



HACIA DÓNDE VA LA RELACIÓN ENTRE EL SEGURO PÚBLICO Y LOS PRESTADORES A NIVEL DE MECANISMO DE COMPRA Y PAGO

11° Seminario Anual “Nuevos modelos de relación entre prestadores y aseguradores”



Doctora Jeanette Vega
Directora de FONASA
Santiago, 29 de septiembre de 2016



OBJETIVO: GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO



“El objetivo primario en la construcción de GRD es establecer una definición de **casos tipos**, que un hospital puede generar como servicio final, agrupando pacientes con **comportamiento clínico y consumo de recursos similares**”.

Fuente: Fetter, Shin, Freeman, Averill, Thompson. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups .Medical Care, February 1980, Vol. XVIII, No. 2 .



USO DE GRD COMO MECANISMO DE PAGO: CAMBIO CON SENTIDO



En la manera en que los establecimientos gestionan sus gastos para mantenerse financieramente viables, y al mismo tiempo se cumplan objetivos sanitarios con:

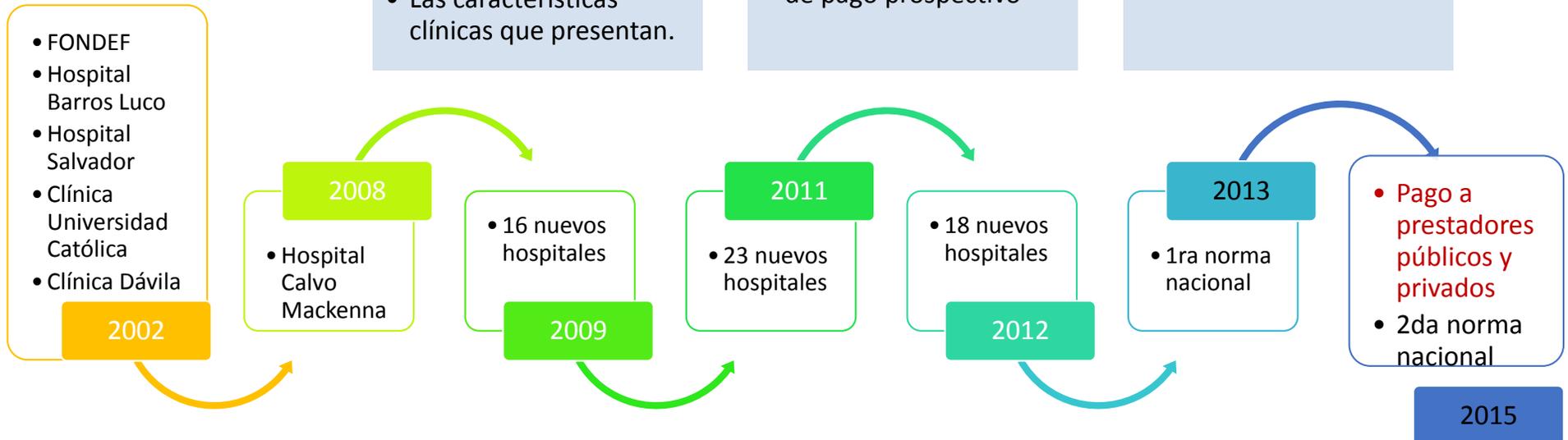
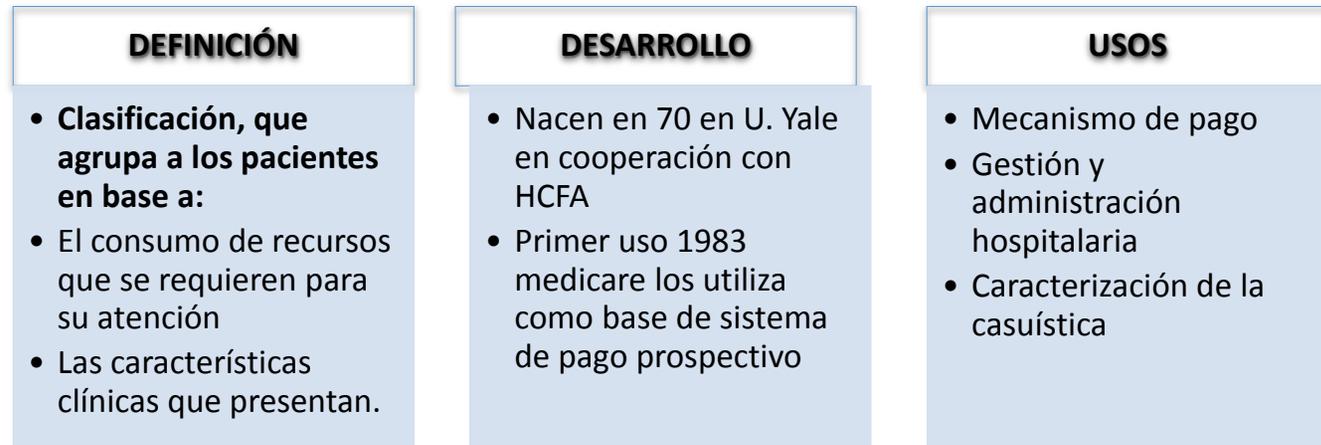
*Eficiencia, Equidad,
Calidad y Acceso*

“Todo el sentido de utilizar GRD es cambiar el comportamiento de los proveedores”

World Health Report 2000



HISTORIA EN CHILE



Modelo de implementación de pago por GRD



OBJETIVO DE FONASA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE GRD



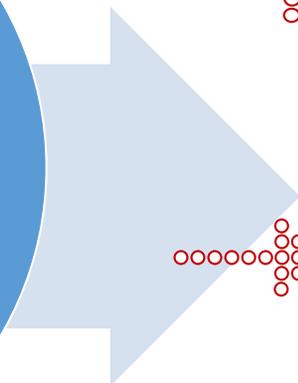
Perfeccionar el modelo actual de compra sanitaria a prestadores públicos y privados, incorporando los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), como mecanismo de pago.



AGENDA FONASA 2014-2018 PARA OPTIMIZAR EFICIENCIA FINANCIERA

OBJETIVO GENERAL

Utilizar los mecanismos de pago como herramienta para mejorar equidad y eficiencia financiera del Sistema de Salud chileno



OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Racionalizar y fortalecer los mecanismos de pago utilizados con prestadores públicos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Negociar con el sector privado las reglas de compra; compartir el riesgo y garantizar la eficiencia financiera.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Usar mecanismos de pago como estrategia para fortalecer acceso a servicios de calidad, con eficiencia por medio de incentivos financieros apropiados.



VENTAJAS DE SU UTILIZACIÓN COMO MECANISMO DE PAGO



Modelo de implementación de pago por GRD en hospitales públicos



MODELO DE PAGO POR GRD EN HOSPITALES PÚBLICOS: SELECCIÓN HOSPITALES



CRITERIOS DE INCLUSION



Etapa 1 - 2015 :
14
Hospitales



Etapa 2 - 2016 :
11
Hospitales



ETAPA 3 (2017) TRANSICIÓN MECANISMO DE FINANCIAMIENTO EN HOSPITALES PÚBLICOS



Pago por programas presupuestarios actuales

Pago por resultado, asociado a gestión clínica y financiera

PPV

Pago por actividad

Atención Cerrada
Atención Ambulatoria

42%

GRD

Egresos hospitalarios
Hospitalización diurna
Hospitalización de urgencia

CMA
Procedimientos Ambulatorios

63%

PPI

Presupuesto histórico

Atención Cerrada
Atención Ambulatoria

58%

GLOBAL

Psiquiatría Forense
Actividad de mediana estadía
Rehabilitación

Consulta de especialidades

37%

- Insumos
- Farmacia
- Pago de sueldo fijo más asignaciones de turnos clínicos

- Estructura – inversión
- Equipamiento
- Farmacia ambulatoria
- Sueldo variable (Bonificaciones, asignaciones,, viáticos)
- Indemnizaciones

Modelo de implementación de pago por GRD en prestadores privados



CUATRO PRINCIPIOS DE LA COMPRA SANITARIA



Atención integral del paciente: desde ingreso a alta médica.

Especificación de la oferta:

	Tipo de Paciente	Tipo de Atención
Capacidad resolutive de patologías agudas o agudizadas en pacientes en estado crítico	Neonato	Médica / Médica-quirúrgica
	Pediátrico	Médica / Médica-quirúrgica
	Adulto	Médica / Médica-quirúrgica

Excepciones:

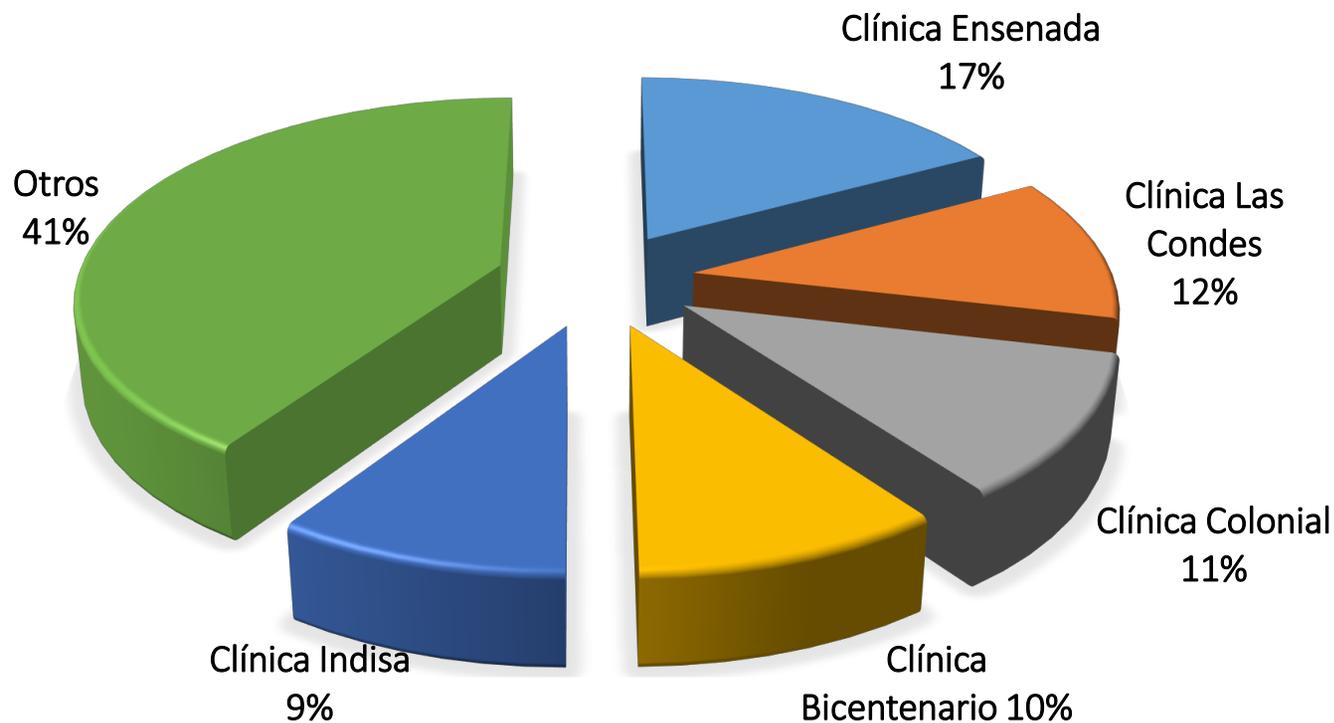
“Outliers” superiores: Auditoría y pago.

Tratamiento especial para *Ajustes de Tecnología*, estimación de uso en el 2% de los egresos.

Licitación sobre precio base ofertado: a menor *Precio Base* ofertado, mayor puntaje en la licitación



CASOS: DISTRIBUCIÓN POR PRESTADORES



2738 pacientes referidos entre octubre de 2015 a agosto de 2016



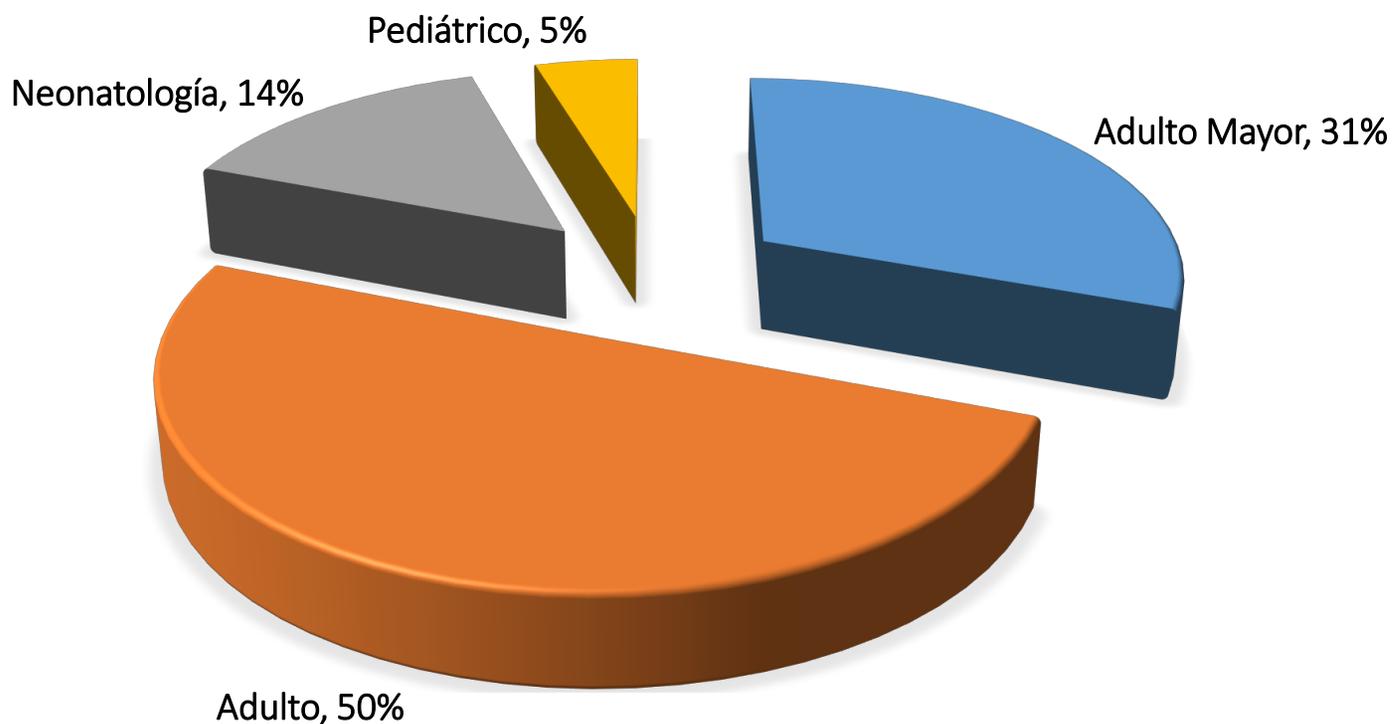
Case Mix
2,74



94% de atenciones realizadas por prestadores en licitación.



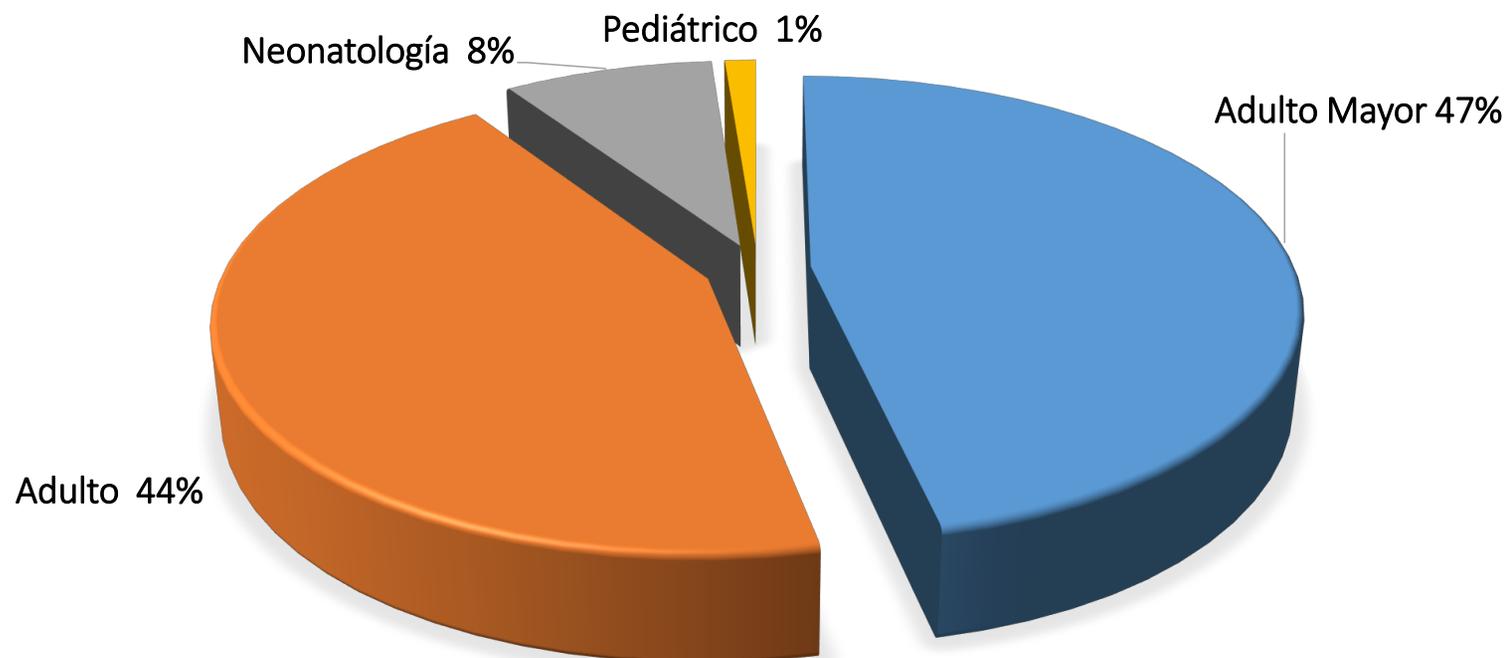
DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD



Los pacientes atendidos se distribuyen uniformemente por sexo, con un 49,8% de mujeres y un 50,2% de hombres.



DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR GRUPO ETARIO



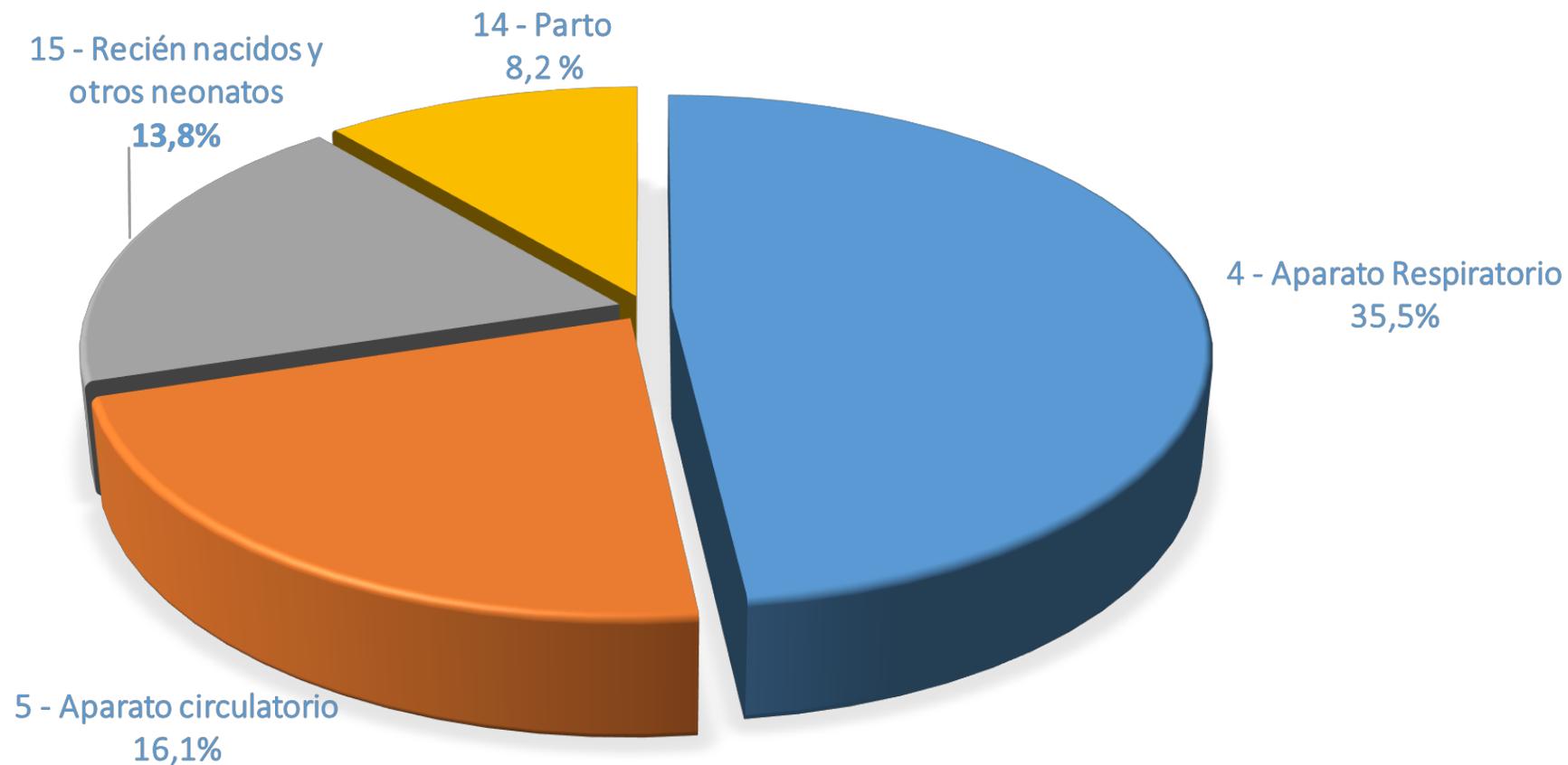
Mortalidad general es de 12 % (n: 328) considerando que la condición es cama crítica



Cerca del 1% de los egresos son trasladados a un tercer prestador



CARTERA DE SERVICIOS: CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR



10 GRD MÁS FRECUENTES ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS :



GRD	Descripción	IC	Egresos	%
41023	PH ventilación mecánica prolongada sin traqueostomía W/MCC	5,8207	354	12,93%
41203	PH procedimientos no complejos sobre aparato respiratorio W/MCC	2,1123	190	6,94%
41013	PH ECMO o ventilación mecánica prolongada con traqueostomía W/MCC	11,7045	115	4,20%
146102	PH cesárea W/CC	0,5744	74	2,70%
146101	PH cesárea	0,5155	57	2,08%
146103	PH cesárea W/MCC	0,8187	57	2,08%
44173	MH enfermedad pulmonar obstructiva crónica W/MCC	0,8551	55	2,01%
44163	MH neumonía simple y tos ferina W/MCC	1,0328	52	1,90%
158123	MH neonato, peso al nacer 1500-1999 gr sin procedimiento mayor W/MCC	3,6749	48	1,75%
158113	MH neonato, peso al nacer 1000-1499 gr sin procedimiento mayor W/MCC	7,3879	41	1,50%

En total 331 GRD



**51,1% se concentró
en 22 GRD**

10 GRD MÁS FRECUENTES HOSPITALES PUBLICOS

GRD	Descripción	IC	Egresos	%
146131	PH parto vaginal	0,2987	14362	4,13
146101	PH cesárea	0,5155	14285	4,11
61131	PH procedimientos sobre apéndice	0,7398	10058	2,89
146121	PH parto vaginal con proced., excepto esterilización y/o dilatación y legrado	0,3109	8837	2,54
134161	MH trastornos del anteparto	0,2951	7634	2,19
71141	PH colecistectomía laparoscópica	0,8759	6566	1,89
81801	PH procedimientos sobre extremidad superior	0,8627	4644	1,33
131111	PH procedimientos sobre útero y cuello, dilatación y legrado	0,5227	4855	1,40
131201	PH procedimientos sobre útero y anexos	0,7124	4283	1,23
146102	PH cesárea W/CC	0,5744	3946	1,13

En total 749 GRD



50% se concentró en 57 GRD

RESULTADOS EN PACIENTES OUTLIERS SUPERIORES ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS



Estancia
Media: 33,2
días

Case Mix:
1,28

Outliers superiores:
4,2%

Mortalidad
3 casos

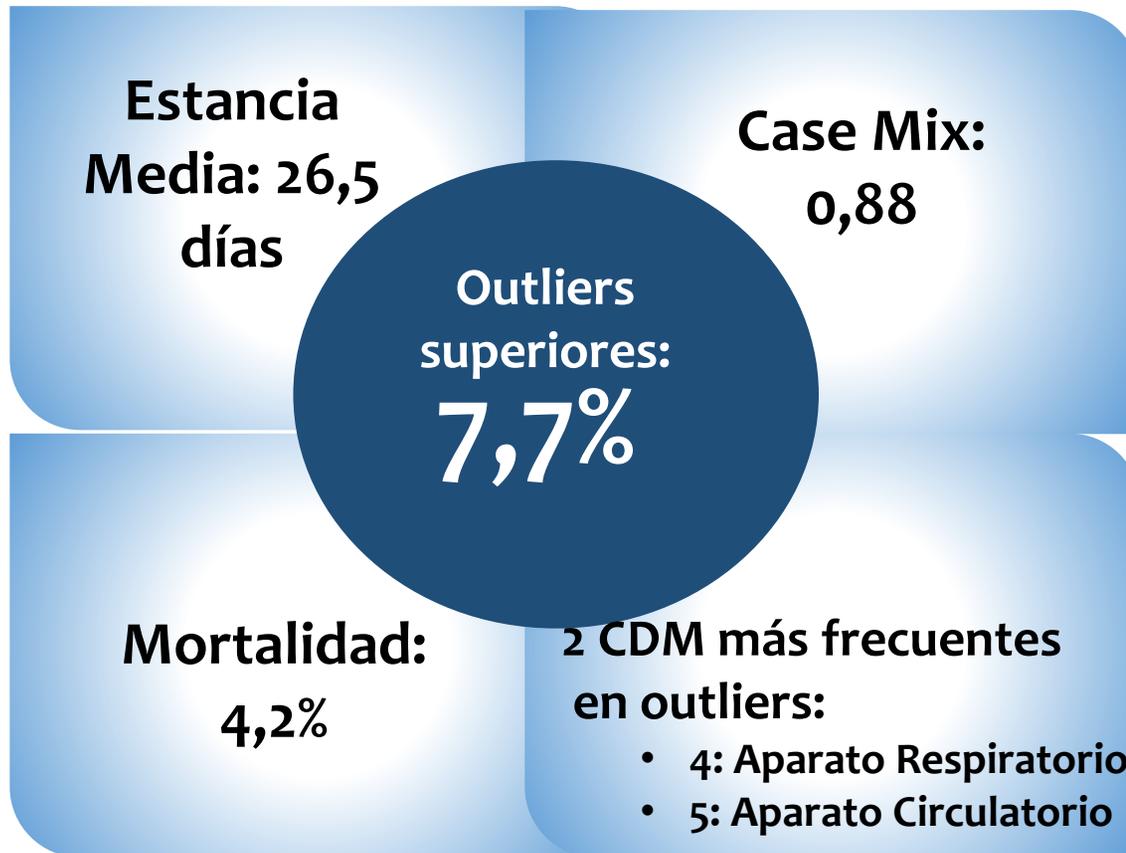
55,5% de los casos está dado por CDM

- 14: Parto
- 4: Aparato Respiratorio
- 5: Aparato Circulatorio

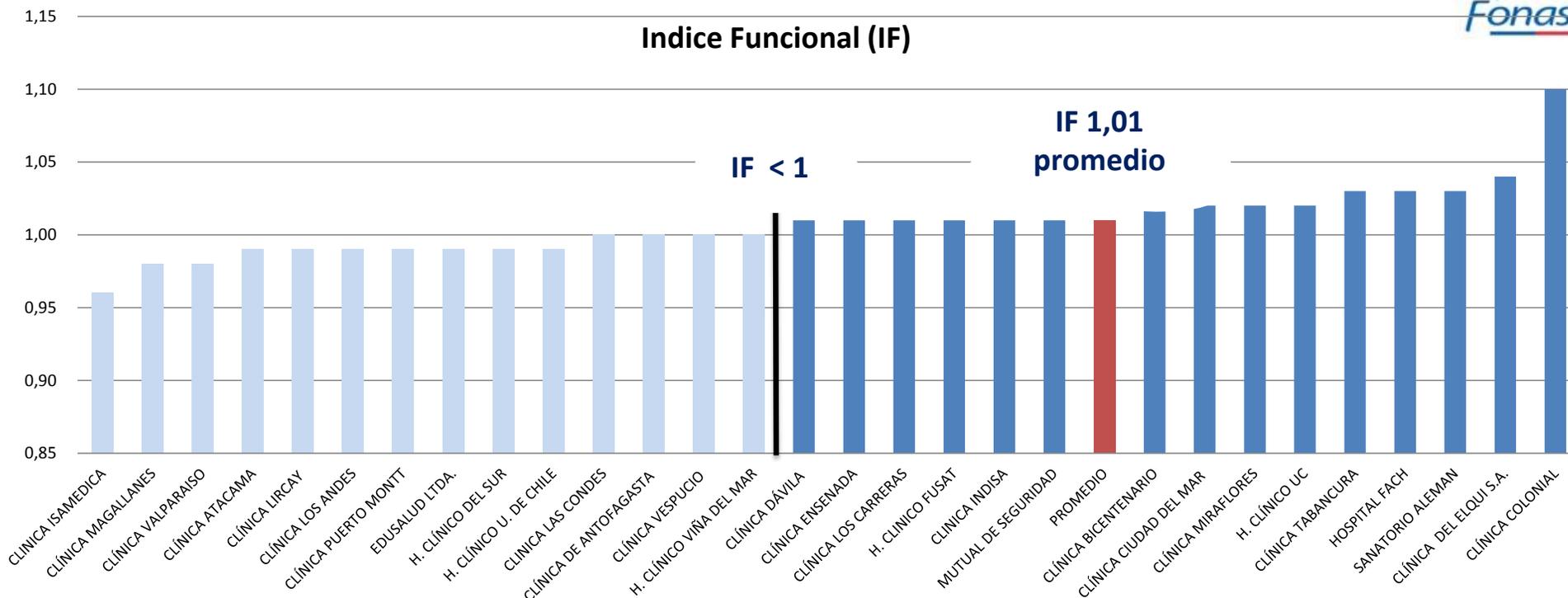
331 GRD:
2.738
pacientes



RESULTADOS EN PACIENTES: OUTLIER SUPERIORES HOSPITALES PUBLICOS



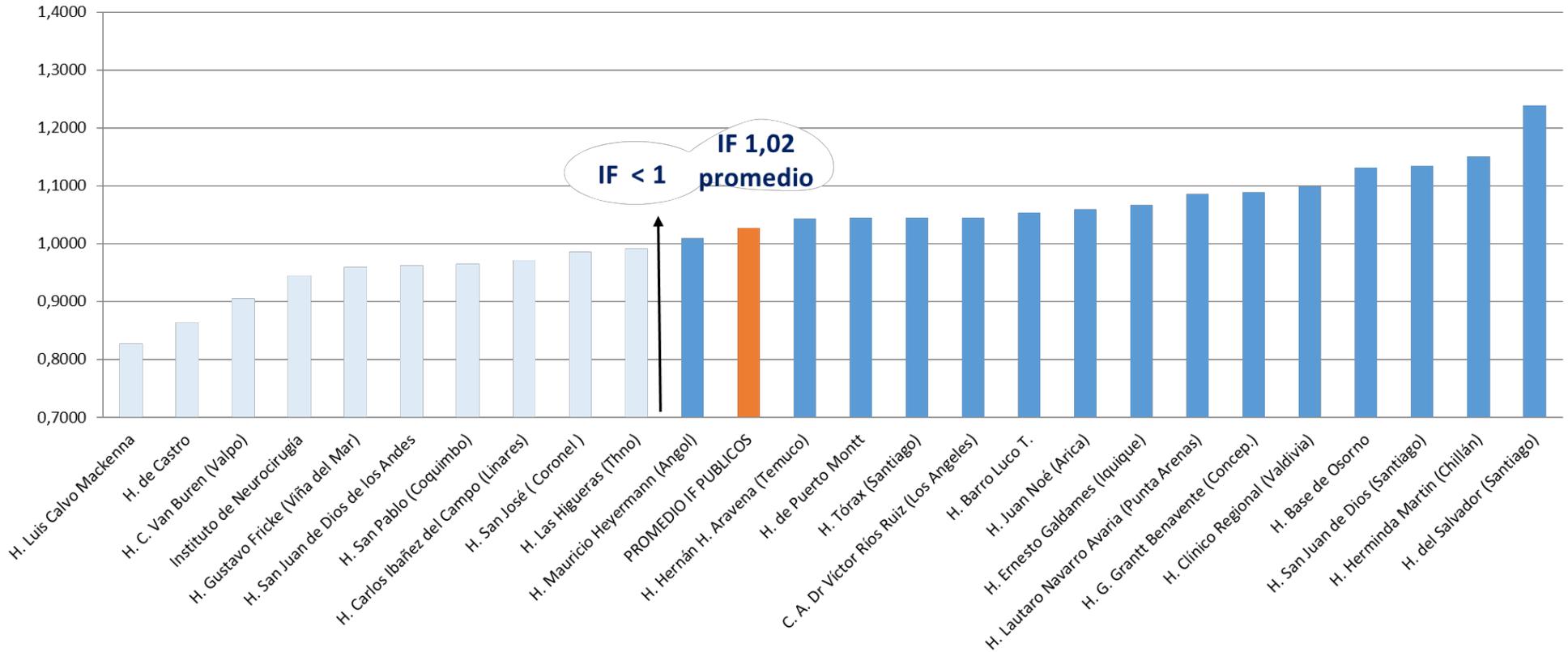
ÍNDICE FUNCIONAL (IF) ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS



El **Índice Funcional** refleja el nivel de eficiencia del prestador en el consumo de días camas para atender la misma casuística (complejidad) que el estándar, siendo más eficiente aquel prestador que presenta IF <1.

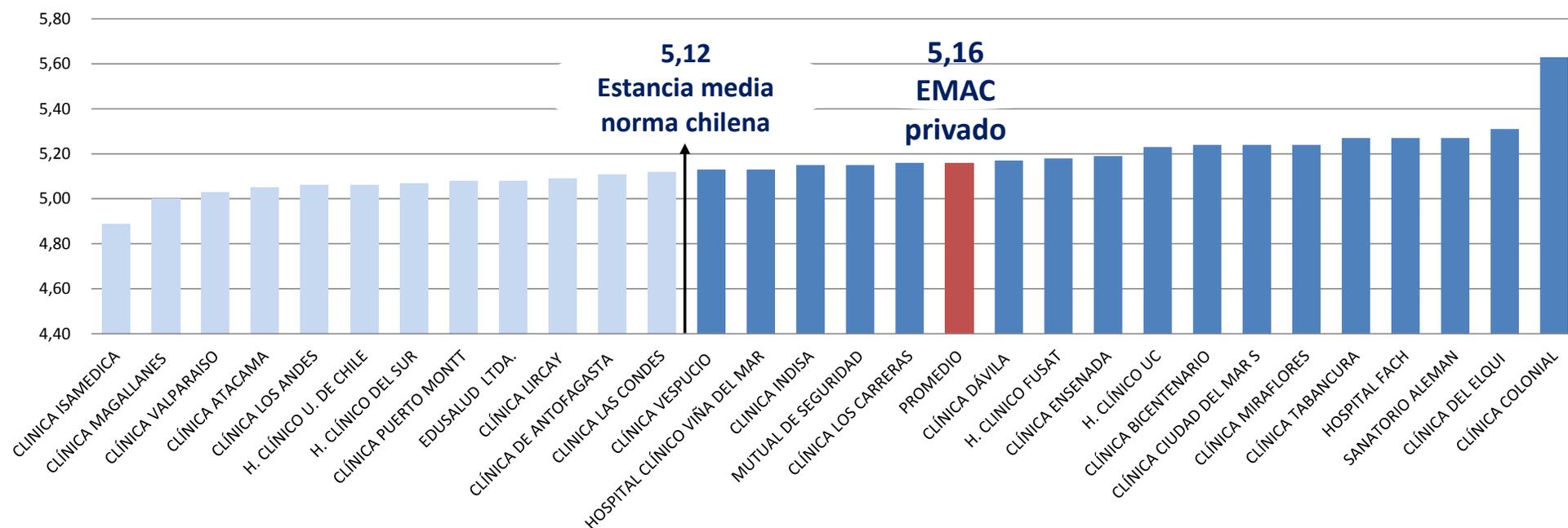


ÍNDICE FUNCIONAL EN HOSPITALES(IF)



El Índice Funcional promedio para los establecimientos públicos fue de 1,02.

EMAC: ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR LA CASUÍSTICA DEL ESTÁNDAR PRIVADOS

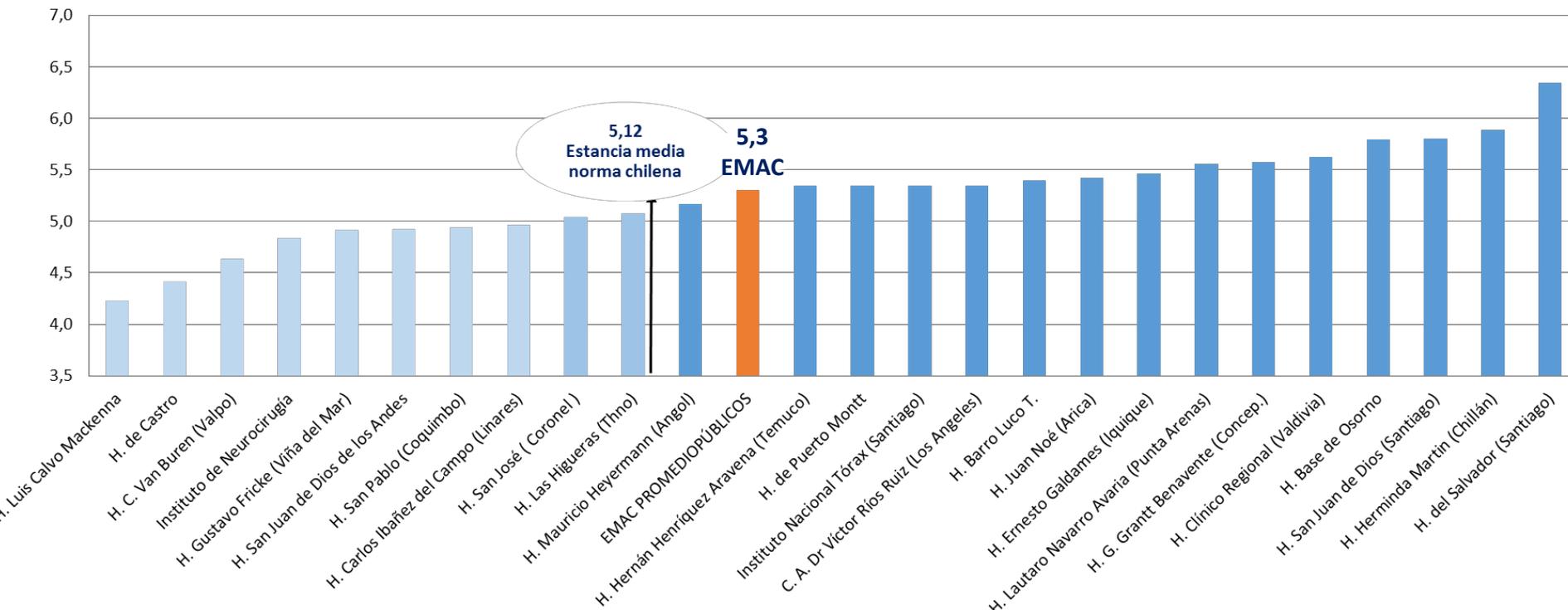


EMAC: estancia media que habría presentado el establecimiento si hubiera tratado la casuística del estándar con el funcionamiento actual del mismo.

Lo deseable es que el EMAC sea siempre menor que la Estancia media de la norma chilena (5,12)

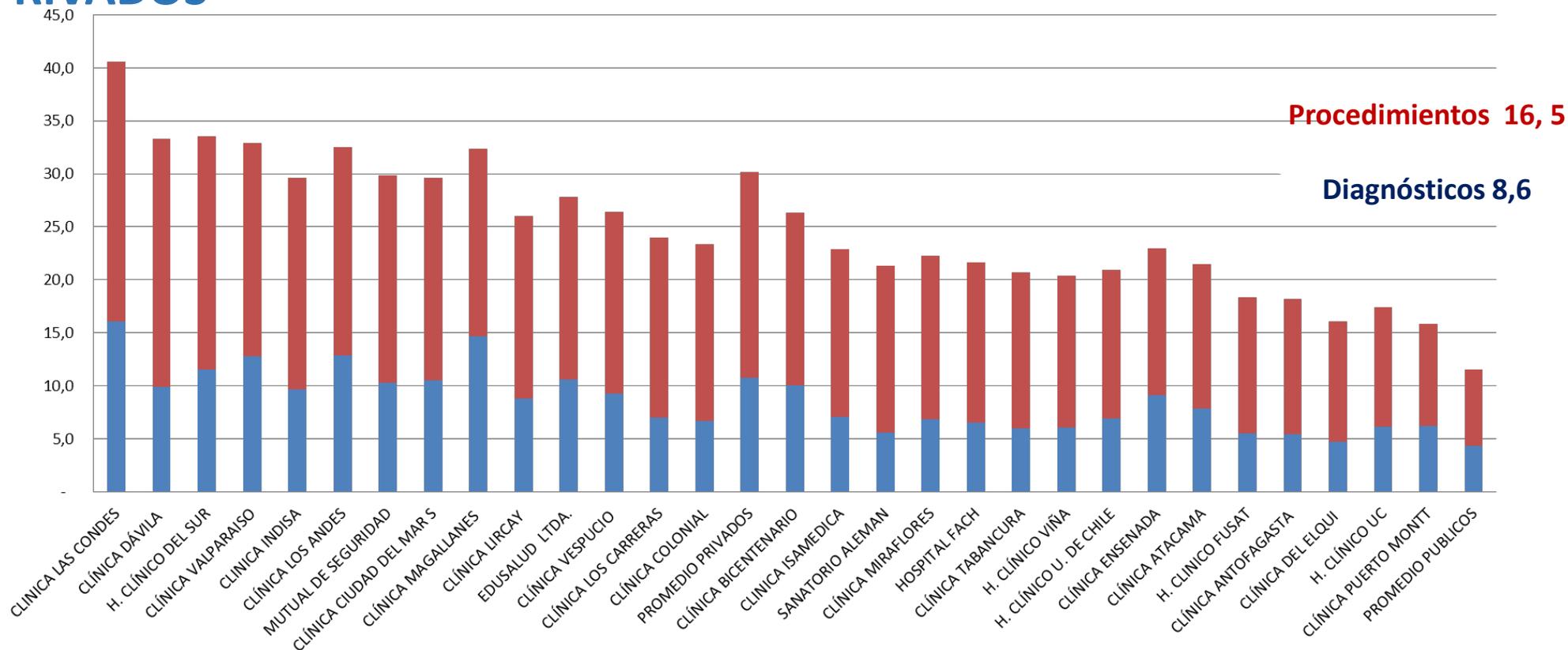


EMAC: ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR LA CASUÍSTICA DEL ESTÁNDAR ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS



EMAC promedio para los establecimientos públicos del piloto GRD en el año 2015 fue de 5,3 siendo mayor a lo esperado.

PROMEDIO DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS ESTAB. PRIVADOS

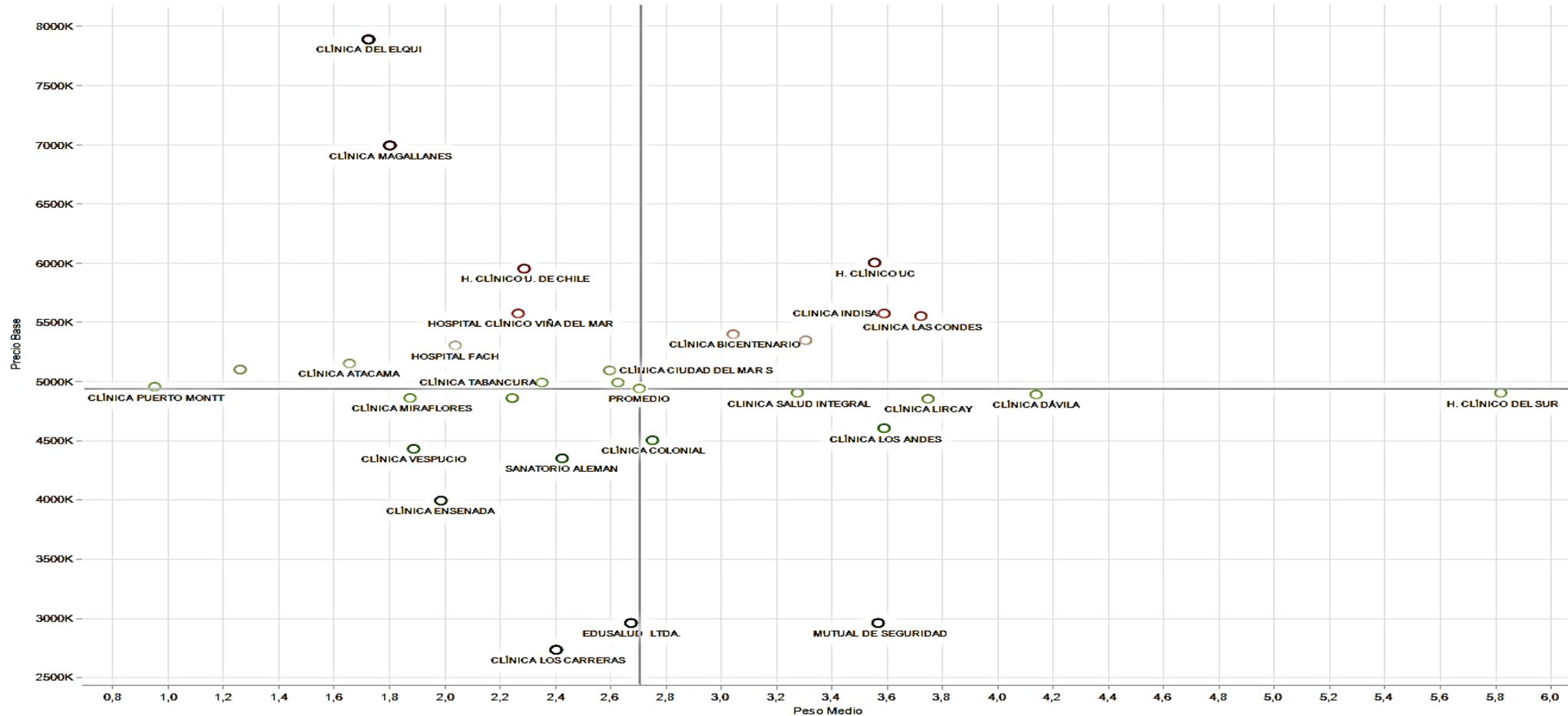


El promedio en los establecimientos privados se encuentra por sobre lo observado en los hospitales públicos, donde el promedio de Diagnósticos es 4,3 y de Procedimientos es, 7,2.

DISPERSIÓN PRECIO BASE PRESTADORES PRIVADOS



Peso Medio / Precio Base



Conclusiones y próximos pasos



GANANCIAS



Resolución integral hasta el alta (mejora de la calidad de la atención)

25 prestadores a nivel nacional

Aumento de 5 prestadores en regiones

Aumento en 10 prestadores respecto a camas

Menor costo promedio de día cama

Evita rescate, costos adicionales para el hospital de origen

Inclusión de tecnología para la totalidad de los pacientes



PROBLEMAS A RESOLVER

Pago duplicado y dispersión precio base:

Complejidad y tecnología incluidos en el precio base y en GRD.

Comprador establece precio base:

En la mayoría de los países el comprador establece precio base, al igual que los parámetros de monitoreo y evaluación de calidad y seguridad de la atención comprada

Altas tempranas:

Eficiencia v/s Calidad de la atención: riesgo de reingreso al sistema público.

Codificación:

Brecha público/privada en relación con la complejidad y con el equipo de codificación.

Consistencia y representación fidedigna de la cartera de servicios y morbilidad (más que número).

Vigilancia y auditoría: calidad y capacidad de codificación de los privados

Ajuste de tecnología:

No corresponde pago adicional en aquellos casos en que el ajuste por tecnología está incluido en el GRD: ECMO, AV, MCP

Pertinencia de derivaciones

Licitación con énfasis en criterios de derivación y exclusión

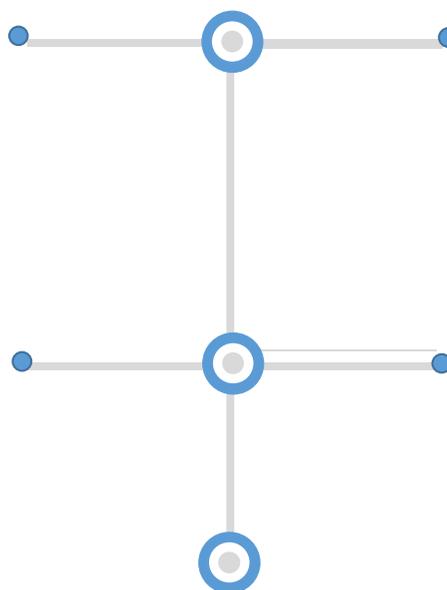


DESAFÍOS PARA FONASA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PAGO POR RESULTADOS GRD 2017-2018



Cálculo de financiamiento por GRD a toda la actividad hospitalaria

Formulación presupuestaria 2018
reemplazo Pago por actividad
/ Presupuesto histórico
por pago por GRD



Modelar precio base, pesos y ajustes para mejorar compra al sector privado con reglas que compartan riesgo y garanticen eficiencia financiera.

Nueva licitación con correcciones de acuerdo a modelamiento y evaluación primer año

BENCHMARKING PUBLICO PRIVADO
Indicadores de Producción y eficiencia
Indicadores desempeño



PLAN DE TRABAJO 2016-2017



**NORMA TÉCNICA
CODIFICACIÓN**
1er semestre 2017
Mesa técnica GRD
Fonasa – Minsal

**NORMA ESTADÍSTICA
NACIONAL**
Marzo de 2017 con
egresos 2015.
Actualización
Diciembre 2017 con
egresos 2016.

ESTUDIO DE COSTOS
Para redefinir precio
precio base y pesos
relativos para Chile.

PERC
Reemplazo sistema
costeo Winsig por
herramienta de
contabilidad de
costos PERC
2016 para los 25
hospitales y a fines de
2017 para el resto de
los hospitales de
nuestra red.



En la experiencia de Fonasa se han evidenciado GRD que no dan cuenta de los costos, a partir de la experiencia clínica chilena.



PLAN DE TRABAJO 2016-2017



DISEÑO LICITACIÓN COMPRA PRIVADOS

- **Septiembre 2016:** Bases y modelo compra
- **Octubre 2016:** CGR
- **Noviembre 2016:** Publicación
- **Diciembre 2016 :** Adjudicación

AUDITORÍA / CONTROL

- **Manual procedimientos de Auditoría**
- **Auditoría Outlier permanente**
- **Revisión Inliers permanente**
- **Auditoría Inliers 2017**

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Noviembre 2016: Difusión y evaluación resultados
Jornadas 2017: Proyección y evaluación del trabajo:





Muchas gracias

