MPGSS/PERC: potencialidades para aumentar la eficiencia en el marco del Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud

Cristian Morales

Asesor Regional de Financiamiento y Economía de la Salud

Acceso y Servicios de Salud

(moralesc@paho.org)

Pan American Health Organization

World Health Organization

Regional Office for the Americas

Contenido

1. Elementos de contexto
2. Contribución potencial de la MPGSS/PERC
3. Diseño de incentivos y mecanismos de pago: financiando en base a desempeño

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud

Compromiso político con el Derecho a la Salud, el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud

- Marco legal
- Políticas, planes y estrategias
- **Prioridad fiscal**
- SIS para monitorear el avance hacia…

Cobertura poblacional
(adm. & costos de transacción)
Cobertura de servicios
(costeo de servicios, inversiones, ev. de tecn.)
Cobertura de costos
(protección financiera)

Factores facilitadores

- Enfoque intersectorial SDH
- Dialogo Social y determinantes sociales
- Capacidad regulatoria
- **Eficiencia**

Modelo de atención centrado en las personas y basado en APS con RHS adecuados (en calidad, tipo y cantidad) y motivados
(mecanismos de pago y financiamiento alineados)

Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas

Coop Intl

MINISTERIO D
SALU /GB

MANCOMUNAR (SOLIDARIDAD Y EFICIENCIA)

ALINEAR INCENTIVOS, MEJORAR EFICIENCIA

GENERALES / NACIONAL

ONES RMAL

ADM DE GUROS
SEGU OS PRIVADOS

ASIGNA DF
(compra auditoria,

AUMENTAR EL GASTO PUBLICO A 6% DEL PIB

Red MIN SALUD (modalidades de pago propias)

HOGARES

Beneficios SERVICIOS GARANTIZADOS

Red Privados (modalidades de pago propias)

Red SEG SOCIAL (modalidades de pago propias)

DISMINUIR / ELIMINAR

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Potencialidades de la MGPSS/PERC: mejorar la eficiencia técnica y de asignación

1. … A partir de los costos de producción de los servicios obtener costos por paciente (nominales) para realizar análisis de eficiencia definiendo, por ej, modalidades de manejo de casos con +calidad y +efectividad (eficiencia técnica: mas resultados de salud con lo mismo -o con menos-)

   TOMA DE DECISION **MICRO**

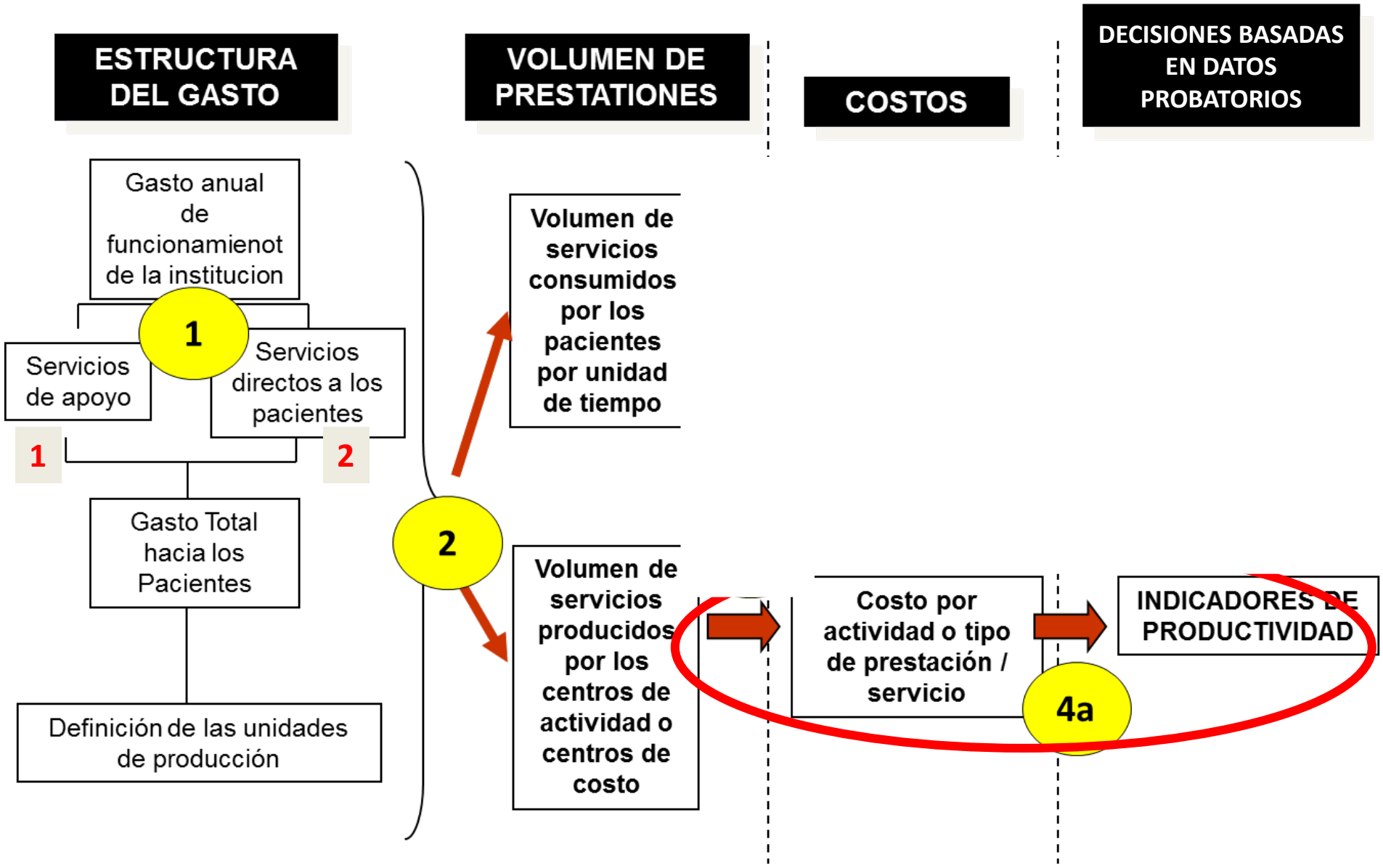
2. … A partir de los costos de producción de los servicios diseñar mecanismos de pago que apunten a una financiación por resultados/desempeño (eficiencia asignación: mas de los objetivos que queremos lograr con los recursos existentes)

   TOMA DE DECISION **MESSO/MACRO**

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Potencialidades de la MPGSS/PERC



MEDIOAMBIENTE

SISTEMA ORGANIZADO DE ACCIÓN

Estructura simbólica

Estructura física

Estructura organizacional

RISS/APS

Practicas

ATENCIONES / SERVICIOS

Practicas

Trayectoria previsible de un prob de salud

Trayectoria observada: reducción de la duración e intensidad del pb

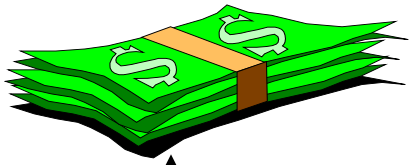
RESULTADOS

RESULTADOS

EFECTIVIDAD

A.P. Contandriopoulos, 2001

∑ RECURSOS x PRECIO^{Recursos} = COSTOS = ∑ SERVICIOS x PRECIO^{Servicios}



PRODUCTVIDAD

EFICIENCIA (min costos, CE, CU, CB)

Mecanismos de pago y eficiencia de asignación

Financiamiento de la Salud

Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud (outputs)
Obj. intermedios – Obj. finales

Resultados Finales (outcomes)

Creación de recursos (inversión, RHR, tecnología, etc.)

Recaudación
Que opciones como fuentes de financiamiento?

Mancomunación
Como avanzar a fondos integrados solidarios?

Mecanismos de pago
Como alinear con los objetivos?

Provisión de servicios

Rectoría/Gobernanza/Fiscalización

… Si lo que queremos es mejorar la eficiencia, es probable que si lo incentivos están para potenciar la productividad de servicios hospitalarios especializados nos estemos equivocando totalmente

Fuente: adaptado de OMS, 2014

Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas

Del financiamiento pasivo al estratégico

(de lo retrospectivo)

- Asignación de recursos usando las normas y reglas administrativas basadas en lo histórico
- Poca o ninguna selección de los proveedores
- Poca o ninguna calidad de monitoreo
- Proveedor entrega servicios y luego factura al financiador
- Pago por acto médico o compra de prestaciones tomando el precio y la calidad ofertada por los proveedores
- Prestador no incurre en riesgos (quedan con el financiador)
- Incentivos implícitos sin orientación a la obtención de resultados de salud, a la eficiencia, la calidad o la equidad

(a lo prospectivo)

- Sistemas de pago y compra que crean incentivos explícitos para mejorar los resultados de salud, aumentar la calidad, la eficiencia, la calidad, la equidad, la libertad de elección … el acceso y la cobertura universales
- Contractualizar selectivamente
- Creador de precio y calidad
- Incenticar con pago capitado con o sin ajustes
    - Cuando no hay ajustes, el riesgo lo soporta solo el prestador… Por lo tanto hay que ajustar por riesgo para evitar selección de pacientes mas sanos compartiendo el riesgo, por ejemplo, con pago per cápita

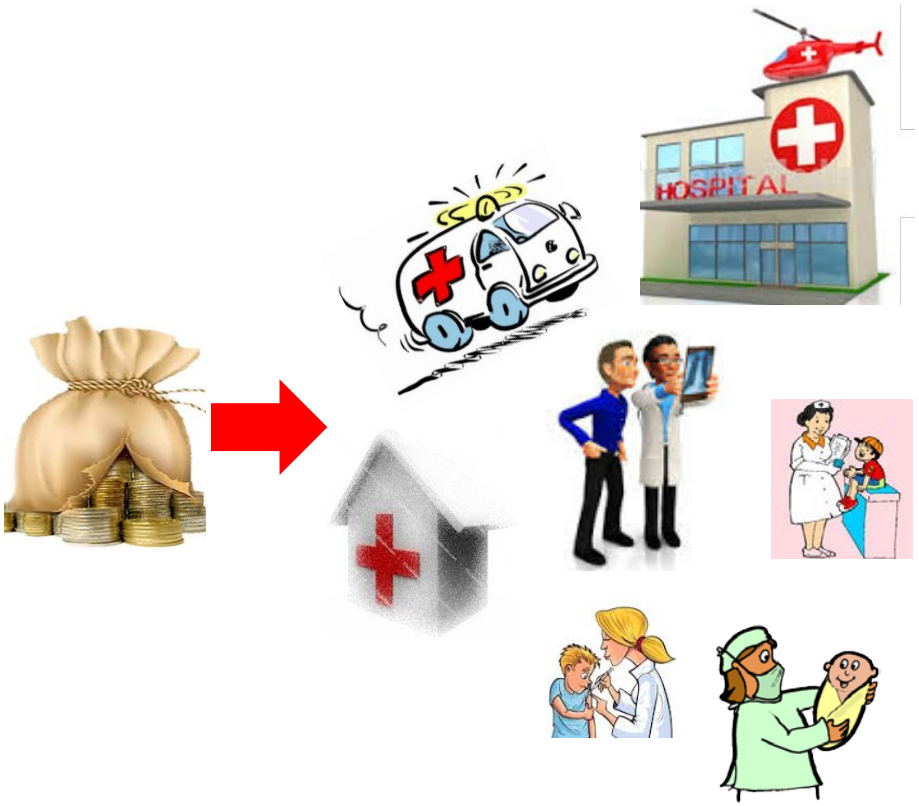
Los incentivos (hacia el pago x resultados)

- **Que es un incentivo?**
  - Una ley o una regulación que hay que cumplir
  - Una noma social que hay que respetar
  - Una **compensación financiera** para promover una acción o un comportamiento
  - **La compensación** puede ser **parcial-marginal** (la mas prevalente) **o total** (que apunte a la estructura de costos)
- **A quien se incentiva?**
  - Un profesional de salud
  - Un servicio o centro de responsabilidad (cirugía, emergencia, medicina interna, laboratorio, …)
  - Una institución de salud
  - Una institución: hospital, centro ambulatorio, clínica de 1er nivel
  - Una red de servicios

Quien incentiva… y para hacer que?

Incentivador

- Autoridad de salud central, regional, local
- Seguridad social
- Administradora privada de seguros
- Gerente del hospital, clínica, centro de atención primaria
- Jefe de servicio
- otros



Resultados

- Acceso
- Protección financiera
- Eficiencia,
- Efectividad
- Calidad
- Productividad
- Continuidad de la atención (Coordinación, cooperación, referencias, contra referencias, integración de los servicios)
- Productividad
- Equidad
- Eficiencia
- Transparencia
- Imputabilidad
- …

Financiando por resultados

- Calidad
- Continuidad de la atención
- Coordinación, cooperación
- Integración
- Eficiencia
- Transparencia
- Imputabilidad
- …

PRESUPUESTO HISTORICO

- Roles confundidos
- Esfuerzos duplicados, sin posibilidad de alianzas y economías de escala
- Hospitales *"colapsados"*, solitarios, en la cima pero sin financiamiento adecuado

- Hospitalización aguda
- Hospital de día
- Larga estadía

Centros Ambulatorios de Salud Familiar y Comunitaria

- Morbilidad general
- Control de salud

GOBIERNO EN RED

Articulación socio sanitaria

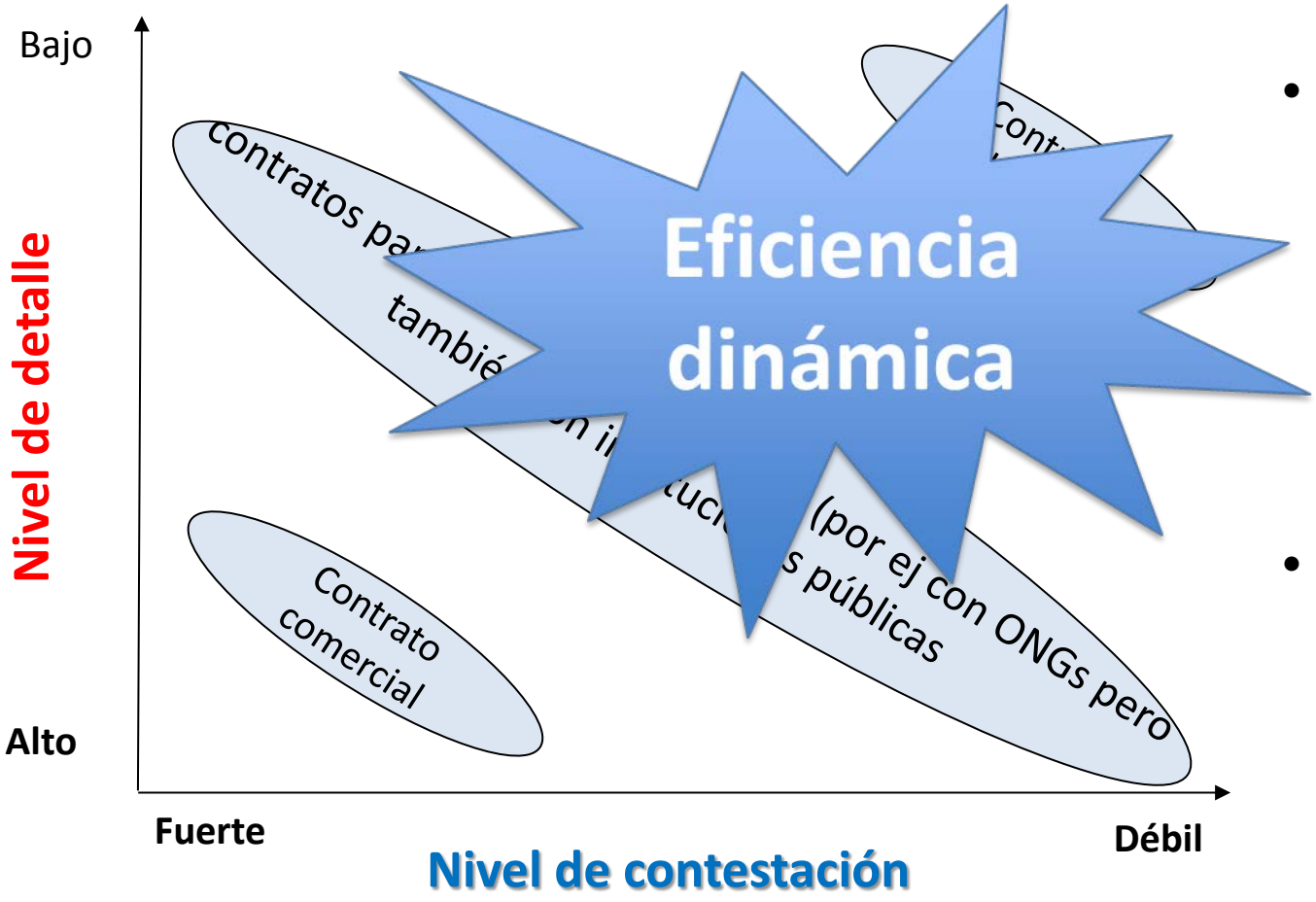
Centros de atención especializada ambulatoria

- Atención especializada diagnostica y terapéutica
- Cirugía ambulatoria
- Atención de emergencia

Centros de Cuidados Crónicos, Paliativos y de Larga estancia

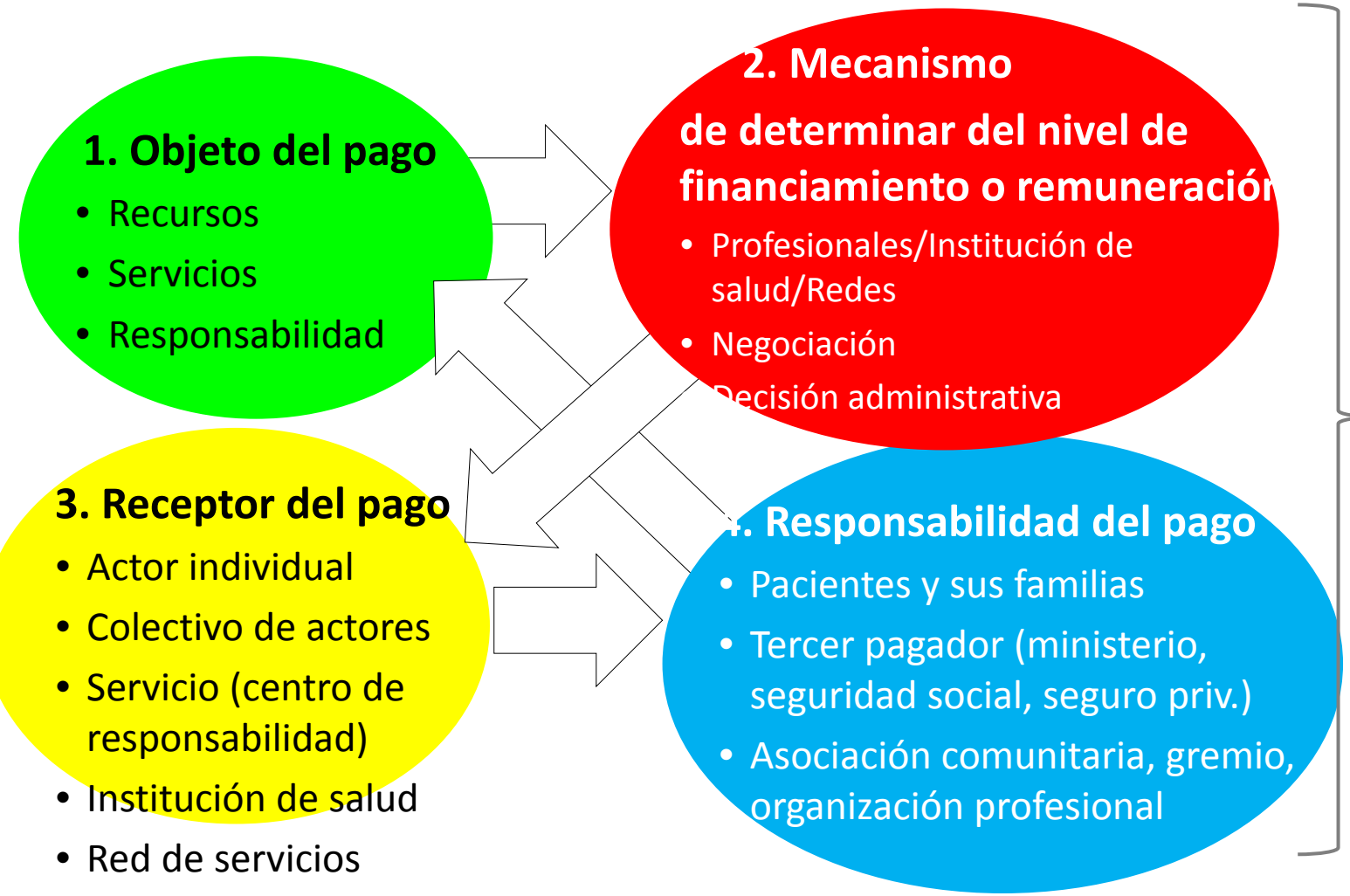
- Dispositivos comunitarios
- Hospitalización comunitaria

Financiando por resultados… el desarrollo de relaciones de cooperación



- El **detalle**: Desarrollar la confianza y los aspectos relacionales para evitar comportamiento oportunistas
- La **contestación**: *de jure o de facto*

Diseñando mecanismos de pago

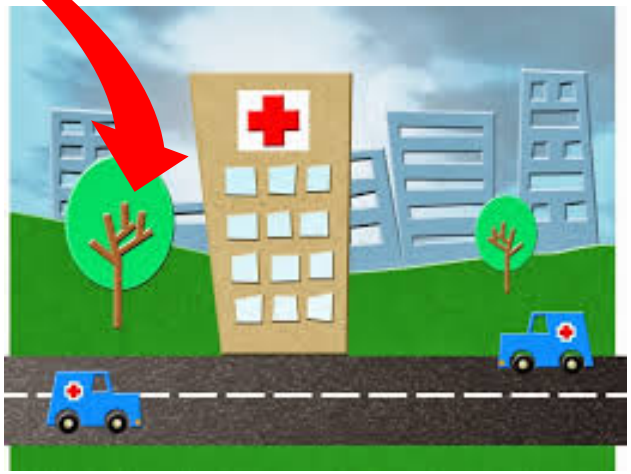


1. Financiando prestadores institucionales (hospitales, consultorios de 1er nivel, …)

2. Financiando redes integradas de servicios de salud

Financiando hospitales

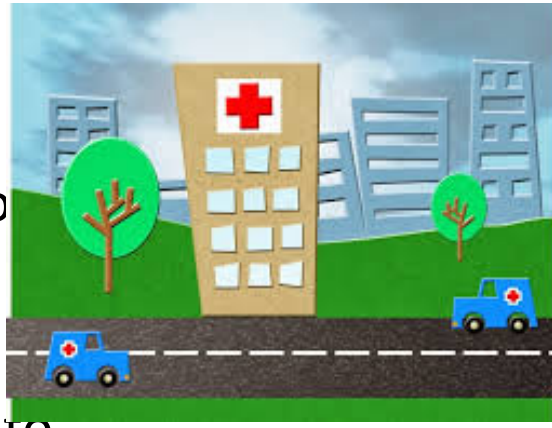
- Presupuesto histórico
- Pago prospectivo
- Techo presupuestario con mecanismos combinados según el tipo de servicios



- **PERC** puede entregar la base para construir las normas a partir del costo de producción de servicios para instituciones del mismo tipo
- La norma para el calculo del presupuesto no es el costo promedio, ciertamente no debe ser el costo mínimo… es el producto de un proceso analítico que considere los elementos necesarios para asegurar servicios de calidad con capacidad de efectividad
- El financiamiento debe ajustarse por el perfil epidemiológico de la población de atracción, el espacio físico y la tecnología … El diferencial de costo responde a modalidades organizacionales !!!

Financiando prospectivamente

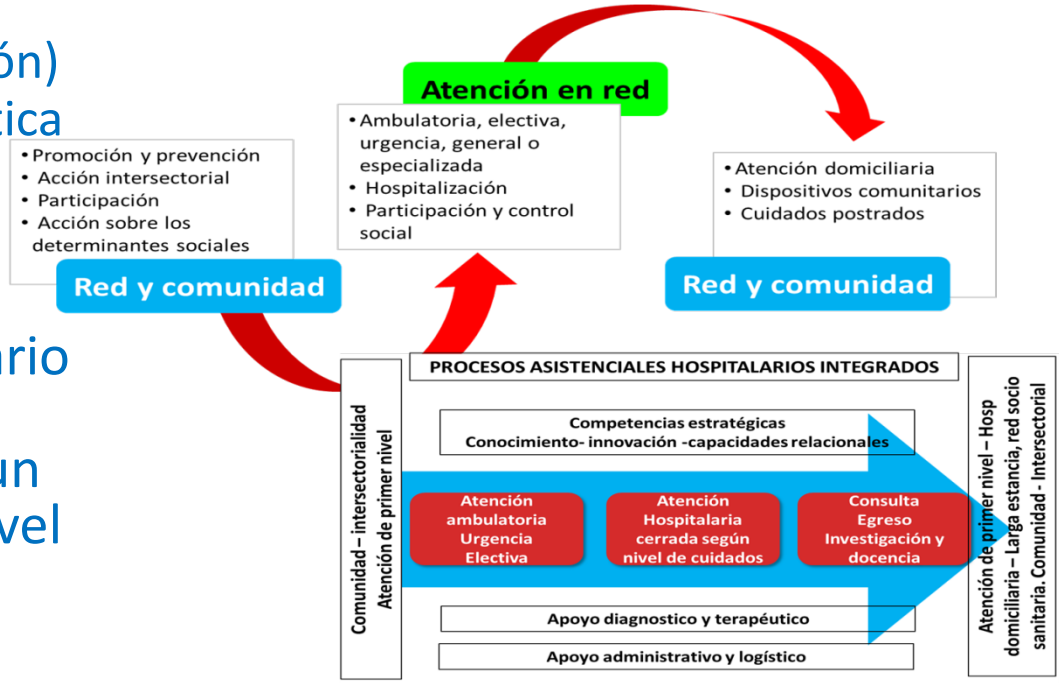
Historia clínica (al momento del alta) → Características socio demográficas → Codificación diagnóstica (principal, secundaria y complicaciones) → Codificación y agrupación en **GRD**



- Pacientes clasificados según características clínicas y consumo de recursos y servicios dispensados
- Producto hospitalario homogéneo
- GRDs se usan en general como parte de métodos mixto de pago (balanceando pago histórico con prospectivo) orientados a resultados e incentivar desempeño
- **PERC**: diseño de la arquitectura de pago y financiamiento (tarifas) por solución de casos similares en base a las informaciones sobre las estructuras de costos y el costo de producción de los servicios (…las GRDs deben reflejar la estructura de costos local, no la de Andalucía o de Pensilvania)

Financiando Redes basadas en APS para un modelo centrado en las personas y las comunidades

- El pago a instituciones de salud de 1er nivel debe estar inserto dentro de un esquema de financiamiento en RED integrada
- El financiamiento de la red debe diseñarse para que incentive la coordinación e integración:
  - Clínica (continuidad de la atención)
  - Gerencial, administrativa y logística
  - informacional
  - Financiera
- Todos los integrantes de la RED comparten un techo presupuestario ajustado al costo y al riesgo de la población a cargo calculado por un per cápita ajustado por riesgo, nivel de lejanía, etc.
- Al interior de la red se debe desplegar un sistema de pagos mixto



1.Asignación poblacional con per-cápita ajustado por riesgos (techo presupuestario) para la RISS-APS

2.Pagos a hospitales: competencia comparada por GRDs (o normas intencionadas) mezclado con presupuesto históricos

3.Pagos al 1er nivel mediante per-cápita ajustado por riesgos usando morbilidad (ACG, CRG, DCG…)

4. Pago a prestadores: por acto/caso (servicio), por salario (tiempo), por capitación (responsabilidad)

- Hospitalización aguda
- Hospital de día
- Larga estadía

Centros Ambulatorios de Salud Familiar y Comunitaria

- Morbilidad general
- Control de salud

Gobierno en RED

Articulación socio sanitaria

Centros de atención especializada ambulatoria

- Atención especializada diagnostica y terapéutica
- Cirugía ambulatoria
- Atención de emergencia

Centros de Cuidados Crónicos, Paliativos y de Larga estancia

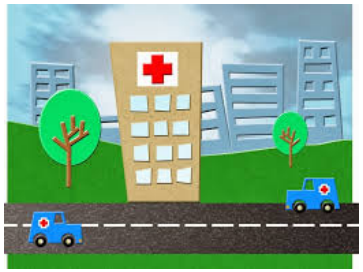
- Dispositivos comunitarios
- Hospitalización comunitaria

Combinando mecanismos de pago (históricos con prospectivos e intencionados)

Techo presupuestario para el gobierno de la RED

% capitación ajustada (perfil epidemiológico, demográfico, social, alejamiento) + % presup histórico

GRDs y GHE (Yale, US, Italianas, Australianas, APGRD-Qc, Francia, …)



Grupos de pacientes ambulatorios (APGs)

Grupos clínicos de riesgo (GCRs)

Recursos humanos para la salud (salario, acto, capitación)

tiempo

t1: 90% PH + 10% PR **t2: 80% PH + 10% PR** … **tn: 10% PH + 90% PR**

Oportunidades

	Oportunidad	Mecanismos de pago y estrategia de acceso y cobertura universales	Mejoramiento de la eficiencia del manejo de casos (CE, CB, CU)
Brasil	Apurasus – discusión sobre eficiencia del SUS	X	?
Chile	Mejoramiento de la eficiencia de la cobertura (sector publico y privado) Fonasa como centro colaborador	X	?
Costa Rica	desarrollo de redes y cambio de modelo para asegurar la sostenibilidad financiera de la CCSS	X	
Colombia	Reforma de la salud (rol EPS, APS…)	?	?
Ecuador	Reforma del sistema de cobertura	X	
Ecuador	Reforma del sistema de cobertura	X	
El Salvador	Vitrina para la gestión de las redes e instituciones de salud	X	X
Haití	Costos de servicios pediátricos y financiamiento de los servicios	X	
Perú	Ampliación de la cobertura Acuerdos de gestión con las regiones descentralizadas para reforzar la rectoría	X	X
…			