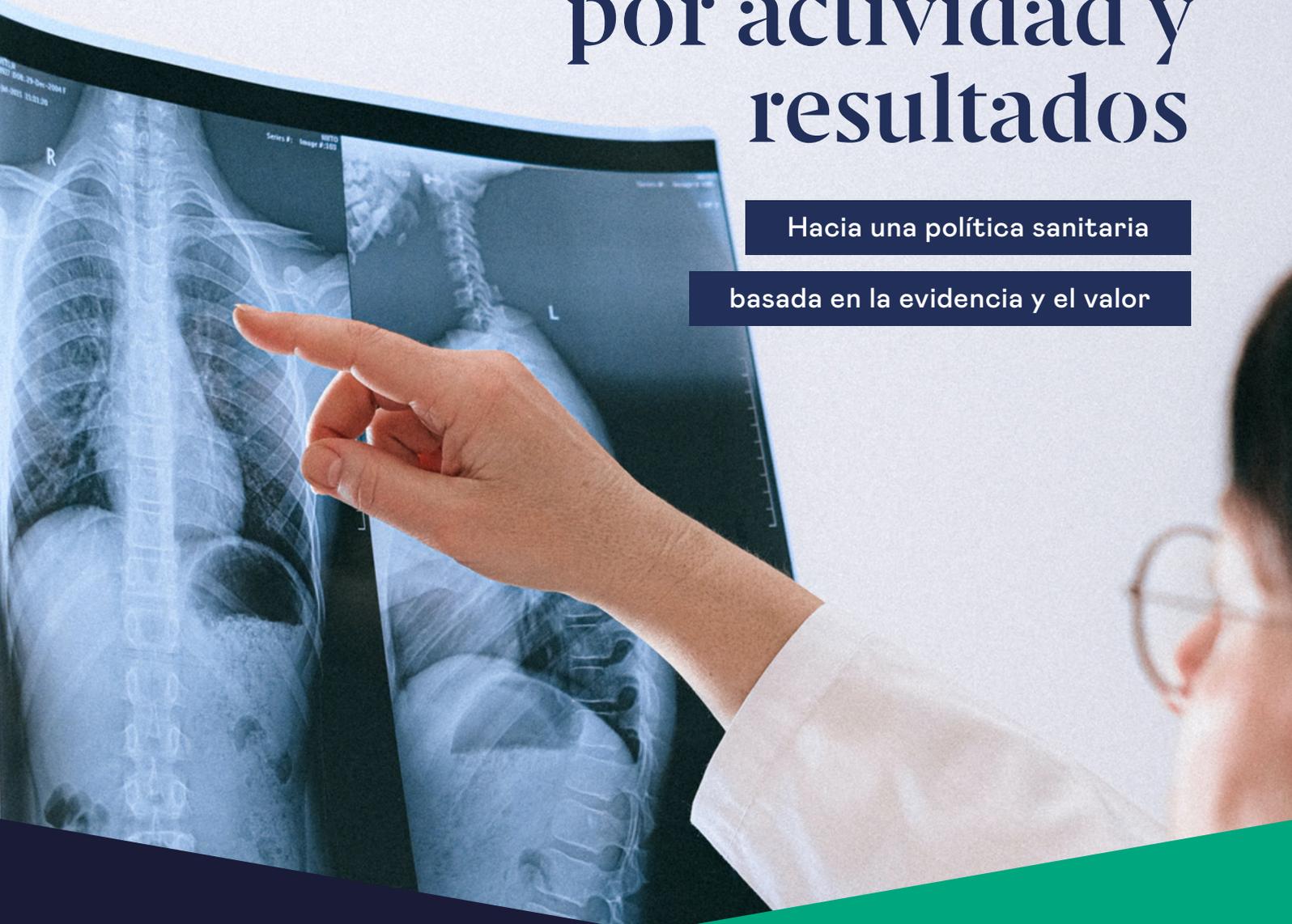


Financiar los servicios asistenciales por actividad y resultados

Hacia una política sanitaria

basada en la evidencia y el valor



Con la colaboración de



Financiar los servicios asistenciales por actividad y resultados

Hacia una política sanitaria basada en la evidencia y el valor

Autores

Joan Barrubés

Antares Consulting

Manel Peiró

Institute for Healthcare Management de Esade

Comisión Asesora

Jorge Aboal

Director general de Asistencia Sanitaria. SERGAS. Xunta de Galicia

Asensio López

Médico de Familia del Centro de Salud La Unión (Murcia). Miembro del Consejo Asesor de semFYC

Pepe Martínez Olmos

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Mónica Almiñana

Subsecretaria de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana

Juan Carles March

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Ivan Planas

Subdirector del Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya

Félix Lobo

Profesor emérito del Departamento de Economía. Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía). Universidad Carlos III de Madrid

Vicenç Martínez Ibáñez

Director científico del IDISCA. Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha

Madrid, Abril de 2022

© 2022 ESADE. Av. de Pedralbes, 60-62 - 08034 Barcelona

www.esade.edu/research-webs/esp/esadegov

DOI

Índice

Resumen ejecutivo 8

01. La evolución de los sistemas de financiación de los servicios asistenciales 9

1.1.	Introducción	10
1.2.	La financiación por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)	12
1.3.	El sistema de capitación	17
1.4.	Pagos agrupados o combinados basados en episodios	18
1.5.	Conclusiones	21

02. La situación en España: el presupuesto como modelo predominante 22

2.1.	Descripción general	23
2.2.	Galicia	24
2.3.	Comunidad Valenciana	25
2.4.	Cataluña	26
2.5.	Comunidad de Madrid	28

03. Recomendaciones y hoja de ruta para financiar los servicios asistenciales por resultados 29

3.1.	Recomendación general	30
3.2.	Requisitos estructurales	33
3.3.	Hoja de ruta para la implantación	35
3.4.	Recomendación final: el tiempo es clave	38

04. Experiencias internacionales recientes de transición hacia la financiación por actividad y por valor 39

4.1.	Francia	41
4.2.	Alemania	45
4.3.	Suiza	48

05. Glosario 51

06. Bibliografía 54

Índice de tablas y figuras

FIGURAS

Figura 1. Evolución de los sistemas de financiación de las organizaciones sanitarias	11
Figura 2. Modalidades de pagos agrupados o bundle payments	19
Figura 3. Principio de financiación de OrthoChoice en Suecia para la cirugía de la columna vertebral	20
Figura 4. Modalidades de financiación en el nuevo paradigma	21
Figura 5. Peso relativo del gasto en medicamentos y tecnología sanitaria de uso hospitalario	31
Figura 6. Estructura de las camas de agudos del SNS por tipo de propiedad	31
Figura 7. Hoja de ruta para implantar la financiación por actividad	35
Figura 8. Esquema de fases de implantación del modelo por GRD en Alemania	48

TABLAS

Tabla 1. Introducción de la financiación de los GRD en los países europeos	13
Tabla 2. Ámbito de aplicación de los sistemas de pago de los GDR a los hospitales de varios países europeos seleccionados	14
Tabla 3. Muestra de los hospitales seleccionados para calcular la tarifa media por grupo de GRD	15



Resumen ejecutivo

El sistema de pago o financiación de los proveedores asistenciales es un instrumento clave para:

- Asignar de forma equitativa los recursos públicos entre la red de proveedores.
- Introducir incentivos para la mejora de la eficiencia y la calidad del sistema.

Existen cuatro grandes modelos de financiación para los hospitales que, en cierta medida, son evolutivos: el pago por presupuesto; el pago por acto de asistencia; el pago por proceso, case mix o GRD, y el pago per cápita por el conjunto de la población o pago agrupado por problema de salud (bundle payment).

Esta evolución se ha visto influenciada por tres factores:

- La necesidad de formalizar administrativa y contractualmente el nivel de actividad realizado y los recursos económicos asignados entre dos entidades con personalidad jurídica propia: el hospital público y la seguridad social o autoridad sanitaria (según el modelo del país).
- La transferencia del riesgo hacia los proveedores asistenciales, transferencia que solo es posible por el hecho de disponer de autonomía de gestión y personalidad jurídica propia.
- La innovación en los modelos de pago a los hospitales y la atención primaria (GRD, pago per cápita por el conjunto de la población o por episodios de salud) han surgido siempre en los Estados Unidos, con un sistema sanitario liberal.

En los últimos treinta años, la mayoría de los países europeos han evolucionado hacia sistemas de pago por actividad, a partir de los GRD. Recientemente, se están observando dos tendencias nuevas:

- La introducción de modelos que buscan incentivar la mejora de los resultados clínicos y económicos, no solo en el proveedor (hospital), sino también a nivel poblacional o de área de referencia, favoreciendo la integración de servicios entre el hospital y la atención primaria.
- La emergencia del concepto de sanidad basada en el valor (value-based healthcare) y, posteriormente, de la experiencia del paciente está introduciendo sistemas de pago por resultados, generalmente parciales (un porcentaje de la financiación vinculada a los resultados).

España fue pionera en la introducción de los GRD (y de la contabilidad analítica), pero no ha dado el paso para utilizarlo como mecanismo efectivo de pago por case mix. Durante la primera década de este siglo, se desarrollan experiencias que vinculan el presupuesto a la actividad en diferentes modalidades, pero han ido perdiendo fuerza. En el caso de Cataluña, con una estructura de red pública en que tienen un gran peso los hospitales concertados, la financiación por actividad se ha consolidado, pero es una excepción.

En los últimos años, se ha reforzado el rol del presupuesto como herramienta de financiación de las organizaciones sanitarias, no necesariamente ligado con los acuerdos de gestión y/o la actividad realizada y, por tanto, en dirección contraria a lo observado en los sistemas sanitarios europeos: la consolidación de la financiación por actividad.

En todas las comunidades autónomas, existe una red mixta de hospitales de gestión directa y de hospitales concertados (con distintos pesos relativos), lo cual ha dado lugar a modelos de financiación diferenciados en cada comunidad autónoma. Comparando esta situación con la de otros sistemas sanitarios, se trata también de una excepción, que genera riesgos de inequidad en la asignación de recursos.

Por tanto, se recomienda que el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) evolucione hacia un modelo basado en la actividad y, en la medida de lo posible, en los resultados, en todos los niveles asistenciales: centros de salud, hospitales de agudos y de media estancia. En este sentido, se recomienda:

1. Evolucionar de un modelo de financiación hospitalaria basado en el presupuesto a un modelo de financiación por actividad y complejidad asistencial, basado en procesos asistenciales (GRD).
2. Generalizar el sistema de financiación per cápita en la atención primaria de salud, ajustado por las características sociodemográficas y sanitarias de la población asignada en cada centro de salud.

Esta recomendación de implantar la financiación por actividad y por resultados se sustenta en tres razones de peso:

1. La necesidad de acompañar el desarrollo de un modelo de asistencia sanitaria basado en el valor (value-based healthcare).
2. La necesidad de garantizar una asignación de recursos equitativa entre las organizaciones sanitarias.
3. La transparencia del sistema sanitario, en cuanto a la actividad, los costes y los resultados obtenidos por las organizaciones sanitarias (centros de salud, hospitales) financiados por el SNS.

La implantación y generalización de un sistema de financiación de la prestación sanitaria basado en la actividad y en los resultados requiere tres cambios estructurales para avanzar:

- Un mejor gobierno y transparencia de gestión en las organizaciones sanitarias.
- Una base técnica muy sólida
- Un liderazgo sólido, sostenido y compartido por la autoridad sanitaria.

Recomendación

- Financiación por actividad y por resultados
- Hospitales: de financiación por presupuesto a financiación por actividad y complejidad (procesos GRD)
- Atención Primaria: financiación por cápita ajustada a las características de la población cubierta

Justificación

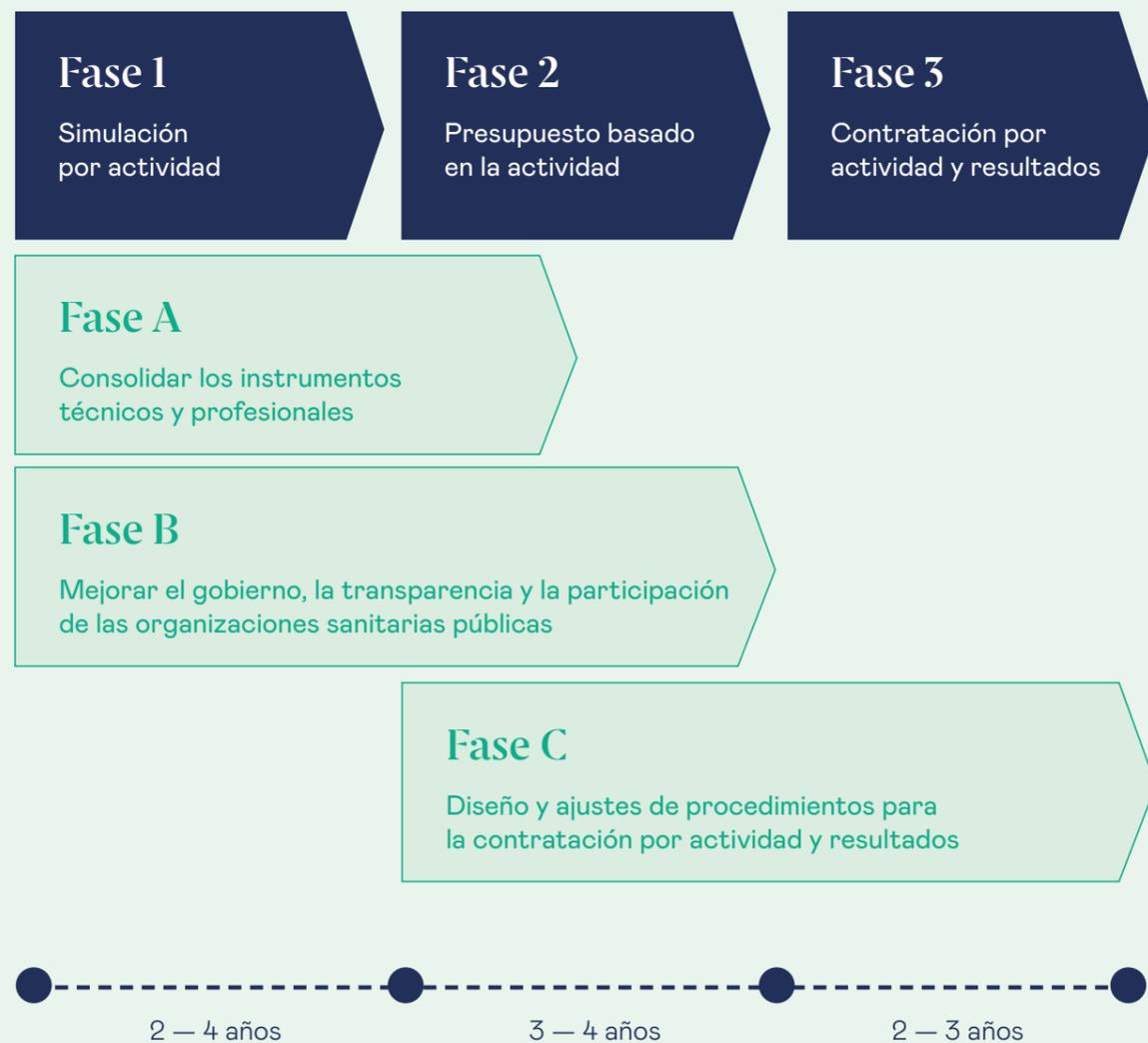
- Modelo de asistencia sanitaria basado en valor
- Asignación de recursos equitativa entre las organizaciones sanitarias
- Transparencia del sistema sanitario

Requisitos

- Buen gobierno, transparencia y autonomía de gestión en las organizaciones sanitarias
- Base técnica muy sólida
- Liderazgo sólido, sostenido y compartido por la autoridad sanitaria

Estas recomendaciones suponen implementar algunas de las recomendaciones del documento Conclusiones para la reconstrucción social y económica, del Congreso de Diputados, y, concretamente, el punto 2, sobre la incorporación de los principios e instrumentos de buena gobernanza, y el punto 79, relativo al modelo de atención sanitaria.

La hoja de ruta para implantar un sistema generalizado de financiación de la prestación sanitaria basada en la actividad y en los resultados puede organizarse en tres fases principales y consecutivas para alcanzar el pleno desarrollo del modelo, apoyadas por tres fases transversales de construcción de los instrumentos necesarios.



El tiempo de ejecución de este proceso es esencial. El **SNS**, comparado con los sistemas sanitarios europeos, **lleva retraso** en la adopción de un sistema de financiación por actividad. Y los sistemas europeos ya están diseñando una nueva evolución de los modelos de financiación de la actividad asistencial, incorporando sistemas de pago por resultados e integrando todo el ciclo asistencial (atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria) en el sistema de financiación a través de modelos basados en la población o per cápita. Cuanto más se dilate este proceso en nuestro SNS, mayor será el gap con los países de nuestro entorno.

01

La evolución de los sistemas de financiación de los servicios asistenciales

1.1. Introducción

Los sistemas de pago (o financiación) a los hospitales son un **instrumento muy relevante** para la autoridad sanitaria (el servicio regional de salud en España). Los sistemas de pago son un instrumento para asignar, de forma equitativa, los recursos públicos a los diferentes hospitales públicos, garantizando la **equidad interna de la asignación económica** (a niveles y mix de actividad comparables, dos hospitales deberían recibir recursos similares). Pero también son un instrumento básico para el servicio regional de salud para **introducir incentivos de mejora** en la utilización de los servicios hospitalarios, fundamentalmente una mejor calidad y eficiencia.

A escala internacional, existen **cuatro grandes modelos de pago**:

1. **Financiación por presupuesto**
2. **Financiación por acto asistencial**
3. **Financiación por proceso, case mix o GRD** (grupos relacionados por el diagnóstico)
4. **Financiación per cápita y bundle payments**

Los modelos de **financiación por presupuesto** o por acto asistencial pueden considerarse los sistemas originales de pago o financiación de la actividad asistencial. El sistema de pago por presupuesto es el modelo predominante entre los hospitales de propiedad pública que operan en un sistema de salud público en que la autoridad sanitaria les asigna un presupuesto global en función de los recursos necesarios para realizar su actividad: gastos de personal, gastos en compra de servicios y productos, y gastos de inversión en tecnología. Se trata de un mecanismo de financiación basado en el consumo de recursos, en que existe una relación débil entre los recursos necesarios del hospital y su nivel de actividad. En el plano teórico, el presupuesto inicial, del año 0, se calcula sobre la base de los recursos que requiere la actividad de ese hospital, pero en la práctica pocas veces se realiza un ejercicio de presupuestación basado en la actividad y se tiende a actualizar anualmente el presupuesto del hospital en función de otros parámetros, siendo el más común el crecimiento del presupuesto del gasto público de la autoridad sanitaria.

En paralelo a este modelo de pago por presupuesto, los hospitales de propiedad privada, concertados con el

sistema público o bien dedicados a los pacientes que tienen seguros privados, se financian a partir de la **facturación de los actos asistenciales**. En este modelo, el hospital factura al servicio público de salud (hospital concertado) o al seguro público (hospital privado) todos los actos asistenciales realizados al paciente: consultas médicas, métodos de diagnóstico utilizados, días de hospitalización convencional y/o de UCI, procedimientos quirúrgicos, etc. A escala internacional, este modelo es conocido como **fee-per-services** (pago por acto) y requiere la existencia de una relación exhaustiva de actos asistenciales, en que cada acto o prestación asistencial tiene un precio estipulado. Si bien este modelo reconoce y financia, de forma explícita, la actividad realizada por el hospital (en contraposición a la financiación por presupuesto, que financia los recursos), el problema que genera es que incentiva la realización de más actividades por parte del proveedor asistencial. Y se podría llegar a la paradoja de que alargar la estancia de hospitalización supone más facturación para el hospital, puesto que se paga por día de estancia.

Dadas las limitaciones de estos dos modelos iniciales de financiación de la actividad asistencial, muchos países crearon **sistemas de pago híbridos entre el basado en el presupuesto y el pago por servicio prestado**. En los sistemas de pago por presupuesto, se han ido introduciendo algún elemento para relacionar el presupuesto con la actividad. En España, por ejemplo, se introdujeron la **unidad básica asistencial (UBA)** como mecanismo para evaluar el nivel de actividad de cada hospital y relacionarlo con su presupuesto. En Bélgica, la seguridad social introdujo un presupuesto económico para los hospitales en función de la actividad que se esperaba de cada hospital.

Sin embargo, **en los últimos treinta años**, la mayoría de los países europeos han logrado hacer **evolucionar** sus sistemas de financiación de la actividad asistencial, siguiendo un camino en dos etapas.

El diseño de instrumentos de clasificación de pacientes hospitalizados en grupos de pacientes homogéneos, desde el punto de vista clínico y de costes (GRD o grupos relacionados por el diagnóstico), permitió introducir los **sistemas de pago por perfil de pacientes**. La gran aportación de estos modelos fue introducir la eficiencia clínica y operativa intrahospitalaria: si el hospital es capaz

de tener buenos resultados clínicos y optimizar el proceso asistencial para cada grupo de pacientes, entonces el sistema de pago es positivo para él (en caso contrario, se generan pérdidas). Se trata de una primera transferencia de riesgo a la gestión clínica y económica de los hospitales.

En una **segunda fase, más cercana**, se están introduciendo modelos de financiación que buscan mejorar los resultados clínicos y económicos no solo dentro de los hospitales, sino entre la población. Para ello, se están introduciendo los **sistemas de financiación per cápita**, ya sea a escala global de un territorio, para toda su población (un pago fijo equivalente al gasto sanitario esperado de una población determinada), o bien un pago específico para un proceso asistencial concreto (la EPOC, por ejemplo) y para todos los servicios asistenciales. Este último caso se conoce como **bundle payment**. En ambos casos, estos modelos pretenden favorecer la coordinación y la integración de los cuidados.

Figura 1. Evolución de los sistemas de financiación de las organizaciones sanitarias



Eficiencia de servicios extrahospitalarios

Estas nuevas modalidades integraron los servicios extra hospitalarios en la atención al paciente, con el objetivo de reforzar la integración y la calidad de la atención a lo largo de todo el cuidado del paciente.

Eficiencia de procesos intrahospitalarios

La transición de una dotación global o pago de honorarios por servicios a un método de financiación por combinación de casos (es decir, por GRD) tiene por objeto principalmente reforzar la eficiencia intrahospitalaria, pero no tiene en cuenta a todos los agentes que intervienen en la atención al paciente.

1.2. La financiación por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)

Desde la última década del siglo pasado, los sistemas de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) se han convertido en el principal método de financiación de los hospitales de cuidados agudos en la mayoría de los países de ingresos altos, con el fin de incrementar la eficiencia y la transparencia de la operativa de los hospitales.

Este instrumento fue creado a principios de los años setenta por Robert B. Fetter y John D. Thompson en la Universidad de Yale, con el apoyo de la antigua Administración de Financiamiento de la Atención Médica (HCFA), ahora conocida como Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS).

La iniciativa se puso en práctica por primera vez en Nueva Jersey en 1980, bajo la dirección del Comisionado de Salud de Nueva Jersey, a cargo de la doctora americana Joanne Finley.

Se realizó una prueba piloto con un número reducido de hospitales, divididos en tres grupos, en función de sus posiciones presupuestarias antes de la imposición del pago por parte de los GRD:

- Exceso
- Consecución del punto de equilibrio
- Déficit

Los Estados Unidos fueron pioneros en la introducción de un sistema de financiación por GRD, por iniciativa de Medicare y tras una investigación de la Universidad de Yale, que concibió el sistema ya en 1970.

Ya en 1982, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley de Equidad Fiscal y Responsabilidad Fiscal, con

disposiciones para reformar el pago de Medicare, pero no fue hasta 1983 que una enmienda introdujo los GRD en el sistema de Medicare.

Este sistema se fue extendiendo gradualmente a todo el país, empezando por el Estado de Nueva York, que en 1987 aprobó una ley basada en el pago por GRD para todos los pacientes fuera del programa Medicare. Una evaluación por parte del Departamento de Salud del Estado de Nueva York determinó que este sistema no era adecuado para esa población y se introdujeron algunos cambios, que dieron como resultado el sistema APR DRG (*All Patient Refined – Diagnosis Related Group*, en sus siglas en inglés). Este sistema incluía también los trasplantes, la atención obstétrica de alto riesgo, los trastornos nutricionales y la pediatría.

La historia completa del diseño del modelo, así como todas las reglas de clasificación y su aplicación a los datos de alta del paciente se pueden encontrar en el Manual de definiciones del GRD de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en sus siglas en inglés). Esta clasificación está sujeta a cambios regularmente y su última la versión (37.^a) data de octubre de 2019.

Este sistema se ha ido estableciendo gradualmente en muchos países del mundo, transfiriendo el riesgo a los proveedores de atención médica y adaptándose a las especificidades de cada uno de ellos.

La transferencia y/o la distribución del riesgo se realiza a través de diferentes herramientas de financiación, es decir, sistemas de suma global, como el sistema de GRD, que es el más extendido en nuestra parte del mundo.

En efecto, este sistema de pago prospectivo se basa en la actividad médica llevada a cabo por las instituciones sanitarias y en los costos asociados a cada estancia. Tiene en cuenta la diversidad de los casos clínicos, la casuística (o *case mix*, en inglés).

Los métodos de aplicación varían según los países y, en general, se dispone de financiación adicional (enseñanza, investigación, poblaciones frágiles, etc.). Pero la idea inicial es que el ingreso total anual se obtiene multiplicando la tarifa de cada estancia, clasificada dentro de un grupo de diagnóstico –independientemente de la atención prestada realmente–, por el número de casos tratados anualmente. Por consiguiente, la institución corre el riesgo de excederse en su presupuesto en relación con los ingresos de su actividad, en lugar de que el sistema de seguro médico le reembolse simplemente sus gastos.

Los GRD son un concepto relativamente sencillo, con muchos beneficios previstos, pero también pueden tener efectos indeseables, que han supuesto una verdadera ruptura de la lógica de la financiación, al transferir los riesgos a los proveedores de los cuidados

En 2007, el autor Rick Mayes, profesor de Políticas Públicas del Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad de Richmond, describió la aparición de los GRD como:

"... el cambio más significativo en la política de salud desde la transición de Medicare y Medicaid en 1965, que ha pasado prácticamente desapercibido para el público en general. Sin embargo, el cambio fue nada menos que revolucionario. Por primera vez, el Gobierno federal tomó la iniciativa en sus relaciones fiscales con la industria hospitalaria. El nuevo sistema de pago prospectivo de Medicare con los GRD provocó un cambio en el equilibrio del poder político y económico entre los proveedores de atención médica (hospitales y médicos) y quienes pagaban por ello –un poder que los proveedores habían acumulado con éxito durante más de medio siglo."

En Europa, los sistemas de pago basados en procesos con visión de futuro comenzaron a introducirse de forma experimental a finales de los noventa y se generalizaron en la primera década del nuevo siglo.

Suecia fue un país pionero, cuando introdujo el pago por GRD en 1992, seguido por Finlandia en 1995, Austria en 1997, Portugal en 1998 y Dinamarca en 2000. En Inglaterra, Francia, Alemania, Bélgica y los Países Bajos, el sistema de pago por GRD se introdujo entre 2003 y 2005. El último país que ha adoptado el pago por GRD es Suiza (2012).

Tabla 1. Introducción de la financiación de los GRD en los países europeos

	Bélgica	Reino Unido	Alemania	Francia	Países Bajos	Suiza
Año de introducción (1)	2002	2003	2003	2005	2005	2012
Sistema de clasificación utilizado	APR DRG	Grupo de recursos de atención médica (HRG-Healthcare Resource Group)	GRD alemán (G-DRG)	Grupo homogéneo de enfermos (GHM)	Diagnóstico de las combinaciones de comportamiento (DBC)	Suiza GRD
Sistema de pago anterior	Presupuesto estimado y pago por actividad	Presupuesto ajustado por actividad	Presupuesto ajustado por actividad	Presupuesto ajustado por actividad	Presupuesto ajustado por actividad	Presupuesto ajustado por actividad

(1) La fecha inicial de la introducción puede referirse a la fase piloto

No obstante, observamos que entre los diferentes países que han adoptado este sistema existe un nivel de distribución de riesgos variable, ya que el porcentaje de ingresos hospitalarios de casos agudos vinculados al sistema de GRD varía mucho. El peso de los pagos por GRD en la financiación de los hospitales es alto –representa más del 60% del presupuesto del hospital en el Reino Unido y el 80% en Alemania, Francia, Países Bajos y Portugal.

Con todo, los GRD presentan un reparto de riesgos diferente en cada país, ajustado a la estructuración de sus servicios y a las necesidades de su población

El pago de los GRD generalmente incluye el tratamiento de hospitalización. Los sistemas europeos difieren en la inclusión de ciertos servicios en el marco de pago de los GRD: psiquiatría, emergencia, cuidados intensivos o rehabilitación.

Tabla 2. Ámbito de aplicación de los sistemas de pago de los GDR en los hospitales de varios países europeos seleccionados

	Austria	Reino Unido	Francia	Alemania	Portugal	Países Bajos	Suiza
Porcentaje de los gastos de hospital financiados por los GRD	≈ 96%	≈ 60%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 84%	-
Beneficios cubiertos por los GRD							
Hospitalización completa	X	X	X	X	X	X	X
Hospitalización de día	X	X	X	X	X	X	X
Ambulatorio	X	X	X	X	X	X	X
No cubierto por los GRD							
Psiquiatría	X	X		X			
Rehabilitación	X		X				X
Cuidado crítico	X	X	X	X	X	X	X
Emergencias			X				
Educación	X	X	X	X	X	X	X
Investigación	X	X	X	X	X	X	X
Inversión	X			X			
Medicamentos costosos				X		X	X

La introducción del pago de los GRD en los países europeos ha requerido el uso generalizado de **sistemas avanzados de contabilidad de costes** para determinar el coste medio de cada grupo de pacientes. Para ello, todos los países utilizaron dos medidas:

- Un modelo común de contabilidad de costes, basado en un mix de casos.
- Una muestra de hospitales a escala nacional para calcular los costes medios por grupo de pacientes.

En cuanto a la contabilidad de costes, la situación más común en Europa es la existencia de una guía nacional sobre este modelo de contabilidad. Es el caso de Francia, Alemania, Suecia, Reino Unido, Irlanda y Portugal, entre otros.

Sin embargo, en la mayoría de los países, no es obligatorio tener una contabilidad de costes en todos los hospitales, aunque esta está ampliamente desarrollada.

Los costes se calculan a partir de una muestra diferente de hospitales en cada país y se requieren algunas medidas preparatorias (contabilidad analítica, simulación de costes y precios de los GRD) antes de la introducción del sistema.

La muestra de hospitales que se utiliza en cada país para determinar el coste medio por grupo de pacientes no es comparable, y varía entre el 8% y el 9% de todos los hospitales de Austria y Francia, y el 100% del Reino Unido.

Un elemento común a todas ellas es que existe un desfase temporal entre la base de datos para el cálculo de los costes medios y el año en curso. Normalmente, el coste medio para establecer el precio por GRD se toma de una base de datos que ya tiene 2-3 años de antigüedad.

Tabla 3. Muestra de los hospitales utilizados para calcular la tarifa media por grupo de GRD

	Muestra de hospitales	% sobre total
Austria	20	8%
Reino Unido	Todos	100%
Finlandia	5	30%
Francia	99	9%
Alemania	296*	15%
Países Bajos	15-25	24%
Suiza	175	62%

* A partir de finales de 2020, 60 nuevos establecimientos participarán en el cálculo de la tarifa.

Sin embargo, el sistema de GRD "todo incluido" tiene sus limitaciones, que ahora están llevando a los países a abrirse a nuevas formas de financiación. La aplicación y el uso de los GRD desencadenan a veces, sobre todo en los países europeos, diversos problemas que limitan su uso y no son compatibles con las preocupaciones de "racionalización" que han guiado su aplicación:

1. El diseño de los GRD se basaba en un período de los años setenta en que la misión central de los hospitales era el tratamiento hospitalario convencional, que representaba una gran parte de su actividad. Hoy en día, **la atención ha evolucionado mucho hacia el tratamiento ambulatorio.**
2. Los GRD se conciben desde una **lógica centrada en el hospital** y limitada exclusivamente al mundo hospitalario, sin tener en cuenta el resto del recorrido del paciente por las estructuras extrahospitalarias. Por tanto, el sistema de GRD parte de una visión fragmentada de la atención al paciente, que **no fomenta la coordinación de la atención entre los diferentes actores.**
3. Los GRD pueden inducir **comportamientos perversos**, que no siempre son coherentes con su deseo inicial de racionalización, sino que pueden llevar a un aumento de la actividad:
 - Sin embargo, a diferencia de los Estados Unidos, que han liberalizado profundamente su sistema de salud, lo cual puede llevar a un consumo excesivo de asistencia, los presupuestos del sistema público de salud de nuestros países son fijos.
 - Algunas instituciones pueden sentirse tentadas por la práctica de la *sobrecodificación*, que supone la multiplicación de códigos de diagnóstico que no son necesariamente apropiados en el contexto clínico de los pacientes, a fin de justificar una larga estancia y recibir así una mayor cantidad de dinero. Por último, también pueden tener la tentación de desnaturalizar a los pacientes por los que recibirían una cantidad mayor. Estos efectos perversos han llevado al regulador a desarrollar nuevas modalidades, más adaptadas a las necesidades y que permitan controlar mejor.

4. A veces, **puede haber debates sobre las normas de asignación de la ponderación de los costes**, que se supone que representa el consumo medio relativo de recursos de un GRD, es decir, la base para el pago a los hospitales por la atención de los pacientes hospitalizados. De hecho, a veces se denuncia que existe una asignación arbitraria de recursos entre los hospitales que generan más ingresos y los que no los generan.

Por tanto, la introducción y el uso de los GRD pueden dar lugar a ciertas limitaciones, razón por la cual los sistemas de salud que han impulsado esta reforma la consideran ahora como un paso más, y están desarrollando nuevas modalidades de financiación con un enfoque mucho más "centrado en el paciente".

Existen otras posibilidades de reembolso a los proveedores de atención médica, que difieren de los reembolsos tradicionales de pago por servicios.

Las nuevas formas de financiación (capitación o pagos agrupados) se ocupan de la coordinación y la calidad de la atención a lo largo del trayecto del paciente, tanto en la fase previa como en la posterior al hospital

En todo caso, la agrupación crea incentivos virtuosos para la coordinación de todos los actores de la salud y para la aplicación de una oferta con una clara orientación de "atención centrada en el paciente". En este marco, los proveedores de atención médica deben coordinarse entre sí en todas las etapas de la atención al paciente, lo cual redundará en una mayor eficiencia del sistema, la reducción de los costes y la mejora de la calidad, en particular mediante la reducción de las tasas de complicaciones, de reingresos y de admisiones de emergencia. Según el grado de madurez, estos métodos de financiación también promueven la integración de las estrategias de prevención. Estos cambios en los métodos de financiación se caracterizan también por una transferencia de riesgos a los proveedores.

1.3. El sistema de capitación

La capitación es un pago único por paciente por un período de tiempo determinado, por ejemplo, un año. Esta remuneración es una suma global y se paga tanto si el paciente realiza una o varias consultas como si no consulta en absoluto.

La suma global para cada paciente se adapta a sus características clínicas y a su edad. Por tanto, este modelo ha de desarrollar la **prevención** como un elemento clave.

La capitación es un sistema que transfiere, en gran medida, el riesgo al proveedor, con el objetivo de fomentar un mayor nivel de atención por parte de todos los actores y reducir los actos evitables, al incluir toda la atención para un grupo de población determinado.

En los Estados Unidos, se puede citar el ejemplo del Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), integrado por varios centros proveedores de atención sanitaria que reúnen a una amplia gama de profesionales para garantizar la atención integral de los ancianos y pacientes frágiles que son miembros del PACE, en que todos los actores están organizados en torno a un "centro PACE". Estos centros suelen consistir en un centro de día, consultorios médicos, enfermería, servicios sociales y de rehabilitación, y cuentan con personal administrativo dedicado.



Program of All-Inclusive Care for Elderly at Community Health Centers

Los programas PACE proporcionan servicios preventivos a un alto nivel. Gestionan a pacientes que presentan las características siguientes:

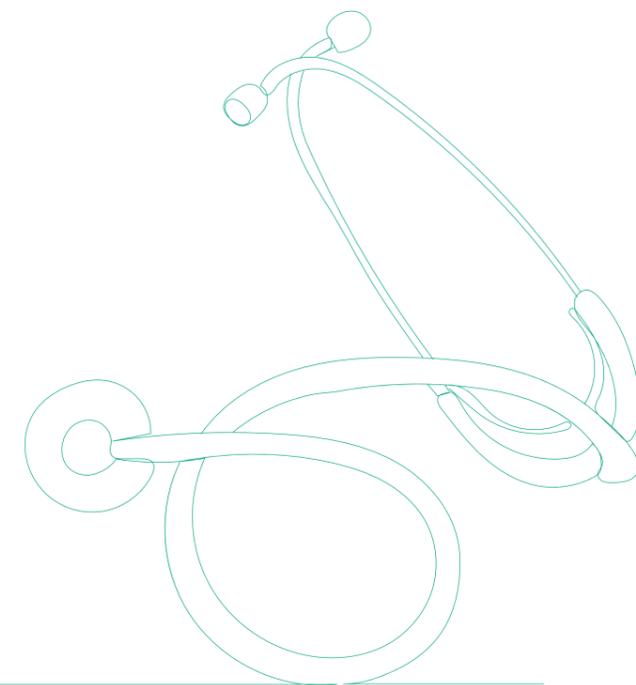
- Tienen 55 años o más.
- Viven en una zona atendida por la CAPC (en 2017, había 239 centros en 31 estados).
- Están certificados como necesitados de cuidados en un asilo de ancianos.
- Son capaces de vivir con seguridad en la comunidad.

Por tanto, los PACE operan con un sistema de capitación. El acto médico se reembolsa sobre una base fija por miembro y por mes y, a cambio de este pago fijo, el centro es responsable de proporcionar todos los servicios de salud, incluyendo el transporte. Por tanto, el proveedor asegura el riesgo de exceder esta capitación, y ello lo lleva a reducir los cuidados innecesarios y a mejorar la calidad de la atención y de la prevención.

Este pago mensual de capitación es proporcionado directamente por Medicare y Medicaid. Los pacientes que no están cubiertos por Medicaid se pagan su propia asistencia.

La tasa de capitación de Medicare se ajusta a la fragilidad de los miembros del PACE. Aproximadamente el 99% de ellos están certificados por Medicaid y cerca del 90% son elegibles también para Medicare.

En cualquier caso, el sistema tiene sus limitaciones y no se adapta necesariamente a cualquier sistema de salud territorial. De hecho, se conocen sus límites.



1.4. Pagos agrupados o combinados, basados en episodios

Con un ámbito de aplicación más limitado, pero también más específico, los *pagos agrupados* integran en un solo pago la atención prestada a determinadas patologías, y así promueven la integración y el logro de unos *resultados* predefinidos. El paso de los pagos en bloque o basados en el presupuesto a los pagos "basados en episodios" para uno o más proveedores representa un paso hacia un enfoque más coordinado, que fomenta la misma vía clínica de atención. Los defensores de estos tipos de sistemas de pago señalan que son particularmente eficaces para el tratamiento de enfermedades crónicas.

Los Países Bajos introdujeron este sistema en 2010 para el tratamiento de la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la gestión del riesgo vascular. Las aseguradoras alemanas han tenido la oportunidad de negociar contratos integrados con varios proveedores de servicios de salud desde 2010.

El pago combinado es una evolución de los GRD alternativa a la capitación y puede estructurarse en dos modalidades diferentes.

En julio de 2016, los profesores Michael E. Porter y Robert S. Kaplan, de la Universidad de Harvard, publicaron un artículo de opinión en la Harvard Business Review contra la financiación por capitación y a favor del desarrollo de la financiación de los pagos agrupados. En él, señalaban las limitaciones de la primera y las ventajas de la segunda:

"La capitación no es la solución. Afianza los grandes sistemas existentes, elimina la elección del paciente, promueve una mayor consolidación, limita la competencia y perpetúa la falta de responsabilidad del proveedor por los resultados. Volverá a fracasar en su intento de impulsar una verdadera innovación en la prestación de los servicios de salud."

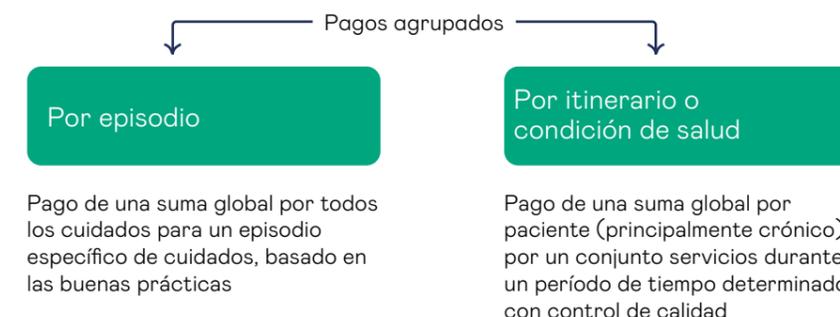
"La capitación puede parecer simple, pero, dada la gran heterogeneidad de las poblaciones y la rotación continua de pacientes y médicos, en realidad es más difícil de aplicar, de ajustar los riesgos y de lograr una mejor atención. Los pagos agrupados, en cambio, son una forma directa e intuitiva de pagar a los equipos clínicos por ofrecer valor, condición por condición. Sitúan la responsabilidad allí donde debe estar: en los resultados que importan a los pacientes. Esta forma de pagar por la atención médica está funcionando y se está expandiendo rápidamente."

En el Reino Unido, además de las mencionadas iniciativas de pago por desempeño a los médicos de la atención primaria (*Quality of Outcomes Framework, QOF*) y a los especialistas (*Best Practice Tariffs, BPT*), la iniciativa CQUIN (*Commissioning for Quality and Innovation*), introducida en 2009, permite a los compradores de servicios de salud vincular parte del pago al logro de objetivos de calidad y mejora. Al mismo tiempo, la iniciativa Right Care del NHS proporciona una metodología de análisis de la variabilidad para identificar las áreas de mejora.

El prerrequisito para este tipo de sistema de pago es la **coordinación de todos los actores** involucrados.

Distinguimos dos tipos de pagos *agrupados*: por episodio y por curso:

Figura 2. Modalidades de pagos agrupados o *bundle payments*



Pago por episodio de atención

El principio general es que, para un episodio de atención sanitaria, hay un pago único de una suma que engloba a todos los diferentes actores que participan en la gestión de una determinada patología o procedimiento: hospital, atención primaria, cuidados de rehabilitación, etc. Estos actores se agrupan y suscriben contratos entre sí para la cobertura de todo el episodio de atención. Este conjunto de medidas debería fomentar la reducción de los actos y de los servicios innecesarios, y el fortalecimiento de la coordinación entre los profesionales.

En Francia, el artículo 51 de la Ley de Financiación de la Seguridad Social de 2018 permite experimentar en nuevos organismos sanitarios, basados en nuevos métodos de financiación. Se están realizando programas piloto con pago integrado en el episodio de atención para una intervención quirúrgica relativamente estandarizada, en que hay mucho en juego en la coordinación entre la atención primaria y el hospital:

- **Colectomía por cáncer;**
- **Reemplazo total de la cadera;**
- **Reemplazo total de rodilla.**

La idea es proporcionar una financiación por episodio de atención correspondiente a los costes previstos para una determinada cesta de servicios (el actor hospitalario y los diversos actores de la atención primaria y comunitaria), con una remuneración colectiva por el ejercicio multiprofesional (un pago colectivo al paciente y/o a la secuencia de atención o patología), o la posibilidad de una remuneración colectiva alternativa a una parte de su remuneración convencional. Este método de remuneración permitiría aumentar el valor de las actividades de prevención y fomentar la lógica de la responsabilidad de la población en cuanto al primer recurso.

Francia, un país que hace doce años se embarcó en un sistema de financiación de GRD que se aplica a todos los ingresos en los hospitales, ahora se está pasando, a través de los experimentos que permite el artículo 51, a un sistema de pagos agrupados



Pago por itinerario o condición de salud

El principio es el mismo que el del pago por episodio de atención específica, es decir, hay un pago global de una suma única, pero se realiza a lo largo de un **período de tiempo determinado**. Este es el caso, por ejemplo, de la gestión de las **enfermedades crónicas**, con el pago de una suma global anual. Esta suma global también debe contribuir a mejorar la atención al paciente, la eficiencia del sistema de asistencia sanitaria, el acceso a la atención o la idoneidad de la prescripción de productos de atención de la salud. Por ejemplo, podemos citar el caso de **OrthoChoice**, introducido en Suecia en 2009, un mecanismo de pago por episodio para la artroplastia de cadera y rodilla, con una garantía del proveedor de 2 a 5 años después de la cirugía, con supervisión y control de calidad. Este sistema se amplió en 2013 a la cirugía de la columna vertebral, proporcionando una suma global para un itinerario de atención con una garantía sobre las complicaciones.

Figura 3. Principio de financiación de OrthoChoice en Suecia para la cirugía de la columna vertebral



Otro ejemplo son las organizaciones de atención responsable (**accountable care organizations o ACO**). Se trata de un modelo organizativo de asistencia sanitaria en que uno o más proveedores de atención **asumen la responsabilidad de prestar dicha asistencia a toda una población** de manera coordinada, con objeto de limitar los gastos innecesarios, lo cual incluye evitar el uso innecesario del hospital.

Este modelo se desarrolla cada vez más en Europa, especialmente en el Reino Unido, donde se concentran los casos de ACO. En el marco del programa *Five Year Forward View* de Inglaterra para 2014, el Servicio Nacional de Salud (NHS) presta una atención especial a incrementar la integración de los proveedores de servicios de salud, con el objetivo de prestar un servicio conjunto a los pacientes. El Gobierno actual considera que los ACO son una forma de lograrlo, pues tienen el incentivo financiero de trasladar a los pacientes a niveles de atención más bajos/alternativos lo más rápido posible para maximizar los recursos que pueden cubrir con el pago fijo que reciben. En julio de 2017, el NHS anunció que ocho zonas de salud se convertirían en sistemas de atención responsable (precursores de los ACO).

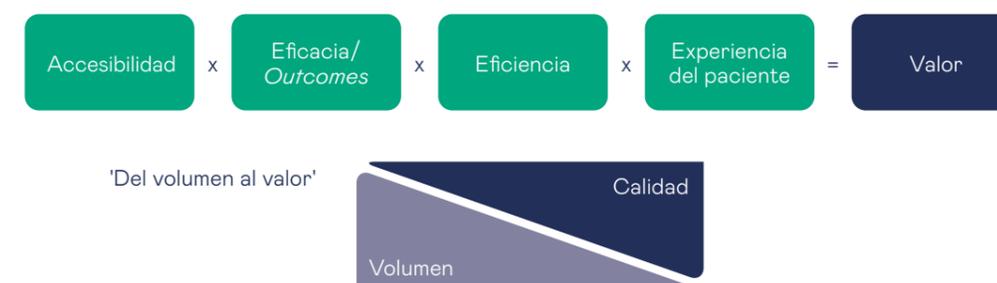
La financiación de los ACO requiere una estructura organizativa, jurídica y legal común entre los actores, que se convierten en la puerta de entrada de la financiación. Este modelo de financiación centralizada es una palanca para reforzar la integración de la atención entre el hospital y los demás actores implicados.

1.5. Conclusiones

Las principales conclusiones que se pueden extraer de la evolución de las tendencias en materia de financiación de los sistemas de salud pueden resumirse en estos términos:

1. La evolución de los distintos métodos de financiación introduce **incentivos cada vez más complejos para la mejora de los resultados clínicos y de la eficiencia económica** en los proveedores asistenciales. En una primera etapa, mediante el pago por procesos o GRD, se transfiere el riesgo de la variabilidad del proceso dentro del hospital. En una segunda etapa, con la introducción más reciente de los pagos per cápita o *bundle payments*, se transfiere el riesgo de la coordinación entre los proveedores y, por tanto, la variabilidad del proceso a lo largo de todo el itinerario del paciente.
2. La evolución de los distintos métodos de financiación en los últimos años se ha basado en la lógica de una **mayor transferencia del riesgo al proveedor asistencial**. Esta transferencia del riesgo es posible en la medida en que las organizaciones sanitarias, públicas o concertadas tienen personalidad jurídica propia y autonomía de gestión.
3. En la próxima década, veremos la transición definitiva de los sistemas de pago por procesos a los **sistemas de pago con base territorial**. Recientemente, algunos países han promovido una **mayor cooperación entre los distintos niveles asistenciales**, lo cual redundará en una mayor eficiencia del sistema, la reducción de los costos y la mejora de la calidad. Según su grado de madurez, estos métodos de financiación también favorecen la integración de las estrategias de prevención. En los países europeos, con sistemas sanitarios de base social, se está promoviendo la creación de redes integradas/coordinadas de proveedores. Y en los Estados Unidos, la reforma se está imponiendo desde los sistemas de financiación (*bundle payments*) y las organizaciones coordinadas (ACO).
4. Los sistemas de pago a los proveedores están evolucionando **de una lógica de financiación por volumen a la financiación por valor**. Estas nuevas modalidades generan una nueva lógica: hacer bien, en vez de hacer mucho. Es decir, la consolidación del concepto de *atención sanitaria basada en el valor*, que permite orientar la práctica de la atención hacia actividades que produzcan los mejores resultados sanitarios posibles, que sean relevantes para el paciente, por cada euro de coste invertido.

Figura 4. Modalidades de financiación en el nuevo paradigma



2.1. Descripción general

El sistema predominante en España es el del pago por presupuesto (fundamentalmente, en los hospitales de propiedad pública) y el pago por acto (en los hospitales privados concertados con los sistemas sanitarios públicos).

En España, la red de hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud está organizada mayoritariamente a través del hospital público de gestión directa, sin personalidad jurídica y con poca autonomía de gestión (85%). Le siguen los hospitales públicos con personalidad jurídica, como los consorcios públicos, etc. (11%), y los hospitales privados sin ánimo de lucro (4%).

La naturaleza jurídica de esta red de hospitales del servicio público hace que el sistema predominante sea el de pago por presupuesto, pues es el único mecanismo posible para financiar los hospitales públicos de gestión directa. Como mecanismos para vincular este presupuesto a la actividad del centro, los hospitales públicos suscriben un acuerdo de gestión con su servicio regional de salud, en que se fijan unos objetivos de actividad y calidad.

Catalunya, al tener una red de hospitales mixta con una fuerte presencia de hospitales concertados, es **la única comunidad autónoma donde se ha avanzado hacia el pago por proceso o GRD**. Esta modalidad de pago se introdujo en 1998, siendo una de las regiones pioneras en Europa. Sin embargo, no se ha llegado a desarrollar plenamente, pues no existe un modelo de contabilidad analítica que permita calcular los costes relativos de cada GRD con datos reales de la red de hospitales públicos. Y este precio se determina fundamentalmente con criterios de recursos instalados (camas, UCI, quirófanos y unidades clínicas de referencia).

España fue pionera en la introducción de los GRD (y de la contabilidad analítica), pero no ha dado el paso de utilizar este sistema como mecanismo efectivo de pago por *case mix*. Durante la primera década de este siglo, se desarrollan diversas experiencias para vincular el presupuesto con la actividad en diferentes modalidades, pero han ido perdiendo fuerza. En el caso

de Cataluña, con una estructura de la red pública en que tienen un peso elevado los hospitales concertados, la financiación por actividad se ha consolidado, pero es una excepción.

En los últimos años, se ha reforzado el rol del presupuesto como herramienta de financiación de las organizaciones sanitarias, aunque no necesariamente ligado con los acuerdos de gestión y/o la actividad realizada. Por tanto, se ha ido en **dirección contraria de lo observado en los sistemas sanitarios europeos**: la consolidación de la financiación por actividad.

En todas las comunidades autónomas, existe una red mixta de hospitales de gestión directa y de hospitales concertados (con distintos pesos relativos), lo cual ha llevado a modelos de financiación diferenciados en cada una de ellas. Si se comparan los distintos sistemas sanitarios, la situación también es excepcional y genera riesgos de inequidad en la asignación de los recursos.

La naturaleza del hospital público de gestión directa (sin personalidad jurídica) condiciona el sistema de financiación de los hospitales y de los centros de salud, pues debe hacerse en base presupuestaria.

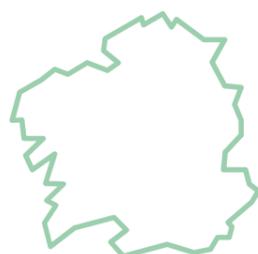
Sin embargo, las comunidades autónomas disponen de instrumentos suficientes para avanzar hacia una financiación basada, al menos, en la actividad:

- **Registros de actividad consolidados: CMBD (y GRD)**
- **Acuerdos de gestión, contratos programa, etc., con cada hospital.**
- **Contabilidad de costes**

02

La situación en España: el presupuesto como modelo predominante

2.2. Galicia



Del uso inicial de los GRD al retorno a la gestión por presupuesto no vinculada a la actividad

La experiencia de Galicia en la implantación de modelos alternativos al presupuesto presenta un camino por etapas en que se produjo un uso preliminar del modelo de GRD, pero años después se volvió al modelo de gestión por presupuesto no vinculado a la actividad.

Este modelo de gestión presupuestaria actualmente está en uso en los hospitales públicos de gestión directa del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), pero no se aplica en los hospitales públicos de gestión concertada. Así:

- El Hospital de Povisa, en el centro de Vigo, de gestión privada (Ribera Salud), cuenta con un concierto estructural y su financiación se realiza por capitación, con una cartera de servicios específica y con la cobertura de una población adscrita de cerca de 140.000 personas.
- En el caso de los conciertos puntuales o parciales, la financiación queda recogida por una tarificación por procesos, que solo representa el 2% del presupuesto total del SERGAS en la actividad hospitalaria.

Período 2006-2009

Con el cambio de gobierno y la instauración de una nueva estructura institucional, se abrió un proceso de modificación del modelo de financiación en que se planteó utilizar los sistemas GRD para vincular la actividad asistencial con la financiación de los hospitales.

Este proceso se canalizó a través de un instrumento específico: el Protocolo Interno de Actividad y Financiación (PIAF), que es el documento que vertebró la presupuestación prospectiva. Este pacto entre el órgano financiador, el SERGAS (Servicio Gallego de Salud), y la gerencia del hospital presenta estas características:

- Se toman como referencia el case *mix*, el nivel de complejidad y la frecuentación, lo cual determina el número de unidades de producción hospitalaria (UPH). Las UPH se entienden como unidades de producción estandarizadas, con unas características específicas en la actividad asistencial.
- Cada una de las unidades de producción hospitalaria tiene un valor único, como se refleja en los capítulos 1 y 29, que permite la equidad en la asignación de recursos.
- La investigación y la docencia se financian separadamente.

Período 2009-2014

Con un nuevo paradigma, marcado por la crisis económica y de la deuda pública, se decide regresar a la gestión basada en el presupuesto como forma más eficiente de control del gasto público.

La consecuencia principal de este cambio es que actualmente coexisten dos instrumentos básicos de relación entre el SERGAS y los hospitales públicos, que no están vinculados entre sí:

- El presupuesto económico
- Los acuerdos de gestión (ADX)

Desde el punto de vista técnico-jurídico, la relación económica entre el SERGAS y los hospitales públicos de gestión directa es la gestión presupuestaria. Sin embargo, los acuerdos de gestión podrían ser una herramienta de interés para enlazar la financiación por actividad con el presupuesto, al ser el instrumento consolidado en la comunidad para establecer las relaciones entre la autoridad sanitaria y los hospitales.

2.3. Comunidad Valenciana



Un modelo dual sin incentivos al desempeño de los hospitales

Hoy en día, en la Comunidad Valenciana conviven dos modelos distintos de financiación de la red de asistencia pública, que surgen de un proceso de desarrollo de partenariados público-privados en los primeros años del nuevo siglo, que ya partían, a su vez, del modelo tradicional de gestión presupuestaria de las décadas anteriores.

Estos modelos son:

- Hospitales públicos de gestión directa, en que el modelo generalizado es el de presupuesto.
- Hospitales en régimen de concesión, todos ellos mediante un modelo capitativo. Se trata de concesiones con organizaciones privadas, como es el caso de los hospitales de Denia, Manises y Elche-Crevillente, concretamente con Ribera Salud y Sanitas. Pero también de la constitución de un consorcio entre instituciones públicas, como es el caso del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), con la firma de un convenio de colaboración entre la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y la Diputación de Valencia en 2002.

En cuanto al sistema de financiación per cápita, aplicable al segundo grupo de hospitales, cuenta con unas reglas que se consideran poco claras, lo cual ha ocasionado algunos casos de litigación entre las partes.

En este caso, la principal herramienta de gestión son los acuerdos de gestión, que pueden ser de dos tipos:

- Entre el Departamento de Salud y la Conselleria de Sanitat
- Entre la Unidad de Gestión Clínica y el hospital o el Departamento de Salud

Estos acuerdos de gestión establecen los objetivos comunes en tres tipos de áreas, donde establecen unos indicadores para su medición, que son:

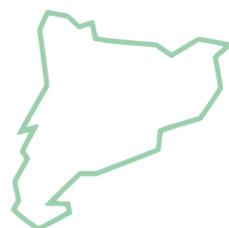
- Objetivos de salud: centrados en la ganancia en salud de los pacientes.
- Atención sanitaria: para velar por la calidad de la atención prestada.
- Eficiencia / sostenibilidad: centrados en el uso adecuado de los recursos.

Sin embargo, existe una escasa vinculación entre el presupuesto y el acuerdo de gestión.

Como claves de futuro en el caso de la Comunidad Valenciana, se plantean los retos siguientes para tomar en consideración:

- Riesgos en la asignación de los objetivos y de los recursos:
 - Por una parte, el modelo de financiación doble, es decir, por presupuesto y capitativo, genera dos sistemas de asignación de recursos diferentes. Esto puede dar lugar a problemas de equidad en la asignación de los recursos, que no se han evaluado hasta la fecha.
 - En los acuerdos de gestión, hasta hace poco, los objetivos eran iguales para todos, aun cuando pudiera haber particularidades que tomar en consideración. En esta línea, se están desarrollando desde hace poco tiempo clústeres por hospitales, de acuerdo con su tamaño y actividad.
- Mecanismos de pago por resultados valorados como insuficientes:
 - El importe para los profesionales actualmente es de 300 a 800 euros, lo cual no incita al cambio y sí a la consolidación, y acaba siendo objeto de discusión en la Mesa Sindical.
 - No hay incentivos para los resultados para el hospital, sino para los profesionales.
- Persistencia importante de dos déficits en el sistema actual:
 - Ausencia de autonomía de gestión en los centros, que lleva a que las organizaciones sanitarias no tengan capacidad para tomar medidas que incentiven la mejora de su gestión suficientemente.
 - Poca capacidad de control de los gastos.

2.4. Cataluña



Un sistema de pago por actividad por nivel asistencial, aunque con mucho peso de la estructura

En el caso de Cataluña, el sistema de pago a los hospitales y a los proveedores tiene dos objetivos clave en sus cimientos:

- La equidad en la asignación de recursos y para la población atendida, una equidad tanto territorial como individual.
- La sostenibilidad del sistema en su conjunto, basada en los principios de la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos necesarios.

Es así como el sistema se estructura por línea asistencial, cada una de ellas con un modelo de pago diferente, y existen en total las cuatro líneas siguientes:

1. Atención primaria
2. Atención hospitalaria
3. Salud mental
4. Atención sociosanitaria

En cuanto a la atención primaria:

El modelo instaurado para el pago es la cápita como modelo básico, que es ajustado a la morbilidad (por grupos de riesgo clínico –*clinical risk group* o CGR– a partir del CMBD de atención primaria) y al territorio, fundamentalmente siguiendo el criterio de la densidad poblacional.

En esta línea asistencial, pueden distinguirse tres perfiles de provisión de servicios diferenciados, que son:

- Instituto Catalán de la Salud (ICS): que supone cerca del 80% de la atención primaria en Cataluña, mediante un modelo de provisión directa del servicio público. En este caso, se funciona sobre la base de un presupuesto como requisito legal, aunque el presupuesto se determina a partir de la cápita.

- Entidades de base asociativa (EBA) y concertados, que funcionan mediante un modelo de cápita pura.
- Centros de urgencias de atención primaria (CUAP), que dan apoyo a los equipos de atención primaria para demandas urgentes, pero con una patología menos grave que en un servicio de urgencias hospitalario. En este caso, la asignación de recursos se hace sobre la base de un presupuesto.

En cuanto a la atención hospitalaria:

En este caso, existe un modelo de pago por actividad mediante GRD, que se aplica aproximadamente desde el año 1998, con un modelo mixto basado en dos modalidades que modulan la tarifa:

- Hospitales públicos de gestión directa (ICS): En realidad, el sistema de pago es por presupuesto, aunque se hace un cálculo paralelo de cómo sería la financiación con el modelo de contratación de actividad.
- Hospitales concertados de la red pública: Pago por actividad.

El modelo de pago por actividad en los hospitales se estructura diferentemente en los tres principales servicios del hospital, de forma que:

- Hospitalización: el pago es por proceso (GRD), en que no existe un peso relativo propio desde que se implantó el modelo, con un precio de peso medio que se calcula a partir de dos variables: la estructura, que supone el 80%, y la complejidad, que supone el 20% del peso total.
 - Muy en particular, los casos de alta complejidad, que son pocos, pero muy complejos, se han sacado del pago por procesos y se pagan mediante programas específicos.
- Consultas: el pago es por presupuesto cerrado a partir de las consultas esperadas de la población asignada.

- Urgencias: el pago es por actividad y se toma como referencia el modelo australiano (el IRU, similar al Modelo andorrano de triaje o MAT, asumido en Cataluña). Cuentan con un presupuesto fijo para los hospitales comarcales.

- En este caso, la percepción es que no ha funcionado tan positivamente y está evolucionando hacia un modelo mixto de actividad y estructura (para especialidades y por complejidad).

Para la salud mental:

En este caso, la financiación se estructura por presupuesto, aunque está complementada con programas específicos para algunas entidades. En cambio, existe un modelo piloto de pago capitativo en Girona, del Institut d'Assistència Sanitària (IAS), cuyo objetivo es integrar prestaciones sanitarias y sociales, y evaluar indicadores de resultados.

Para la atención sociosanitaria:

El modelo de pago se basa en dos criterios diferentes, en función de los pacientes objetivo a los cuales se dirija:

- Pacientes subagudos: pago por altas
- Pacientes en convalecencias y de larga estancia: pago por estancias



2.5. Comunidad de Madrid



Hasta tres modalidades de financiación distintas para los hospitales

Un rasgo característico de la Comunidad de Madrid es la convivencia de hasta tres modalidades distintas de financiación de la actividad hospitalaria, que coexisten en la actualidad:

- Modelo predominante: un enfoque de presupuesto que se aplica a los hospitales públicos de gestión directa.
- Modelo específico para concesiones: un esquema por cápita, que se aplica a cuatro hospitales:
 - Hospital Universitario de Torrejón
 - Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles)
 - Hospital Universitario General de Villalba
 - Hospital Universitario Infanta Elena (Valdemoro)
- Modelo por actividad (GRD): se aplica a dos hospitales particulares de la Comunidad:
 - Fundación Jiménez Díaz
 - Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, de prestación actualmente tanto al cuerpo militar como a la ciudadanía

Como particularidad del sistema de salud de la Comunidad de Madrid, cabe destacar que el ciudadano tiene la capacidad de elegir libremente el centro, eso es, los pacientes pueden escoger el hospital de referencia para su atención, de forma que la financiación de su tratamiento "sigue" al paciente. Así pues, el traslado de un paciente a otro hospital, una vez formalizado, implica que su financiación se deriva al hospital de su elección.

Cada uno de estos modelos de financiación presenta unas características diferenciales, que se explican a continuación:

En el caso de la **financiación por presupuesto** (aplicable a los hospitales públicos de gestión directa), el presupuesto se establece sobre la base de un histórico, que se orienta a la gestión del gasto, y se acompaña

de un modelo de seguimiento del gasto detallado. En este caso:

- Existe un contrato programa con cada hospital, con indicadores asistenciales basados en la actividad y en la calidad). En cambio, este contrato programa no está vinculado directamente con el presupuesto.
- El contrato programa lo define la Gerencia de Hospitales y el presupuesto lo marca la Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia.
- En el caso de la farmacia hospitalaria, que depende de la Dirección General de Recursos Económicos, sí se realiza un presupuesto basado en un modelo de previsión de actividad y gasto.
- En caso de que el saldo de libre elección por parte de pacientes sea positivo o negativo, no se produce modificación del crédito asignado.

En cuanto a la **financiación per cápita**:

- Es un valor per cápita anual asignado en función de la población de referencia. Se paga mensualmente el 95% del importe mensual y el 5% restante se liquida a final de año (indicadores de calidad y resultados asociados).
- Además, si se trata a pacientes de fuera del área de referencia, se puede facturar el tratamiento al precio de las tarifas públicas (financiación por actividad y GRD en hospitalización).

En cuanto al modelo de financiación por actividad, se financia a través de las tarifas públicas, con GRD y actos asistenciales, complementado por la libre elección de centro. En este caso, hay un cierto decalaje entre los precios públicos y los nuevos tratamientos.

Finalmente, en el caso de la **atención primaria**, se basa en un modelo de financiación por presupuesto, aunque los gastos de farmacia se pagan por presupuesto, basándose en proyecciones de gasto en función de la actividad y de la población asignada al área.

03

Recomendaciones y hoja de ruta para financiar los servicios asistenciales por resultados

3.1. Recomendación general

El SNS debería evolucionar el sistema de financiación de la actividad asistencial, que actualmente se basa mayoritariamente en la financiación por presupuesto, **hacia un modelo de financiación basado en la actividad y, en la medida de lo posible, en los resultados.** Y este modelo de financiación basado en la actividad debería ser aplicable a las diferentes organizaciones sanitarias, **en todos los niveles asistenciales:**

- centros de salud y
- hospitales de agudos y de media estancia.

A pesar de que España fue un país pionero en la adopción de los GRD, como se ha visto en los capítulos anteriores, y en la aplicación de la financiación por procesos (en Cataluña) y del pago per cápita (experiencias en atención primaria en Cataluña y en hospitales en Valencia y Madrid), **actualmente el SNS se encuentra a la cola** de los sistemas de salud, en cuenta a su modelo de financiación. En este sentido, se recomienda:

1. Evolucionar de un modelo de financiación hospitalaria basado en el presupuesto a un modelo de financiación por actividad y complejidad asistencial basado en los procesos asistenciales (GRD).
2. Generalizar el sistema de financiación per cápita en la atención primaria de salud, ajustado por las características sociodemográficas y sanitarias de la población asignada a cada centro de salud.

Esta recomendación de implantar la financiación por actividad y por resultados se sustenta en **tres razones** de peso:

1. La necesidad de acompañar el desarrollo de un **modelo de asistencia sanitaria basado en el valor** (*value-based healthcare*).
2. La necesidad de garantizar una **asignación de recursos equitativa** entre las organizaciones sanitarias.

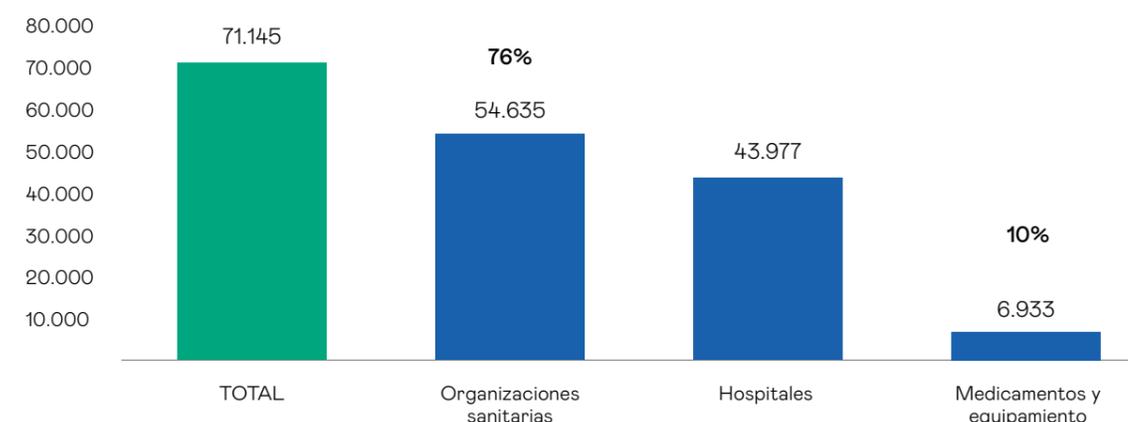
3. La **transparencia del sistema sanitario**, en cuanto a la actividad, los costes y los resultados obtenidos por las organizaciones sanitarias (centros de salud, hospitales) financiadas por el SNS.

Desde que Michael Porter formuló su propuesta sobre la *value-based healthcare*, hace ya más de una década, los distintos sistemas sanitarios han desarrollado iniciativas para implementar los conceptos de **sanidad basada en el valor**. En líneas generales, se podría hablar de dos grandes motores del cambio: a) medir los resultados en materia de salud, incorporando los más relevantes desde la perspectiva del paciente, y b) comprar servicios y/o productos sanitarios en función de los resultados. De hecho, en España han surgido múltiples iniciativas de pago por resultados y pagos con riesgo compartido, centradas en la compra de medicamentos y de tecnología sanitaria. Sin embargo, la pregunta pertinente que deberíamos formular es:

¿Podemos avanzar hacia un modelo de sanidad basado en el valor contratando algunos productos intermedios (medicamentos y tecnología sanitaria) por resultados y manteniendo una financiación por presupuesto en los productos finales (proceso asistencial)?

El gasto hospitalario en medicamentos y en adquisición de tecnología sanitaria, que es donde actualmente se concentran las iniciativas de pago por valor y/o por resultados, supone unos 7.000 millones de euros anuales, eso es, apenas el 10% del gasto sanitario público. El impulso de un modelo de asistencia sanitaria basado en el valor necesita, entre otros elementos, un cambio estructural en la financiación de la asistencia sanitaria (hospitales y atención primaria), que representa el 76% del gasto sanitario público: unos 55.000 millones de euros, de un total de 71.000 millones. Y la mayoría de ellos se asignan por presupuesto (el 62% en los hospitales y más del 90% en la atención primaria).

Figura 5. Peso relativo del gasto en medicamentos y en tecnología sanitaria de uso hospitalario



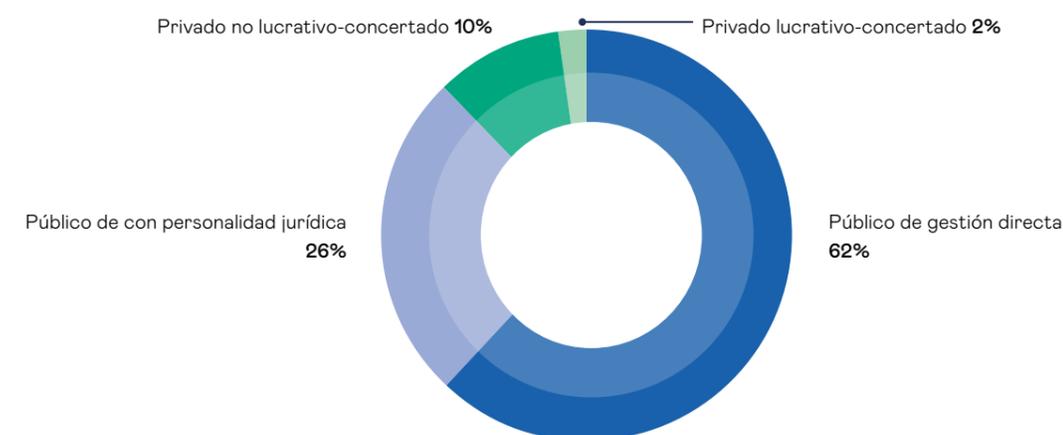
Fuente: elaboración propia a partir de AIReF (2022): *Gasto hospitalario del Sistema Nacional de Salud: Farmacia e inversión en bienes de equipo y de la Estadística de Gasto Sanitario Público*

La segunda razón fundamental para cambiar el modelo de financiación de la asistencia sanitaria es la **equidad en la asignación de recursos**. Aunque el modelo de financiación de la asistencia sanitaria es el presupuesto, en todas las comunidades autónomas existe un mayor o menor número de hospitales concertados. Y, como se ha visto, estos hospitales concertados tienen un modelo de financiación específico puesto que, lógicamente, no pueden basarse en un presupuesto público. De hecho, en algunas comunidades autónomas existen hasta tres modelos de financiación distintos de los hospitales de la red pública. Y ello genera un efecto secundario poco analizado, pero de suma importancia: pone en riesgo la equidad en la asignación de los recursos, un riesgo que se acentúa en aquellas comunidades autónomas en que existe mayor libertad de elección de centro. O, dicho en otras palabras:

Dentro de una comunidad autónoma, ¿podemos garantizar que dos pacientes con el mismo problema de salud, atendidos en dos organizaciones sanitarias diferentes, tendrán una financiación equivalente?

Si analizamos la red de hospitales del SNS, actualmente el 62% de las camas corresponden a hospitales públicos de gestión directa y, por tanto, son financiados por presupuesto, y el 38% de ellas, a hospitales con personalidad jurídica propia, pública o privada, financiados con algún tipo de concierto por actividad. Esto significa que casi 4 de cada 10 pacientes tienen una asignación de recursos diferente.

Figura 6. Estructura de las camas de agudos del SNS por tipo de propiedad



En resumen, es fundamental que, dentro de cada comunidad autónoma, el sistema de financiación de las prestaciones sanitarias de todas organizaciones sanitarias se base en un mismo modelo de financiación, con el fin de asegurar la equidad en la asignación de los recursos públicos.

La tercera razón en que se sustenta la recomendación de este informe es la necesidad de reforzar y mejorar los **mecanismos de transparencia y rendición de cuentas** ante la ciudadanía. La implantación de un sistema de financiación por actividad y por resultados permite reforzar los sistemas de análisis comparado **de costes y resultados entre los distintos centros** asistenciales, que facilitan una comprensión más clara y comparada sobre el coste por proceso y las posibles variaciones entre centros,

así como el análisis de sus causas. Y esta información es relevante, a dos niveles:

- Para los gestores públicos, con el fin de conocer y evaluar mejor el grado de cumplimiento de los resultados de los centros sanitarios financiados por el SNS.
- Para los ciudadanos, con el fin de rendir cuentas sobre la utilización de la financiación pública dentro del SNS.

3.2. Requisitos estructurales

La implantación y la generalización de un sistema de financiación de la prestación sanitaria basado en la actividad y en los resultados requieren tres cambios estructurales para avanzar:

1. Un mejor gobierno y transparencia en la gestión de las organizaciones sanitarias.
2. Una base técnica muy sólida.
3. Un liderazgo sólido, sostenido y compartido con la autoridad sanitaria.

El gobierno de las organizaciones sanitarias públicas

El cambio del modelo de financiación de las organizaciones sanitarias públicas del SNS (centros de salud y hospitales) del presupuesto a un modelo basado en la actividad y en los resultados requiere un **cambio de gobierno de estas instituciones públicas**.

La financiación por actividad y por resultados implica dotar los centros sanitarios públicos de mayor capacidad de gestión, transparencia y rendición de cuentas sobre los recursos públicos asignados y los resultados obtenidos, en la línea de las Conclusiones para la reconstrucción social y económica del Congreso de Diputados, concretamente el punto 2, sobre la incorporación de los principios e instrumentos de buena gobernanza:

- Dotar las organizaciones del SNS de un órgano colegiado.
- Profesionalizar la gestión de las organizaciones sanitarias.
- Reforzar las estructuras de participación de los profesionales.
- Promover mayor autonomía de gestión y capacidad de respuesta, explorando las fórmulas jurídicas adecuadas para ello.

De hecho, en todos los países europeos que han pasado de financiar por presupuesto a financiar por actividad y por resultados, este proceso de cambio ha ido acompañado de un nuevo modelo de gobierno de los centros sanitarios públicos, dotándolos de personalidad jurídica propia (pública, obviamente) y de un órgano de gobierno independiente, profesionalizando la gestión operativa e incrementando las exigencias de transparencia y rendición de cuentas.

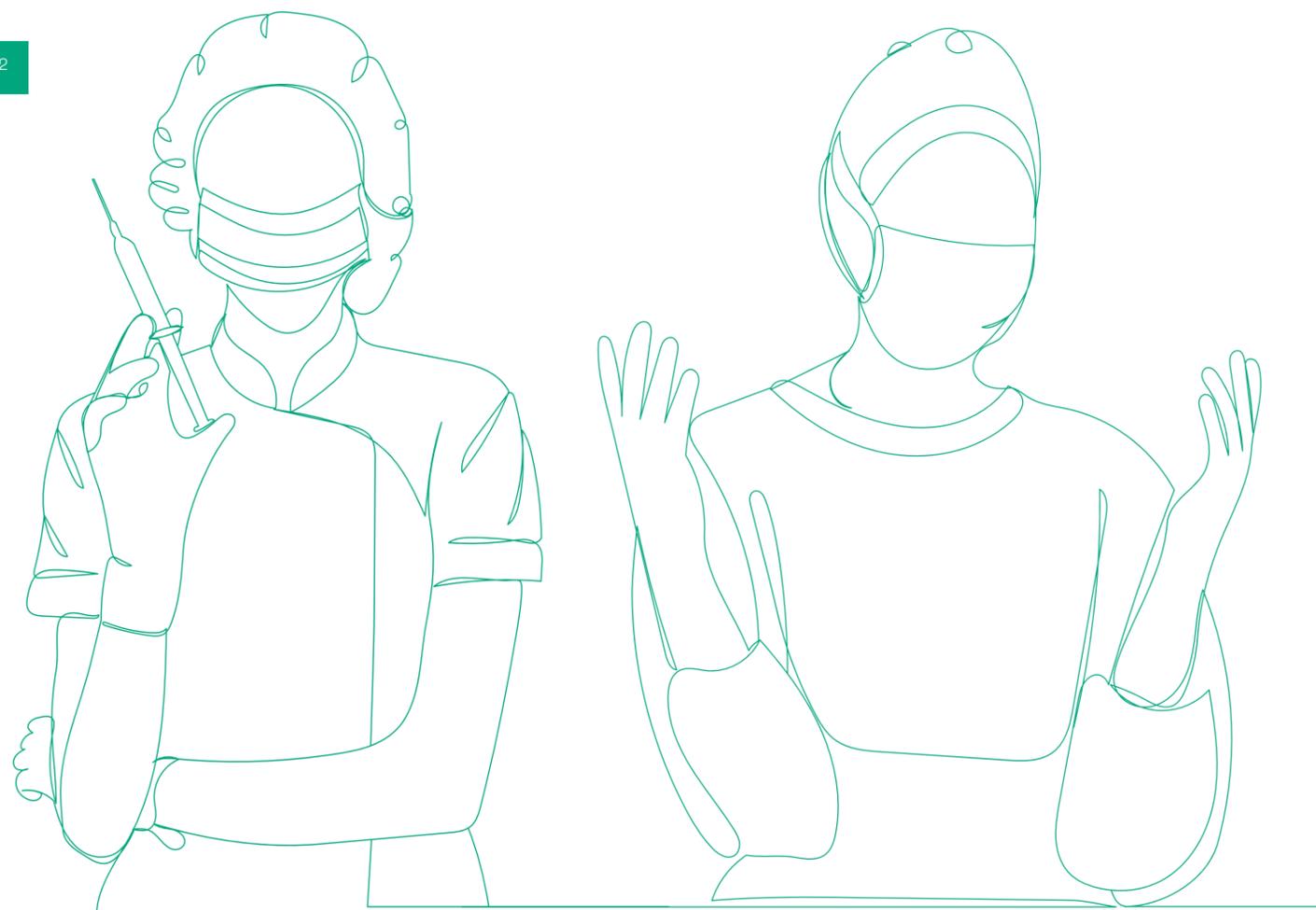
Y, en el marco del nuevo modelo de gobierno de las instituciones públicas, muchos países han avanzado también hacia una **mayor participación de la sociedad civil y de los ciudadanos en el gobierno de las instituciones sanitarias públicas**, ya sea mediante su presencia en los órganos de gobierno de estas, la apertura al público de las reuniones de dichos órganos de gobierno o la transparencia sobre sus deliberaciones.

Base técnica sólida

El segundo requisito para la implantación del pago por GRD en el SNS es la necesidad de disponer de una base técnica sólida, tanto en instrumentos como en profesionales en los servicios regionales de salud.

La **contabilidad analítica hospitalaria** forma parte de estos requisitos técnicos. El SNS se interesó por la contabilidad de costes a mediados de los años noventa, pero la realidad es que nunca se ha consolidado su generalización en los hospitales públicos y su uso para la toma de decisiones de gestión. De hecho, si el hospital sigue financiándose por presupuesto, la contabilidad analítica es un mero ejercicio intelectual, con ningún incentivo (el pago por actividad) para su implantación y uso en condiciones reales. La introducción del pago por GRD debería suponer un impulso para el sistema de contabilidad analítica en los hospitales públicos, y el primer paso debería ser definir una **guía normalizada de centros de costes y de criterios de imputación a escala nacional**.

De forma complementaria a la contabilidad analítica, es necesario disponer de una **muestra de hospitales**



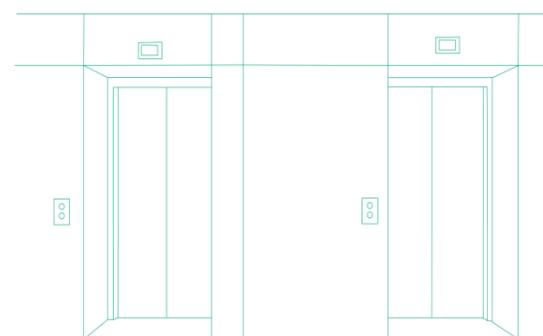
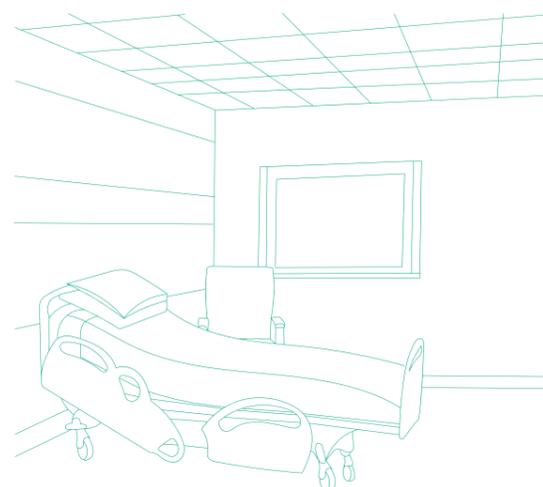
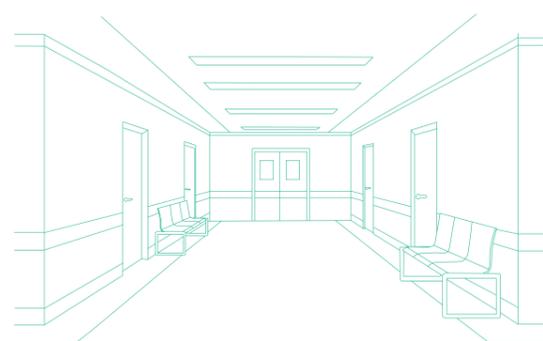
que aporten datos fiables y normalizados sobre su casuística de pacientes y costes analíticos, con el fin de poder calcular los costes medios por grupos de pacientes. En un SNS descentralizado, deberemos abordar si dichos costes medios se calculan a escala nacional o por autonomía. O bien si se adopta un criterio mixto: un cálculo nacional con medidas de ajuste por autonomía, en caso de que existan algunas variables que expliquen diferencias significativas (por ejemplo, unas condiciones laborales distintas).

Liderazgo sólido, sostenido y compartido

El cambio general de modelo financiación de la asistencia sanitaria es un elemento estructural y, por tanto, requiere un **liderazgo sólido dentro del SNS**. Para ello, es necesario un **acuerdo básico entre el Ministerio de Sanidad y los servicios regionales de salud** sobre un proyecto a largo plazo para la transición de una financiación por presupuesto a una financiación por actividad. En este sentido, hay que establecer un mínimo común denominador basado en dos elementos: a) la obligatoriedad del cambio de financiación por presupuesto a financiación por actividad y b) la necesidad de facilitar elementos de comparabilidad entre comunidades autónomas. Pero, luego, el desarrollo operativo del sistema de financiación por actividad de los centros de salud y de los hospitales será específico en cada comunidad autónoma, dado el marco competencial vigente. Por ejemplo, algunas comunidades autónomas tienen áreas de influencia reguladas, mientras que otras presentan esquemas de libre elección del centro asistencial.

Este liderazgo ha de ser sostenido en el tiempo. El análisis comparado de la evolución de los distintos sistemas sanitarios hacia modelos de financiación por actividad revela claramente que se trata de **procesos que duran de 5 a 10 años**. Por tanto, se requiere la capacidad de sostener el cambio a largo plazo, con independencia de los ciclos políticos.

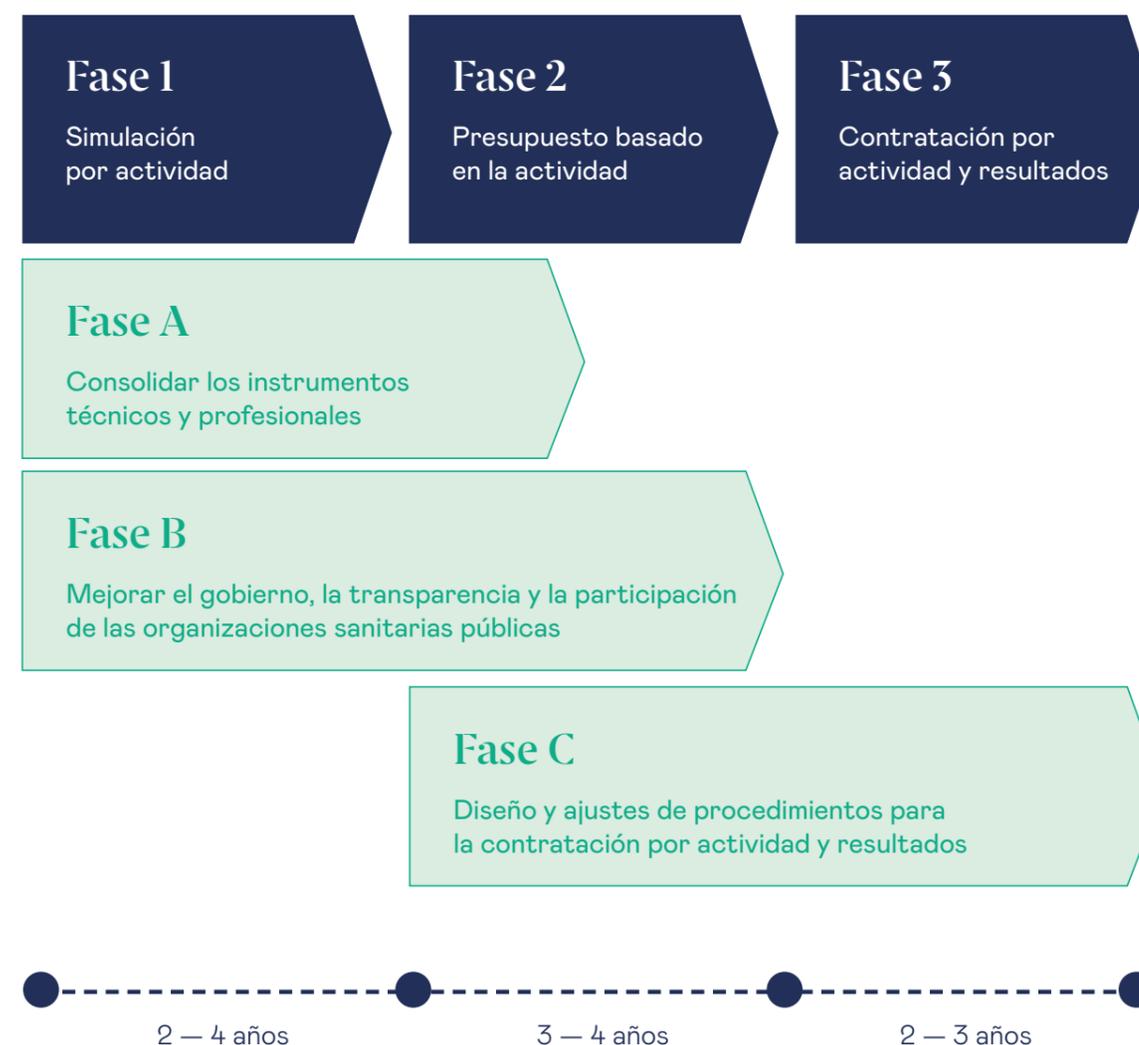
Y, finalmente, se necesita un liderazgo compartido, que implique no solo los servicios regionales de salud y el Ministerio de Sanidad (líderes naturales como autoridad sanitaria), sino también a agentes esenciales para el cambio, como las sociedades de directivos de organizaciones sanitarias (SEDISA, Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria), y órganos independientes, para ayudar en su evaluación (AIReF).



3.3. Hoja de ruta para la implantación

La hoja de ruta para implantar un sistema generalizado de financiación de la prestación sanitaria basado en la actividad y en los resultados puede organizarse en **tres fases consecutivas** para lograr el pleno desarrollo del modelo, **apoyadas por tres fases transversales** de construcción de los instrumentos necesarios.

Figura 7. Hoja de ruta para implantar la financiación por actividad



Fase 1. Simulación de la financiación por actividad

En esta fase, los SRS diseñan un sistema de financiación por actividad, que se utilizará a efectos de simulación. La fase de simulación es clave, porque la experiencia adquirida de los sistemas sanitarios que han hecho esta evolución muestra que el punto de partida de los hospitales es desigual: algunos están infradotados con relación a su actividad y otros están sobrefinanciados. La fase de simulación permite objetivar este fenómeno y disponer de un tiempo de ajuste progresivo. Esta fase también es importante porque, en el caso de los hospitales concertados, existe un contrato en curso (cuya duración varía en función de cada comunidad autónoma y de cada hospital) que hay que respetar hasta la fecha de su finalización para poder introducir el nuevo modelo de financiación.

En esta fase, los hospitales públicos de gestión directa reciben la financiación a través del presupuesto, pero su presupuesto se contrasta con la financiación teórica calculada con la simulación de financiación por actividad. Para los hospitales concertados, se realiza el mismo ejercicio: pago según el contrato vigente y simulación por el nuevo modelo.

En paralelo, se simulará el sistema de presupuesto de los centros de salud basándose en criterios per cápita en función de la población asignada, ajustados con criterios sociodemográficos y sanitarios de la población cubierta.

La duración de esta fase puede ser de 2 a 4 años.

Fase 2. Presupuesto basado en la actividad

En esta fase, los hospitales públicos de gestión directa siguen financiados por presupuesto, pero este presupuesto se calcula a partir de los parámetros del nuevo modelo de financiación por actividad. Así pues, el presupuesto es solo un instrumento legal, mientras no se dote de personalidad jurídica a los centros. Para realizar esta fase, el instrumento clave puede ser un acuerdo de gestión entre los centros de salud y hospitales y el SRS, en el cual pueden determinarse las necesidades presupuestarias del hospital a partir del cálculo de las necesidades de financiación en función de los objetivos de salud pública y de la actividad que el hospital debe realizar.

Un elemento clave en esta fase es la capacidad de análisis comparado del coste por proceso y entre organizaciones (*benchmark*), a nivel de costes y de resultados.

El requisito fundamental para llegar a esta fase es haber completado la fase transversal A, de construcción de las herramientas técnicas: contabilidad analítica, sistemas de información económica y contratación, indicadores de resultados, etc. Asimismo, es una etapa de formación y capacitación de los equipos profesionales de los SRS en las competencias necesarias para gestionar un entorno de financiación por actividad.

Esta fase debería ser el objetivo mínimo que tendrían que alcanzar todos los SRS en un período máximo de cuatro años.

Fase 3. Contratación por actividad y resultados

En esta fase, los hospitales tienen un contrato de gestión con una financiación por actividad o *mix* de pacientes. Y los centros de salud tienen un contrato de gestión basado en una financiación per cápita, ajustada a las características de la población cubierta.

Para ello, los hospitales públicos de gestión directa y los centros de salud se han dotado de un nuevo marco de buen gobierno, autonomía de gestión y personalidad jurídica propia. Por ello, es imprescindible haber superado la fase transversal B y asimilar las organizaciones sanitarias públicas del SNS al modelo predominante en Europa, basado en el buen gobierno. Todos los países europeos han hecho esta transición, siendo Portugal el último en llevarla a cabo.

Idealmente, se debería alcanzar esta fase 3 en un período máximo de cuatro años.

Adicionalmente, en esta fase se debería incorporar también la financiación por resultados, que permite la financiación variable de cada organización sanitaria en función del desempeño obtenido en los indicadores de calidad, los resultados de salud y la experiencia del paciente. La mayoría de los sistemas sanitarios, con sistemas de financiación por actividad maduros, ya están preparando sistemas de pagos variables en función de los resultados. Y, en algunos casos, como en los Estados Unidos, ya existen pagos variables por resultados, que pueden oscilar entre el 5 y el 13%, según los estados.

Actualmente, se han registrado avances progresivos en la medición de los resultados, en términos de definición de los indicadores pertinentes y de recogida de datos. En este sentido, a medida que estos sistemas de medición de los resultados avancen, el sistema de financiación de las organizaciones sanitarias deberá incorporar también algún tipo de pago por resultados. Y los **big data** seguramente ayudarán a acelerar este proceso.

Fase transversal A. Consolidar los instrumentos técnicos y profesionales

Esta primera fase de preparación y acompañamiento a la hoja de ruta hacia la financiación por actividad de las organizaciones sanitarias debería dedicarse a consolidar los instrumentos técnicos necesarios.

Puesto que el sistema de codificación de la actividad en procesos es ya muy maduro (CMBD y GRD), esta fase debería concentrarse en:

1. Normalizar y generalizar el sistema de contabilidad analítica de los hospitales y de la atención primaria. Sin este instrumento, será imposible elaborar cualquier sistema de fijación del precio de la actividad ni realizar ningún análisis comparado de costes por procesos entre centros.
2. Establecer un sistema de cálculo de los precios de la actividad (en el caso de los GRD, establecer los pesos relativos y su valoración anual) y de la cápita (para el caso de la atención primaria). Para ello, es preciso diseñar una muestra de hospitales sobre los cuales se realizará anualmente este ejercicio. Y disponer de los datos poblacionales de los centros de salud para realizar el mismo ejercicio.
3. Definir el sistema de financiación de todas las prestaciones realizadas por las organizaciones sanitarias que no puedan financiarse por actividad. Estas prestaciones son básicamente de dos tipos:
 - Misiones no asistenciales: docencia e investigación
 - Prestaciones asistenciales de especial interés, ya sea por su actividad singular o de referencia dentro del SNS o bien por ser de interés público (por ejemplo, disponer de una prestación asistencial por criterios de proximidad/accesibilidad que si se financiara por actividad sería deficitaria)

Fase transversal B. Reforzar el gobierno y transparencia de las organizaciones sanitarias públicas

En esta fase, se implementarían las Conclusiones para la reconstrucción social y económica del Congreso de Diputados sobre los principios e instrumentos de buen gobierno en las instituciones sanitarias públicas:

- Dotar las organizaciones del SNS de un órgano colegiado.
- Profesionalizar la gestión de las organizaciones sanitarias.
- Reforzar las estructuras de participación de los profesionales.
- Promover una mayor autonomía de gestión y capacidad de respuesta, explorando las fórmulas jurídicas adecuadas para ello.

En España, el modelo de hospital público predominante es el de hospital público de gestión directa, sin personalidad jurídica y con poca autonomía de gestión. Tal como se ha explicado en el capítulo de requisitos estructurales, si se quiere avanzar hacia la financiación por actividad, es necesario hacer evolucionar el hospital público de gestión directa hacia un hospital público con personalidad jurídica, autonomía de gestión y basado en los principios de buen gobierno. Cabe destacar que el marco jurídico español habilita diversas formas, sujetas al derecho público, que permiten hacer esta evolución:

- Organismos autónomos. Se rigen por el derecho administrativo y se les encomienda, en régimen de descentralización funcional y en ejecución de programas específicos de la actividad de un departamento, la realización de actividades de fomento, de prestación o de gestión de servicios públicos.
- Fundación pública sanitaria. Organismos públicos, adscritos en su momento al INSALUD, que se rigen por las disposiciones del artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.
- Consorcio. Entidad de naturaleza pública y base asociativa, integrada por entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes.
- Empresa pública societaria. Sociedades anónimas de capital, suscrito exclusivamente por el Estado o por la comunidad autónoma.

Esta evolución es factible y, de hecho, en los sistemas sanitarios europeos, el hospital público ha realizado esta transición hacia un modelo de hospital público con personalidad jurídica propia y autonomía de gestión en los últimos cincuenta años, siendo Portugal el caso más reciente.

Fase transversal C. Diseño y ajustes de procedimientos para la contratación por actividad y resultados

Para desplegar la fase 3 de la contratación por actividad, es necesario desplegar los procedimientos de contratación de dicha actividad con las organizaciones sanitarias. Estos procedimientos han de ser claros y transparentes, para facilitar la gobernanza del sistema y su transparencia, y minimizar la litigación entre el SRS y las entidades proveedoras. Estos procedimientos deben regular, como mínimo:

1. La forma jurídica de contratación de la actividad.
2. El período de contratación (volumenes de actividad y precios prospectivos), que idealmente debería ser dentro del primer trimestre del año.
3. El sistema de liquidación, que debería ser mensual

3.4. Recomendación final: el tiempo es clave

El tiempo de ejecución es clave. El SNS lleva retraso en la adopción de un sistema de financiación por actividad, comparado con los sistemas sanitarios europeos. Y los sistemas sanitarios europeos ya están diseñando una nueva evolución de los sistemas de financiación de la actividad asistencial. Esta nueva evolución va en las direcciones siguientes:

- Incorporar sistemas de pago por resultados.
- Integrar todo el ciclo asistencial en el sistema de financiación (prevención, atención primaria, atención hospitalaria y sociosanitaria), yendo hacia sistemas de financiación de base poblacional o per cápita.

Cuanto más se dilate este proceso en nuestro SNS, mayor será el gap con los países de nuestro entorno.

04

Experiencias
internacionales
recientes de
transición hacia la
financiación por
actividad y por valor

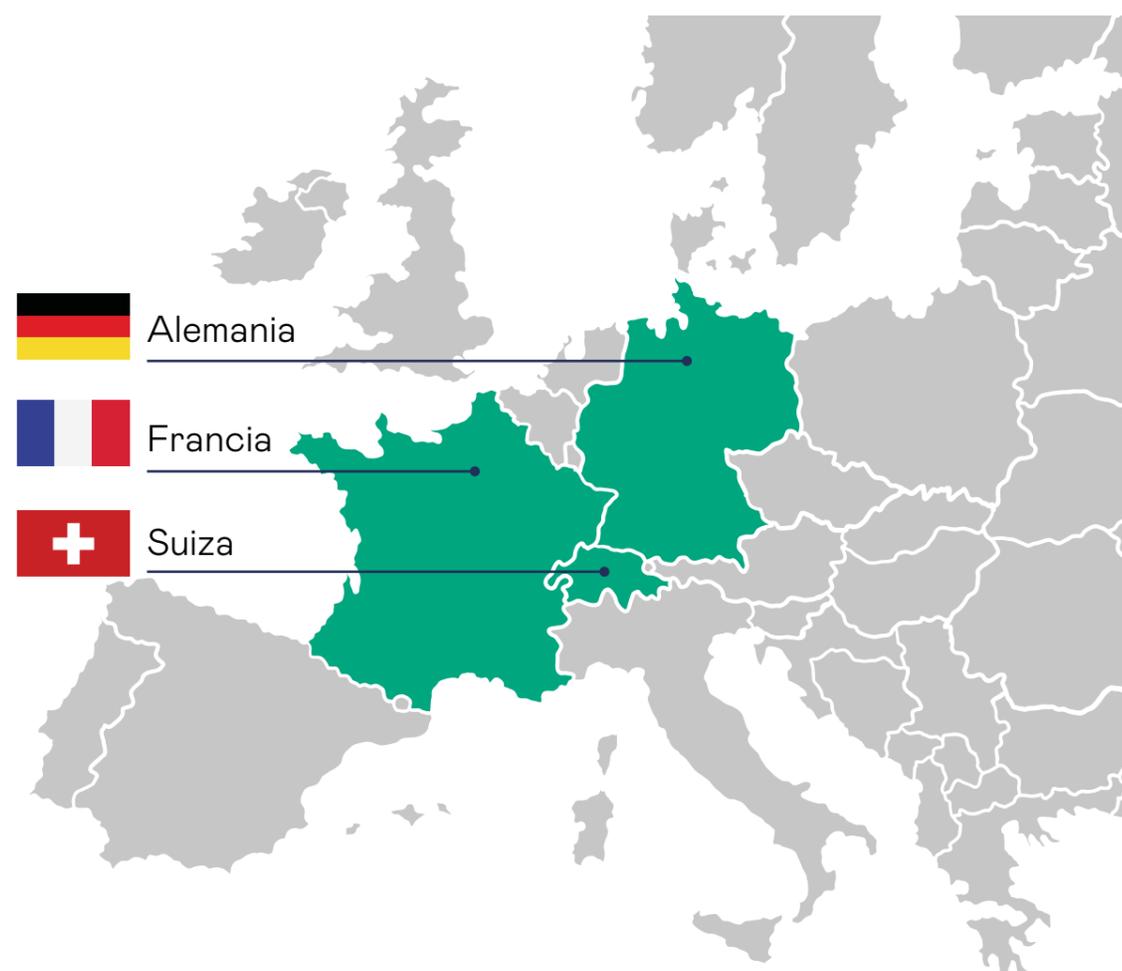
A continuación, se analizan aquellos países donde se ha observado una aplicación eficaz de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) en su modelo de financiación, de acuerdo con las pautas siguientes:

- Aquellos países que han aplicado reformas en el sector hospitalario basadas en una fuerte fijación de los precios de los GRD y que se encuentran entre las últimas experiencias de nuestros vecinos europeos.
- Aquellos países comparables a España desde el punto de vista socioeconómico y con problemas de salud similares a los nuestros.
- Aquellos países que son reconocidos por su alto nivel de desempeño.
- Aquellos países con regulaciones desarrolladas y con un nivel de aplicación estricto.

Con arreglo a estas pautas, se han seleccionado los países siguientes: **Francia, Alemania y Suiza.**

En esta sección se presentan, para cada uno de estos países, las características clave que pueden considerarse útiles para este estudio. También se describe el proceso de introducción de su sistema de financiación.

Ilustración 1. Mapa de países para el análisis comparado



4.1. Francia

Líneas generales

La financiación de los cuidados agudos en todos los hospitales públicos del país experimentó un cambio importante, promovido por el Gobierno francés con la introducción de un sistema de pago basado en los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) entre 2004 y 2005. En Francia, el sistema implantado se denomina T2A, abreviatura de *Tarification à l'activité*. Anteriormente, los métodos de pago consistían en presupuestos globales o en el pago por servicio.

Desde 2008, todos los hospitales y clínicas han sido financiados a través de este nuevo sistema de pagos por GRD, que se aplica a todos los ingresos hospitalarios y cubre los salarios de los médicos de los hospitales públicos y de los privados sin fines de lucro.

Los hospitales públicos representan cerca del 65% de la actividad hospitalaria y las instituciones privadas con fines de lucro, un 25%. El 10% restante está a cargo de instituciones privadas sin fines de lucro.

En el contexto de una actividad hospitalaria dominada por los hospitales públicos (65%), seguida de los hospitales privados con ánimo de lucro (25%), el mecanismo de financiación implantado presenta diferencias en función de su titularidad.

El mecanismo de financiación es diferente, en función de la titularidad de los hospitales:

- Los hospitales públicos cuentan con un sistema mixto, consistente en:
 - Financiación mayoritaria por parte del Seguro Nacional de Salud (80%)
 - Seguro voluntario y pago directo de los pacientes para la cobertura de los demás ingresos.

Los hospitales públicos y **privados sin fines de lucro** también reciben subvenciones para la investigación y la formación, que cubre hasta el 13% del presupuesto, mientras que, para la atención de emergencia, la extracción y el trasplante de órganos, se provee, por término medio, entre un 10 y un 11% adicional al presupuesto del hospital.

→ Las **clínicas y los hospitales privados con fines de lucro**, entendidos como aquellos centros que son propiedad de particulares o, cada vez más, de grandes empresas, cuentan con el mismo mecanismo de financiación que los hospitales públicos, pero con proporciones diferentes:

- Los honorarios de los médicos se cobran además del pago de los GRD.
- Los honorarios pagados por los GRD son más bajos que los que se pagan a los hospitales públicos o sin fines de lucro. Esta disparidad se justifica por las diferencias en el tamaño de las instalaciones, el mix de GRD atendidos y las características de los pacientes (por ejemplo, su edad o su situación socioeconómica).

Punto de partida y primeros años de implantación

El proceso de implantación de este nuevo sistema de pago basado en los GRD (T2A) tenía como principales objetivos:

- La mejora de la eficiencia de los hospitales
- La creación un "campo de juego" común para los pagos a los hospitales públicos y privados
- La mejora de la transparencia de la actividad, la gestión y la autonomía de los hospitales

Hasta 2005, los sistemas de financiación de los hospitales públicos y privados eran complejos y no disponían de un modelo armonizado. Así, los hospitales

públicos contaban con unos presupuestos generales, basados principalmente en sus costos históricos.

El nuevo sistema de pago mediante GRD tenía el objetivo de mejorar la eficiencia de los hospitales, así como crear un sistema estandarizado de pagos para los hospitales públicos y para los privados, y una mayor transparencia asociada.

En cuanto a los hospitales privados con fines de lucro, que cubren más de la mitad de todas las cirugías del sistema y una cuarta parte de la atención obstétrica, funcionaban con un complejo sistema de facturación, complementado con el pago de los honorarios para reembolsar la atención.

Tanto los hospitales públicos como privados apoyaron inicialmente la introducción del pago por GRD:

- Los hospitales públicos lo vieron como una oportunidad para **recompensar a los centros más dinámicos**.
- Los hospitales privados lo vieron como una oportunidad para **mejorar su cuota de mercado**.

Sin embargo, este consenso inicial sobre la reforma se desvaneció durante su puesta en marcha e implantación, con la reacción de los diferentes actores del sistema, lo que llevó a que, en 2012, el recién nombrado ministro de Salud reconociera la necesidad de cambiar el modelo para contrarrestar sus efectos negativos.

En consecuencia, en el sector público (hospitales públicos y privados sin fines de lucro), la proporción de actividades reembolsadas mediante el pago por GRD ha aumentado gradualmente: el 10% en 2004, el 25% en 2005 y el 100% en 2008. En cuanto a los hospitales privados con fines de lucro, estos han sido pagados en su totalidad mediante pagos por GRD desde marzo de 2005 (Carine Milcent, 2018).

Si bien inicialmente tanto los hospitales públicos como los privados respaldaron la introducción del pago por GRD, este consenso desapareció durante su implantación.

Evolución y cuestionamiento del nuevo modelo de financiación

El sistema de clasificación de pacientes utilizado, conocido como GHM (*Groupe Homogène des Malades*), se inspiró inicialmente en la clasificación americana (*HCFA-DRG*). Desde entonces, se ha modificado en tres ocasiones y ha pasado de 600 grupos en 2004 a unos 2.300 en la actualidad, con cuatro niveles de gravedad de los casos para la mayoría de los GHM (Emanuel, 2020).

Los continuos **cambios de clasificación** han creado confusión y han reducido la comparabilidad de los resultados del sistema de pagos de un año a otro. Además, se ha cuestionado la pertinencia económica de la última clasificación, ya que algunos grupos se basan en un número muy bajo de casos por hospital, mientras que 40 GHM abarcan más de la mitad de los casos.

El ajuste de los costes de referencia

Los **costes de referencia** se basan en un estudio anual de costes nacionales (NCSCS), realizado por separado para los sectores público y privado, que proporciona información detallada sobre los costes de cada estancia hospitalaria en los hospitales que lo declaran de forma voluntaria, utilizando un modelo de contabilidad estandarizado. Hasta 2006, el NCSCS solo cubría los hospitales públicos y privados sin fines de lucro. El número de hospitales participantes ha aumentado constantemente, incluidos los hospitales con fines de lucro, de 44 en 2005 a 110 en 2012, lo cual representa cerca del 16% de los casos hospitalarios (Zeynep, 2014).

Los precios por GRD, es decir, las tarifas, se fijan anualmente a escala nacional mediante costes de referencia separados para los hospitales públicos y privados. Sin embargo, el Ministerio de Solidaridad y Salud francés fija los precios finales teniendo en cuenta el presupuesto global (objetivos de gastos) del sector hospitalario y las prioridades sanitarias nacionales.

Como resultado, los costos de referencia se modifican anualmente de una manera compleja y opaca para muchos de los actores que intervienen en el sistema, con el fin de calcular las tasas por GRD. Además, las tarifas son diferentes para los hospitales públicos y para los privados: las tarifas de los públicos cubren todos los gastos relacionados con la estancia, mientras que las del sector privado no cubren los pagos a

los médicos (que se pagan por cada servicio), ni los gastos de las pruebas biológicas y de diagnóstico por la imagen, que se cobran por separado.

Hacia la convergencia entre el sector público y el privado

El objetivo inicial de la convergencia de precios entre ambos sectores, que comenzó en 2010 con 40 GRD específicamente seleccionados, se detuvo en 2013 debido a las fuertes críticas de los hospitales públicos. Por otra parte, la dificultad para comprender la relación entre los costes de cotización y las tarifas disgustó a los hospitales en general, ya que era difícil predecir la evolución de los precios y, por tanto, su situación presupuestaria de un año a otro.

Además, el objetivo de la convergencia de tasas, apoyado por la Federación de Hospitales Privados, creó tensiones. En la práctica, la convergencia dio lugar a reducciones de precios para los hospitales públicos y a precios constantes para los hospitales privados, ya que las tasas se basaban en los costes medios de aquellas áreas en que el sector privado tenía ventaja competitiva, como es el caso de la cirugía ambulatoria, donde ya contaban con un margen de beneficios.

Las recomendaciones del Tribunal de Cuentas

Es así como, en 2009, el Tribunal de Cuentas tomó parte en el proceso de implementación del nuevo modelo, con un informe que señalaba algunas de las deficiencias identificadas, principalmente dos:

- El pago a los hospitales basado en los GRD se había convertido en un mecanismo de control de costes muy opaco para los administradores y para los reguladores locales.
- La supervisión de los recursos, los costes y la calidad de los hospitales no era suficiente.

Ante esta situación, el Tribunal de Cuentas identificó algunas medidas que sería necesario implementar, entre las cuales se señalaban, en primer lugar, las siguientes:

- Mejora de la transparencia de los precios
- Modificación de los mecanismos de control a nivel macro
- Simplificación del sistema, incluida la clasificación

→ Mejora de la comunicación con los hospitales públicos

→ Mayor y mejor vigilancia de los resultados

En segundo lugar, proponía complementar el pago basado en actividades con una financiación basada en la calidad, especialmente en las esferas que podrían estar insuficientemente financiadas. Entre los criterios para tomar en consideración, se proponía la supervisión y la coordinación de la atención y la seguridad de los pacientes, por citar algunos ejemplos.

Últimos cambios en el modelo

El modelo piloto, ensayado durante el ejercicio 2014-2015 en unos 220 hospitales voluntarios, prevé una financiación de hasta el 0,5% del presupuesto del hospital basada en un conjunto de **indicadores de calidad**. La idea es recompensar tanto los resultados como el "esfuerzo", teniendo en cuenta los progresos realizados a lo largo del tiempo. Sin embargo, la gran mayoría de los indicadores se relacionan con la organización de la atención, no con los resultados. Por ello, no se supervisan indicadores como las tasas de readmisión o las tasas de mortalidad y no se recoge información sobre la experiencia del paciente.

También se están siguiendo más de cerca las **variaciones en las tasas de hospitalización y cirugía** entre los hospitales y las regiones.

Se prevé un **enfoque más contractual** con los proveedores, con indicaciones claras sobre el volumen/precio de determinados GRD, con el objetivo de perfeccionar el sistema actual de regulación macroeconómica con unos objetivos explícitos de volumen para determinadas intervenciones, para las cuales se reducirían los aranceles de los GRD una vez alcanzado el objetivo.

Asimismo, las instituciones han reconocido que los pagos por concepto de GRD, en su forma básica, no promueven la vigilancia y la coordinación de la atención, y pueden no resultar óptimos en los casos relacionados con los **pacientes con enfermedades crónicas**. Es así como se plantea que el sistema se amplíe más allá de los servicios de atención hospitalaria de casos agudos y de rehabilitación.

Con el fin de contener el gasto hospitalario, el Parlamento francés estableció unos objetivos de gasto

a escala nacional separados para el sector público y el privado. Si el crecimiento real del volumen total supera el objetivo, las tasas se reducen. Sin embargo, la evolución de los volúmenes de negocio no se supervisa hospital por hospital, sino de forma general (incluyendo el sector público y el privado). Como resultado de ello, los precios de los GRD se fijan en función de la evolución general de la actividad hospitalaria (que, en términos generales, sigue aumentando constantemente), independientemente de los costos y de su evolución a nivel de cada hospital.

En consecuencia, la idoneidad de la atención prestada mediante este sistema es cuestionada cada vez más en todo el país. De hecho, se reconoce que el pago basado en los GRD puede fomentar el desarrollo y el crecimiento de la actividad hospitalaria en volumen por encima de lo médicamente necesario.

En los últimos años, el Gobierno francés está persiguiendo el objetivo de garantizar la adecuación de la atención como una de sus principales políticas. Por su parte, varias instituciones están abordando el problema, como es el caso de la Alta Autoridad de Salud (*Haute Autorité de Santé* o HAS), que ha comenzado a trabajar en el desarrollo de guías clínicas para ciertas cirugías y/o tratamientos como mecanismo para estandarizar, en mayor medida, la actividad hospitalaria.

4.2. Alemania

Líneas generales

Alemania tiene 2.100 hospitales que proporcionan atención médica a más de 17 millones de pacientes ingresados cada año. Desde la Ley de Financiación de Hospitales de 1972, los hospitales se han financiado con dos fuentes diferentes, es decir, con un modelo de "doble financiación":

- **Las inversiones en infraestructuras** son financiadas por los Länder (estados federales).
- **Los gastos de funcionamiento** se costean con los pagos de los seguros médicos públicos y privados y de los pacientes. Las aseguradoras financian la mayor parte de los gastos de funcionamiento, incluidos todos los gastos de bienes y personal médico, con excepción de los médicos y de las matronas. La financiación de los costes de explotación es objeto de negociación entre cada uno de los hospitales y las aseguradoras, y se hace a través del pago de GRD.

En 2003, se introdujo el sistema de pago por GRD en Alemania, que era el objetivo principal de la reforma.

Con este sistema, se pretendía sustituir los presupuestos hospitalarios, basados en el historial del hospital, que utilizaban el pago por estancia como unidad de reembolso, e introducir un sistema de pago más basado en la actividad, a fin de mejorar la eficiencia, la transparencia y la calidad de la atención en los hospitales.

En 2009, la Ley de reforma de la financiación de los hospitales introdujo nuevos cambios, que pueden resumirse en los puntos siguientes:

- Las **tasas de reembolso** estatales debían converger en una tasa nacional en 2015.
- En 2012, se dio a los gobiernos estatales la **oportunidad de abandonar el sistema** de financiación dual y ajustar el pago del GRD al hospital utilizando ponderaciones de costes de capital.

Tras un período de más de quince años de cuidadosa introducción y ajuste de los GDR, el sistema es ahora ampliamente aceptado y se considera un éxito. La evaluación del sistema muestra que ha mejorado la transparencia en el sector hospitalario y ha contribuido a una mayor eficiencia y calidad de la atención.

El cambio del sistema de financiación por GRD en Alemania sustituyó el pago por estancia como unidad de reembolso, que tras quince años se considera que ha contribuido a una mayor eficiencia, calidad de atención y transparencia.

Proceso de implantación

En el año 2000, la Ley de Reforma del Seguro de Salud allanó el camino para el pago de los GRD en Alemania.

Esta ley propició la reforma considerada más importante del sector hospitalario alemán desde la introducción del sistema de "doble financiación" en 1972. La reforma definió las características básicas del sistema de GRD para el reembolso de la atención hospitalaria.

Sin embargo, en virtud de dicha disposición, los organismos autónomos a escala federal (es decir, la Asociación Federal de Fondos de Enfermedad, la Asociación de Seguros Médicos Privados y la Federación Alemana de Hospitales) tenían el mandato de elegir (antes de junio de 2000) y luego introducir un sistema de reembolso basado en GRD.

La introducción del sistema por GRD tenía como fin alcanzar los siguientes objetivos:

- Como elemento de mayor peso, reformar el antiguo sistema para lograr una distribución más apropiada y equitativa de los recursos mediante el uso de los GRD.
- Facilitar la medición precisa y transparente de la casuística (case mix) y de los niveles de servicio prestados por los hospitales.

- Mejorar la eficiencia y la calidad de la prestación de la atención en el sector hospitalario, como resultado de una mejor documentación de los procesos internos y de una mayor capacidad de gestión.
- Contribuir moderadamente a la contención de los costes, basada en la reducción de la duración de la estancia.

El sistema de GRD se introdujo en 2003 basándose en el sistema australiano (AR-DRG, versión 4.1). Posteriormente, el sistema se ha ampliado de 664 grupos en 2003 a 1.318 grupos en 2019.

El procedimiento de asignación de casos a un GRD se basa en un algoritmo de agrupación que utiliza el conjunto de datos del alta hospitalaria de los pacientes hospitalizados, que contiene:

- Diagnósticos importantes y de otro tipo
- Procedimientos médicos
- Características del paciente (edad, sexo y peso –en el caso de los recién nacidos)
- Duración de la estancia
- Duración de la ventilación
- Motivo del alta y tipo de admisión (por ejemplo, emergencia, derivación de un médico generalista o traslado de otro hospital)

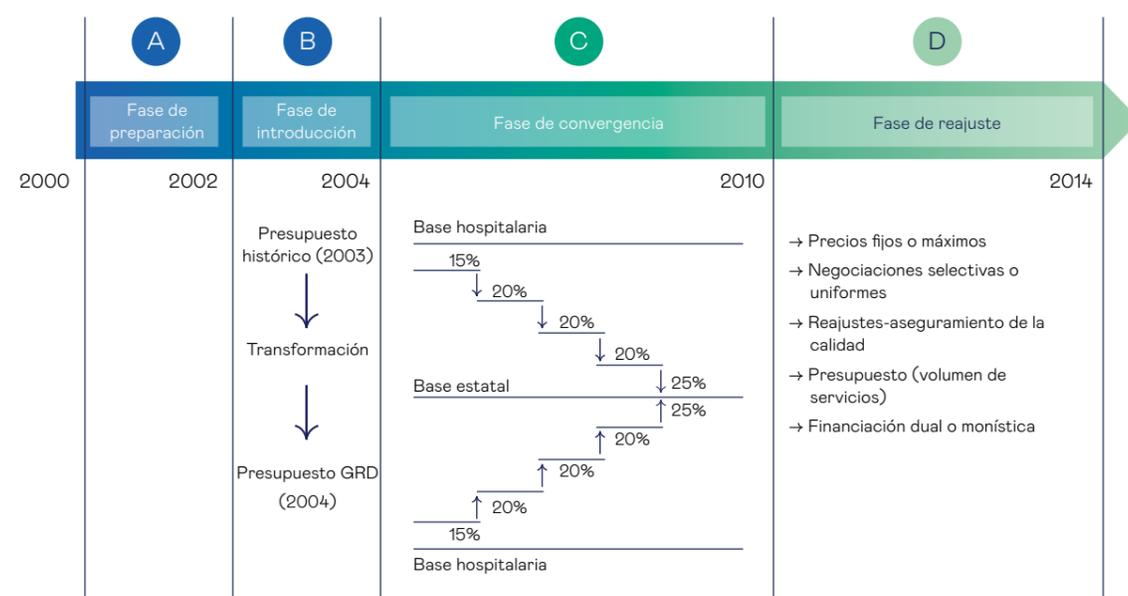
Mediante un software "de agrupación", estos datos se asignan a un GRD particular.

Cada conjunto de datos se asigna a una de las 25 categorías principales de diagnóstico y tiene una ponderación de coste fijo que calcula el Instituto del Sistema de Remuneración de los Hospitales (InEK) en función del costo medio documentado a partir de una muestra de hospitales.

Las fases de la implantación del modelo

En la presupuestación de este modelo de éxito, se procedió a estructurar su desarrollo en cuatro fases, por orden cronológico:

Figura 8. Esquema de fases de implantación del modelo por GRD en Alemania



A. Fase de preparación: de 2000 a 2002. En esta fase, se seleccionó el sistema australiano AR-DRG y se adaptó al entorno hospitalario alemán en dos etapas principales:

- 1) Los códigos de procedimiento australianos, codificados según la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.ª edición), se transformaron, de acuerdo con los códigos de procedimiento alemanes, en la CIE-10-GM (10.ª edición).
- 2) Se desarrolló el cálculo de los pesos relativos de los costes. Así, en 2001, un pequeño número de hospitales implementó el sistema de pago australiano AR-DRG. Los resultados se debatieron en 2002 y se determinaron los requisitos previos para el desarrollo del sistema, de modo que a finales de 2002 se preparó la primera versión del sistema por el G-DRG.

Para esta primera versión, aproximadamente 100 hospitales (de un total de unos 1.800 hospitales de agudos inscritos en el sistema de pago de G-DRG) compartieron voluntariamente sus datos de costes, con el fin de elaborar el peso relativo de los GRD. La primera versión del sistema G-DRG incluía 664 GRD.

B. Fase de introducción: de 2003 a 2004. En esta fase, se partió de la neutralidad presupuestaria, en que los hospitales recibían los mismos presupuestos que antes. La única diferencia era que las unidades de reembolso ya no eran por estancia, sino por G-DRG. En 2003, los hospitales, de forma voluntaria, podían adoptar el sistema de pago del G-DRG, con el incentivo de la posibilidad de negociar presupuestos más elevados, hasta que se vieron obligados a hacerlo en 2004.

El paso de un sistema de pago basado en el presupuesto a un sistema de pago basado en los GRD implicó la definición de categorías de costes en los presupuestos por GRD como actividades adicionales. Algunas actividades siguieron siendo financiadas de manera diferente, como es el caso de la atención psiquiátrica o la formación de estudiantes de enfermería, por citar algunos ejemplos.

Si hasta el año 2002 el presupuesto se basaba en un número acordado de días por paciente, el presupuesto de 2003-2004 se basaba ya en el case mix de pacientes (es decir, el peso relativo de los GRD de todos los pacientes).

De esta manera, por primera vez se hizo visible la eficiencia del sector hospitalario alemán: quedó claro que en los hospitales de bajo coste por GRD (debido a unos presupuestos relativamente altos, establecidos para su combinación de casos de pacientes) se estaba produciendo una atención comparativamente menos eficiente.

C. Fase de la convergencia: de 2005 a 2010. En esta fase, las tasas de los hospitales individuales convergieron con las tasas de todo el Estado (una para cada uno de los 16 estados o Länder). Como punto de partida, las tasas estatales individuales se negociaron por primera vez en 2005. Estos se utilizaron como referencia para las tasas de todos los hospitales del estado, con una escalada hacia la tasa estatal:

- 2005: la tasa individual se fijó en el 15% de la diferencia con la tasa estatal.
- 2006: se incrementó al 35% (el 15% más el 20%).
- 2007-2009: se incrementó de nuevo hasta llegar a la tasa estatal en 2009.

Inicialmente, las tarifas variaban considerablemente –desde los 2.200 euros (principalmente, para los pequeños hospitales de las zonas rurales) hasta los 3.200 euros (para los grandes hospitales urbanos)–, lo cual reflejaba, en cierta medida, las diferencias históricas en sus negociaciones.

Puesto que el sistema G-DRG no tiene en cuenta las características organizativas –como el tamaño, las diferencias de precios de los suministros o el hecho de que se trata de un hospital universitario–, la convergencia de tarifas somete a los hospitales de bajo costo a una gran presión para reducir costos.

Para que la reforma resultara políticamente más aceptable, las pérdidas presupuestarias se limitaron inicialmente al 1% en 2005 (en comparación con 2004) y luego aumentaron al 3% en 2009 (en comparación con 2008). Como resultado de ello, no todos los hospitales con un coste elevado por GRD habían alcanzado los niveles estatales en 2009. Sin embargo, en 2010 se aplicaron las tarifas estatales a todos los hospitales.

Fase de reajuste. Durante la cuarta fase de 2010-2011, se realizaron nuevos cambios en el sistema de pago de los GDR. En particular, se introdujo un arancel único, calculado para todo el país. Hasta 2014, los aranceles de todos los estados debían converger en una ventana entre el 2,5% por encima y el 1,25% por debajo.

4.3. Suiza

Líneas generales

Suiza tiene un sistema de seguro médico obligatorio en que todo ciudadano debe estar asegurado por una compañía de seguros y recibir una atención médica básica, y además puede tener un seguro privado adicional. Las compañías de seguros son de propiedad privada y cubren todos los gastos ambulatorios, mientras que los gastos de atención hospitalaria se reparten entre las compañías de seguros y los cantones.

El Parlamento suizo aprobó en 2007 una ley para cambiar el sistema de reembolso de un sistema de pago por estancia a un sistema de pago prospectivo, basado en los GRD (SwissDRG), que se introdujo finalmente en 2012.

Sin embargo, algunos cantones habían introducido el reembolso por parte de la SwissDRG unos años antes, de forma gradual, como habían hecho también otros países (por ejemplo, Alemania). Al igual que otros sistemas de pago basados en los GRD, el sistema SwissDRG reembolsa a los hospitales por la atención hospitalaria de casos agudos a una tasa fija por caso. Cada admisión hospitalaria se asigna a un grupo, en función de unos criterios específicos, compartidos por todas las personas del grupo (por ejemplo, diagnóstico primario, diagnóstico secundario, tratamiento y nivel de gravedad), a los cuales se aplica una ponderación de los costos. La remuneración se calcula multiplicando el peso de los costos de la GRD suiza por la tasa fijada por los cantones locales. A diferencia del sistema de pago por estancia, el sistema de la SwissDRG ofrece incentivos para el registro temprano de los pacientes, lo cual se traduce en una estancia hospitalaria más corta y costos más bajos.

Para los servicios cubiertos por el sistema de salud y facturados a través del sistema de pago del GRD, los hospitales reciben la financiación de parte de dos pagadores:

- Cerca de la mitad (entre un 45% y un 55%), de los fondos de las aseguradoras.
- La otra parte está cubierta por los cantones y municipios o, en el caso de las prestaciones complementarias, por el seguro médico privado.

Los cantones son responsables de la planificación y la financiación de los hospitales, y están legalmente obligados a coordinar esta planificación con otros cantones.

En 2012, paralelamente a la introducción del sistema de pago por GRD, se permitió la libre circulación de pacientes entre los cantones, con lo cual se redujo la fragmentación cantonal, una medida que resultó clave para la prestación integral de servicios a los pacientes, sin perjuicio de su origen. Los mecanismos de remuneración dependen de los contratos de seguro. Por consiguiente, todavía es posible el pago por prestación de atención hospitalaria no cubierta por el sistema de salud pública. Los médicos de los hospitales suelen recibir un salario y los médicos de los hospitales públicos pueden recibir pagos adicionales por la atención a pacientes con seguro privado.

“ Suiza comenzó a implantar un modelo de financiación por GRD en 2012, aunque algunos cantones ya habían comenzado a utilizar este sistema unos años antes ”



Proceso de implantación

Primeros años de implantación

Las enmiendas a la Ley Federal del Seguro de Enfermedad (KVG/KVG/LAMal) relativas a los fondos hospitalarios entraron en vigor el 1 de enero de 2009, creando un marco jurídico para los pagos normalizados de la atención hospitalaria basados en los GRD.

En 2007, el Parlamento suizo había aprobado la nueva Ley de Financiación de Hospitales, que incluía una estructura de honorarios basada en los GRD, que se introdujo en todo el país en 2012. El Gobierno federal suizo creó un marco organizativo (SwissDRG AG) con el mandato de desarrollar e implementar un sistema de financiación de los hospitales basado en los GRD.

Las actividades de la SwissDRG se centraron principalmente en cuestiones técnicas relacionadas con la adaptación de los algoritmos de clasificación y la definición de ponderaciones apropiadas de los costos para el sistema sanitario suizo. Al mismo tiempo, se modificó el conjunto de datos de alta de todos los ingresos hospitalarios en los hospitales suizos recopilados por la Oficina Federal de Estadística de Suiza (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) para incluir todos los datos necesarios para la clasificación de diagnósticos y procedimientos y para la agrupación de los GDR utilizando la clasificación de los GDR suizos. La clasificación de la SwissDRG se basa en el sistema alemán G-DRG.

Desde el 1 de enero de 2012, la atención de los pacientes hospitalizados agudos se financia con arreglo a un sistema nacional uniforme, denominado SwissDRG, en que los honorarios se pagan conforme a los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD).

Bases del modelo en Suiza

En este sistema de GRD, los casos hospitalarios se agrupan basándose en criterios médicos y económicos, para crear grupos (GRD) máximamente homogéneos, como es la práctica general de uso de este modelo. Cada alta se asigna a un GRD específico, en función de criterios médicos tales como el diagnóstico, el tratamiento, etc., y de otros criterios, como la edad del paciente. Estos criterios se aplican en todo el país.

El peso del costo de un GRD específico en este sistema refleja el costo medio del tratamiento en comparación con los otros GDR cubiertos por la estructura arancelaria. Las ponderaciones de los costos se calculan utilizando datos de casos de los hospitales seleccionados. Las tarifas se

acuerdan entre las aseguradoras y los proveedores de cuidados, y son aprobadas por el cantón responsable. Si ambas partes no pueden acordar una tarifa, la fija el cantón.

Los GRD y la ponderación de los costes se definen de forma estandarizada para toda Suiza y juntos forman la estructura tarifaria del sistema de financiación. La formulación de la estructura arancelaria a escala nacional y su revisión anual son las principales tareas de la SwissDRG AG. La estructura arancelaria debe ser presentada al Consejo Federal para su aprobación.

La SwissDRG AG también ha desarrollado el sistema de pago de la atención psiquiátrica y está en proceso de crear estructuras de tarifas uniformes a escala nacional para los centros de rehabilitación. Por ello, en el futuro habrá sistemas de tarifas uniformes que determinarán el pago de la atención hospitalaria prestada por los hospitales en estas tres esferas (cuidados intensivos, rehabilitación y psiquiatría).

La organización de la implantación

La SwissDRG AG es responsable del diseño, el desarrollo, el ajuste y el mantenimiento del sistema de financiación mediante GRD de cara a la remuneración de la atención hospitalaria. Sus accionistas son:

- La Conferencia Suiza de Directores Cantonales de Salud (CDS)
- Los Hospitales Suizos (H+)
- Las aseguradoras de salud suizas (santésuisse)
- La Comisión de Tarifas Médicas de la UVG (CTM)
- La Federación de Médicos Suizos (FMH)

Desde 2014, la SwissDRG AG también financia y coordina el desarrollo y la introducción del sistema de reembolso de los servicios psiquiátricos y de rehabilitación.

En febrero de 2018, el Departamento Federal de Asuntos Internos decidió que los siguientes seis grupos de intervenciones se reembolsarían únicamente si se realizaban en régimen ambulatorio:

- Cirugía de várices en la pierna unilateral
- Procedimientos de hemorroides
- Cirugía de hernia inguinal unilateral
- Exámenes/intervenciones en el cuello del útero o en el útero
- Artroscopia de la rodilla, incluyendo cirugía artroscópica en el menisco
- Cirugía de amígdalas y adenoides

Perspectivas a medio plazo en Suiza

El objetivo de esta decisión es crear una reglamentación uniforme para todos los asegurados suizos que se sometan a estos procedimientos. Además, se está elaborando un plan para supervisar la evolución del número de procedimientos de hospitalización y ambulatorios a fin de evaluar el impacto de la reforma.

Todo ello forma parte de una evaluación más amplia, que se llevará a cabo en los próximos tres años, en que se evaluarán las repercusiones de la reforma en los pacientes, los proveedores de servicios y las aseguradoras, en lo que respecta a la calidad y a los costos.

Posteriormente, se decidirá si se amplía o no la lista de procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Al mismo tiempo, algunos cantones (en particular, Argovia, Lucerna, Valais, Zug y Zúrich) ya han presentado sus propias listas, que incluyen más intervenciones que las seis mencionadas anteriormente.



05

Glosario

Glosario

ACO	<i>Accountable care organizations</i> (Organizaciones prestadoras de salud estadounidenses)	HCFA-DRG	Sistema de clasificación GRD en los Estados Unidos
ADX	Acuerdos de gestión (en Galicia)	HRG	Healthcare Resource Group (Grupo de recursos de atención médica)
APR-DRG	<i>All Patient Refined Diagnosis Related Groups</i>	H+	Les Hôpitaux de Suisse
AR – DRG	<i>Australian Refined Diagnosis Related Group</i> (Sistema de clasificación GRD australiano)	IAS	Institut d'Assistència Sanitària (en Cataluña)
BPT	<i>Best Practice Tariff</i> (Sistema de tarifas del Sistema Nacional de Salud británico)	ICS	Institut Català de la Salut
CAPC	<i>Community Action Program for Children</i> (Programa de Acción Comunitaria para la Infancia estadounidense)	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Sistema de remuneración hospitalaria alemán)
CDS	<i>Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique</i> (Conferencia suiza de directores cantonales de salud)	KVG-KVG-LAMal	Ley federal suiza del Seguro de Enfermedad
CHGUV	Hospital General Universitario de Valencia – Hospital General de Valencia	MAT	Modelo andorrano de triaje
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Service (Centros de servicios de Medicare y Medicaid)	NCSCS	<i>Centers for Medicare & Medicaid Service</i> (Centros de servicios de Medicare y Medicaid)
CQUIN	<i>Commissioning for Quality and Innovation</i> (Comisión por la Calidad y la Innovación del Sistema Nacional de Salud británico)	NHS	<i>National Health System</i> (Sistema Nacional de Salud británico)
CRG	<i>Clinical Risk Group</i>	PACE	Programa estadounidense de Atención Integral a las Personas Mayores
CTM	Comisión de Tarifas Médicas de la UVG	PIAF	Protocolo Interno de Actividad y Financiación (en Galicia)
CUAP	Centros de urgencias de Atención Primaria (en Cataluña)	QOF	<i>Quality of Outcomes Framework</i> (Marco de resultados de calidad del Sistema Nacional de Salud británico)
DBC	Diagnóstico de las combinaciones de comportamiento	SER GAS	Servizo Galego de Saúde – Servicio Gallego de Salud
DPO	Dirección por objetivos	SISCAT	Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña
EBA	Entidades de Base Asociativa (en Cataluña)	SwissDRG	Sistema de clasificación GRD suizo
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	T2A	<i>Tarification à l'activité</i> (Modelo francés de financiación única)
ETP	Eficiencia técnica pura	UPH	Unidades de producción hospitalaria
FFS	Gastos de reclamación	VBHC	<i>Value-based healthcare</i> (Atención sanitaria basada en el valor)
FMH	Federación de Médicos de Suiza		
G-DRG	Sistema alemán de clasificación GRD		
GHM	<i>Groupe Homogène des Malades</i> (Grupo Homogéneo de Enfermedades francés)		
GRD	Grupo Relacionado por el Diagnóstico		
HAS	Haute Autorité de Santé (Alta Autoridad de la Salud francesa)		
HCFA	<i>Healthcare Finance Administration</i> (Administración de Financiación de la Atención Sanitaria estadounidense)		

06

Bibliografía

AA.VV. (2017) : *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(1), n. ° 2-3:

"DRG's, PPS and hospital management"

"The impact of activity-based pricing (T2A) on the public hospitals' management"

"Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions"

"Hospitals' activity-based financing: dead-ends and solutions"

"Des coûts aux tarifs par pathologie. Les enseignements d'une tentative de transposition de la T2A au système de financement hospitalier belge"

"Les modes de paiements à la coordination: État des lieux et pistes pour une application en France"

Agarwal, R.; Liao, J. M.; Gupta, A.; Navathe, A. S. (2020): "The Impact of Bundled Payment on Health Care Spending, Utilization, and Quality: A Systematic Review". *Health Affairs (Millwood)*, 39(1): 50-57.

AOK Verband. "Dossier Krankenhaus". Página web oficial. [Último acceso: diciembre de 2020]. Disponible en: https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/krankenhaus/index_15370.html

Barrubés, J.; Honrubia, L.; de Vicente, M.; Nake, A.; Sopeña, L.; Vilardell, C.; Carrillo, E.; Triquell, Ll.; Portella, E. (2019): *Value Based Healthcare. De la teoría a la acción*. Barcelona: Antares Consulting.

Bielamowicz, L. (2018): "Should Providers Bite on Downside-Risk Bundles?" *Gist Healthcare*, febrero.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): "Innovationsfond". Página web. [Último acceso: diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2016): *Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung*. Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit. Berlin.

Busse, R.; Geissler, A.; Aaviksoo, A.; Cots, F.; Hukkinen, U.; Kobel, C., et al. (2013): "Groupes liés au diagnostic en Europe : vers la transparence, l'efficacité et la qualité dans les hôpitaux?" *BMJ*, 346: 3197.

Busse, R.; Geissler, A.; Quentin, W.; Wiley, M. (2011): *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. McGraw Hill. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Damberg, C. L.; Sorbero, M. E.; Lovejoy, S. L.; Martsolf, G.; Raaen, L.; Mandel, D. (2014): *Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs. Summary and Recommendations*. Washington: Rand Corporation.

The Economist Intelligence Unit (2016a): *Value-based healthcare: A global assessment*. The Economist Intelligence Unit.

The Economist Intelligence Unit (2016b): *Value-based healthcare in Europe. Laying the foundation*. The Economist Intelligence Unit.

The Economist Intelligence Unit (2015): *An introduction to value-based healthcare in Europe*. The Economist Intelligence Unit.

Emanuel, E. J. (2020): *Which Country Has the World's Best Health Care?* Hachette UK.

Harvard Business School, Institute for Strategy & Competitiveness (2020): "Value-Based Health Care Delivery". [Último acceso: diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx>

International Consortium for Health Outcomes Measurement (2011): *What Matters Most, Patient Outcomes and the Transformation of Health Care*. ICHOM. [Último acceso: diciembre de 2020]. Disponible en: https://ichom.org/files/books/ICHOM_Book.pdf

IVBAR (2015): *Value-based steering and support systems for Danish Health Care Feasibility Study – Full version*. Copenhagen, mayo.

Jabbal, J.; Lewis, M. (2018): *Approaches to better value in the NHS. Improving quality and cost*. The King's Fund. Octubre.

Lee, T. H. (2018): "The Value-Based Health Care Business Model. Webinar Summary". *Harvard Business Review*, 27 de marzo.

Medtech Europe (2016): *Economic Value as a Guide to Invest in Health and Care*. Bruselas: Medtech Europe.

Mihailovic, N.; Kocic, S.; Jakovljevic, M. (2016): "Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care". *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. Enero. DOI: 10.1177/2333392816647892

Milcent, C. (2017): "Premier bilan de la tarification à l'activité (T2A) sur la variabilité des coûts hospitaliers". *Économie & prévision*, 210 (1) : 45-67.

Navathe, A. S.; Emanuel, E. J.; Venkataramani, A. S.; Huand, Q., et al. (2020): "Spending and Quality After Three Years of Medicare's Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery". *Health Affairs*, 39(1): 58-66.

NEJM Catalyst (2017): "What is Value-Based Healthcare?" NEJM, enero. [Último acceso: diciembre de 2020]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/What-is-value-based-healthcare/>

O'Reilly, J.; Busse, R.; Hukkinen, U.; Or, Z.; Street, A.; Wiley, M. (2012) : "Paying for hospital care: The experience with implementing activity-based funding in five European countries". *Health Economics Policy and Law*, 7(1):73-101. DOI: 10.1017/S1744133111000314.

Pellegrini, S.; Roth, S. (2015): *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Base Etude 2010-2012*. Obsan Rapport 61. Neuchatel: Observatoire suisse de la santé.

Porter, M. E.; Kaplan, R. S. (2016): "How to Pay for Health Care - Bundled payments will finally unleash the competition that patients want". *Harvard Business Review*, julio-agosto.

Porter, M. E.; Lee, T. H. (2013): "The Strategy That Will Fix Health Care. Providers must lead the way in making value the overarching goal". *Harvard Business Review*, octubre.

Quentin, W.; Scheller-Kreinsen, D.; Blümel, M.; Geissler, A.; Busse, R. (2013): "Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States". *Health Affairs*, 32(4):713-23. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.0876. PMID: 23569051.

Scheller-Kreinsen, D.; Quentin, W.; Busse, R. (2011): "DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries". *Value in Health*, 14(8): 1166-1172. DOI: 10.1016/j.jval.2011.07.001.

SVEUS (2014): "National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care in Sweden". Reunión del Grupo de Expertos de la OCDE sobre sistemas de pagos, 7 de abril.

Tan, S. S.; Geissler, A.; Serdén, L.; Heurgren, M.; van Ineveld, B. M.; Redekop, W. K.; Hakkaart-van Roijen, L., del Grupo EuroDRG (2014): "DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries", *European Journal of Public Health*, 24(6): 1023-1028.

Van de Voorde, C.; Gerkens, S.; Van den Heede, K.; Swartenbroekx, N. (2013): *Etude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays - Synthèse. Recherche sur les services de santé (HSR)*. Bruselas: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 207Bs. D/2013/10.273/59.

Zeynep, Or (2014): "Implementation of DRG Payments in France: issues and recent developments". *Health Policy*, 117(2): 146-150.





EsadeGov-Institute
for Healthcare
Management

Con la colaboración de

