). Asimismo, con la existencia de un plan CBS (producto estandarizado) se pondría fin a la dificultad que tienen las personas para comparar las distintas coberturas de salud que cada Isapre ofrece y se fomentaría la competencia del sector. La competencia, además, se vería reforzada con la existencia de movilidad de los afiliados entre las Isapres y con ello, para este tipo de planes, se espera que se elimine la judicialización por alzas de precios.

Forma en que se Establecerá el Precio CBS y Financiamiento del FCR

En la propuesta de reforma, se ha señalado que el precio del CBS será la cotización legal (7%) por grupo familiar y se podrá cobrar una prima comunitaria adicional por beneficiario.

Por su parte, el Fondo Compensatorio de Riesgo Inter-Isapres recibirá la cotización legal de la salud (hoy de 7%) y compensará ingresos y riesgos. Esto último significa que personas aportan al fondo según su nivel de ingreso y reciben de acuerdo a su riesgo. La compensación de riesgo aplicará para compensar riesgos referidos a los planes CBS, los que contarán con coberturas definidas y garantizadas.

Van de Ven considera que para que la compensación realmente funcione y el sistema se financie, se debería establecer una contribución mínima por beneficiario para entrar al sistema.

¿Cuál es el propósito de un FCR?

En coberturas de salud es deseable que a las personas se les cobre una tarifa única y no se les discrimine por riesgos (sexo, edad o condición de salud). Sin embargo, los distintos riesgos existirán, por lo que si no se compensan estos riesgos adecuadamente (a través de un FCR), o se hace imposible la oferta de coberturas de salud o se empuja que las aseguradoras hagan selección de riesgos para sobrevivir. En otras palabras, para que el cobro de tarifas planas resulte correctamente, debe ir acompañado de un mecanismo de compensación. Un FCR bien diseñado hace que el mercado sea más competitivo, más solidario y de calidad.

Diseño y Construcción de un Fondo de Compensación de Riesgos Inter-Isapres.

Algunas Consideraciones Hechas por Van de Ven a la Propuesta:

1. Van de Ven indica la complejidad de compensar con el SIL incorporado en los CBS y por lo tanto en la compensación, ya que el pago de licencias médicas depende de los ingresos (no gastos promedio esperados en salud). Las licencias médicas deberían estar administradas por otra institución.

2. Van de Ven señaló que cualquier sistema de compensación de riesgos debería ir acompañado de un Seguro de Enfermedades Catastróficas, ya que estas no pueden ser un elemento de la compensación de riesgos, puesto que la compensación de riesgos se hace en base a estimaciones de gastos promedios en salud.

3. La existencia de 3 planes CBS hace que la construcción de una fórmula de compensación sea una tarea mucho más compleja que si se tuviera un solo plan.

4. Otro aspecto que destaca es la eventual situación deficitaria si el 7% no alcanza para compensar el costo promedio completo. Lo más fácil sería que hubiese un valor por persona de aporte al fondo y sólo un plan CBS. Además, Van de Ven considera que una tarifa plana no discrimina, utiliza el 7% y hace más fácil la compensación de riesgos. Pero lamentablemente esta solución en el caso de Chile es menos solidaria, puesto que con el 7% las personas de mayores ingresos verán cubierta una mayor parte de la prima que los de menores ingresos.

De esta forma cobrar la cotización legal más una prima comunitaria fija por persona es más solidaria, puesto que las personas de mayores ingresos aportarán más al FCR que los de menores ingresos y todas las personas pagarán un adicional igual (prima comunitaria) independiente de sus riesgos. Sin embargo, para que se financie el FCR se deberá exigir un monto mínimo de ingreso por persona, el que dependerá de la cobertura que se establezca.

5. Van de Ven señala que con la definición de precios establecida se generarán problemas técnicos en la partida del sistema. En efecto, para las Isapres será difícil fijar una prima comunitaria justa si es que no saben cuáles serán sus ingresos provenientes del 7% (depende de distintas rentas), el tamaño y participantes de los grupos familiares, y la incertidumbre respecto a cuantas personas dejarán su plan y contratará un CBS. En este contexto, los primeros años serán de mucha incertidumbre tanto en la estimación de ingresos como de gastos, por lo que la fijación de la prima comunitaria no será una tarea sencilla. En este escenario, es altamente probable que los riesgos se subcompensen, por lo que es clave exista una compensación ex – post.

Síntesis de las Actividades para desarrollar un FCR

(1) Se comienza definiendo los flujos de pago, el FCR puede ser financiado por los usuarios o las Isapres.

(2) Determinar en forma muy clara que es lo que FCR va a compensar. ¿Compensará sólo el CBS₁ o también el CBS₂ y CBS₃, y cómo? ¿Qué criterios se usarán para definir el CBS₁? Si no alcanza lo que recauda la cotización obligatoria, debes asumir se financiará sólo una parte de los gastos definidos en CBS₁. Pero debe haber coherencia entre ingresos y gastos.

Recordar que el FCR no compensa el costo CBS, sino que el promedio de gasto estimado para el año siguiente.

(3) Determinar los ajustadores de riesgo que más sirvan para estimar los gastos promedios, y para los cuales haya información disponible. Van de Ven, recomienda partir

con ajustadores como sexo, edad y los 80 diagnósticos AUGE en año anterior. Pero es indispensable que estos datos no sean manipulables para así evitar fraudes.

(4) Definir la fórmula.

(5) Definir un protocolo anual que se deba seguir para saber cuándo debe estar disponible la información y los datos y cuándo entregará el cálculo de la fórmula para el año siguiente (usar ciclos anuales). En Holanda se usa la información de t_{-2} o t_{-3} para estimar t_1 , porque la información es más confiable y ya fue toda recibida. Luego, una vez pasado el año t_1 , se saben a ciencia cierta los coeficientes y los gastos (pagos) y se puede realizar la compensación ex – post. Es decir, en t_{+1} recibo los pagos reales y compensaciones de t_1 .

(6) En Chile el Fondo debiese ser virtual, es decir se calculan los montos a compensar y las Isapres se traspasan los flujos entre ellas.

(7) Tal vez se debería incorporar en la ley una cláusula que mientras la fórmula sea imperfecta se permita sobrecompensar a los enfermos crónicos y subcompensar a los sanos.

Consideraciones Legislativas

Van de Ven señaló que los parlamentarios chilenos deben considerar que el diseño y creación de un FCR es una tarea compleja, por lo que los procesos debiesen ir por etapas y se deberían generar las instancias para su revisión y por tanto, enmiendas para su correcto funcionamiento.

Hay que tener claro, que la meta de las autoridades es establecer una fórmula que logre la mayor coherencia entre los gastos en salud estimados y los gastos reales. Por lo que hay que tener presente que en la medida que se revisa la fórmula la diferencia entre ambos valores se va reduciendo. Los políticos suelen confundir la meta (tarifa igual para todos que cubra los gastos) con la herramienta para lograrlo (fórmula para calcular la compensación más perfecta). En Holanda la fórmula no está por ley sólo la meta, porque de lo contrario sería muy difícil corregirla frente a problemas en el cálculo.

Otra consideración que debiese ir en la normativa es quién es el responsable final de los errores que pudiesen producirse en el cálculo de compensación de riesgos. ¿Cómo resguardarse?

En síntesis, el experto señaló que en la ley se debería describir el procedimiento, los aseguradores deberían poder discutir la fórmula de cálculo para evitar errores, como en Holanda y se debería permitir ajuste y compensaciones ex - post.

Profesor Wynand Van de Ven



Nacido en Holanda en 1950, estudió matemáticas y física en la Universidad de Leiden. Se doctoró en 1984 en la misma Universidad, con el trabajo denominado “Estudios sobre Aseguramiento en Salud y Econometría”, y desde esa fecha hasta hoy su experiencia profesional ha estado dedicada al sector salud, tanto como académico e investigador, como director de varias instituciones de salud y editor de publicaciones sobre el tema.

Ha sido director de Hospitales, Fondos de Salud, Centros de Especialidades. También ha sido director de la Institución Holandesa de revisión de tecnología médica. Es miembro de la red global de Ajuste de

Riesgo.

Ha realizado consultorías para Gobiernos, entidades públicas y privadas, destacando trabajos para la OMS y el Banco Mundial. Actualmente es considerado uno de los mayores expertos en Ajuste de Riesgo en el sector salud.

II. Reino Unido: Evaluación de Nuevas Tecnologías en Salud (ETESA)

El Rol del NICE en el Reino Unido: Transformando Evidencia en Políticas

Exposición Realizada por el Profesor David Haslam, Director NICE

Introducción

La Asociación de Isapres realizó el pasado 14 de Enero de 2016 el seminario “Evaluación de Tecnología en Salud (ETESA)”, actividad que tuvo como propósito transmitir la experiencia de Inglaterra en esta materia. Para ello, se invitó al Director del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), el profesor David Haslam.

El NICE es una organización técnica, independiente del gobierno (aunque financiado por éste), que se creó en 1999 con el fin de equilibrar todas las demandas en salud en un contexto de presupuesto fijo, pero que con el correr de los años fue adquiriendo nuevas responsabilidades (Cuadro N°1). Sus áreas de trabajo se pueden clasificar en tres: (i) guías basadas en evidencia y consejos en salud pública y cuidado social; (ii) evaluar nuevas tecnologías médicas y (iii) entregar estándares de calidad y métricas de rendimiento.

Cuadro N° 1: Evolución de las Responsabilidades del NICE

1999	Evaluación de Tecnologías en Salud y Guías Clínicas
2002	Procedimientos Invasivos Implementación
2005	Guías de Salud Pública
2008	NICE Internacional
2009	Ahorro de Costos del Programa MedTec (Nuevas tecnologías) Diagnósticos Evidencia del Sistema Nacional de salud (NHS)
2011	Centro Nacional de Prescripción (Ahora Centro de Prescripción de Medicinas)
2013	Guías de Cuidado Social Tecnologías Altamente Especializadas y Condiciones Raras
2014	Guías para la Contratación de Personal en Hospitales

Fuente: Presentación David Haslam

¿Es Obligación Cumplir con las Directrices Establecidas por el NICE?

(i) **SI:** Las organizaciones del Sistema Nacional de Salud (NHS) tienen obligación legal de proporcionar las drogas y/o tratamientos que el NICE ha aprobado a través del

programa de evaluación de tecnología. Siempre y cuando el médico este de acuerdo en suministrarlo³.

(ii) NO: Todos los otros tipos de orientación (guía clínicas, de salud pública, de cuidado social, etc.), tienen un carácter de asesoramiento, pero su cumplimiento no es obligatorio. Es una síntesis de la evidencia respecto a lo que funciona para un determinado caso médico, pero no intenta sustituir el juicio clínico.

Con todo, dejando de lado la evaluación tecnológica, las guías que realiza el NICE son directrices respecto a un determinado caso, son las mejores prácticas que se encontraron dada la evidencia y es una recomendación para los médicos, es una ayuda, la cual no tienen que seguirla si no la consideran adecuada para tratar a un paciente determinado.

¿Cómo el NICE Desarrolla sus Recomendaciones?

Este es un proceso que toma aproximadamente dos años:

(i) El **tema de referencia** a estudiar es derivado al NICE desde el Ministerio de Salud. (ii) Luego, se ve el **alcance** del tema, es decir, los distintos temas que pueden estar involucrados en su (iii) **desarrollo**. Una vez desarrollado el estudio, se pasa a un proceso de (iv) **consultoría** en donde médicos, pacientes, laboratorios y otros incumbentes puedan hacer llegar sus comentarios, aprensiones, etc. Estos estudios tienen que estar (v) **validados**, es decir, que las recomendaciones o evaluaciones de tecnología que se hagan sean legalmente sólidas. Por último, está la (vi) **publicación**, la que estará sólo disponible en el sitio web de NICE (<https://www.nice.org.uk/>). Cuando se trata de guías, además se realizan conferencias de prensa de modo de enfatizar la importancia de lo desarrollado, así como, de involucrar a agrupaciones de pacientes y médicos.

Los Comité Asesores Independientes

Los Comités hacen recomendaciones tomando en cuenta los siguientes puntos: la efectividad clínica, el costo-efectividad, la evidencia y el grado de incertidumbre que se tiene respecto de ella, juicios de valor social, legislación sobre la igualdad, innovación⁴ y otros beneficios que puedan tenerse para la salud.

Perspectiva de los Pacientes

El NICE está convencido que la opinión de los usuarios muchas veces marca una diferencia a la hora de tomar una decisión. Por ejemplo, cuando se realizó la guía para diálisis, el comité de expertos llegó a la conclusión de que para los pacientes era mucho

³ En la Constitución del NHS de 2012 se señala que “las personas tienen el derecho a recibir las drogas y el tratamiento en el NHS que el NICE recomienda usar, si y sólo si, el médico señala que son apropiados para el paciente”.

⁴ El NICE lo que menos quiere es bloquear la innovación, al contrario quiere incentivarla, sin embargo, los recursos son escasos por lo que no puede aprobar todas las drogas y/o tratamientos y menos a cualquier precio.

más cómodo hacer las diálisis en sus casas, sin embargo, cuando se le preguntó a los pacientes éstos en su mayoría señalaron preferir hacerlo en centros asistenciales, puesto que hacerlo en sus casas implicaba que la enfermedad dominaba sus vidas o iban a tener una maquina ocupando espacio importante para ellos.

Evaluación de Tecnologías Médicas en Salud⁵

Este proceso se utiliza para estudiar qué tan beneficioso es una nueva droga o tratamiento en relación a su costo y respecto a la alternativa médica que en ese momento se utiliza. Esto en el entendido que el Sistema Nacional de Salud cuenta con recursos que son fijos, y por tanto, destinar recursos para ciertas áreas implica necesariamente el recorte de recursos en otras. Esta evaluación permite la coherencia y la equidad en la toma de decisiones.

El uso de nuevas drogas o tratamientos dependen de:

- Primero: su aprobación por parte de la autoridad regulatoria, MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency).
- Segundo: el NICE debe hacer la evaluación. Básicamente debe ver si los beneficios adicionales de la nueva droga/tratamiento justifican su mayor costo (el análisis incorpora juicios de valor social).

De esta forma, el análisis reconoce el costo de oportunidad de los recursos que son escasos, además de ser una toma de decisión consistente, justa y racional.

Costo Efectividad de las Drogas y/o Tratamientos

Para el análisis de costo-efectividad el NICE utiliza la siguiente ecuación, denominada ICER (incremental cost-effectiveness ratio/ razón incremental de costo-efectividad):

$$\frac{\text{Costo}_{\text{nuevo producto}} - \text{Costo}_{\text{producto actual}}}{\text{Beneficio en Salud}_{\text{nuevo producto}} - \text{Beneficio en Salud}_{\text{producto actual}}}$$

Para estimar la ganancia en salud, el NICE utiliza lo que se conoce como el “índice de calidad ajustada a los años de vida” (QALYs, Quality Adjusted Life Years), el que mide la mejora en la calidad de vida que se obtiene con el nuevo tratamiento⁶, y esto permite calcular el costo por QALY para cualquier tecnología que quiera evaluarse. Luego, el índice ICER permite ver si los beneficios de una nueva droga y/o tratamiento son superiores al costo adicional de ella.

⁵ HTA: Health Technology Appraisals.

⁶ No les interesa medir sólo si una droga o tratamiento sólo alarga la vida, ya que si lo hace pero con efectos secundarios que no aportan a la calidad de vida, la droga no es efectiva.

Guías Clínicas

Las guías clínicas es una recopilación de toda la evidencia (evaluaciones de tecnología, procedimientos, etc.) que se tiene respecto a una enfermedad o caso clínico y su tratamiento. Como se mencionó anteriormente las guías clínicas son consejos y no tienen un carácter obligatorio al momento de tratar una enfermedad, ya que en este caso el juicio del doctor es importante. Sin embargo, reúne toda la información disponible, por lo que es de suma utilidad para el cuerpo médico.

Estas guías están disponibles en la web de NICE y presenta toda la información en forma de diagramas de flujo, por lo que es fácil de buscar y de ver todo lo que hay disponible respecto a un tema.

Estándares de Calidad

Por último, dentro de las funciones del NICE está mejorar los estándares de calidad del sistema de salud, para lo cual cuenta con el trabajo ya realizado, es decir, el análisis de evidencia, la evaluación de tecnología y las guías clínicas y de salud pública. En particular, de los temas analizados se extraen entre 8 a 10 puntos que son críticos y que el NICE prioriza como importantes a ser considerados por los prestadores de salud a la hora de tratar dicha patología. Asimismo, sirve de guía o control por parte del paciente de cómo está siendo tratado.

En Inglaterra existe una Comisión de Cuidado que va a inspeccionar hospitales y clínicas, y esta comisión utiliza los estándares publicados por el NICE como guía en su evaluación. Por lo tanto, los estándares son utilizados tanto por médicos y pacientes como por el regulador, que necesita cerciorarse de que el cuidado de la salud esté siendo entregado de la mejor forma.

En suma, los estándares de calidad son un conjunto conciso de declaraciones basadas en datos empíricos (WHO, NICE y otras guías locales), diseñadas para conducir y medir las mejoras en calidad dentro de un área particular de atención, en términos de efectividad clínica, seguridad y experiencia del paciente. Además, estos estándares están alineados con las prioridades del gobierno/financiado y son producidos con la colaboración de todas las partes interesadas (policy makers, el gobierno, administradores de hospitales, pacientes, etc.).

Cabe destacar, que los estándares de calidad no reevalúa la evidencia y no enlista todos los componentes de atención. Con todo, la realización de los estándares de calidad es un proceso evolutivo, es decir, que está en constante revisión y que sirve para impulsar mejoras en el sistema de salud.

Lecciones del NICE

La primera gran lección es que las buenas estructuras de gobierno pueden aumentar significativamente la legitimidad de la toma de decisiones, estableciéndose prioridades para ello, no obstante:

- El proceso necesita de algún grado de flexibilidad.
- El sistema necesita ser sensible y capaz de adaptarse a las necesidades de cambio.
- Es muy importante la revisión de procesos y métodos, así como también, los profesionales que participan.

Un enfoque integrador y multidisciplinario puede mejorar tanto la calidad como la legitimidad de las decisiones tomadas.

Profesor David Haslam, Director de NICE



David Haslam se desempeñó como Médico General en Ramsey, Cambridgeshire por muchos años. Fue Presidente de la Asociación Médica Británica (2011-12), fue Presidente (2006-09) y Director (2001-04) del Colegio Real de Médicos Generales y vice director de la Academia Médica de Colegios Reales. Es profesor visitante de Atención Primaria de Salud en la Universidad Montfort de Leicester. Haslam, además es miembro de la Comisión Nacional de Calidad (CNC) y director del Comité de Información en Calidad de la CNC. Anteriormente, fue Consejero Profesional Nacional de la Comisión de Calidad en la Atención y fue director del

Comité Asesor para la Acreditación de la Evidencia en el NICE.

El Profesor Haslam dirigió la modernización del Consejo de Programa de Carreras Médicas entre los años 2007 y 2009. Fue codirector del subgrupo de Información Foro Futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS) y un miembro del Consejo de Educación Médica de posgraduados del SNS. Asimismo, fue co-director del Consejo del Programa MMC desde los años 2006 al 2009 y miembro del Consejo de Educación Médica para post graduados.

David Haslam es miembro del Colegio Real de Médicos Generales, de la facultad de Salud Pública, de la Academia de Educadores Médicos y del Colegio Real de Educadores Médicos. Ha escrito 13 libros que han sido traducidos a 13 idiomas, principalmente, de temas de salud para público general. Asimismo, ha escrito miles de artículos para prensa general y médica. En el año 2004 se le otorgó el premio CBE (Commander of the British Empire) por servicios a la Medicina y Atención de Salud.