

Evolución de los sistemas de pago de hospitales en Cataluña. España

Enrique Agusti
Santiago de Chile. Mayo 2010

- ▶ Introducción
- ▶ Sistemas de pago hospitalario en Cataluña
- ▶ Evolución de los sistemas de pago. Pago por capitación
- ▶ Sistemas de atención integrales. Un ejemplo

Cataluña. Datos sanitarios

Red sistema público:

- 348 áreas básicas de salud
- 1.200 puntos de atención primaria
 - 400 centros de salud
 - 820 consultorios locales
- 63 hospitales de agudos (15.143 camas)
- 21 centros psiquiátricos (3.907 camas, más 444 en hospitales de agudos)
- 88 centros sociosanitarios (7.539 camas)

Camas totales (por 1.000 hab.): 4,9

Camas de agudos (1.000 hab): 2,3 aprox.

Profesionales sanitarios: 67.600 (médicos y enfermeras)

Médico (por 1.000 hab.): 4,7

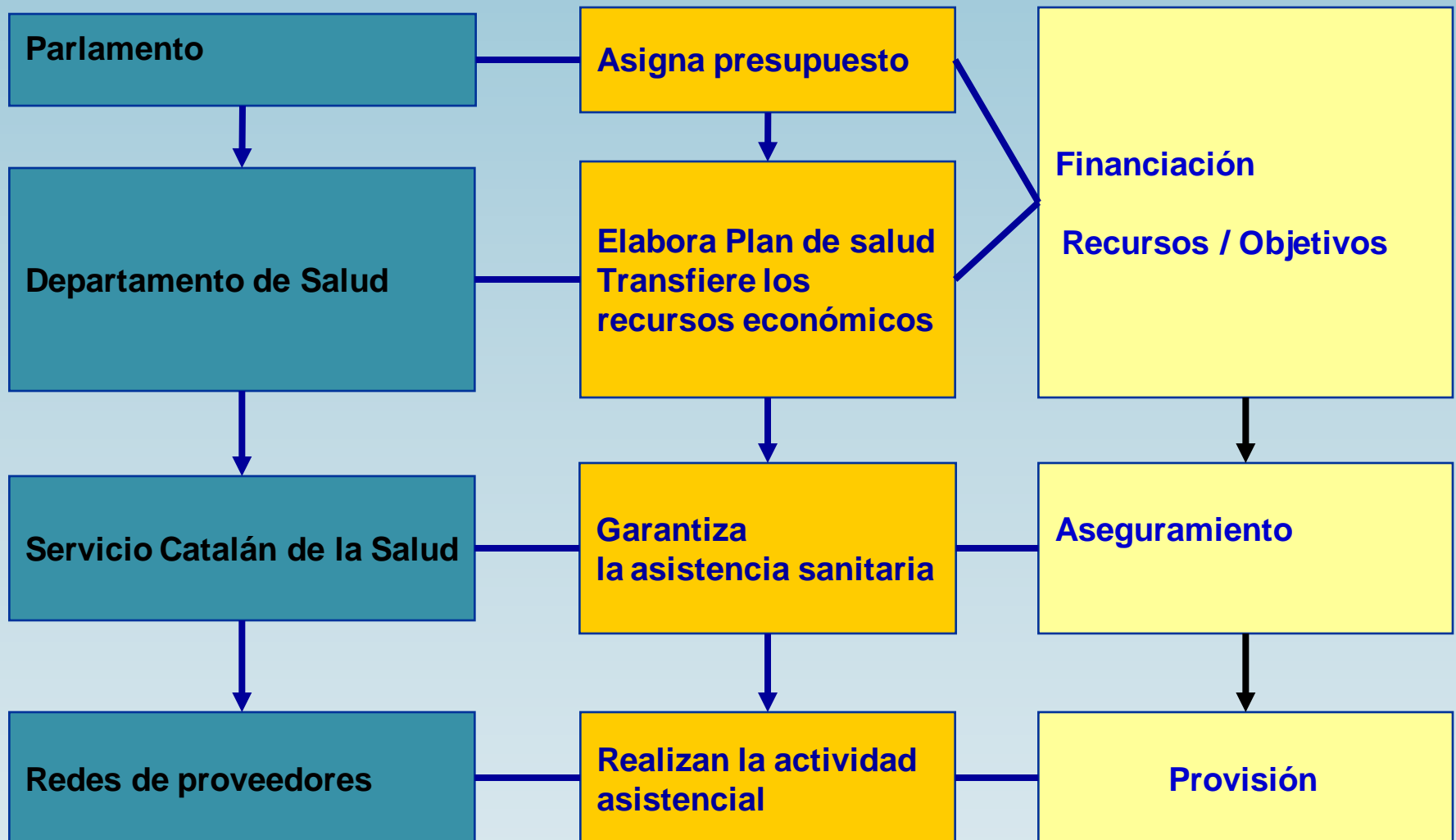
Gasto por cápita sanitaria: 1.013 € / hab.

Modelo Sanitario Catalán

Ejes básicos del modelo:

- Universalización de la asistencia
- Financiación pública de los servicios
- **Diversificación en la provisión de servicios**
- **Separación de las funciones de financiación y de las de provisión**
- Participación de la sociedad civil
- Accesibilidad de los ciudadanos a los servicios (61 centros hospitalarios)
- Principios de equidad, eficiencia y calidad

Ámbitos de las funciones



Principios del Sistema Catalán de la Salud

- ▶ Calidad
- ▶ Igualdad (equidad)
- ▶ Descentralización
- ▶ Eficiencia (sostenibilidad)
- ▶ Transversalidad
- ▶ Integración
- ▶ Participación
- ▶ Transparencia
- ▶ Subsidiariedad i sustitubilidad

Cataluña. La diversidad en la provisión

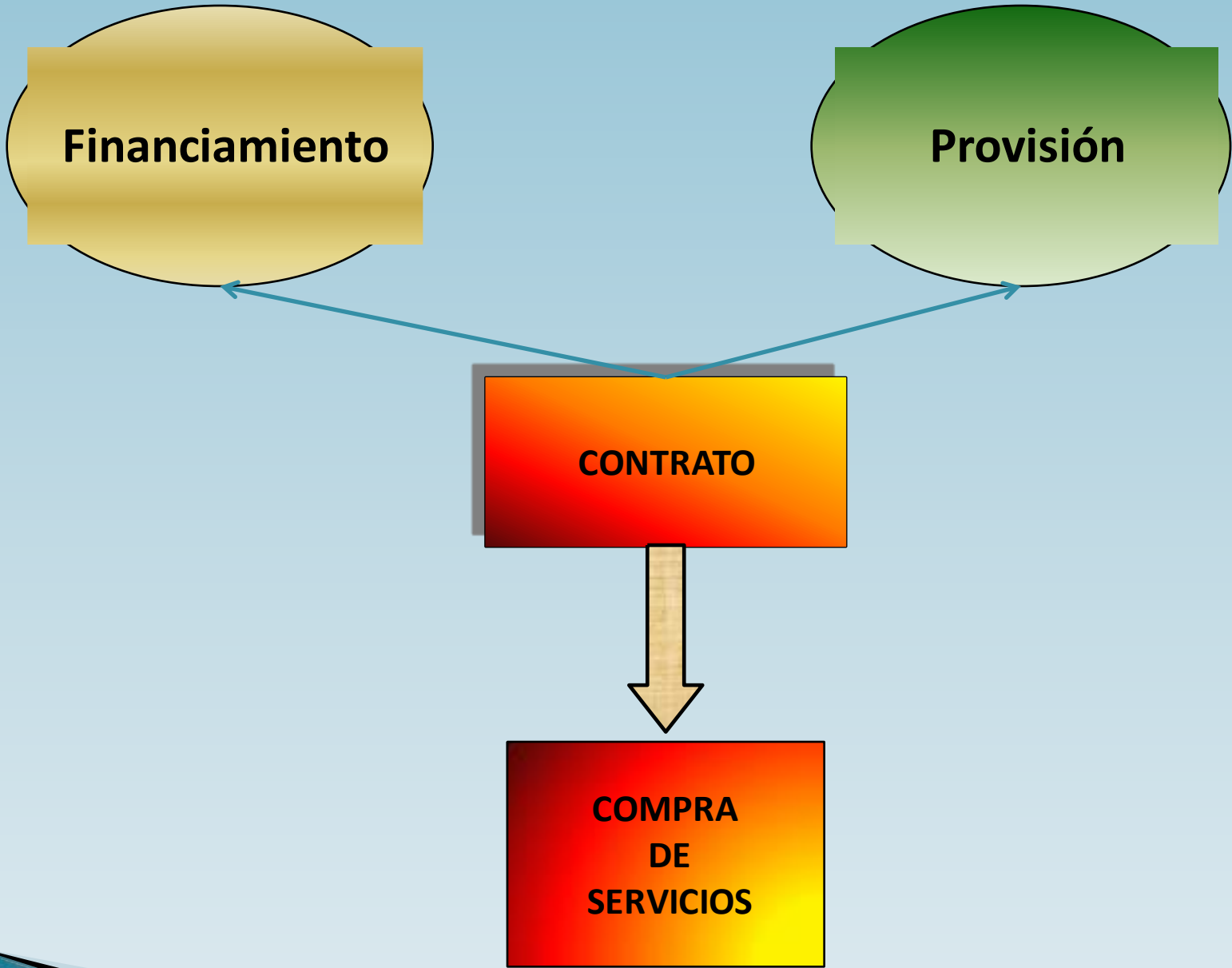
	ICS	No ICS
Atención primaria	77,7 %	22,3 %
Hospitalización		
• Camas	29,7 %	70,3 %
• Altas totales	28,2 %	71,8 %
• Alta tecnología (altas)	52,4 %	47,6 %
Salud mental		
• Atención primaria especializada	5,0 %	95,0 %
• Hospitalización adultos	2,1 %	97,9 %
Sociosanitario		
• Camas	0,0 %	100,0 %
• PADES – UFISS	21,0 %	79,0 %

Financiamiento

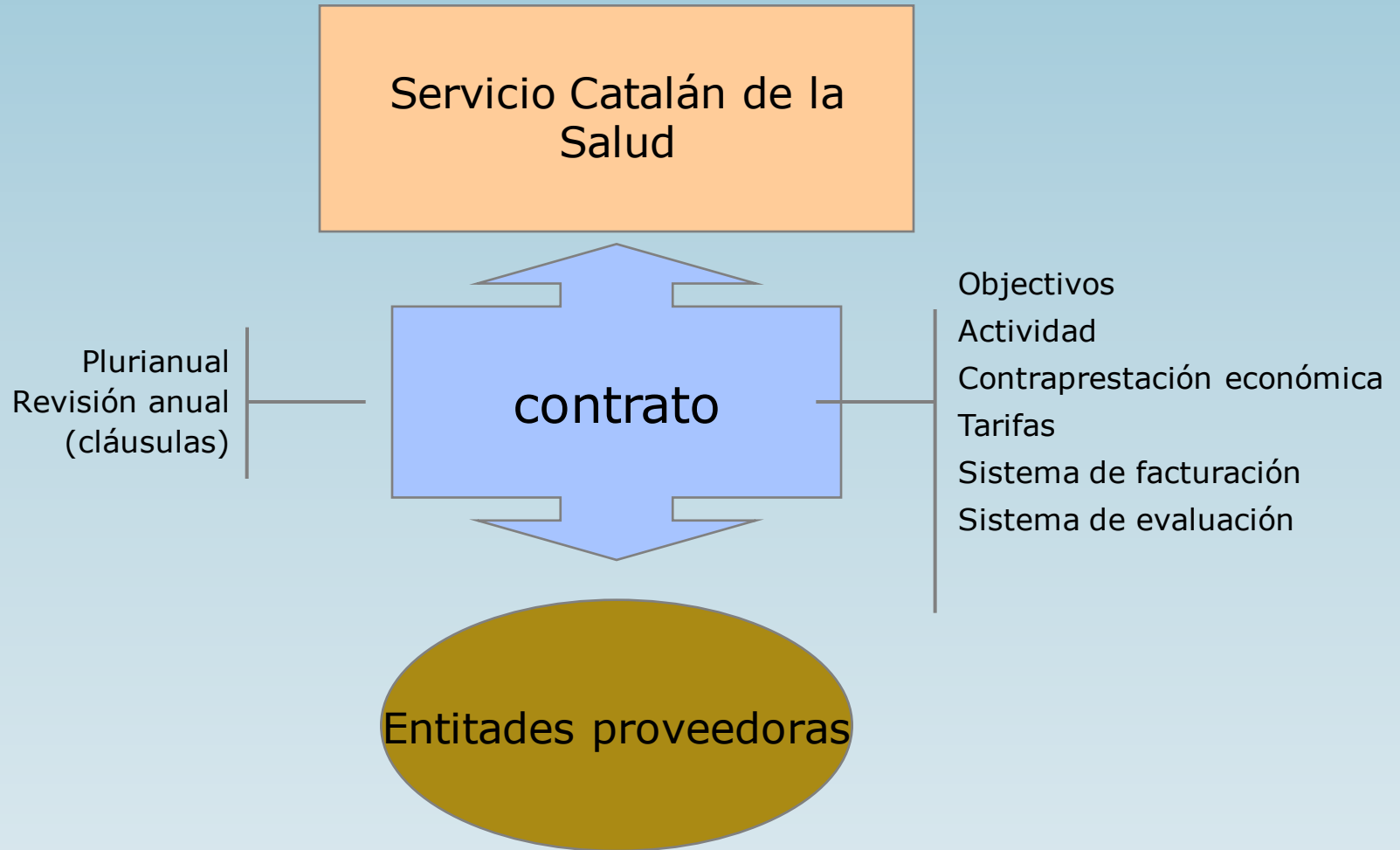
Provisión

CONTRATO

**COMPRA
DE
SERVICIOS**



El contrato de servicios sanitarios



Evolución de los sistemas de pago de hospitales en Cataluña

- ▶ Hasta 1986: pago por presupuesto
- ▶ 1986–1996: pago por actividad (estancia) a partir de parámetros estructurales
- ▶ 1997– actualidad: pago por actividad (proceso) basado en un modelo mixto a partir de parámetros estructurales y de casuística
- ▶ A partir del 2002: plan piloto capitativo en parte del territorio (coexiste en algunas zonas con el pago por actividad hospitalaria)

Principios del sistema de pago hospitalario:

- ▶ Definir un modelo de pago que reconozca la estructura y la complejidad asistencial de los procesos.
- ▶ Que se oriente al producto final
- ▶ Que sea prospectivo
- ▶ Que estimule la eficiencia interna
- ▶ Que incorpore el lenguaje sanitario (Plan de Salud)

Compra de servicios hospitalarios

Producto	Parámetro	Pago por estructura	Pago por complejidad
Hospitalización	Alta	65%	35%
Consulta externa	Visitas	100%	
Urgencias	Urgencia	100%	
Técnicas	Pago por proceso		

Parte variable referenciada a los objetivos del plan de salud

Modelo de compra. Hospitales XHUP1997 -

Compra de :

- **Actividad**
- **Programas**

Modelo de compra. Hospitales XHUP1997 -

▶ Programas

- **Docencia**
 - Pregrado
 - Postgrado
- **Investigación básica**
- **Programas específicos**
 - Trasplantes
 - Unidad de grandes quemados
 - Hospital penitenciario

Modelo de compra. Hospitales XHUP1997 -

▶ **Actividad :**

- **Hospitalización**
- **Consultas externas**
- **Urgencias**
- **Técnicas i procedimientos especiales**

Actividad HOSPITALIZACIÓN

Parámetro de compra

Alta

Incluye:

- **Altas convencionales**
- **Cirugía mayor ambulatoria**

Actividad HOSPITALIZACIÓN

- ▶ Precio por alta
- ▶ Reconoce:
 - Estructura: Intensidad Relativa de estructura **IRE**
 - Complejidad atendida: Intensidad Relativa de Recursos **IRR**

Actividad HOSPITALIZACIÓN

▶ Complejidad

- AP-DRG

▶ Intensidad Relativa de recursos del hospital IRRh

$$\text{IRRh} = \frac{\text{Peso relativo promedio hospital}}{\text{Peso relativo promedio XHUP}}$$

Actividad HOSPITALIZACIÓN

▶ Estructura: capacidad instalada

- camas
- consultorios
- box urgencias
- quirófanos
- salas Rx
- Etc...hasta 34 ítems

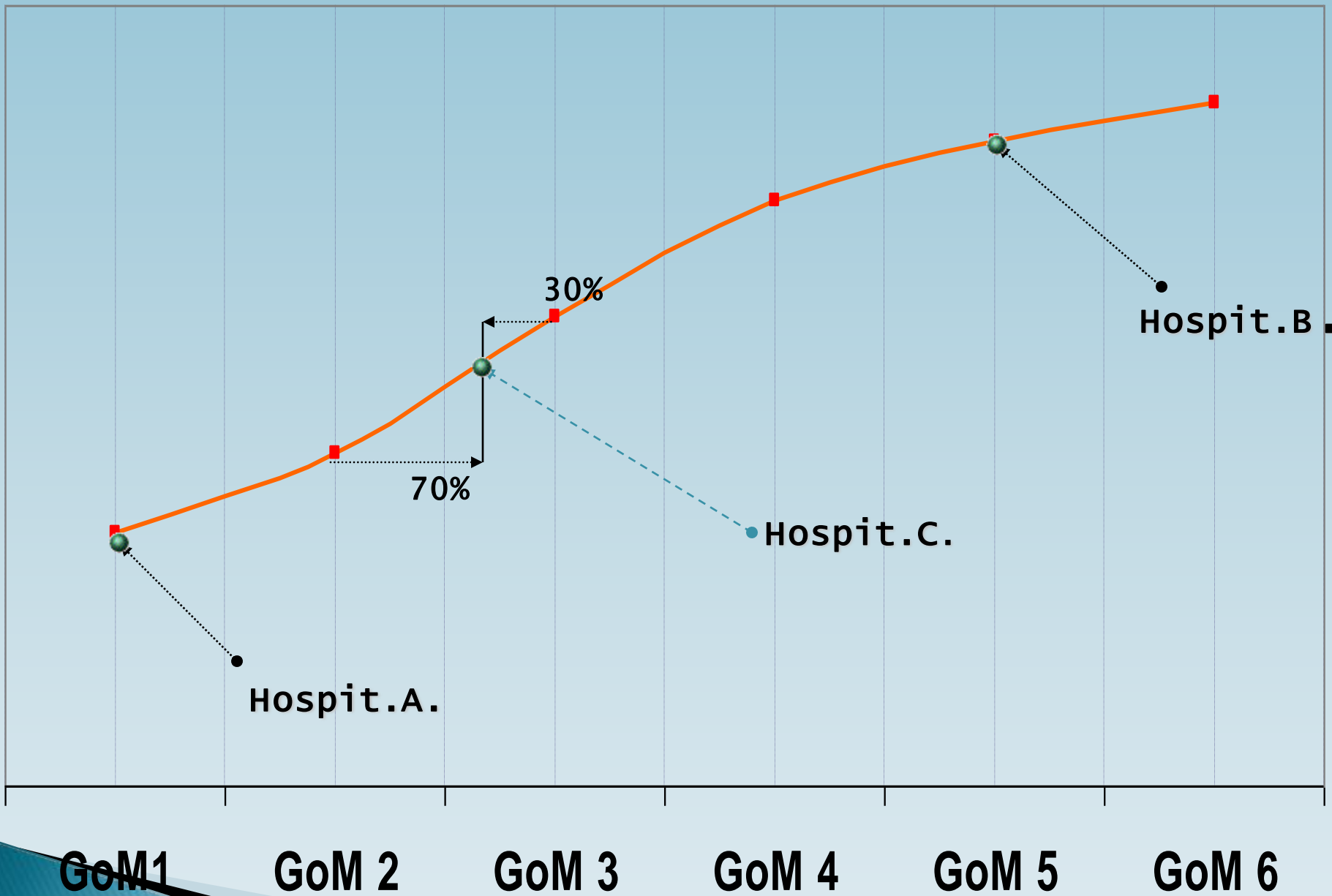
Actividad HOSPITALIZACIÓN

▶ Estructura

- Regresión múltiple
 - Variable indep. nivel de GoM
 - Variable dep. presupuesto hospitalización

▶ Intensidad Relativa Estructural del hospital IREh

$$\text{IREh} = \frac{\text{Precio alta hospital por estructura}}{\text{Precio alta promedio de la XHUP}}$$



GoM1

GoM 2

GoM 3

GoM 4

GoM 5

GoM 6

Hospit.A.

Hospit.C.

Hospit.B.

70%

30%

Actividad HOSPITALIZACIÓN

▶ SISTEMA DE PAGO

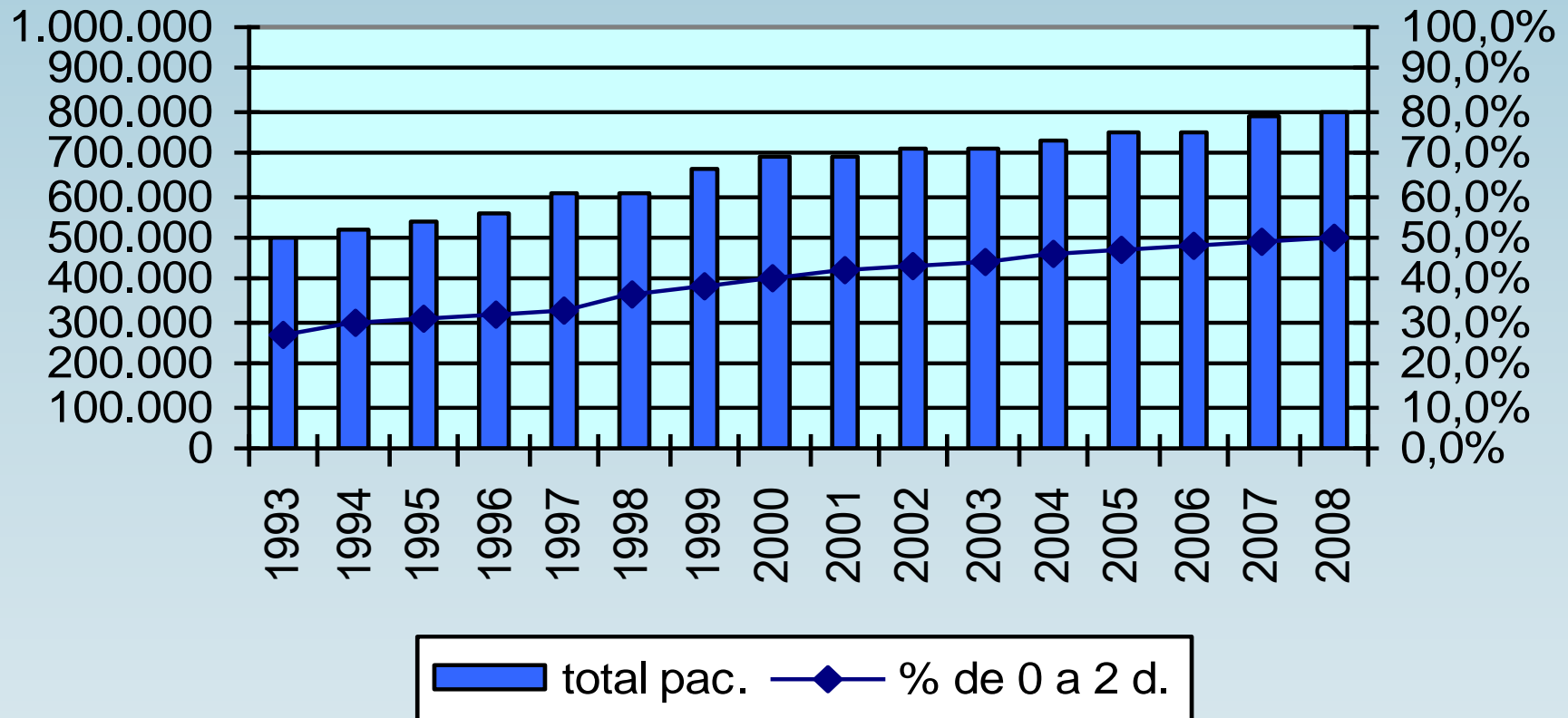
Altas *

((IRR centro * precio alta IRRXHUP * %complejidad)

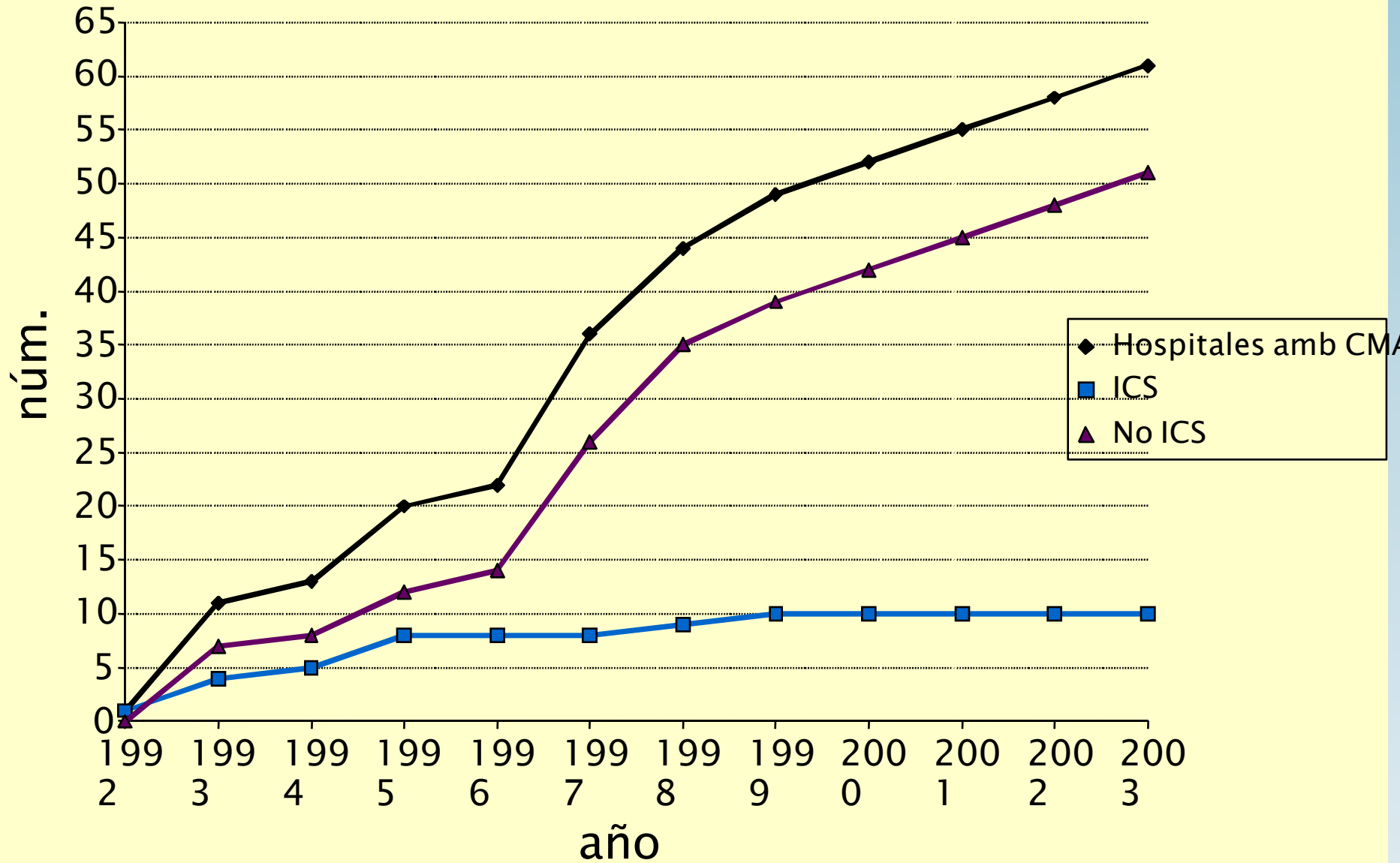
+

(IRE centro * precio alta IREXHUP * % estructura))

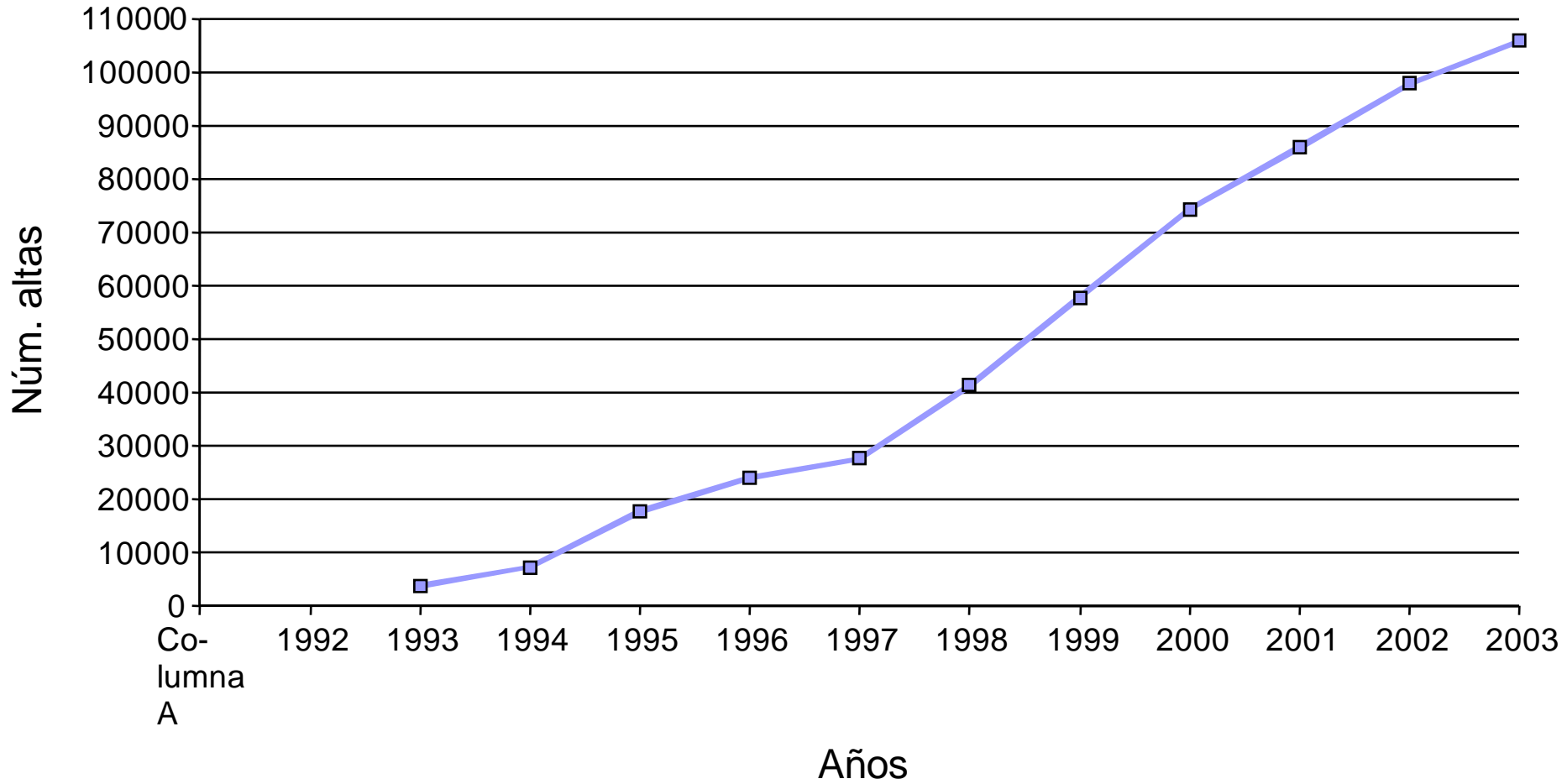
Explotación CMBDAH: Evolución altas pacientes XHUP



Hospitales con CMA



Altas CMA XHUP



Actividad consulta externa

- ▶ **Parámetro de compra**

Pago por visitas:

Definición de :

- **primera visita**
- **visitas sucesivas**

Actividad consulta externa

▶ Sistema de pago

- **Según nivel de hospital**
- **Según tasa de reiteración por centro**
- **Vis.total (V.T.)= 1.visit + (1.visit x I.reiterac.cent.)**
- **Press.tot. CCEE_h = V.T. x precio visita hosp. Nivel_h**

Actividad Urgencias

- ▶ **Sistema de pago**
- ▶ **A...Pago por visitas:**
 - **Según nivel de hospital**
- ▶ **B...Pago por presupuesto**
 - **En hospitales aislados(6) y con poca actividad.**

Modelo de Compra. Hospitales 1997 -

- ▶ **Técnicas, tratamientos y programas específicos.**
 - Cirugía menor ambulatoria
 - Hospital de día
- ▶ **Tratamientos y procedimientos diagnósticos de alta complejidad**
 - Radiología intervencionista
 - Cardiología terciaria.

Consecuencias de la aplicación del sistema de pago

- ▶ **Desajustes reales intra e interhospitalales**
 - **Rehabilitación**
 - **Hospital de día médico**

Los sistemas de pago. virtudes:

- ▶ Han contribuido a mejorar la eficiencia de las redes
- ▶ Han incorporado el Plan de Salud como un elemento de evaluación del contrato
- ▶ Han contribuido a consolidar el modelo de separación de funciones (financiamiento vs provisión)
- ▶ Han contribuido a mejorar sustancialmente los sistemas de información
- ▶ Han permitido la compra de servicios prospectiva, incentivando el desarrollo de nuevas líneas de servicios

Los sistemas de pago. Defectos:

- ▶ Se han centrado fundamentalmente en la medida de productos intermedios
- ▶ Son modelos basados fundamentalmente en la oferta
- ▶ Son modelos segmentados por líneas de servicio y muy compartimentados, por lo tanto no facilitan la colaboración entre niveles asistenciales y entre proveedores
- ▶ Miden la calidad de los servicios a partir de los productos de cada línea
- ▶ La compra de actividad es incrementalista (demanda inducida?)

- ▶ La historia hospitalaria, junto con el paradigma de la beneficencia, está fuertemente marcada por su autosuficiencia y aislamiento. Lo importante es lo que sucede intramuros. Esta mirada, es replicada por cada unidad en que se subdivide el establecimiento, comportándose cada una de ellas como “feudos”

O.Artaza.

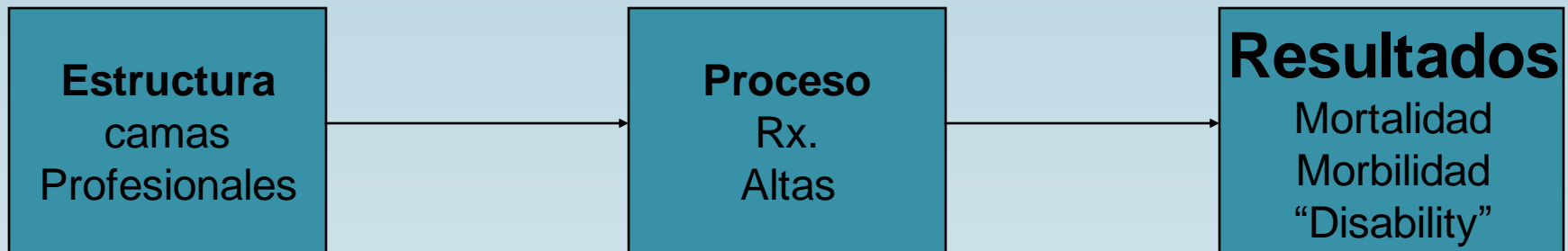
Sistemas de pago actuales. CatSalut

		Agudos	Sociosanitario	Salut mental	Atención Primaria	Otros
Actividad	Estancias		Internamento RUGH	Internamento		
	Altas	Moduladas por complejidad/estructura				
	Otras Lneas	CCEE. UCIAS. H. de Dia				
Estructura			PADES UFISS	Programas	Segun edad Ruralidad	
Cápita						Plan piloto 20 territorios

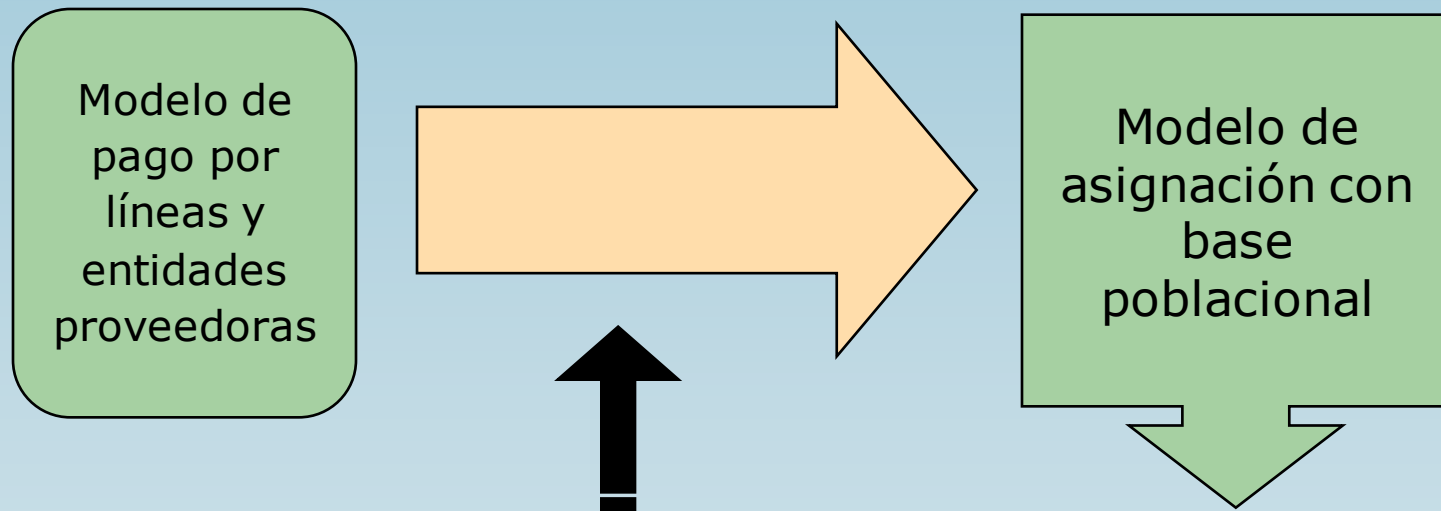
Proyecto capacitación

Proyecto capitación

- ▶ SISTEMA SANITARIO INTEGRAL
- ▶ Orientado a resultados.



Nuevo modelo de pago



Importancia creciente de los objetivos y resultados en salud

Objetivos:

- ✓ Adecuar la atención a las necesidades de salud de la población
- ✓ Alcanzar la continuidad asistencial
- ✓ Favorecer la coordinación
- ✓ Estimular alianzas entre proveedores
- ✓ Ofrecer equidad de acceso
- ✓ Conseguir la corresponsabilización de todos los niveles

Proyecto capacitación. Objetivos

- Favorecer la creación de **sistemas integrales de salud** a partir de las necesidades de la población:
 - Situando al ciudadano como eje del sistema.
 - Facilitando la cooperación vs la competencia entre los diferentes proveedores y niveles.
- Mejorar la **eficiencia** del sistema favoreciendo una **gestión más coordinada** del sistema sanitario:
 - Definiendo sistemas de compra que incentiven la gestión coordinada de los recursos, la continuidad asistencial y la colaboración entre los proveedores.
 - Propiciando efectos sustitutorios entre líneas y niveles
 - Eliminando duplicidades
 - Orientando la organización al producto final: la salud de los ciudadanos

Cambios de paradigmas respecto a los actuales sistemas de compra de servicios

Situación previa

Modelo basado en los
proveedores



Situación futura

Modelo basado en las
necesidades

Fragmentado por
líneas de servicio



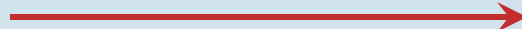
Atención integrada:
Sinérgias y sustituciones

Calidad
“ad hoc” para cada
sector



Objetivos territoriales
Central de
Resultados

Estimular la
competencia:
No comunicación entre
los diferentes agentes
implicados



Estimular la
comunicación:
coordinación,
cooperación, etc. .

Evaluación sanitaria. Sistema de compra en base poblacional

Asignación de Recursos en base poblacional

Favorece la gestión coordinada de los servicios sanitarios, la continuidad asistencial y la formación de alianzas entre las diferentes entidades proveedoras

**SI
(Conclusión provisional)**

Estimula la creación de organizaciones integradas de salud

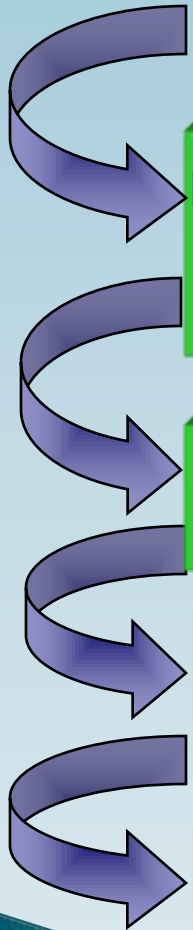
**SI
(Conclusión provisional)**

Mejora del sistema sanitario público

¿?

Mejora el nivel de salud de la población

¿?



Referencias bibliográficas

- ▶ Los sistemas de pago de la sanidad pública en Cataluña, 1981–2009
- ▶ http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/sistemas_pagament_castella.pdf



Muchas gracias

eagusti@grupsagessa.cat