Colección Health Policy Papers
2019 – 18

LOS SISTEMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES: SITUACIÓN ACTUAL Y VÍAS DE AVANCE

Pere Ibern-Regàs

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES),
Universitat Pompeu Fabra (UPF).

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con "la Caixa".

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Barcelona, Diciembre 2019

Colección Health Policy Papers 2019 – 18

LOS SISTEMAS DE PAGO A LOS PROVEEDORES: SITUACIÓN ACTUAL Y VÍAS DE AVANCE

Pere Ibern-Regàs, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra (UPF).

La asignación de recursos en el sector salud requiere de un mecanismo singular. El motivo es que el mecanismo de precios o las tarifas incorporan múltiples dificultades que impiden coordinar oferta y demanda. La información limitada y asimétrica implica que si queremos fijar precios o tarifas incorporaremos múltiples errores. Newhouse[1] se refería a ello como precios administrados. Cuando hay seguros como es el caso de la salud, el sistema de precios no funciona correctamente porque lo que hay son negociaciones, acuerdos, contratos entre aseguradores y proveedores.

Cuando se habla de sistemas de pago nos referimos a un mecanismo que trata de resolver un problema fundamental que es cómo traspasar recursos desde el financiador al prestador y como crear incentivos a la eficiencia y a la calidad para conseguir mejorar la salud poblacional[2]. La existencia de un sistema de pago implica en cierto modo que hay un traslado de riesgo hacia el proveedor, que puede conseguir con los ingresos recibidos un resultado económico equilibrado o no. No hay que trasladar el riesgo a quién no lo puede asumir. Hay que ser conscientes qué riesgos se trasladan a quién, para qué y cómo se va a asumir finalmente. Este punto es especialmente relevante porque en sistemas presupuestarios públicos, los sistemas de pago tendrán a menudo un valor indicativo, de "contrato programa" u objetivo a conseguir, ya que la contabilidad presupuestaria es un requisito esencial. En entornos de propiedad pública, no habrá traslado efectivo de riesgo porque en realidad se asume por el Estado. Así pues, deberemos confiar al sistema de pago este valor indicativo que esperamos contribuya a una mayor eficiencia y calidad.

También esperamos que un sistema de pago trate de manera equitativa de los proveedores, donde se retribuya igual entre iguales, y diferente entre diferentes, y esto obliga a medir la casuística y la morbilidad. Es conveniente que consiga unos costos administrativos reducidos, que sea fácil de implantar y supervisar.

El sistema de pago debería al mismo tiempo permitir la capacidad de presupuestar adecuadamente y a la vez garantizar la viabilidad del proveedor. El financiador debe tener no puede tener un presupuesto abierto, tiene que tener un techo presupuestario. Si se está en un entorno público, la función de planificación de la capacidad instalada es previa a la

introducción de un sistema de pago. Una vez determinada la inversión en capacidad instalada lo que no debe permitirse es que si se hace una inversión sea inviable su explotación. El sistema de pago lo que sí debe permitir es que el proveedor sea solvente y eficiente.

El sistema de pago también debe minimizar el comportamiento estratégico de los proveedores ('gaming'). Los proveedores (decisores clínicos) se adaptan a los incentivos. Si no hay cambio en sustancial en los incentivos al cabo de algunos años y si no se evalúan y se está desempeñando, el sistema no sólo será obsoleto, sino que será perjudicial.

En la medida que hay proveedores en distintos niveles de atención, esperamos conseguir mayor eficiencia y calidad fruto de la coordinación entre ellos. En este sentido hay dos niveles a considerar: la asignación de recursos poblacional ajustada al riesgo y la asignación de recursos según episodios de enfermedad. En la primera parte se asigna un total de recursos según población y morbilidad, y una vez hay definido este monto, es posible asignarlo según episodios de enfermedad donde cada proveedor participante tendrá una parte mayor o menor del total del episodio. Sin considerar estos dos puntos de vista al mismo tiempo, el sistema de pago que contemple únicamente proveedores según nivel de atención tratará de aumentar todavía más la fragmentación asistencial ya que hay incentivos a maximizar los recursos de cada participante.

Un sistema de pago que satisfaga todos y cada uno de estos criterios sería el deseable, sin embargo, no tenemos una forma de medir su cumplimiento y garantizarlo. No sabemos con precisión cómo satisfacer todos los objetivos y en ese sentido diseñar un sistema de pago es un aprendizaje continuo en el tiempo.

Los proveedores de servicios son empresas y al final personas. Son personas que están tomando decisiones, principalmente personal de salud que tiene a su cargo unas tareas por las cuales se les recompensa y luego son evaluados. En cualquier sistema de incentivos, lo que se quiere afectar son las decisiones y acciones de los individuos. No podemos pensar que las acciones de los individuos quedan al margen. Los sistemas de pago deben dar una señal para que los actores finales (clínicos) mejoren sus decisiones y actitudes. Si no se logra traspasar el incentivo hacia abajo, el sistema podría generar un resultado indeseado.

La comprensión de cómo se distribuyen los costes resulta fundamental. Un 5% de la población consume el 50% de los recursos asistenciales. Y no sólo consume 50%, sino que progresivamente consume más del total del gasto sanitario y durante más tiempo. Hay dos situaciones contrastadas, una elevada concentración de gasto y elevada persistencia. Por

consiguiente, si se gestiona bien este 5% de la población, se gestiona bien el 50% del presupuesto. A ello debe contribuir el sistema de pago. Para conseguirlo se necesita medir adecuadamente la morbilidad[3] y los episodios de enfermedad[4].

En el ámbito de la hospitalización el sistema más adoptado son los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Los GRDs nacen en Estados Unidos, y pretenden agrupar categorías que tengan significación clínica y consumo de recursos similar. Desde hace tres décadas el sistema se ha ido implantando con múltiples variaciones y adaptaciones a muchos países. Sin embargo, no ha habido un sistema que se desarrollara ampliamente para la atención ambulatoria en un momento que precisamente aumenta de forma considerable y se considera opción preferente de tratamiento en múltiples situaciones.

La adopción de GRDs en distintos países muestra que ha habido múltiples adaptaciones. Esta singularidad de cada uno de los sistemas impide al mismo tiempo la capacidad de comparar casuística y costes entre países. En un estudio europeo se mostró tal dificultad y se descartó mostrar resultados finales por GRD. En la Unión Europea cada país tiene su propio sistema medición de la casuística de la hospitalización. Sería deseable un acuerdo para tener sistemas de medida de la morbilidad y de los episodios de enfermedad comunes que permitieran la comparación. Para ello es necesario el acuerdo amplio y a la vez facilitar adaptaciones una vez trazada la clasificación esencial que garantizaría la comparación.

En la actualidad, en la medida que en muchos países más de la mitad de la actividad de hospitalización es ambulatoria, los GRDs en su concepción original resultan inconsistentes y conviene explorar alternativas. En Estados Unidos ha habido un esfuerzo en desarrollar nuevos sistemas bajo el nombre de “bundled care payment”. Después de muchos años, en realidad no ha habido una aplicación satisfactoria y se considera que sólo un 3% del total de recursos se aplica mediante estos métodos[5].

De la revisión de los métodos de medida de episodios[6] destaca en la actualidad los “Patient-focused episodes of care”, un sistema que distingue entre distintos tipos de episodio sea crónico o no. Como sistema ayuda a comprender la participación de los distintos proveedores en la mejora de la salud de la persona. Una vez aplicado conviene añadir la información de costes que permitirá comprender mejor los costes relativos de los proveedores relacionados con un mismo episodio.

Un sistema de pago basado en episodios tratará de optimizar el coste de cada episodio para un nivel de calidad. Ello obliga a que los distintos proveedores entiendan el valor de la coordinación mediante guías y rutas clínicas donde se determine la aportación de valor de

cada uno. Y el conjunto de todos los episodios de una población está sujeto a una restricción presupuestaria que se singulariza con el coste per cápita según morbilidad. Para ello necesitamos medir la morbilidad poblacional y entre los sistemas disponibles encontramos el "Clinical risk groups"[3] que es capaz de categorizar las personas en una sola clase que define su estado de salud.

Los mensajes clave:

- Los sistemas de pago son un instrumento. El objetivo es la salud poblacional.
- Los determinantes de la salud poblacional dependen de multiples factores, más allá de la asistencia. La salud pública necesita estar en los servicios de salud (al lado de y dentro de).
- El contexto es fundamental. No hay recetas generales basadas en la evidencia. Hay pistas sobre lo que no funciona. Si hay pistas sobre cosas que no funcionan, por ejemplo, el pago por acto porque aument la cantidad y no necesariamente la eficiencia y calidad. Sin embargo, lo que funciona depende del contexto.
- Gestionamos sólo aquello que somos capaces de medir. Esto es lo que pretendían los GRDs, que fueron desarrollados por ingenieros. Si nos interesa la mejora de la salud poblacional necesitamos medir morbilidad y episodios de enfermedad. Esto implica volver a los principios: la epidemiología como referencia clave.
- En los GRDs quedó pendiente lo ambulatorio. La medida debe ser fundamentalmente clínica y hay que pensar en nuevas metodologías.
- Pagar por actividad realizada implica aumentar la utilización, sin embargo, interesa calidad y resultados. Si interesa calidad y resultados, se tiene que fundamentar en medir mejor y en eso se ha avanzado en herramientas para hacerlo, pero sólo falta implementarlos.
- La coordinación asistencial surge de un diseño organizativo y de incentivos, lo uno sin lo otro resulta insuficiente. La fragmentación de servicios resulta en ineficiencia.
- Es conveniente empezar por aquello que represente reformas incrementales, que impliquen innovación organizativa.
- El mensaje fundamental es mantener el pensamiento crítico: saber distinguir entre retórica y realidad. Los GRDs han son exitosos porque tienen una retórica que funciona, se admite y funcionan. Pero también se tienen que admitir la realidad, las dificultades en su utilidad actual, evaluación y adaptación en el tiempo.

El reto fundamental es medir la morbilidad y los episodios, pasar de la asistencia basada en volumen a la asistencia basada en valor. Esto supondría que los sistemas de pago deben considerar el aspecto de calidad y resultados.

[1] Newhouse, Joseph P. *Pricing the priceless: a health care conundrum*. MIT Press, 2004.
[2] Langenbrunner, John C., Sheila O'Duagherty, and Cheryl S. Cashin, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: " How-to" Manuals*. The World Bank, 2009.
[3] Hughes, John S., et al. "Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management." *Medical care* (2004): 81-90.
[4] Averill, Richard F., et al. "Developing a prospective payment system based on episodes of care." *The Journal of ambulatory care management* 32.3 (2009): 241-251.
[5] https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20150206.044632/full/
[6] Peterson, Cora, Scott D. Grosse, and Abe Dunn. "A practical guide to episode groupers for cost-of-illness analysis in health services research." *SAGE Open Medicine* 7 (2019): 2050312119840200.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

Ibern-Regàs, P; "**Aspectos clave para la mejora de la salud poblacional, una agenda para la acción**" Colección Health Policy Papers 2019-17_PI.

Ibern-Regàs, P; "**La producció eficient i equitativa de salut**" Colección Health Policy Papers 2019-16_PI.

López-Casasnovas, G; "**Evitar errores fiscales en sistemas sociales que se quieran inclusivos y favorables al crecimiento**" Colección Health Policy Papers 2019-15_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexions sobre l'equitat des d'una perspectiva generacional**" Colección Health Policy Papers 2019-14_GL.

López-Casasnovas, G. "**Aproximación a la atención primaria desde la perspectiva de la economía de la salud. A la búsqueda de apalancamientos positivos y de evitar frustraciones"** Colección Health Policy Papers 2018-09bis_GL.

López-Casasnovas, G; "**Los cuidados de larga duración. Alternativas de financiación. Gravar el patrimonio para financiar la dependencia. Una propuesta.**" Colección Health Policy Papers 2019-13_GL.

López-Casasnovas, G; "**Cuestiones no resueltas en economía de la salud aplicada al sector del medicamento.**" Colección Health Policy Papers 2019-12_GL.

López-Casasnovas, G; "**Els reptes de futur del sector sanitari. La provisió pública des de la concertació sanitària.**" Colección Health Policy Papers 2019-11_GL.

López-Casasnovas, G; "**Los CAR-Ts Como síntoma**" Colección Health Policy Papers 2019-08_GL.

López-Casasnovas, G; "**Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias**" Colección Health Policy Papers 2019-10_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; "**Physical activity and mental health: a systematic review**". Colección Health Policy Papers 2019-09_HH_LM_MH_MS.

López-Casasnovas, G; "**La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària**" Colección Health Policy Papers 2019-07_GL.

López-Casasnovas, G; "**Futuribles per al nostre sistema de salut**" Colección Health Policy Papers 2019-06_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futuro de la formación y la investigación en economia de la salud**" Colección Health Policy Papers 2019-05_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens**" Colección Health Policy Papers 2019-04_GL.

López-Casasnovas, G. "**Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país**" Colección Health Policy Papers 2019-03_GL.

https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers