

Mecanismos de Pago

Clínicas de Chile
1 Diciembre 2022

Emilio Santelices C .MD;MBA;PhD

Políticas de transformación del Financiamiento de la salud con enfoque funcional

Planificación presupuestaria
(Gestión Pública Financiera)

Recaudación de ingresos

Principalmente públicos, 6% del PIB, equidad y sostenibilidad

Mancomunación (de riesgos e ingresos)

Protección financiera, disminuir la segmentación, foco en acceso

Asignación y compra

Priorizar PNA, necesidades de salud y alinear incentivos con objetivos

Definición
de
beneficios

Curso de vida,
expansión
progresiva, guías
de práctica clínica
definidas,
aseguramiento de
la calidad

Método de pago e incentivos

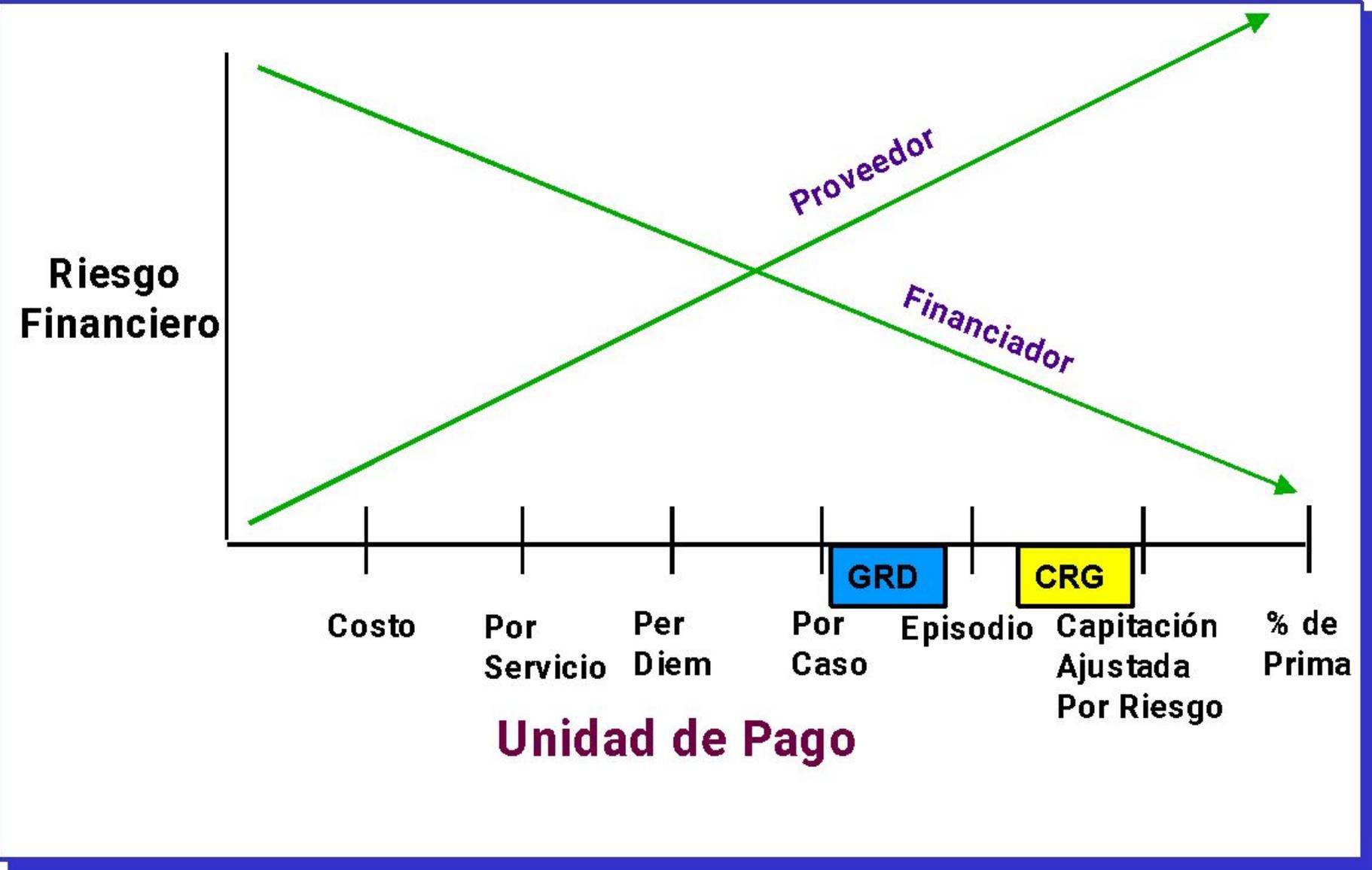
Mínimo Máximo

Grado de agrupación de servicios

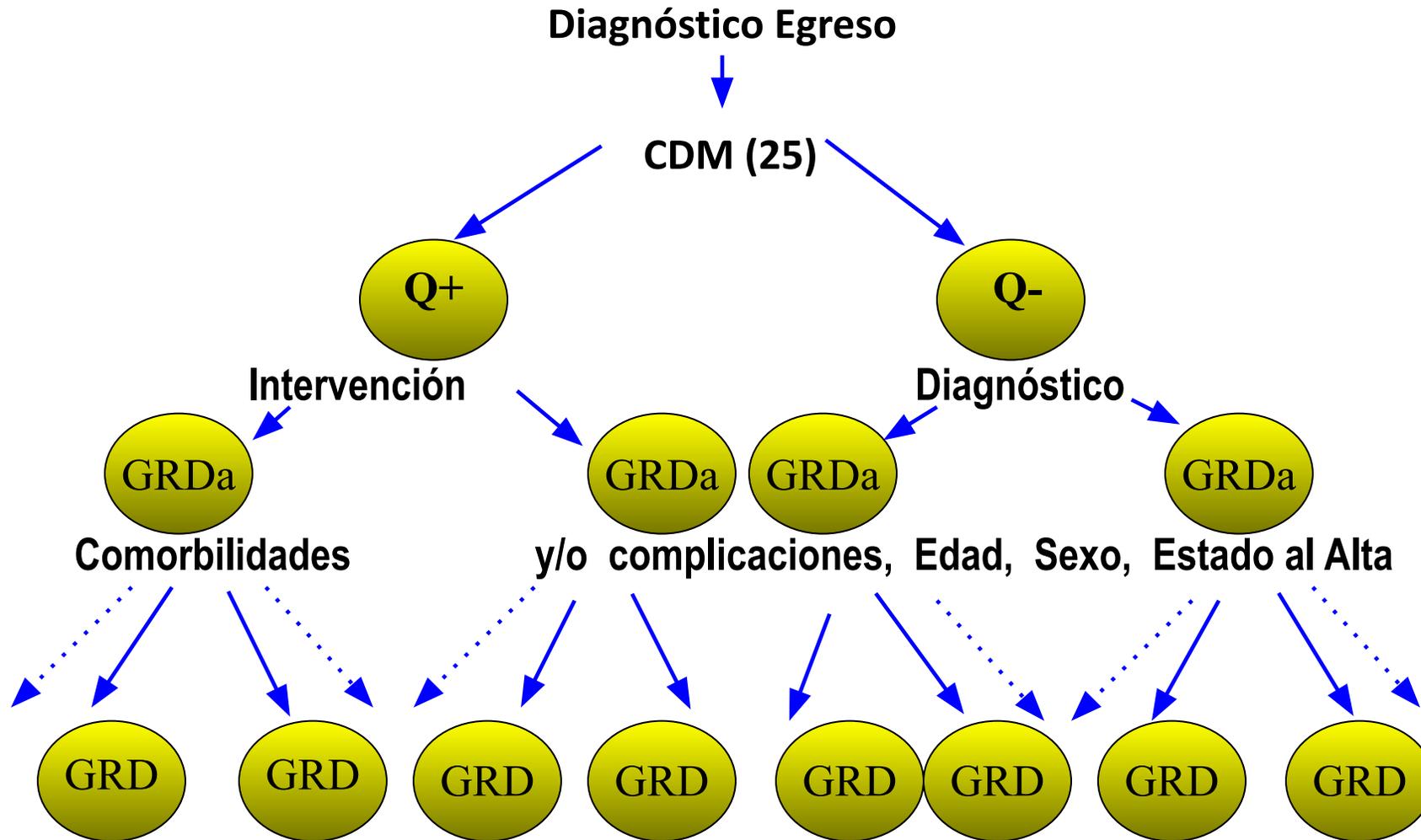
Dimensión del desempeño del proveedor	Mecanismo de pago				
	Presupuesto	Pago por Acto	Pago por Día	Pago por Caso	Capitación
Control costo	Ningún incentivo	Mínimo		Máximo	Incentivo máximo con el fin de maximizar margen o utilidad
Calidad	Calidad no reduce margen o utilidad	Mínimo		Máximo	Buena calidad sólo para casos que arrojen margen o que sean rentables
Tendencia a evitar casos complicados	Ningún incentivo para evitar casos complicados	Mínimo		Máximo	Alto incentivo para evitar casos complicados

Fuerza del incentivo para el proveedor

Compartiendo el Riesgo Financiero



Clasificación en Grupo Relacionados Diagnostico (GRD)

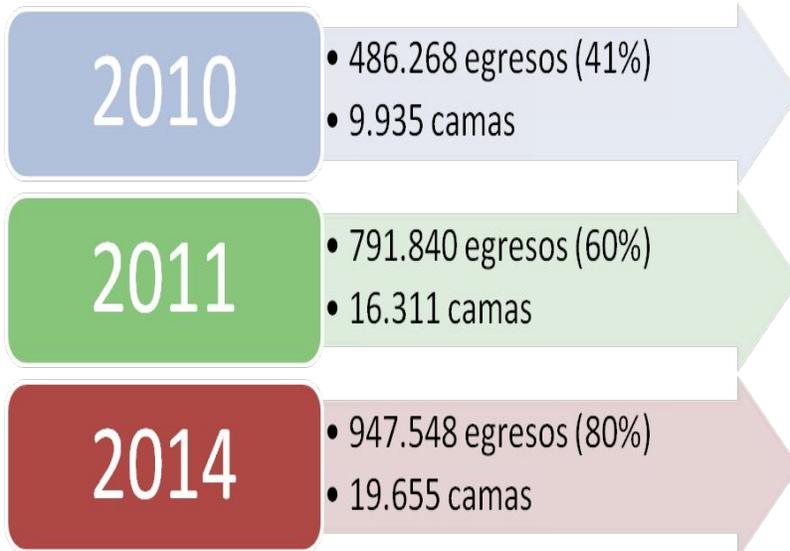


Precio Base

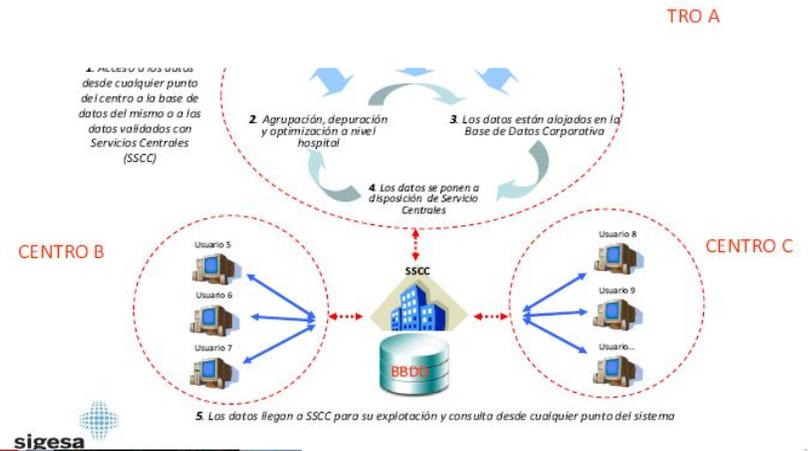
$$PB^{IDEAL} = \frac{\text{Costos_de_egresos}}{\sum_{i=1}^n (\text{egresos}_{GRDi} * W_{GRDi})}$$

- Esta fórmula es en lenguaje simple el costo medio de los egresos hospitalarios, donde los egresos están corregidos por complejidad (W_{GRDi} =peso relativo del GRD "i").
- Dada la conformación del Precio Base, este corresponde a un valor que depende de:
 - Los Costos Hospitalarios
 - Los egresos Hospitalarios
 - La complejidad asociada de los egresos

Implementación GRD en Chile

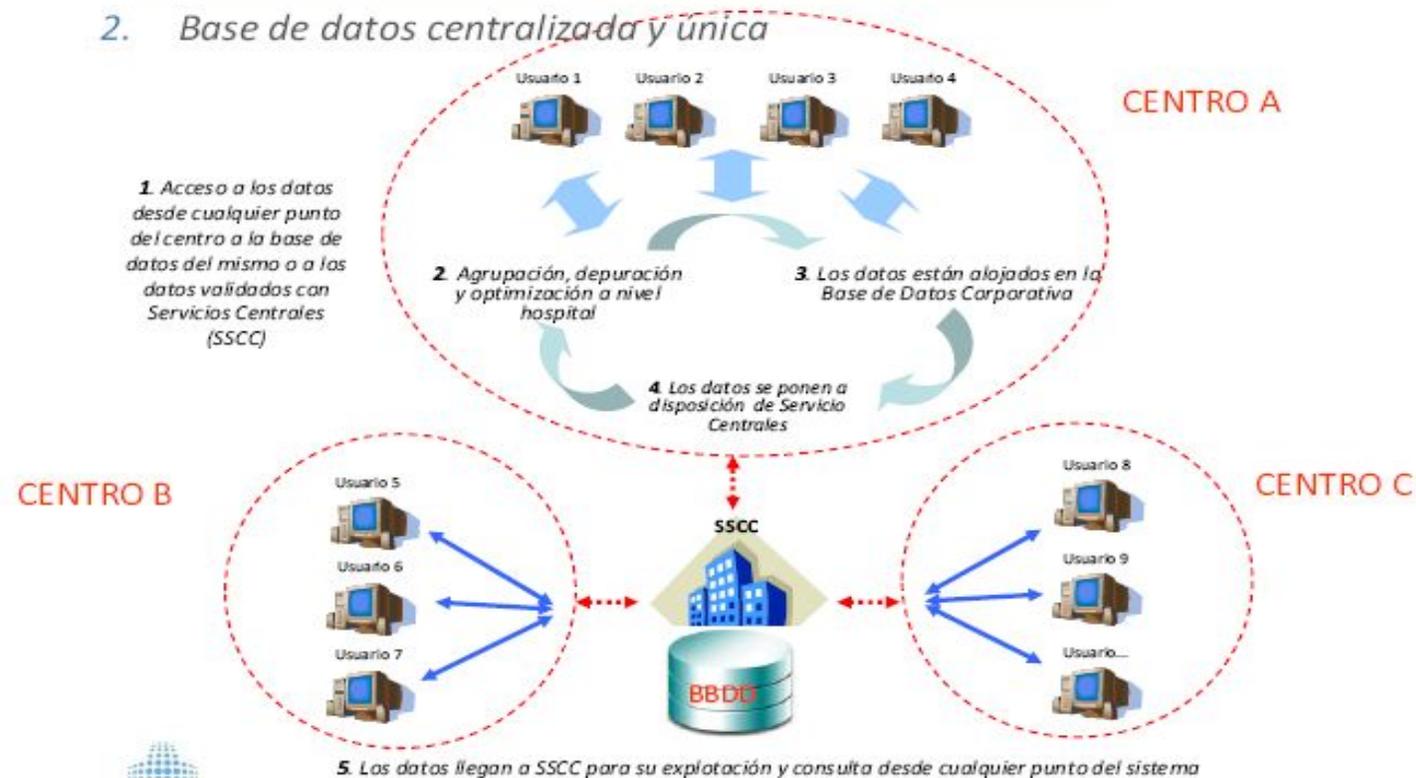


Características técnicas



Características técnicas

2. Base de datos centralizada y única



EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN PILOTO DE PAGO POR GRD 2014-2016

INDICE DE CRITICIDAD 2015



INDICE DE CRITICIDAD 2016



Se realizó una comparación financiera entre los hospitales del piloto GRD (14 establecimientos el año 2015 y 11 adicionales el año 2016) y los hospitales no incluidos en él. Se seleccionó para este último grupo un número de hospitales similar que tuvieran características comunes a los establecimientos del piloto, es decir, ser Hospitales de Mayor Complejidad, tener implementada la herramienta GRD y disponer de un presupuesto no superior a MM\$56.000. En este escenario se pudo observar que la deuda total en el caso de los Hospitales no incluidos en el Piloto GRD es superior a los de los Hospitales Piloto y en consecuencia su Índice de Criticidad también es superior.

Índice de criticidad = $\frac{\text{deuda}}{\text{mes de gasto sub 22}}$



Presupuesto hospitalario 2020

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ SE NECESITA ESTE COMITÉ? EVALUACIÓN IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA GRD FONASA

La aprobación de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2020, incluyó una glosa presupuestaria, a proposición del Congreso, con el propósito de que FONASA en conjunto con agentes externos informe trimestralmente respecto de la implementación del Programa de Transferencia GRD

- 03 El Fondo Nacional de Salud deberá informar trimestralmente a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, dentro de los treinta días siguientes al término del periodo respectivo, un informe que de cuenta del monitoreo y evaluación de la implementación de este programa. Para la evaluación referida, se deberá convocar a agentes externos especializados en la materia, como por ejemplo el Colegio Médico o Académicos de Universidades.

EJECUCIÓN RECURSOS FET LISTA DE ESPERA 2021

	SNSS	UNIVERSITARIOS Y FFAA	PRIVADO	CONSOLIDADO
Resueltos Pagados	574	120	1.439	2.133
Resueltos Prefacturados	5.921	858	7.137	13.916
en Resolución	4.783	343	2.573	7.699
en Espera de Respuesta por el Prestador	5.408	3	1.635	7.046
Deshabilitados por DIGERA	1.665	73	696	2.434
No Aceptados	27.911	2.706	16.501	47.118
TOTAL CASOS DERIVADOS	46.262	4.103	29.981	80.346

- **59%** de las derivaciones fueron rechazadas por el prestador (en los prestadores públicos por problemas de oferta como falta de especialista o pandemia con el 70% de las causas por rechazo mientras que en los prestadores privados el 44% de los rechazos fue a causa de problemas de oferta y el 28% por problemas en el contacto con el beneficiario)

En síntesis . Variables de política

- El uso de los mecanismos de pago, nos entrega herramientas para optimizar el comportamiento de los financiadores y prestadores, ajustando el pago por riesgo .
- A partir de la implementación que hicimos desde el año 2010, Chile ha adquirido suficiente experiencia, data y capacidades para ampliar el uso de los GRD.
- Derivado de lo anterior su uso se incorporó como política pública a partir del año 2020 para la ejecución presupuestaria.

En síntesis . Variables de Gestión y planificación

- Su utilización nos ha permitido utilizar la data para gestionar los recursos hospitalarios de manera más eficiente.
- También nos ha permitido normalizar las casuísticas para un adecuado *benchmark* hospitalario para ponderar la eficiencia técnica
- Podemos utilizar la información para una mejor planificación sanitaria, incluso capturando información sociosanitaria

En síntesis . Colaboración público privada

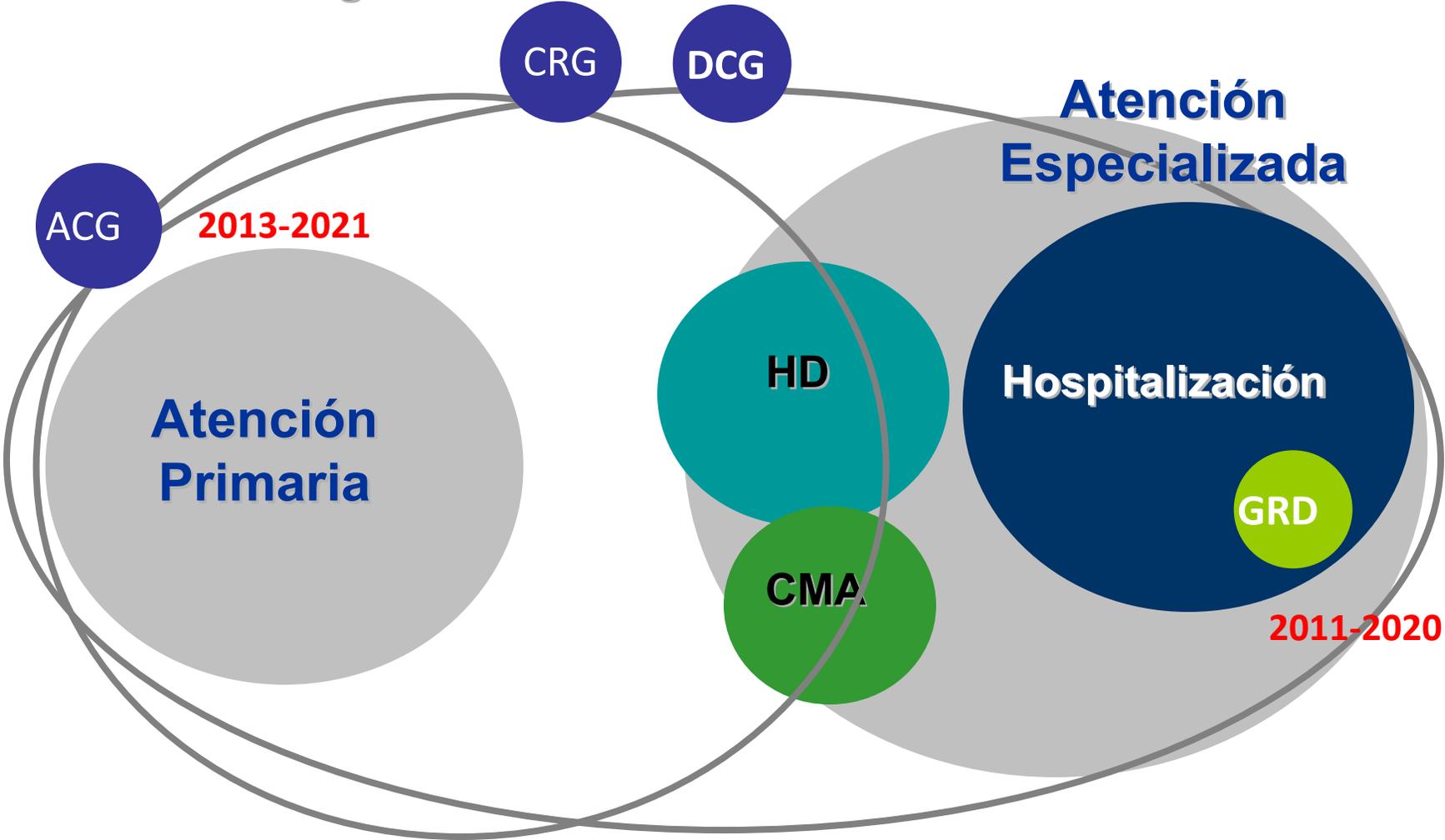
- Los GRD han permitido generar transferencia de recursos , optimizando el uso de los mismos desde la mirada del financiador .
- También constituye una oportunidad para incentivar la eficiencia por parte de los prestadores
- Es tarea del financiador proponer Precios bases sustentables
- Los prestadores deben asumir sus costeos sobre la base de costos marginales , y ocupación de capacidades ociosas.

Desafíos

- Perfeccionar los criterios para ajuste de tecnologías
- Mayor control de calidad en la codificación (22% error vs 5-10 Australia USA)
- Capturar urgencias .Gastos no registrados
- Desarrollar los pesos chilenos .
- Mayor uso para gestión y planificación (Deuda directivos).
- Profundizar conocimiento e implementación por prestadores privados

Sistema de clasificación de pacientes

Atención Integral



Clasificación según nivel de morbilidad e intensidad del uso de recursos de una población con patologías crónicas en Atención Primaria de Salud utilizando “*Adjusted Clinical Groups*” (ACG)

EMILIO SANTELICES C.^{1,a}, FERNANDO MUÑOZ P.^{2,b},
PATRICIO MUÑIZ³, JOSÉ ROJAS^{1,c}

Resultados

Patologías	Prevalencia total (x 1.000)	Morbilidad relativa	1	RUB 2	3
Diabetes	26,868	3,261	1,917	3,304	5,326
HTA	57,051	3,206	1,924	3,287	5,290
Ins. cardíaca	5,211	3,688	1,820	3,444	5,443
Comuna	Prevalencia total (x 1.000)	Morbilidad relativa	1	RUB 2	3
Caldera	39,165	3,128	1,879	3,224	5,137
Catemu	12,305	2,090	1,988	3,000	4,716
Cerro Navia	32,858	3,489	1,862	3,275	5,373
Chiguayante	3,202	1,639	2,105	2,989	5,504
Conchalí	36,855	3,380	2,052	3,297	5,312
Concón	29,517	3,819	1,952	3,323	5,422
Copiapó	23,302	2,783	1,976	3,227	5,052
El Monte	23,079	2,752	2,111	3,171	5,493
La Cisterna	0,361	2,989	1,185	3,317	5,727
La Florida	37,946	3,624	1,933	3,402	5,362
La Reina	35,126	2,077	1,566	3,237	4,894

Gracias

esantelicescueva@gmail.com

@EsantelicesC