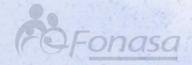


COMPRA SANITARIA ESTRATÉGICA: Mecanismo de pago por GRD en el contexto actual

Dra. Nancy Dawson Reveco Jefa División Comercialización Fondo Nacional de Salud

Santiago, 1 de diciembre, 2022.



OBJETIVO: GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO



"El objetivo primario en la construcción de GRD es establecer una definición de casos tipos, que un establecimiento de salud 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 un sentido





Generar mejores formas de combinar riesgos y mejorar protección financiera ante un pool mayor y cada vez más diverso.



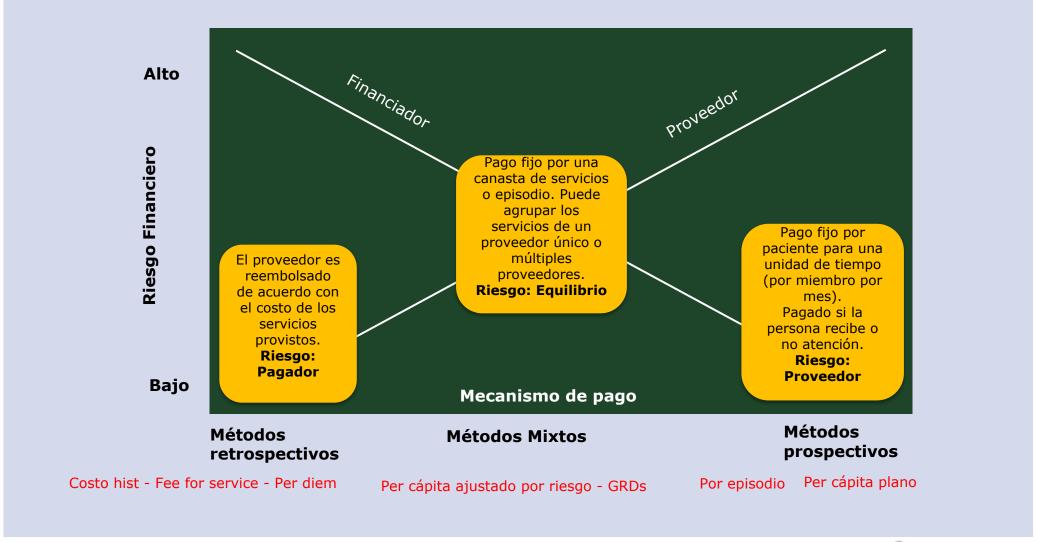
Desarrollar sistemas de pago y mecanismos para la compra estratégica y la distribución justa y eficiente de los recursos.



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



RIESGO AGREGADO Y RIESGO DE LA VARIABILIDAD INDIVIDUAL





DESARROLLO INTERNACIONAL DEL USO DE GRDs

- Shleifer 1985: Competencia por comparación. Escribe cuando medicare pone en marcha el pago prospectivo por GRD a hospitales.
- Existen muchos establecimientos, homogéneos, que producen un producto homogéneo y sí revelan sus costos pueden ser sometidos a un financiamiento regulado.
- Se paga al establecimiento en relación a la media de los otros o respecto del establecimiento "sombra" que representa el parámetro de eficiencia.
- Se premia estar por debajo de los costos medios del grupo pertinente considerando un ciclo momentos en el tiempo (ciclo presupuestario, por ejemplo).
- Los establecimientos maximizan posición generando un equilibrio ajustado a costos mas eficientes.

Rand Journal of Economics Vol. 16, No. 3, Autumn 1985

A theory of yardstick competition

Andrei Shleifer*

In the typical regulatory scheme a franchised monopoly has little incentive to reduce costs. This article proposes a mechanism in which the price the regulated firm receives depends on the costs of identical firms. In equilibrium each firm chooses a socially efficient level of cost reduction. The mechanism generalizes to cover heterogeneous firms with observable differences. Medicare's prospective reimbursement of hospitals by using diagnostically related groups is a scheme very similar to the one outlined here.

> Journal of Economic Literature Vol. XXXIV (September 1996), pp. 1236-1263

Reimbursing Health Plans and Health | PROVIDER BEHAVIOR UNDER PROSPECTIVE REIMBURSEMENT Providers: Efficiency in Production Versus Selection

JOSEPH P. NEWHOUSE Harvard University

I would like to thank Ernie Berndt, David Cutler, Peter Diamond, Randall Ellis, William Encinosa, Richard Frank, Jerry Green, Albert Ma, Thomas McGuire, Mark Pauly, Kathy Swartz, Richard Zeckhauser, and anonymous referees for helpful comments on a preliminary draft. Naturally I am responsible for the remaining infelicities

Journal of Health Economics 5 (1986) 129-151. North-Holland

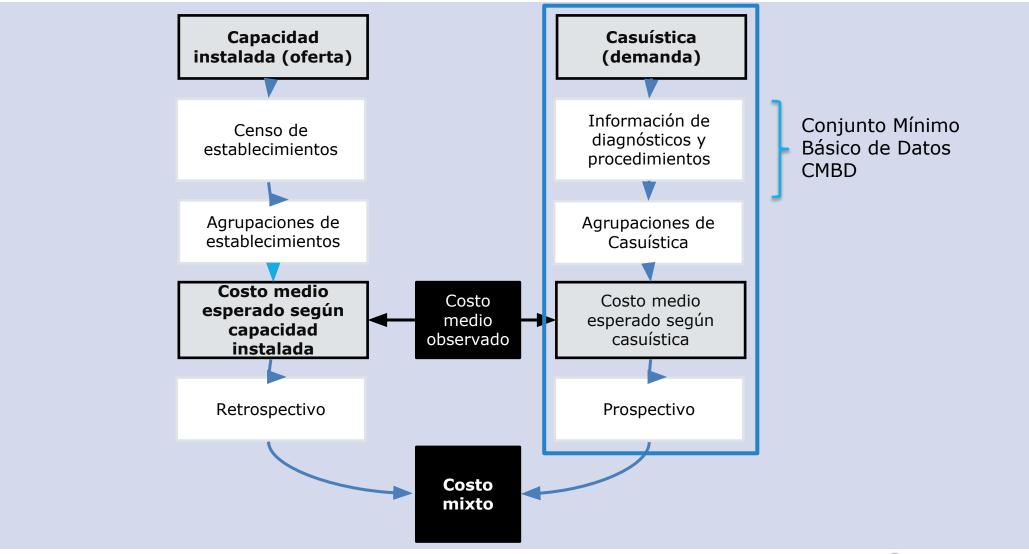
Cost Sharing and Supply

Randall P. ELLIS and Thomas G. McGUIRE* Boston University, Boston, MA 02215, USA

Received April 1985, final version received March 1986

This paper develops a model in which physicians choose the level of services to be provided to their patients. We show that if physicians undervalue benefits to patients relative to hospital profits, prospective payment, a system in which hospitals receive a payment dependent on the iagnosis-related group within which a patient falls, can lead to too few services being provided. In contrast, a 'cost-based' reimbursement system is shown to result in too many services being provided. Competition between hospitals for physicians will tend to augment both of these problems. We also examine a mixed reimbursement system, in which hospital reimbursements are paid partly prospectively and partly cost-based. This system is shown under a variety of circumstances to be superior to the other two reimbursement systems by improving the incentives for the efficient level of services, reducing incentives to reclassify patients, and reducing risk to providers.

SISTEMA DE PAGO MIXTO CON GRDs



Fuente: Cid et al, 2012.



Aportes recientes al uso de los GRD a nivel global

PURCHASING HEALTH SERVICES FOR **UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: HOW TO MAKE IT MORE STRATEGIC?**

HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 10

DIAGNOSIS-RELATED GROUPS:

a question and answer guide on case-based

HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 6

GOVERNANCE FOR STRATEGIC PURCHASING:

Policy questions

WHAT TO BUY?

Which services.

interventions and

medecines to

purchase, and what

cost-sharing and

referral arrangements

are appropriate as

conditions of access?

Policy questions

What information to

generate, and how

best to manage,

analyse and use it for

strategic purchasing

decisions?

relevant for strategic purchasing.

AN ANALYTICAL FRAMEWORK TO GUIDE A COUNTRY ASSESSMENT

Figure 1: Core areas of strategic purchasing and policy questions

Specifying

Policy questions FROM WHOM TO

BUY?

From which providers to buy and how to choose these?

Selecting

providers

Designing

(non-)financial

incentives

Governance*

for strategic purchasing

Managing information

systems

* Governance is an overarching health system function, but is particularly

Policy questions HOW TO BUY?

What are the most appropriate provider payment methods? What type of contractual obligations and other (non-)financial incentives are available to purchaser to increase provider performance?

Policy questions

How to exert oversight over a purchasing agency to ensure accountability and how to coordinate across multiple purchasing agencies?

classification and payment systems Box 2. DRGs in Chile: a case of progressive implementation

In Chile a first DRG pilot, focusing on information collection and analysis of case mix, started in 2002 in four major hospitals with technical support from the Catholic University of Chile. The pilot highlighted the relevance of having a strong hospital information management system, the need to agree on and collect the necessary minimum set of data and the importance of designating and training coding teams for data entry.

From 2007 onwards, the Ministry of Health and FONASA (the national health fund, operating as a health insurance type purchaser) were evaluating the possibility to use

DRGs as hospital payment method. Starting in 2010, the International DRG variant was gradually expanded to 25 public hospitals for informat Hospitals developed their coding capacity, implemented DRG software standardized system for collection of cost information. Case weights a of the base rate have been developed and continuously revised. In 201 systems in public hospitals had matured sufficiently to provide necessary in a detailed costing study to re-evaluate both relative case group weights

Starting in 2015, FONASA uses flexible contracting mechanisms to pilot L for private providers. FONASA decided to buy bed days from the private s of pathologies for which there are long waiting lists in the public secto those pathologies in DRGs. As cost structures differ between public and priv there are differences in DRG rates between the public hospitals, with the based on costing studies, and the private sector, with rates being base process. However, funding channelled through DRG to private provider: less than 1% of FONASA's total budget.

The implementation of DRG payments in Chile has been slow and the DRC mainly used for information collection. FONASA has announced its plan t payments in 2020 to public hospitals.

Camilo Cid and (



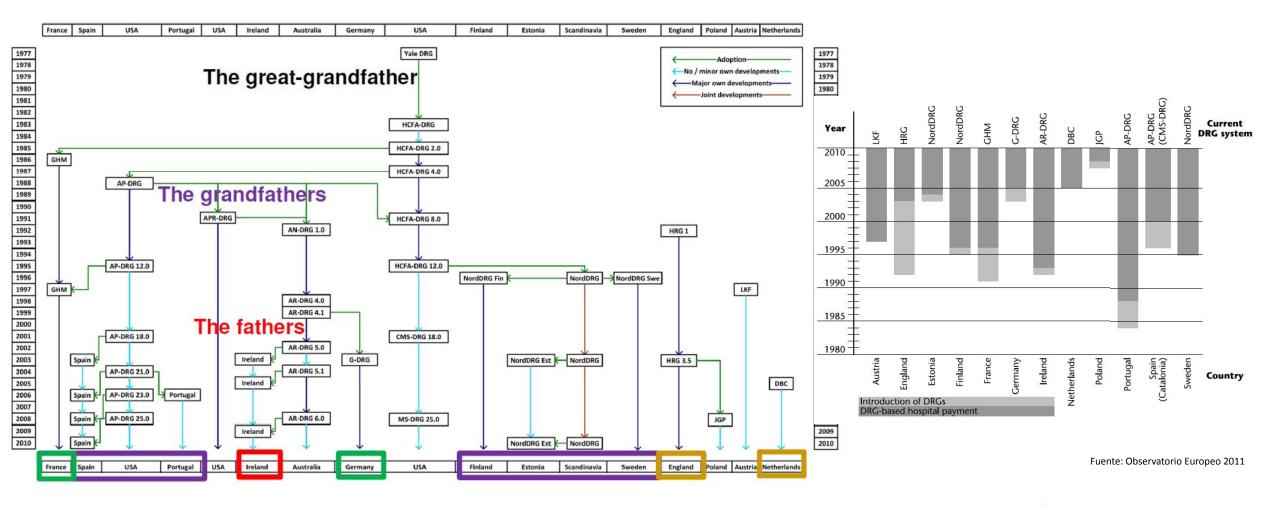
Payments for Health

Lessons from Case Studies

Caryn Bredenkamp, Sarah Bales, and Kristiina Kahur, Editors

(A) WORLD BANK GROUP

Introducción de los GRD en el mundo





Implementación y uso GRD en Chile



2008 – 2009 17 nuevos Hospitales **2010**"Programa Clínico Financiero" Minsal:
Implementación Unidades GRD
(62 Hospitales)



2015 - 2019 Compra por GRD Camas Críticas en

Privados
Pago Lista de Espera
Piloto: 25 Hospitales
Públicos

Programa 05
Transferencia por GRD (65)
Red Integrada COVID
Lista de Espera GES
– No GES



Fuente: Fonasa



Diseño modelo de pago por GRD

Agrupador GRD: International-Refined GRD (IR-GRD)

Permite registro de Egresos Hospitalarios y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Pesos Relativos:
IR-GRD

Estudio Costo 2017 FONASA – PUC: Estrecha correlación entre Pesos IRGRD y los calculados en el estudio.

DESAFÍO: PESOS RELATIVOS CHILENOS

Precio Base (PB)

Red Pública:
Sistema costeo SIGCOM
Precios Base único con ajustes

Red Privada:
Ofertados por prestador
Bandas de precio por complejidad

Modelo
Precio Base * Peso Relativo

Red Pública: 68 hospitales año 2023; Egresos hospitalarios y CMA Red Privada Egresos hospitalarios (Camas críticas) y CMA (Lista de Espera)

Factores de ajuste y regulación

Ajustes de precio y de tecnología; procesos de validación pre pago y auditorías post pago.

Fuente: Fonasa







Avances en la implementación de pago por GRD en Hospitales Públicos

"Normalización del Presupuesto GRD" año 2023

INICIO PAGO VÍA GRD Se ha promovido un Precio Base (PB)

OPORTUNIDAD

Lograr mayor equidad en la distribución presupuestaria y en la compra de servicios.

PB DIFERENCIADOS

Ponen presión en el precio. "Exigir" valor más alto y cambio de cluster.

ACTUALMENTE

No existe relación entre mecanismos de pago y la estructura de costos de los hospitales.

REDISEÑAR

El mecanismo de pago y poner énfasis en el desempeño clínico.

PRECIO BASE ÚNICO

Énfasis en la producción en función del presupuesto asignado y en asignaciones adicionales.

AVANZAR EN EL PROGRAMA
Incorporar 3 nuevos hospitales
Total 2023 :68



Normalización del Presupuesto GRD 2023 públicos

 Incorporación de un PB único + 2 PB diferenciados (hospitales especializados y zona austral), implica una redistribución de los recursos a partir del presupuesto inicial asignado en el año 2022:



La redistribución de Ppto entre las líneas "No GRD" y "GRD" tiene <u>nulo efecto presupuestario</u> <u>agregado</u>, quedando con igual Ppto 2022 inicial.

PB único ajustado Zona Austral 2 Hospitales: \$ 3.637.448 PB único 63 Hospitales:

\$2.726.560

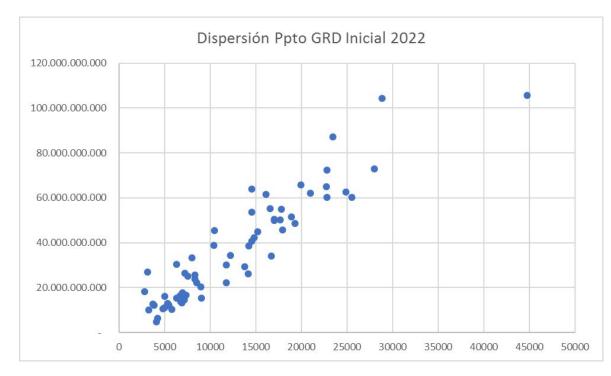
PB único ajustado 3 Especializados: \$ 2.891.468

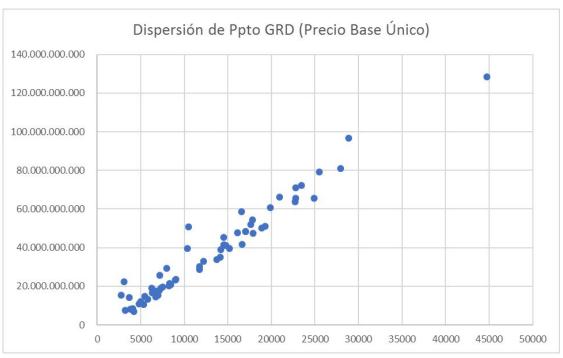
AJUSTES DE TECNOLOGÍA COMO ADICIONALES

Revisión e incorporación de nuevos ajustes



Normalización del Presupuesto GRD





Fuente: Fonasa

- Existe una mayor concentración en los Presupuestos GRD de los hospitales con un precio base único.
- Hospitales de 15.000 egresos anuales pasan de tener entre MM\$26.000.- y MM\$64.000.- a un presupuesto de entre MM\$35.000.- y MM\$41.000.-
- El peso medio GRD de cada hospital marca la diferencia de presupuesto a niveles similares de actividad.







Implementación de pago por GRD en Prestadores Privados

Compra y pago por GRD desde 2015

Compra Prestadores Privados

Desde la compra por "Día cama integral" hasta la "Compra y pago por GRD"



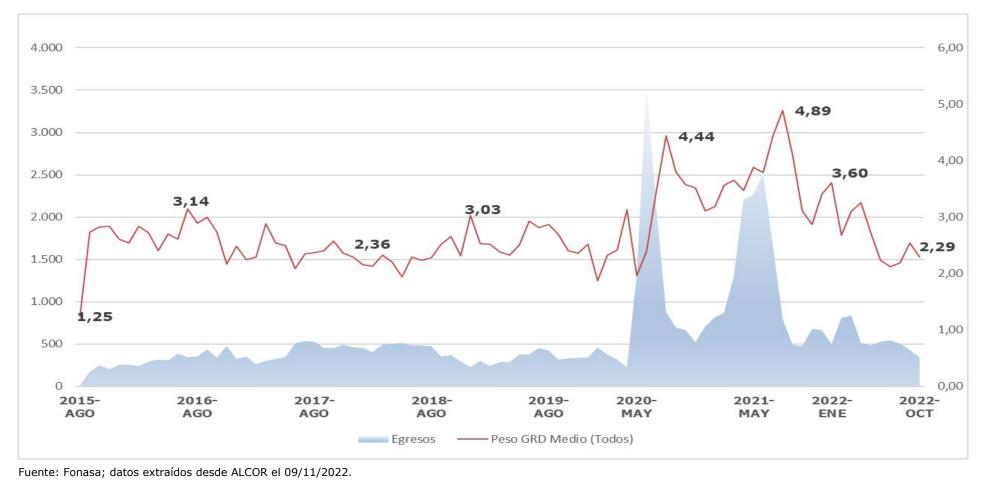
Desde 2015 y durante 7años Compra y pago por GRD (camas críticas y LE)

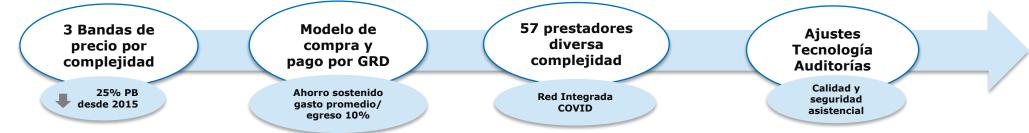
Resolución integral
Información estandarizada, actualizada y en sistemas informáticos
Precio Base conocido
Riesgo compartido entre Financiador y proveedor

Hasta el 2014 modalidad de compra "Día Cama integral":

No existía incentivo para resolución eficiente Incertidumbre valor final a pagar Cálculos y revisión de antecedentes "manuales" Paciente retornaba al sistema público

Egresos y complejidad Red Privada convenio GRD camas críticas período 2015 - 2022





Compra y pago por GRD prestadores privados









COMPRA

LICITACIÓN

PAGO

CONDICIONES **DE COMPRA**

Resolución Integral **Riesgo Compartido**

Compra: Camas Críticas, agudas y básicas

Adulto, Pediátrico, Neonato Médico y Médico - Ox

PÚBLICA

3era Licitación 2019 - 2023 30 Prestadores

Regiones Extremas Diversa Complejidad

Red Integrada COVID se lograron más de 55 convenios GRD

Licitación 2019 - 2023

3 bandas de precios según complejidad

(-25% precios ofertados)

Ahorro Prom. 1era y 2da Licitación: -12%

Ahorro Prom.2da y 3era Licitación: -10%

Pago y validación "Ajustes de Tecnología"

Marcador POA "Present on Admission"

Condiciones de Rescate

Revisión sanitaria:

Casos Inlier Auditorías Outlier



Licitación GRD 2019 - 2023

(01/06/2019 al 31/10/2022) incluye Red Integrada COVID



99,2% (34.362) Egresos Hosp.

50% derivación UGCC y 50% LU - GRD Peso Relativo promedio: 3,21 Mediana: 1,52

Estancia Media bruta 17,1 días

Outliers
Superiores 2,5%

Complejidad 2,19
52,6 días estadía
promedio

Mortalidad 13%

Peso Medio: 5,42 19,2 días estadía promedio 62,8% 3 GRDs Respiratorios

35,6% (12.243) GRD - MH Infecciones e inflamaciones respiratorias W/MCC, representante de la Neumonía por COVID 19.

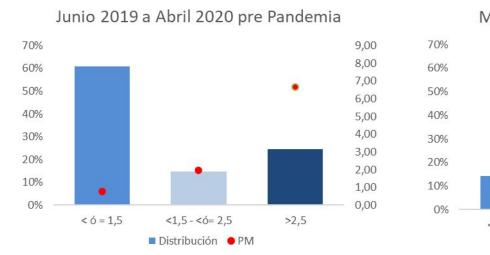
55,7% Pacientes de resolución médica

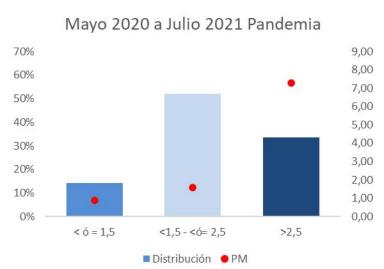
85,6% Severidad Mayor

72,7% Riesgo de mortalidad Mayor



Licitación 2019 – 2022: distribución egresos por períodos (01/06/2019 al 31/10/2022) incluye Red Integrada COVID







Hasta el **año 2019**, el mayor número de egresos se concentraba en la **banda de menor complejidad**, situación que se modificó con la pandemia. Este **año 2022**, se observa una **normalización progresiva de la concentración de egresos y su complejidad**, lo que valida la existencia de bandas de precio ajustada a complejidad y sitúa la mayor cantidad de casos en una banda de menor complejidad y precio base.



LICITACIÓN GRD 2023

Elaboración de Bases de Licitación: coordinación institucional y reuniones con DIGERA, Minsal.



Proceso de **Consultas al Mercado**: Publicación en plataforma de mercado público por 15 días corridos.



Informe análisis técnico financiero que incluye resultado del proceso de "Consultas al Mercado; Bases de Licitación ingresadas a Contraloría General de la República.



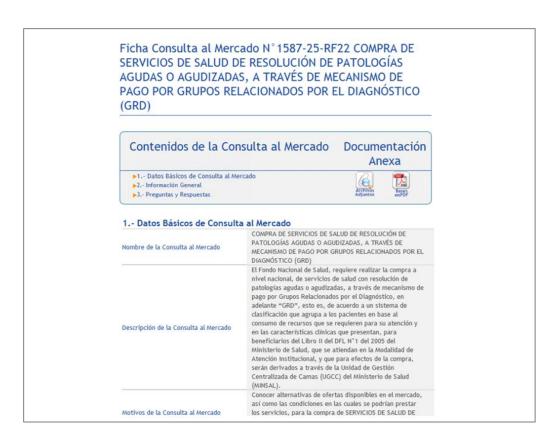
Toma de razón por parte de CGR de las Bases de Licitación y posterior **publicación** en plataforma de Mercado Público, da por iniciado el proceso licitatorio.



LICITACIÓN GRD 2023: Proceso de Consultas al mercado

PRESTADORES O INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- Clínica Alemana Osorno
- Clínica Red Salud Providencia
- Clínica Ciudad del Mar.
- 4. Clínica Red Salud Santiago
- 5. Clínicas de Chile
- Clínica Ensenada
- 7. Clínica Red Salud Magallanes
- 8. Medical Policenter
- 9. Clínica Red Salud Mayor Temuco
- 10. Clínica Sanatorio Alemán
- Clínica Red Salud Vitacura
- 12. Red UC Christus
- 13. Clínica Red Salud Valparaíso





LICITACIÓN GRD 2023: Resultados proceso de Consultas al mercado

Participantes coinciden en que el servicio a licitar es de **gran interés**; en su postulación apuntan al **volumen y mix de pacientes** a recibir.

Participantes refieren que son **temas complejos:** la definición de resolución integral y los pagos por ajustes de tecnología.

Se incluyen, de acuerdo a lo sugerido, **nuevos ajustes de tecnología y modificaciones** a algunos ya vigentes.

Participantes solicitan **aclarar y mejorar** aspectos relacionados con proceso de **derivación**, **atención y rescate** de pacientes, además del proceso de prefacturación.

Todos los prestadores refieren que es atractivo **plantear un reajuste anual (o semestral)** de los precios bases, asociado al IPC acumulado o a valor de UF. No hay objeciones al modelo de bandas de precio ajustados a complejidad-



LICITACIÓN GRD 2023: Resultados proceso de Consultas al mercado

Participantes refieren que el "Sistema de validación y pago" disponible, no permite adjuntar alto volumen de documentos, plantean aumentar la capacidad de la plataforma junto con establecer plazos máximos de revisión, validación y pago.

Participantes refieren necesidad de mejorar condiciones de pago para pacientes de larga estadía, generar Pesos Relativos Chilenos, pagos diferenciados por tipo de paciente (neonato, pediátrico, adulto) y tipo de resolución (médico y médico quirúrgica).

Incorporación de la Hospitalización Domiciliaria como estrategia de continuidad de tratamiento, sin embargo se atenta con principio de "Resolución Integral". Presupuesto 2023 potencia Hospitalización domiciliaria en Red Pública.

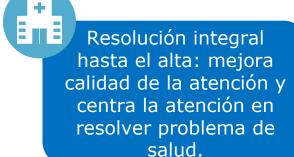


Compra y pago por GRD prestadores privados: resultados

Mejora el acceso de la población más vulnerable a servicios de salud de alta complejidad a nivel país:

Neonatos

mejorar eficiencia.





Precio conocido permite al Fondo presupuestar y proyectar gasto haciendo frente a cambios en el escenario epidemiológico

Conocer la casuística y complejidad asociada, permite disminuir variabilidad de atención y

Conocer la casuística o mix de pacientes, permite establecer costos asociados y márgenes de ganancias

Pago ajustado a complejidad (GRD) mejora la retribución de las atenciones de salud al prestador privado.

Modelo de pago con ajuste de tecnología (AT) permite reconocer costos no incorporados en tarifa por GRD



Compra y pago por GRD prestadores privados: Desafíos

Utilización de GRD como herramienta de gestión clínica:

Disminución de la variabilidad clínica contiene y reduce costos; monitoreo eficiente y comparable de calidad y seguridad asistencial.

Precio Base único:

En la mayoría de los países con pago por GRD, el comprador establece un precio base, reglas de compra, parámetros de monitoreo y evaluación de calidad y seguridad de la atención.

Norma técnica GRD prestadores privados:

Codificación y registro GRD del 100% de la casuística hospitalaria atendida por prestadores privados (no sólo derivaciones FONASA), permitirá establecer normativa privada y benchmarking

Mejoras en procesos administrativos relacionado con gestión de casos:

Mejoras en el proceso de derivación y contrarreferencia de pacientes a hospital de origen; mejoras en tiempo de respuesta y rescate a la Red Pública. Mejoras en comunicación entre prestador y establecimiento de origen.





