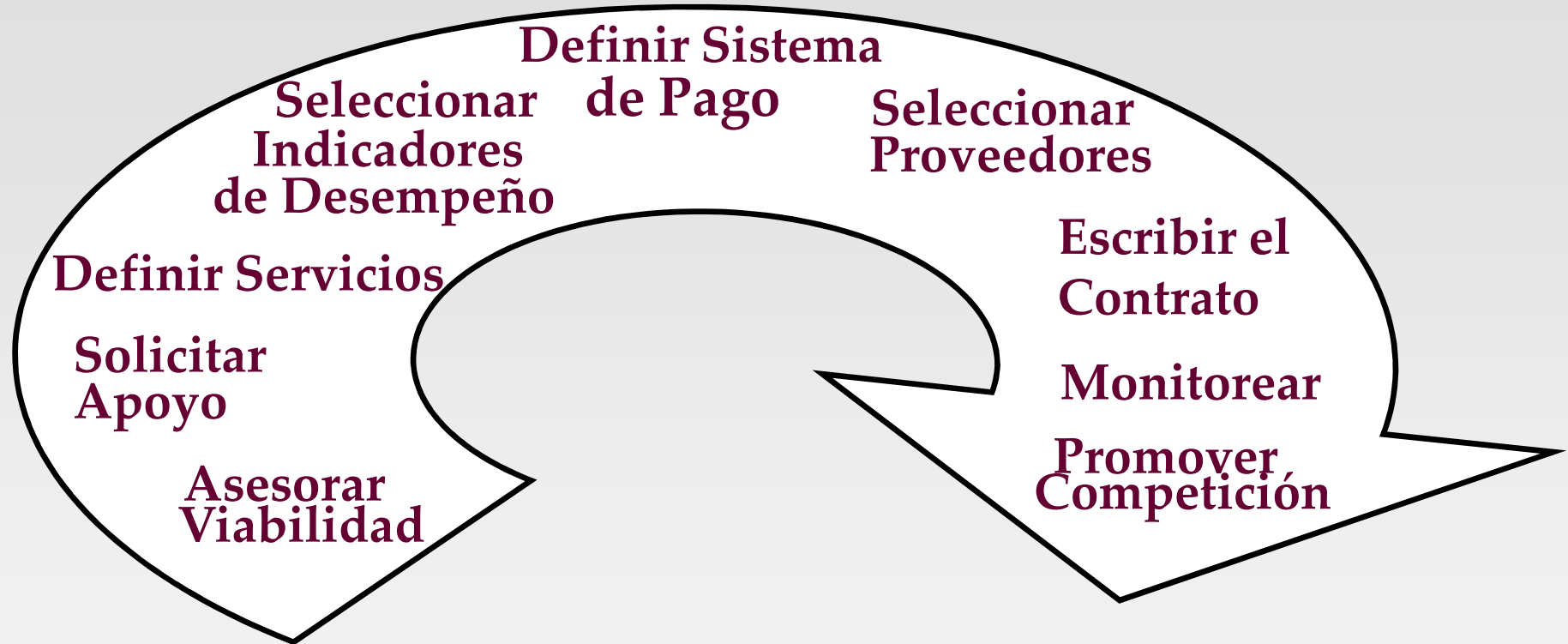
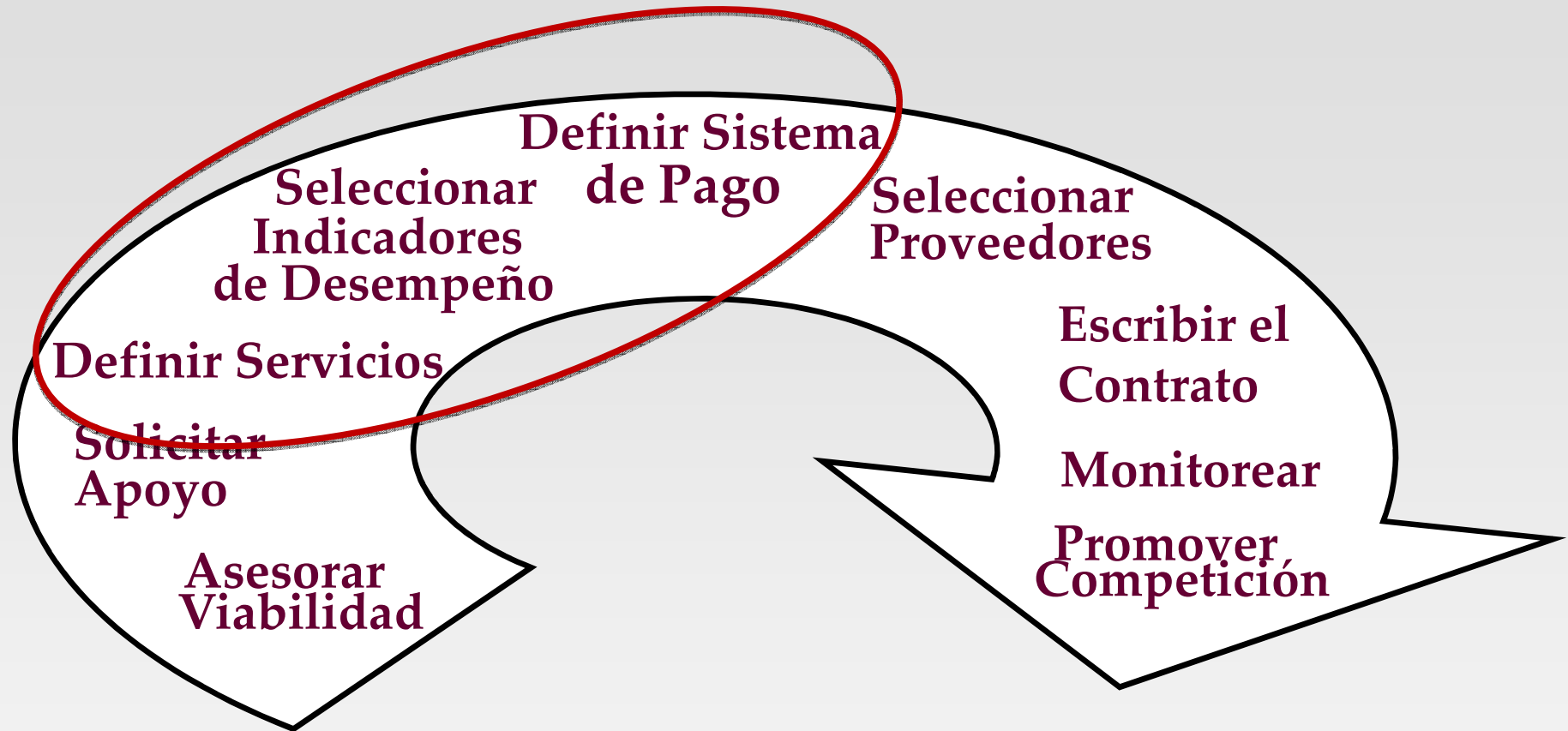


Mecanismos de Pago

Contratación de Servicios de Salud



Contratación de Servicios de Salud



Análisis de Costo-Eficiencia

Costos de la intervención (\$)

Resultados de la intervención

Los resultados se pueden expresar como la cantidad de pacientes atendidos, dados de alta o vidas salvadas, años de vida en función de la discapacidad (DALYs), o años de vida en función de la calidad (QALYs).

Pago por Servicio

- Pago fijo por cada servicio.
- Alta carga administrativa para pagador y proveedor.
- Incentivos para aumentar el volumen.
- Puede ser combinado con presupuesto global.

Pago por grupos relacionados por diagnostico

- Para cada caso, disminuye gastos.
- Disminuye la estadía en el hospital; menos exámenes.
- Incentiva a admitir casos para los cuales el pago sería más que los costos.
- Un mecanismo importante de pago en varios países, incluyendo los EEUU, Argentina, y Brasil.

Capitación

- Pago al proveedor por cabeza.
- Pago basado en membrecía, y no en servicios específicos.
- Alocación eficiente de recursos – el proveedor disminuirá gastos pero tiene incentivo de proveer servicios preventivos a su población.

Mecanismos de Pago

Mecanismos	Incentivos para Proveedores			
	Atención preventiva	Atención curativa	Control de Costos	Calidad
Presupuesto por línea	+/-	--	+++	--
Presupuesto global	++	--	+++	--
Capitación	+++	--	+++	++
Pago por grupos relacionados por diagnóstico	+/-	++	++	++
Pago por servicio	+/-	+++	---	++

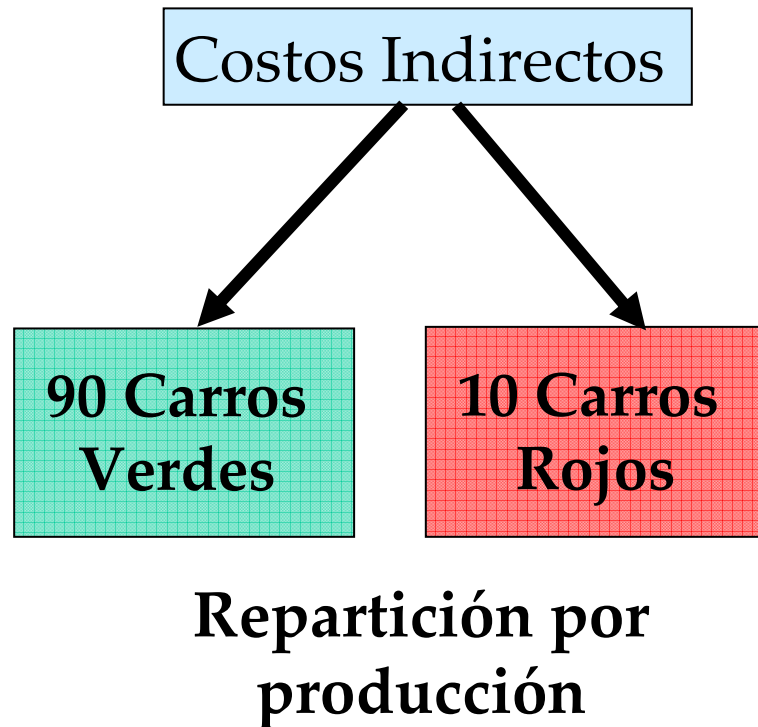
Como Fijar Precios?

Factores que Afectan los Precios Negociados y Pagados

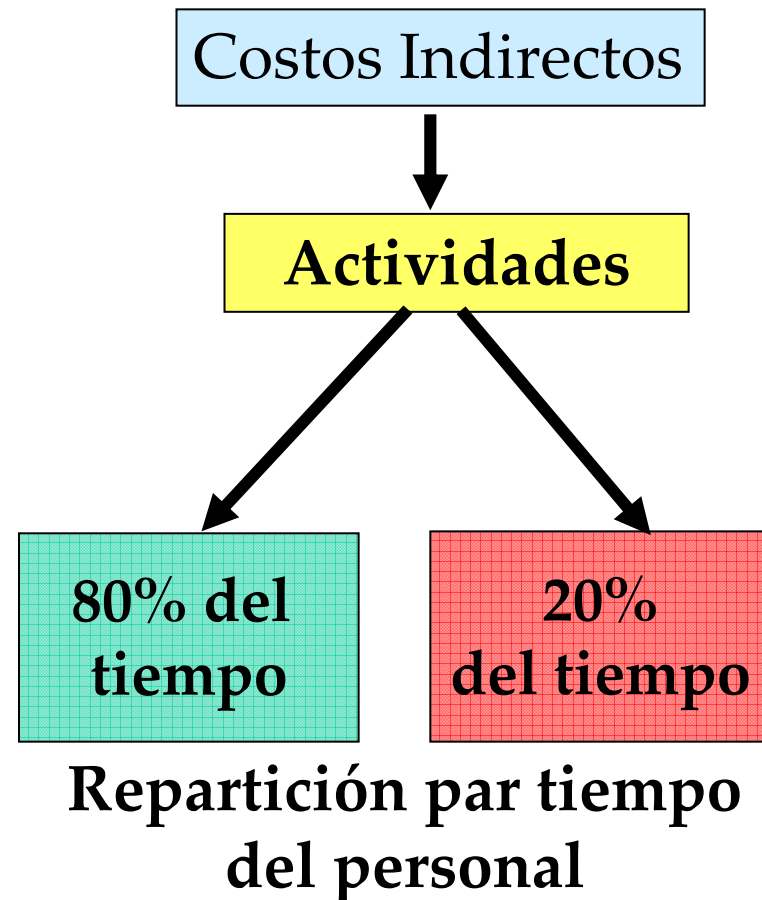
- Sistema de pago a los proveedores.
- Disponibilidad de información – costos, cantidad de servicios, y resultados – y métodos usados de calcular los costos reales de los proveedores.
- Características del “comprador” y los proveedores – el ambiente de regulación, autonomía de los proveedores, poder de negociación, y la concurrencia.

Contabilidad Tradicional y Costeo Basado en Actividades (CBA)

Contabilidad Tradicional



CBA



Como Medir Desempeño?

Como Medir Desempeño (*Performance*)

- Indicadores *estructurales* están basados en la capacidad del proveedor de brindar servicios de alta calidad.
- Indicadores *de proceso* están basados en las actividades de los proveedores que resultan en servicios de calidad mejorada y resultados mejores.
- Indicadores *de resultados* están basados en el estado de salud de los pacientes o clientes.

Como Medir Desempeño (*Performance*)

- En los EEUU y otros países, se ve una transición de indicadores estructurales a indicadores de proceso y indicadores de resultados.
- Se pone énfasis en indicadores estructurales basados en evidencia (*evidence-based*).

Indicadores Utilizados a Nivel Internacional

Health Outcome Indicators	OECD	Australia	Canada	U.K.	U.S.
Avoidable mortality by selected conditions	✓	✓	✓	✓	✓
Infant mortality	✓	✓	✓	✓	✓
Perinatal mortality	✓	✓	✓	✓	✓
Low birthweight	✓	✓	✓	✓	✓
Incidence of infectious diseases	✓	✓	✓	✓	✓
Avoidable hospitalizations by selected conditions	✓		✓	✓	✓
Survival rates from cancer	✓		✓	✓	✓
Survival rates from dialysis and transplants			✓		
Inhospital mortality due to acute myocardial infarctions	✓		✓	✓	
30-day perioperative mortality data			✓	✓	
28-day emergency readmission rates				✓	
Vaccination rates	✓				✓
Breast and cervical cancer screening	✓			✓	✓

Ejemplos Internacionales

Experiencias Internacionales en Reformas de Sistemas de Pago

- EEUU – en 1983, el programa Medicare empezó pago por servicio (*fee-for-service*) basado en costos para servicios ambulatorios en los hospitales, y pago por caso para servicios de hospitalización:
 - ✓ El promedio de estancia bajó por 15% de 1982 hasta 1985.
 - ✓ Días de hospitalización por 1,000 personas bajaron por 22% hasta 1985.
 - ✓ El crecimiento real en gastos hospitalarios bajó de 5.4% (1977-1983) hasta 2.8% (1983-1987).

Medicare en los EEUU

- El programa Medicare en los Estados Unidos paga a los médicos con un sistema de pago por servicio – la escala de valor relativo basada en recursos (*Resource Based Relative Value Scale – RBRVS*)
- Tres tipos de recursos usados para fijar los valores relativos:
 - (1) El trabajo de médico – incluyendo su tiempo, esfuerzo, habilidad, y riesgo para el paciente.
 - (2) Gastos operativos - incluyendo el personal, espacio, equipamiento, suministros.
 - (3) Seguro profesional.

Medicare en los EEUU (cont.)

- Los niveles de pago son ajustados según diferencias regionales en precios.
- El pago por unidad de valor relativo se ajusta cada año por un factor comparando el crecimiento económico general con el sector de salud.
- Otros factores son inflación en el sector de salud, cambios en afiliados registrados, y crecimiento económico.

Pagos por Caso a los Hospitales – Australia

- Todos los estados excepto New South Wales hacen pagos prospectivos por caso, basados en los grupos relacionados por diagnóstico nacionales de Australia (*Australian National Diagnosis-Related Groups – AN-DRGs*).
- Las etapas claves son: (1) desarrollar un sistema de clasificación de diagnósticos; (2) fijar los pesos relativos del grupo; (3) fijar el nivel de pago por unidad relativa; y (4) establecer ajustes a los niveles de pago.

Pagos por Caso a los Hospitales – Australia

- Se utiliza el mismo sistema de clasificación de grupos relacionados por diagnóstico usado en los EEUU.
- Pesos relativos se calculan según costos medidos, o se puede tomar de los EEUU u otros sistemas basados en pago por caso y diagnóstico.

Pago por Servicio – Alemania

- El sistema de salud Alemán mezcla pago por servicio con un techo de presupuesto fijado (*global budget*).
- Hay dos sistemas de pago por servicio. El primero fija los precios para el sector privado y se determina cada año – precio por servicio.
- El segundo se aplica a los pagos efectuados por los fondos de enfermedad (*sickness funds*)
- Pagos separados para médicos en hospitales y los ambulatorios. Los ambulatorios son pagados por servicio.

- Los precios se calculan en dos etapas: (1) calcular los pesos de precio relativo para cada servicio; y (2) fijar los precios de base.
- Cada servicio recibe un valor relativo a través negociaciones al nivel nacional entre los fondos de enfermedad y los médicos.

