



Posibles áreas de mejora del Sistema Sanitario Español

Seminario IVIE-f BBVA
Sector Público y desigualdades territoriales

Pablo Vázquez, FEDEA
Valencia, enero 2012

Contenido del documento

- **Prioridades del Sistema Sanitario Español**

- ¿Cómo optimizar la oferta? Experiencia internacional
- Propuesta de posibles medidas para optimizar la oferta a implantar por las CC.AA.

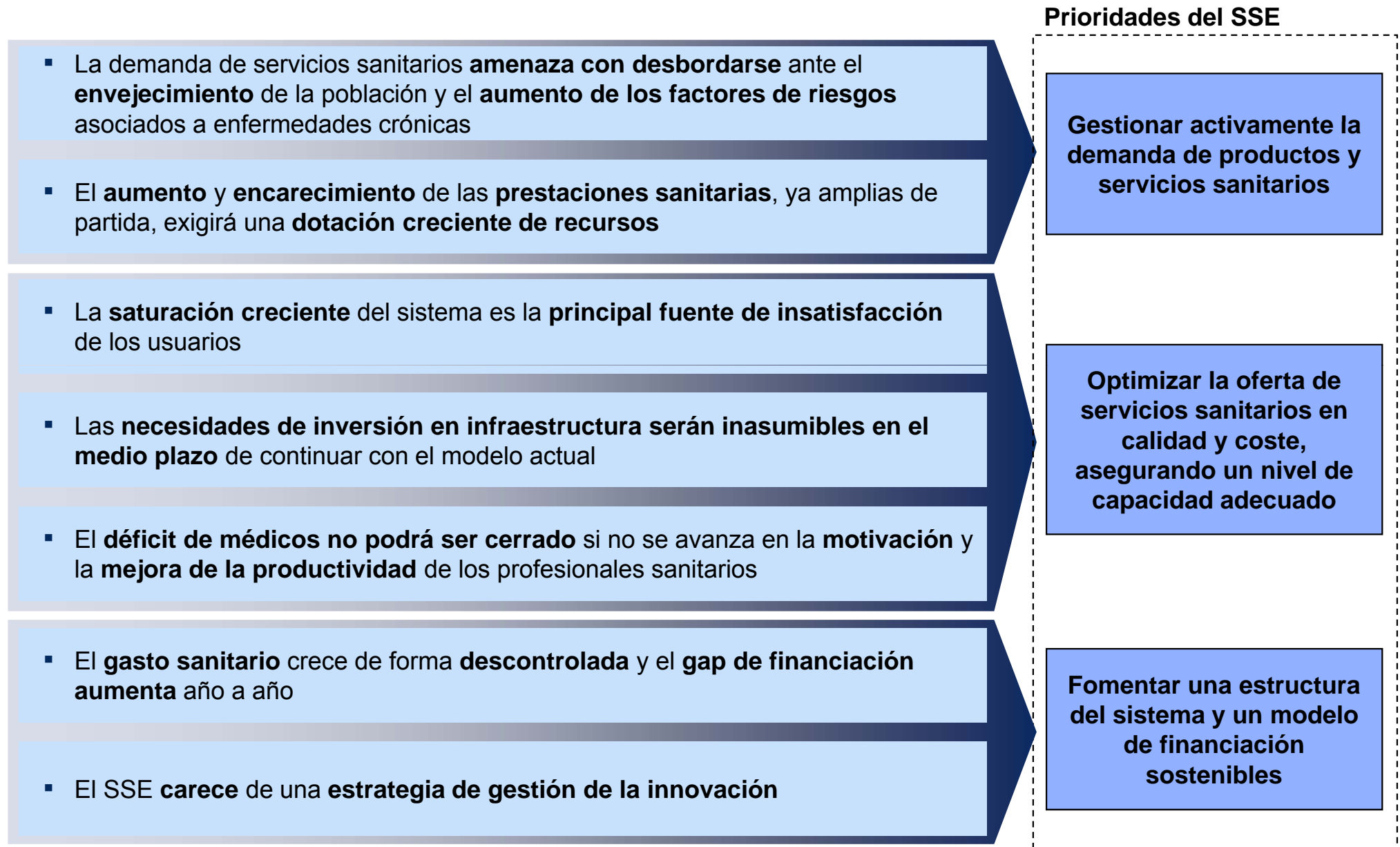
El SSE está en una encrucijada y su equilibrio está en riesgo

- El **SSE** está en una **encrucijada y su equilibrio está en riesgo**: la **calidad** de los servicios es **insuficiente**, los agentes padecen de **insatisfacción crónica** y el **gasto creciente no podrá ser asumido a futuro**
- El **resto** de los **países europeos**, que comparten problemas similares, **están avanzando ya y España no puede quedarse atrás**

Razones para el cambio

- 1 El **gasto sanitario** crece de forma **descontrolada** y el **gap de financiación aumenta** año a año
- 2 La demanda de servicios sanitarios **amenaza con desbordarse** ante el **envejecimiento** de la población y el **aumento de los factores de riesgos** asociados a enfermedades crónicas
- 3 El **aumento y encarecimiento** de las **prestaciones sanitarias**, ya amplias de partida, exigirá una **dotación creciente de recursos**
- 4 La **saturación creciente** del sistema es la **principal fuente de insatisfacción** de los usuarios
- 5 Las **necesidades de inversión en infraestructura** serán **inasumibles en el medio plazo** de continuar con el modelo actual
- 6 El **déficit de médicos no podrá ser cerrado** si no se avanza en la **motivación y la mejora de la productividad** de los profesionales sanitarios
- 7 El SSE **carece** de una **estrategia de gestión de la innovación**

El Sistema Sanitario Español tiene 3 prioridades importantes...



... que se pueden gestionar mediante 10 palancas de actuación

■ Foco de este documento

Gestionar activamente la demanda de productos y servicios sanitarios

- 1 **Gestionar activamente el catálogo de prestaciones sanitarias** para regular la utilización y el coste de los servicios sanitarios
- 2 **Establecer mecanismos para fomentar un consumo responsable y consciente** de los servicios sanitarios
- 3 **Impulsar iniciativas de prevención más eficaces** para reducir lesiones y enfermedades (especialmente crónicas)

Optimizar la oferta de servicios sanitarios en calidad y coste, asegurando un nivel de capacidad adecuado

- 4 **Maximizar la capacidad existente** mediante una mayor productividad y eficiencia en costes
- 5 **Mejorar la calidad del servicio y los resultados clínicos** fomentando la transparencia en la información y reduciendo la variabilidad entre médicos y centros
- 6 **Transformar la gestión de RR.HH.** para lograr una **mayor motivación** del personal sanitario y una **mejor adecuación** del perfil y número de recursos a **las necesidades**
- 7 **Invertir para optimizar la estructura de provisión** de servicios sanitarios y su **dimensionamiento**

Fomentar una estructura del sistema y un modelo de financiación sostenibles

- 8 **Optimizar la gestión de la innovación** en sus distintos frentes
- 9 **Dotar al sistema de incentivos adecuados** que alineen los intereses de los distintos agentes
- 10 **Impulsar nuevos modelos de financiación** que contribuyan a la sostenibilidad del sistema sanitario

Contenido del documento

- Prioridades del Sistema Sanitario Español

- **¿Cómo optimizar la oferta? Experiencia internacional**

- Propuesta de posibles medidas para optimizar la oferta a implantar por las CC.AA.

La mayoría de los países europeos han realizado reformas en la oferta sanitaria a lo largo de los últimos años

Irlanda

2001-2003

- Reforma de la atención primaria (24 horas de servicio de atención primaria, reubicación y creación de quipos de atención primaria para mejora del servicio)

Francia

2003

- Nuevo rol de la primaria como control de acceso al sistema sanitario
- Políticas de reducción del gasto farmacéutico e impulso de la prescripción de genéricos

2008: Plan de Hospitales 2012

- Creación de Comunidades de Hospitales territoriales (director, presupuesto y gestión común)
- Mayor responsabilidades a los directores de hospitales

Suecia

2002

- Reducción del coste de los medicamentos
 - Creación de una Agencia del Medicamento
 - Obligación a las farmacias de vender el genérico de menor precio sustitutivo del medicamento

2005

- Reducción de listas de espera
 - Planificación de las visitas y tratamientos a 3 meses vista
 - Objetivos de accesibilidad

Alemania

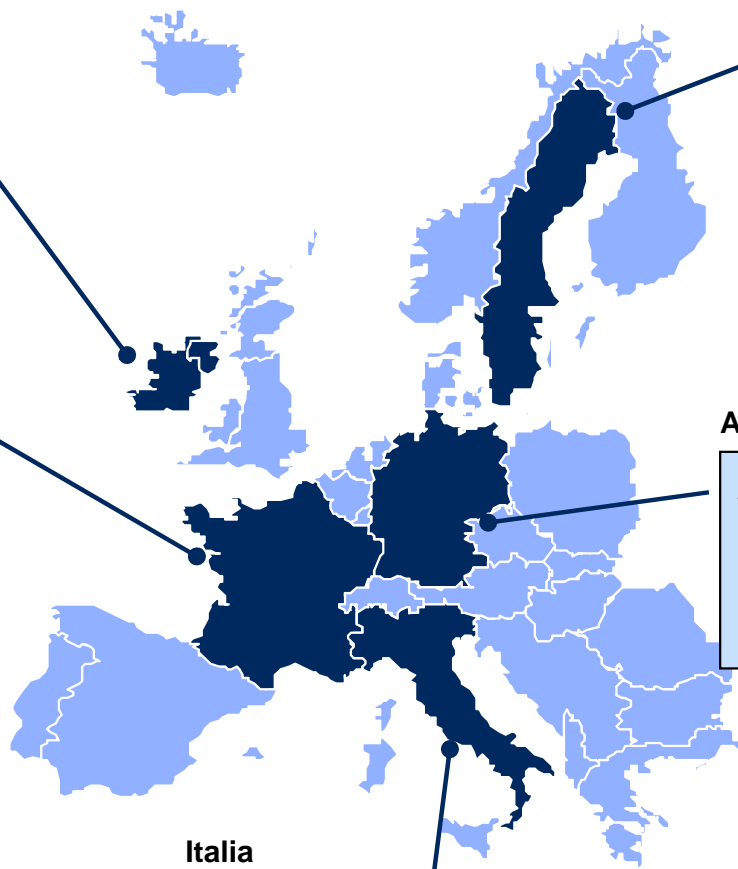
2006

- Políticas de contención del coste de los medicamentos
 - Bajada de precios de referencia
 - Introducción de una regulación “bonus-malus” para reforzar políticas adecuadas de prescripción

Italia

2001 en adelante: Contención de gasto sanitario, entre otros:

- Contención de gasto farmacéutico (recortes del 10% en medicamentos de alto crecimiento, nuevo sistema de distribución directa a hospitales, etc.)
- Contención de gasto hospitalario (límite en 4.5 camas/1.000 habitantes y 180 ingresos/1.000 habitantes, cierres y reorganización de hospitales)
- Descentralización del cuidado fuera de los hospitales



Las autoridades sanitarias tienen a su disposición distintas opciones para optimizar la oferta

- 4 Maximizar la capacidad existente mediante una mayor **productividad y eficiencia** en costes
- 5 Mejorar la calidad del servicio y los **resultados** clínicos fomentando la transparencia en la información y reduciendo la variabilidad entre médicos y centros
- 6 Transformar **la gestión de RR.HH** para lograr una mayor motivación del personal sanitario y una mejor adecuación, del perfil y número de recursos, a las necesidades
- 7 Invertir para optimizar la **estructura de provisión** de servicios sanitarios y su dimensionamiento

4 La capacidad existente en el Sistema Sanitario puede ser optimizada en base a mejoras de productividad y eficiencia en costes

4.1

Aprovechar al máximo la capacidad actual de hospitales y centros de atención primaria

¿Cuál es el racional?

- Reduce a futuro las necesidades de inversión/ contratación de recursos adicionales
- Impacta positivamente la calidad percibida por los pacientes al reducir las listas de espera

¿Qué se está haciendo con éxito?

- Reducción de la **estancia promedio** (15-30% reducción lograda en diversos hospitales europeos manteniendo e incluso mejorando los niveles de readmisión)
- Aumento del **tiempo dedicado a cuidado de los pacientes** por el **personal sanitario** (entre un 35-45% de potencial para enfermeras en algunos hospitales del Reino Unido analizados)
- Mejora del **tiempo de ocupación de los quirófanos** (+9 p.p. ocupación en 1 año con un hospital en Reino Unido) y de la **utilización de los equipos médicos** (reducción del tiempo de espera para escáner de 7 a 2 días en un hospital en Alemania)

4.2

Reducir costes, fomentar la subcontratación, la externalización y la captura de economías de escala

- Minimiza el gasto sanitario liberando recursos del sistema

- Entre un **10% y un 15% de reducción de la base total de costes normalmente alcanzable**. Entre otras medidas:
 - Creación de centrales de compras
 - Subcontratación y externalización de servicios no clínicos
 - Optimización de los lotes de compra/número de proveedores
 - Armonización y revisión de las condiciones contractuales
 - Revisión de las especificaciones de los productos para reducir desperdicios
 - Reducción de inventarios

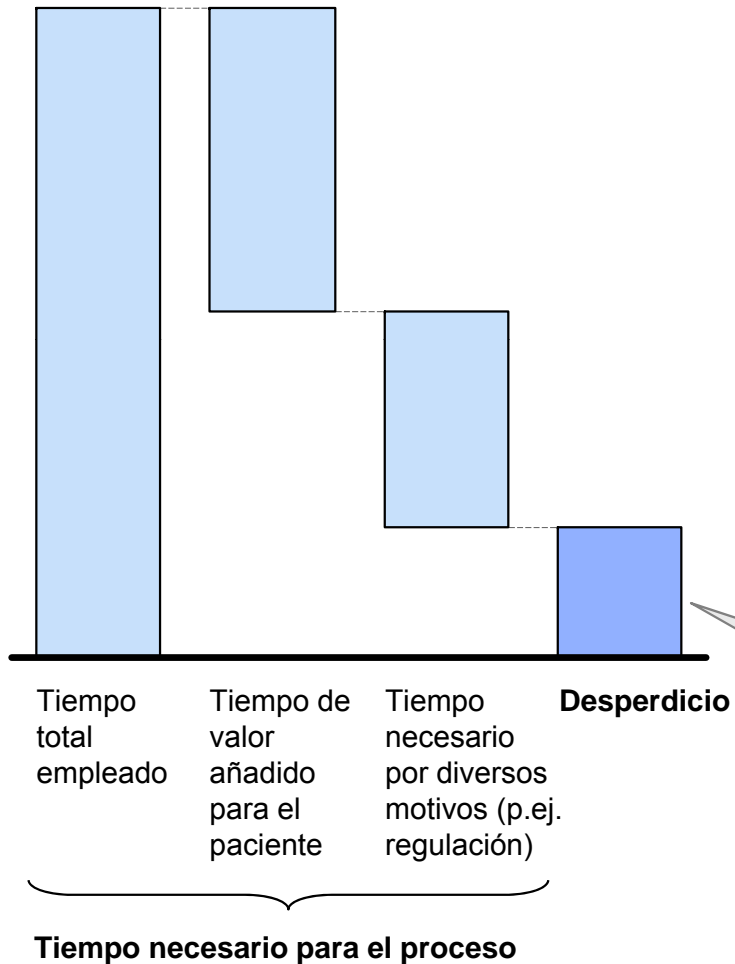
4.3

Impulsar la gestión de hospitales por unidad clínica (autonomía)

- Da mayor visibilidad sobre los resultados de cada unidad y fomenta el autogobierno
- Es una herramienta de motivación del personal clínico y no clínico

- **Reino Unido** ha realizado diversos pilotos en hospitales entre 2004 y 2008 con importante impacto: resultados de la unidad en el piloto pasó de -6£ MM a +8 en 4 años y elevado nivel de satisfacción por parte del personal clínico y gestor
- **Estados Unidos**: La Cleveland Clinic es un hospital de referencia que utiliza la gestión por líneas de servicio y un uso extensivo de la información sanitaria para la gestión

4.1 Para mejorar la productividad es necesario emplear el mayor tiempo posible en actividades que crean valor para el paciente

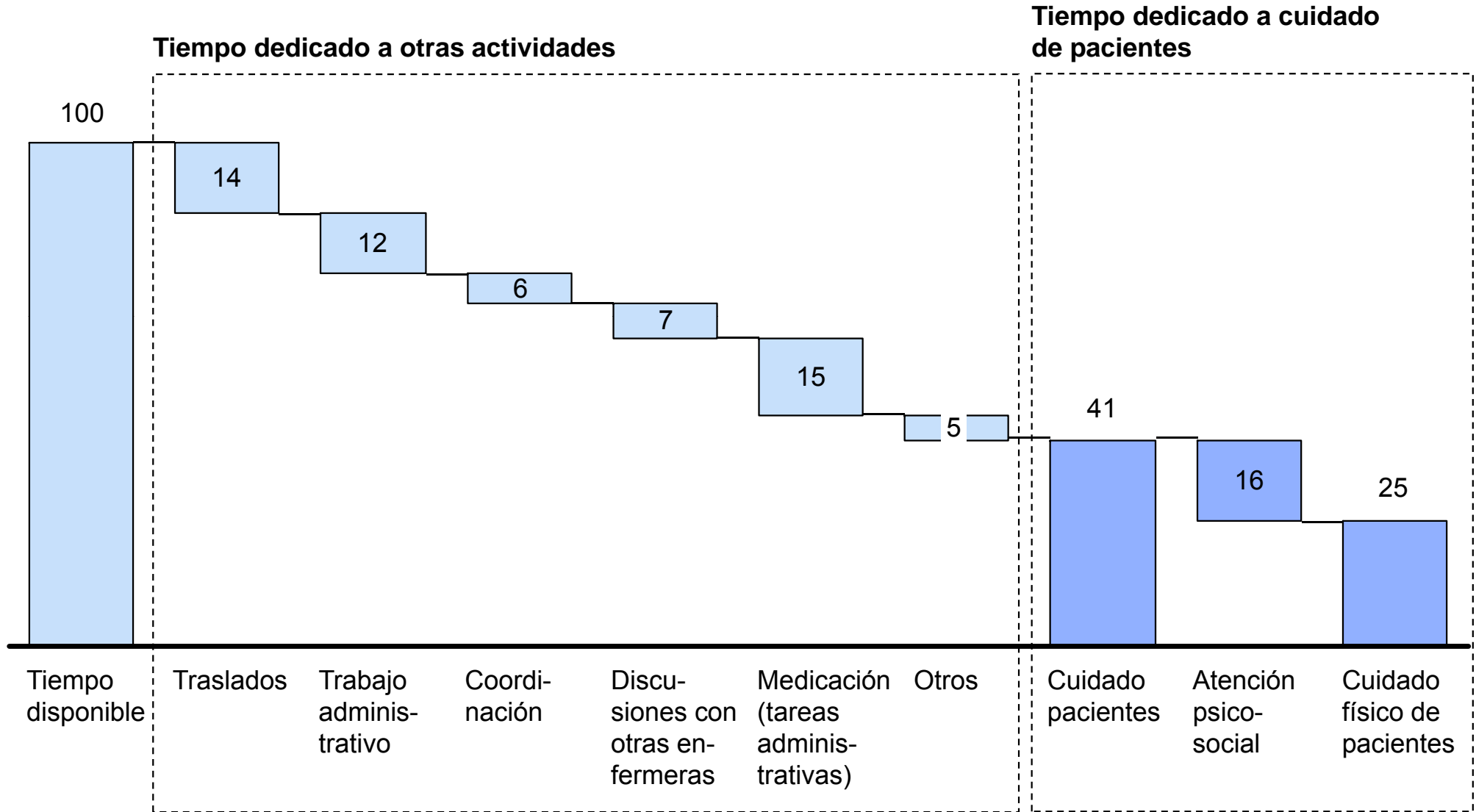


Desplazamientos no necesarios	Re-trabajo	Sobreproducción	Excesos de inventario
 <p>Ejemplo: Técnico de farmacia dedica 20 minutos a mirar múltiples lugares para un medicamento</p>	 <p>Ejemplo: Pruebas de laboratorio realizadas dos veces por errores</p>	 <p>Ejemplo: Demasiados informes innecesarios en papel</p>	 <p>Ejemplo: Medicinas acumuladas en las estanterías por exceso de pedido</p>
Transporte de pacientes no necesario	Exceso de procesamiento	Tiempos de espera	Desperdicio de intelecto
 <p>Ejemplo: Pacientes desplazados varias veces de un piso a radiología por confusiones en las citas</p>	 <p>Ejemplo: Enfermera registra la actividad respiratoria de 4 formas diferentes</p>	 <p>Ejemplo: Anestesta esperando 20 minutos para el inicio de una operación, sin poder atender otras actividades</p>	 <p>Ejemplo: Numerosas ideas perdidas para luego volver a ser descubiertas</p>

4.1 En algunos casos las enfermeras dedican sólo el 40% de su tiempo al cuidado de las pacientes

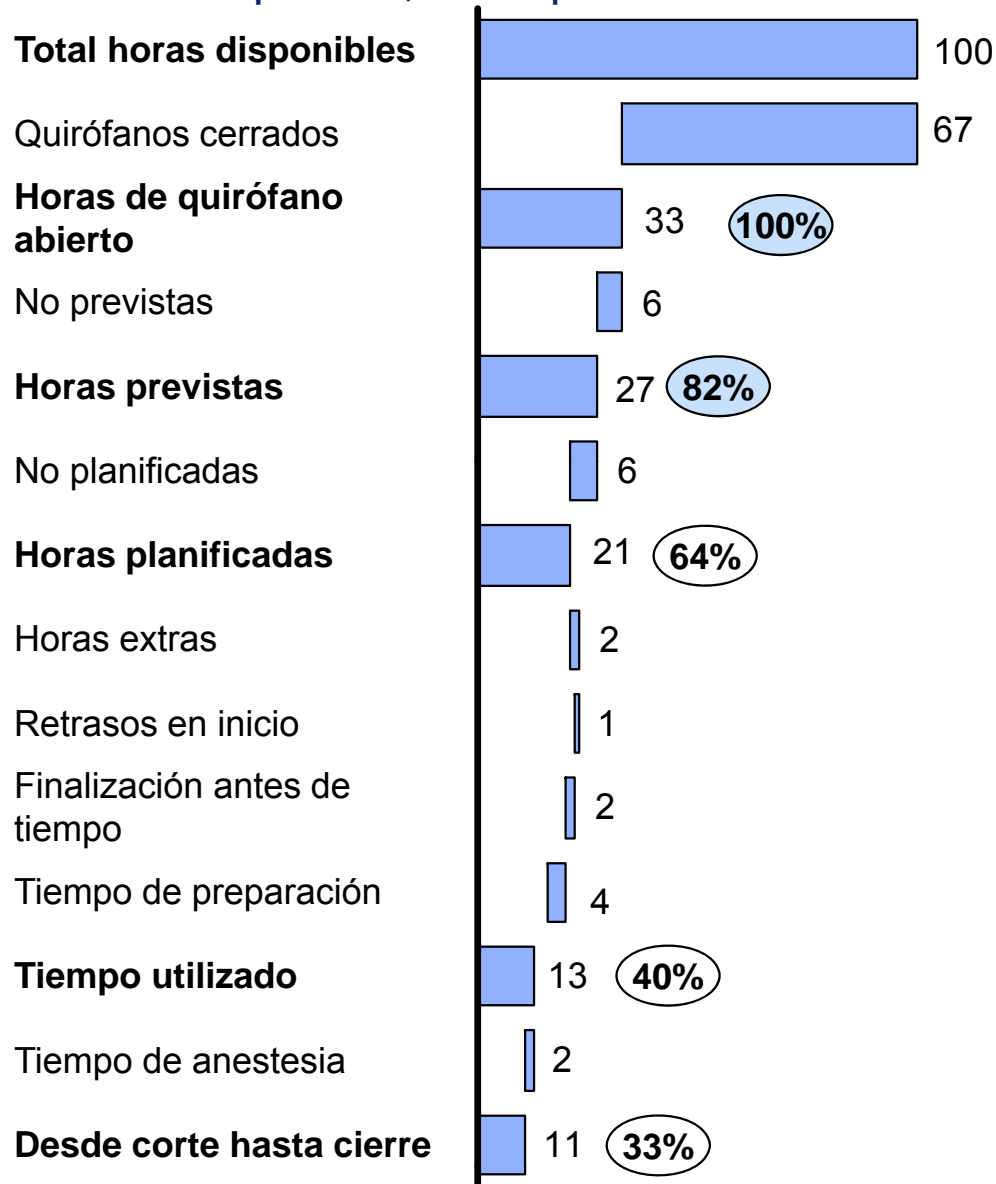
Porcentaje del tiempo dedicado por las enfermeras

■ Cuidado directo del paciente



4.1 De las horas disponibles de quirófanos, sólo una parte muy reducida es dedicada a cirugía

Horas por día, total quirófanos

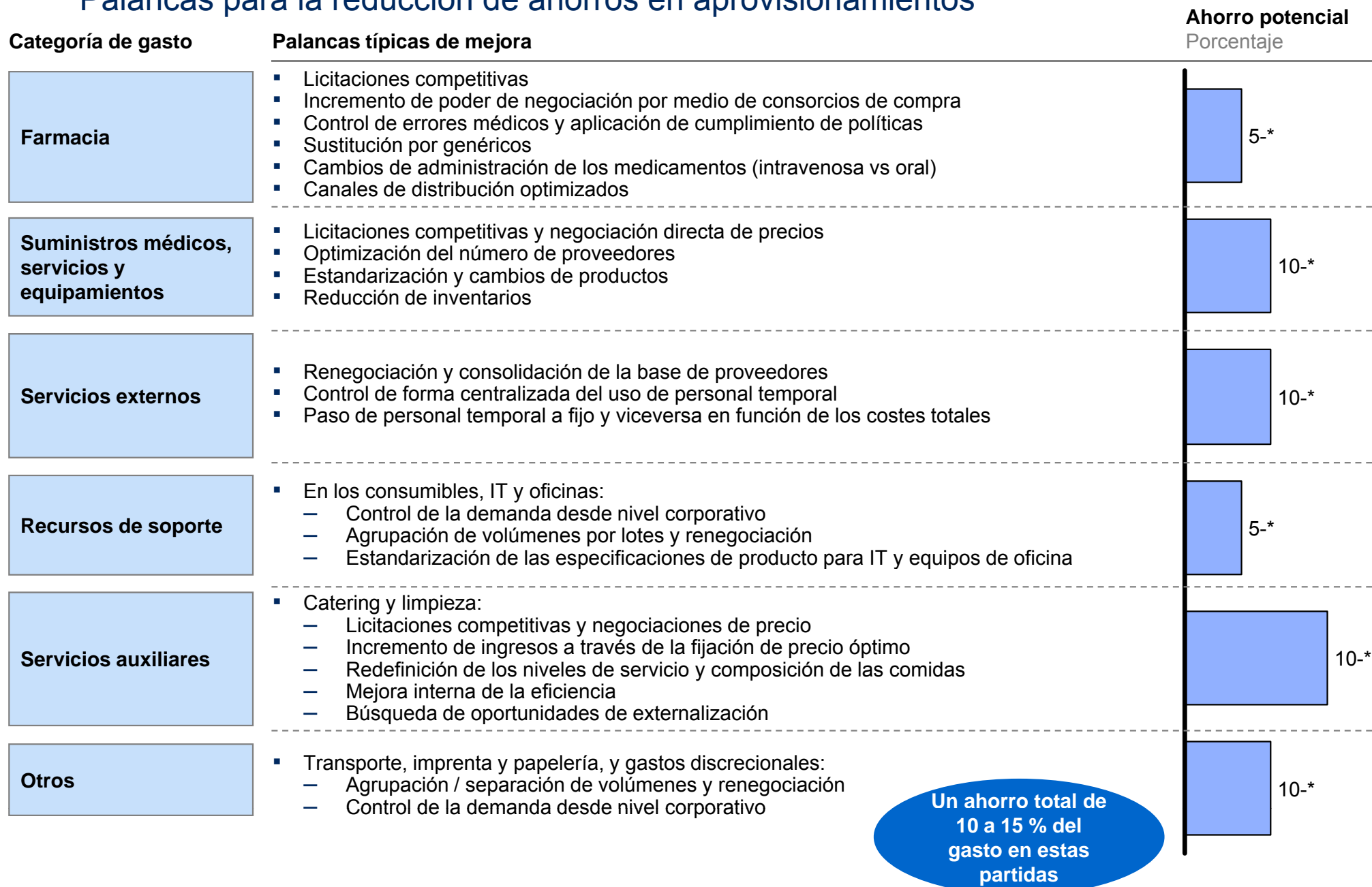


¿Cuál era el problema?

- De media, los quirófanos empezaban ~30 minutos e inician el horario de trabajo a las 9.30 (en lugar de a las 8.30)
- Las principales causas de los retrasos se encontraban la dificultad de coordinar a los médicos, anestesistas, personal de quirófano y pacientes
- Había poca confianza entre los grupos sobre la puntualidad del resto
- Tiempo disponible se invirtió en resolver el problema, para saber dónde estaba cada uno y qué estaban haciendo
- Sólo había un anestesista, evitando cualquier tipo de proceso en paralelo
- Alta variabilidad entre anestesistas
- La esterilización se hacía sin suficiente información para que todo estuviera dispuesto para seguir el procedimiento
- La planificación no tenía en cuenta información relevante, como la hora de llegada del paciente o la disponibilidad de cirujanos / anestesistas

4.2 Existe un importante potencial para la reducción de costes por realizar

Palancas para la reducción de ahorros en aprovisionamientos



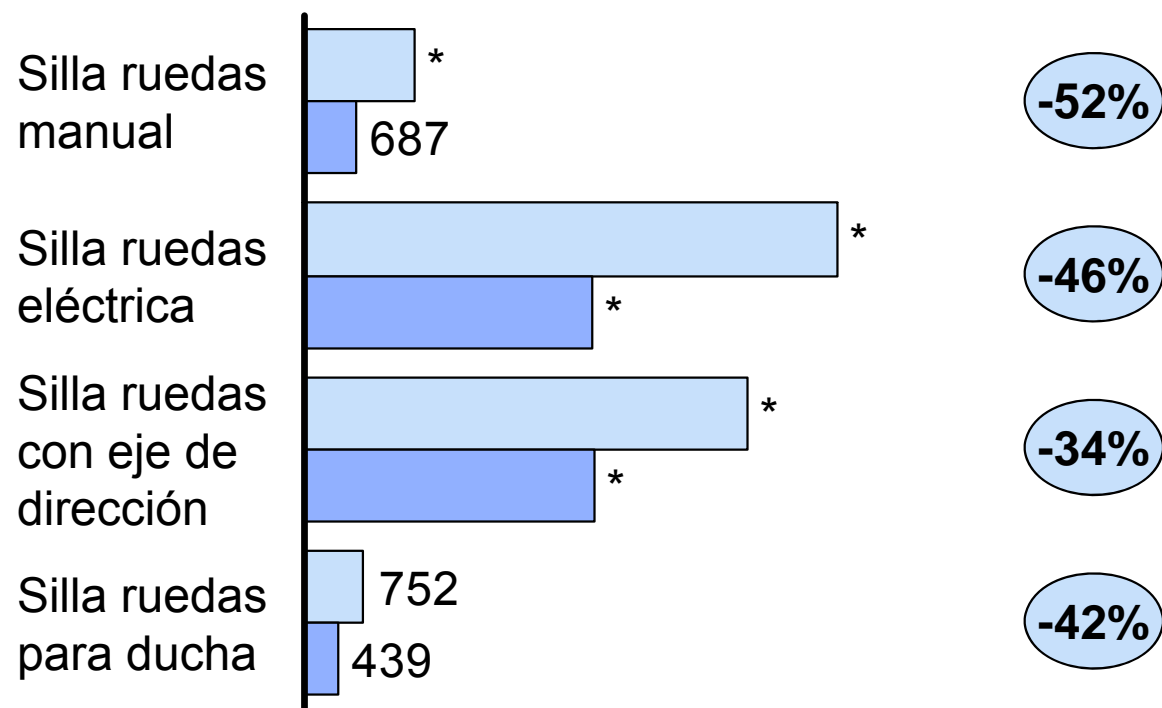
4.2 Incrementar la escala de compra puede suponer importantes ahorros para el comprador

Contexto

- Reforma sanitaria otorgó mayor poder de negociación de los compradores de servicios
 - Asegurados obligados a usar los aparatos terapéuticos (en este caso sillas de ruedas) del socio contractual que tiene el comprador del servicio
 - Comprador del servicio ha de usar licitaciones en los casos que sea adecuado
- En este caso el comprador de servicios usa una plataforma online para pedir ofertas de precios

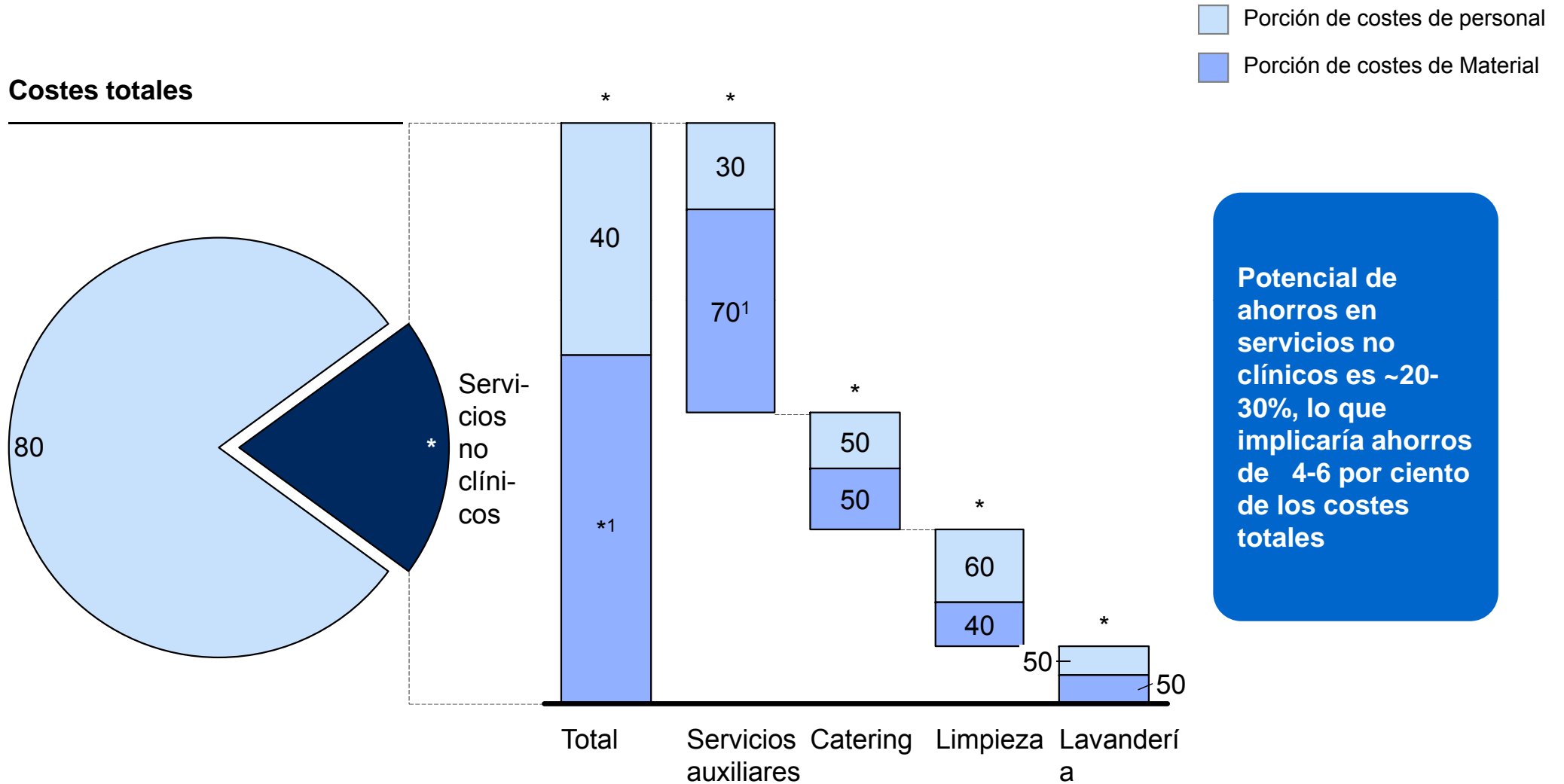
Precios antes y después de licitación

EUROS, media por grupo



4.2 Los servicios no clínicos suelen alcanzar ~20% de los costes totales de los hospitales

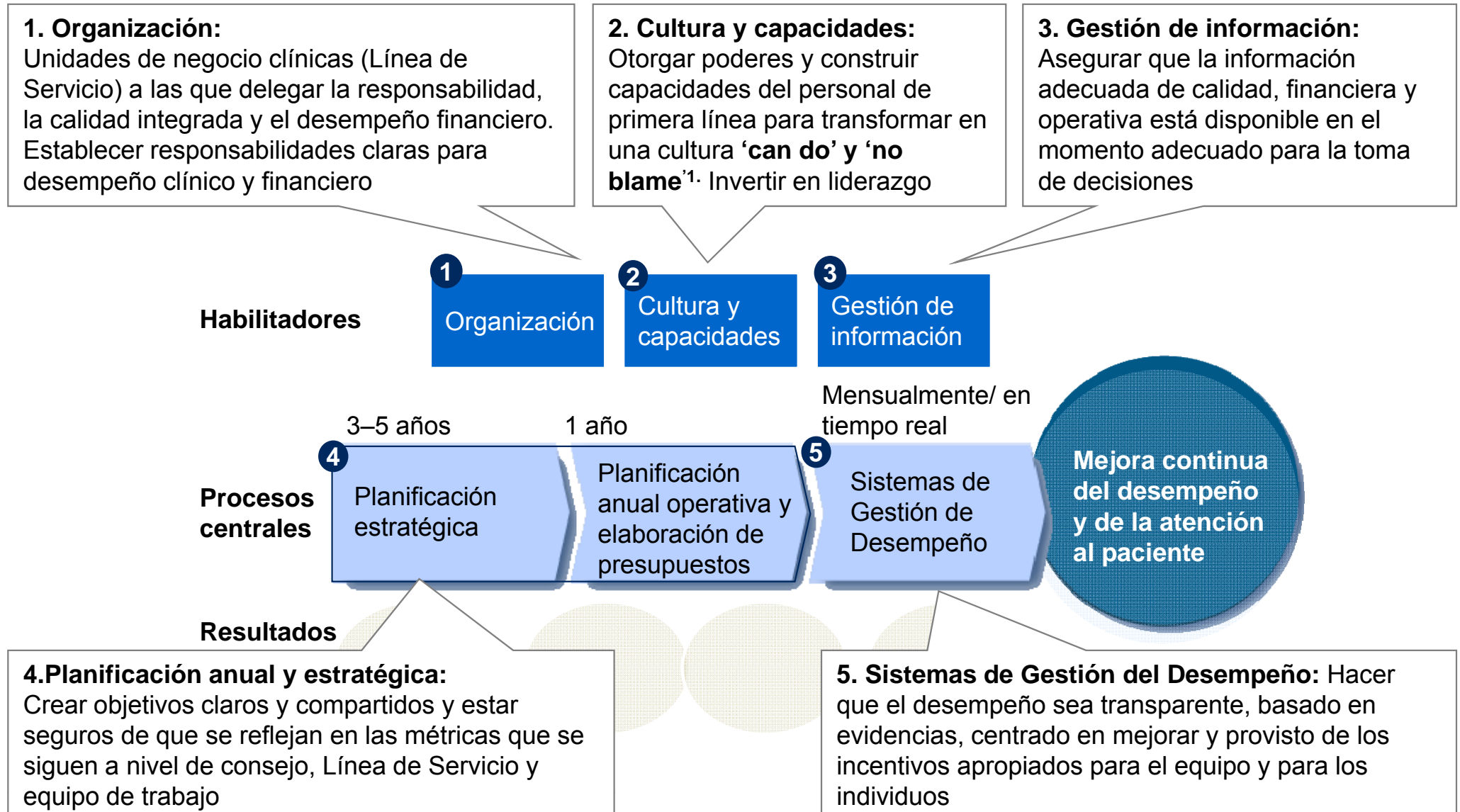
Desglose de costes de personal y materiales en servicios no clínicos (%)



¹ Incluye consumos y mantenimiento, excluye suministros clínicos

4.3 La Gestión en Líneas de Servicio se centra en la creación de unidades autogobernadas dentro de los hospitales

Facilitadores y procesos necesarios para la gestión de hospitales en líneas de servicio



¹ 'Puedo hacer' y 'no culpo a los demás'

5 Los resultados clínicos pueden mejorar como consecuencia de reducciones en la variabilidad y mejoras en la transparencia de la información

5.1 Reducir la variabilidad en las prácticas clínicas

¿Cuál es el racional?

- Ayuda a eliminar la variabilidad debida a la toma de decisiones inadecuada/ errores médicos
- Mejora los resultados clínicos como resultado de la extensión de mejores prácticas y la existencia de volúmenes adecuados de actividad

¿Quién lo está haciendo con éxito?

- **En Estados Unidos:** la implementación de un “check list” de precauciones para determinadas intervenciones en la unidad de cuidados intensivos salvó ~1.500 vidas y ahorró ~175MM en los primeros 18 meses
- **Canadá:** el Shouldice Hernia Center se especializa en operar exclusivamente hernias abdominales (~7.500 operaciones/año realizadas por tan sólo 10 especialistas con >99% de éxito)

5.2 Impulsar el cuidado verticalmente integrado de los pacientes (continuidad asistencial)

- Fomenta un cuidado más eficiente al mejorar la comunicación de información, el alineamiento y la compartición de riesgos

- **En Estados Unidos:** el “Veteran Health Administration” apostó hace 20 años por un enfoque de cuidado integrado, logrando tratar al doble de pacientes para capacidad equivalente y reduciendo del coste por paciente >25%
 - Riesgo y coste del paciente son compartidos en todas las instalaciones
 - Uso agresivo de procedimientos clínicos que coordinan las consultas externas y hospitalizadas
 - Sistemas de información verticalmente

5.3 Desarrollar un sistema de información que permita comparar resultados de actividad y calidad

- Hace transparente el resultado de la gestión y decisiones clínicas, con detalle generado reputación del sistema, centros y médicos

- **Suecia:** los registros de sanidad en Suecia contienen resultados de tratamientos a nivel unidad (doctor, especialista, o clínica)
- **Dinamarca y Suecia:** disponen de completos benchmarks públicos de calidad de hospitales

5.1 La introducción de sencillas mejoras puede impactar de forma relevante los resultados y también la costes



Descripción

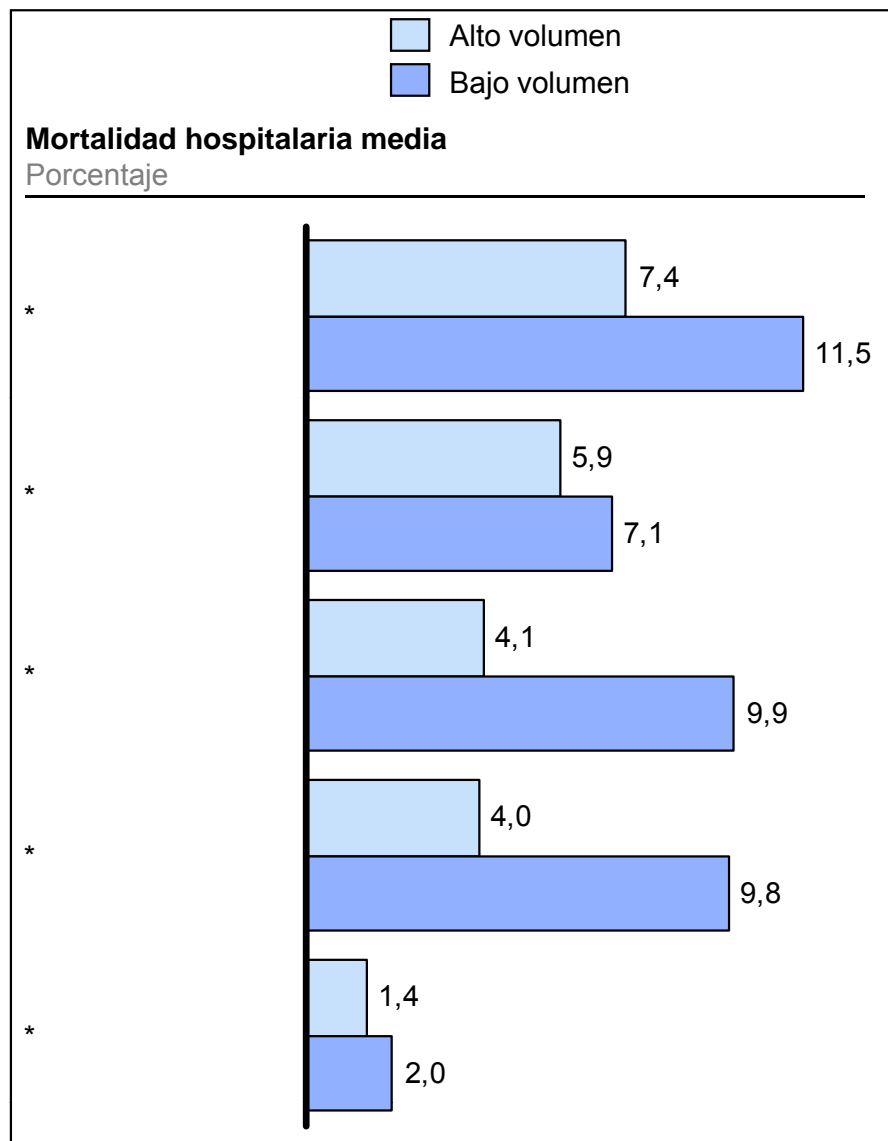
- **Hospital líder en EE.UU.** (Michigan)
- Introducción de un **listado de precauciones** en la **Unidad de Cuidados intensivos** durante ciertas intervenciones

Impacto

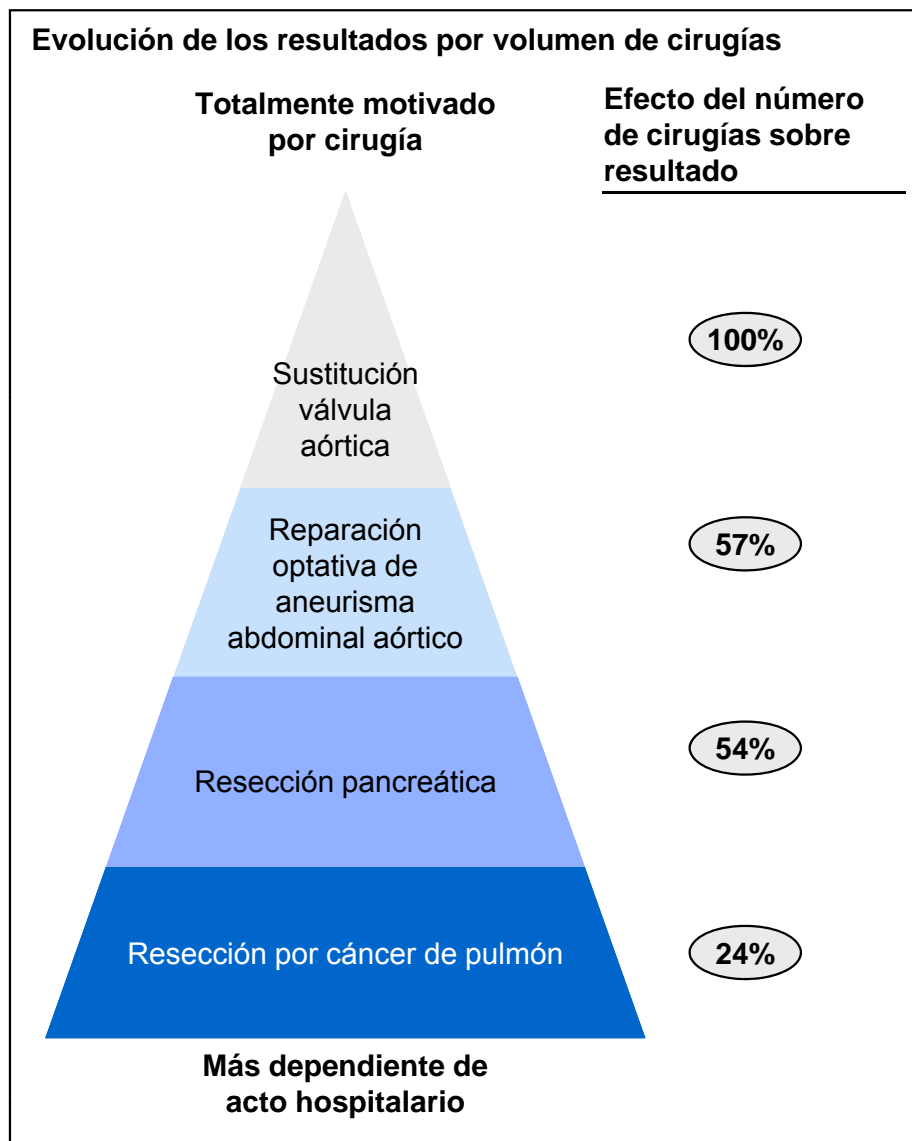
- **Tras un año** usando el listado de precauciones
 - Prevención de **43 infecciones**
 - Prevención de **8 muertes**
 - Ahorro de **~2 MM de dólares**
- En los **primeros 18 meses**, la implementación del listado de precauciones en todas las Unidades de Cuidados Intensivos del **Estado**
 - Salvó **>1.500 vidas**
 - Ahorró **>175 MM de dólares**
- Los resultados fueron obtenidos **sin incrementar el personal de estas unidades ni mejorar la tecnología**

5.1 Para algunos tratamientos existe una relación importante entre la calidad de los resultados y el volumen de intervenciones realizado

Los volúmenes hospitalarios están correlacionados con la calidad ...



... y los volúmenes se pueden alcanzar en ciertas cirugías



5.1 El continuidad asistencial tiene un elevado potencial de mejora de los resultados clínicos



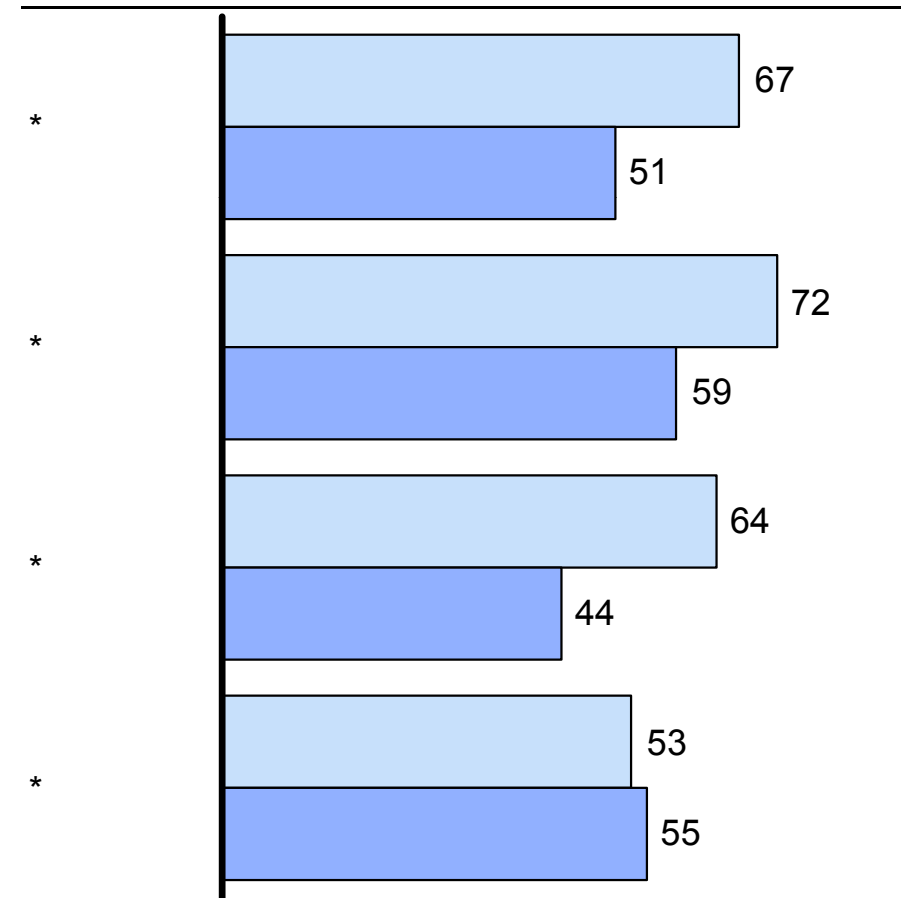
Ejemplo: Ejemplo Veteran Health Administration

■ Muestra de individuos tratados por Veterans Health Administration
■ Muestra de individuos tratados por otros organismos

Descripción

- El “**Veteran Health Administration**” apostó hace 20 años por un **enfoque de cuidado integrado**, logrando tratar al doble de pacientes para capacidad equivalente y reduciendo del coste por paciente >25%
 - **Riesgo y coste** del paciente son **compartidos** en todas las instalaciones
 - Uso agresivo de **procedimientos clínicos** que **coordinan las consultas externas y hospitalizaciones**
 - Sistemas de **información verticalmente integrados**

Pacientes que cumplen los objetivos de tratamiento de calidad, basado en evidencias
% monitorización



FUENTE: Steven M. Asch et al, “Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample,” *Annals of Internal Medicine*, 2004. Volume 141, Number 12, pp- 938-45 (drawn for data obtained from 1997 to 2000)

Jonathan B. Perlin, Robert M. Kolodner and Robert H. Rosswell, “A profile of the VA,” *The American Journal of Managed Care*, 2004, Volume 10, Number 11, pp. 828-36 (drawn from 2003 and Medicare claims)

5.3 En Suecia la comparación de resultados se ha enfocado en la mejora del sistema nacional en su conjunto



Ejemplo: Registros de Sanidad en Suecia



Los Registros Nacionales de Calidad del Sistema Sanitario Sueco son una de las principales palancas de la “e-Health Strategy”, lanzada en 2006

Concepto

- Los Registros contienen datos de pacientes individuales referidos al diagnóstico, tratamiento, intervenciones y resultados, permitiendo realizar análisis a nivel de unidad ¹

Usuarios

- Los principales usuarios de los Registros son los empleados de las diversas unidades.
- Los pacientes en principio no tienen acceso completo, y en cualquier caso, su libertad de elección de médico está limitada a atención primaria

Beneficios potenciales

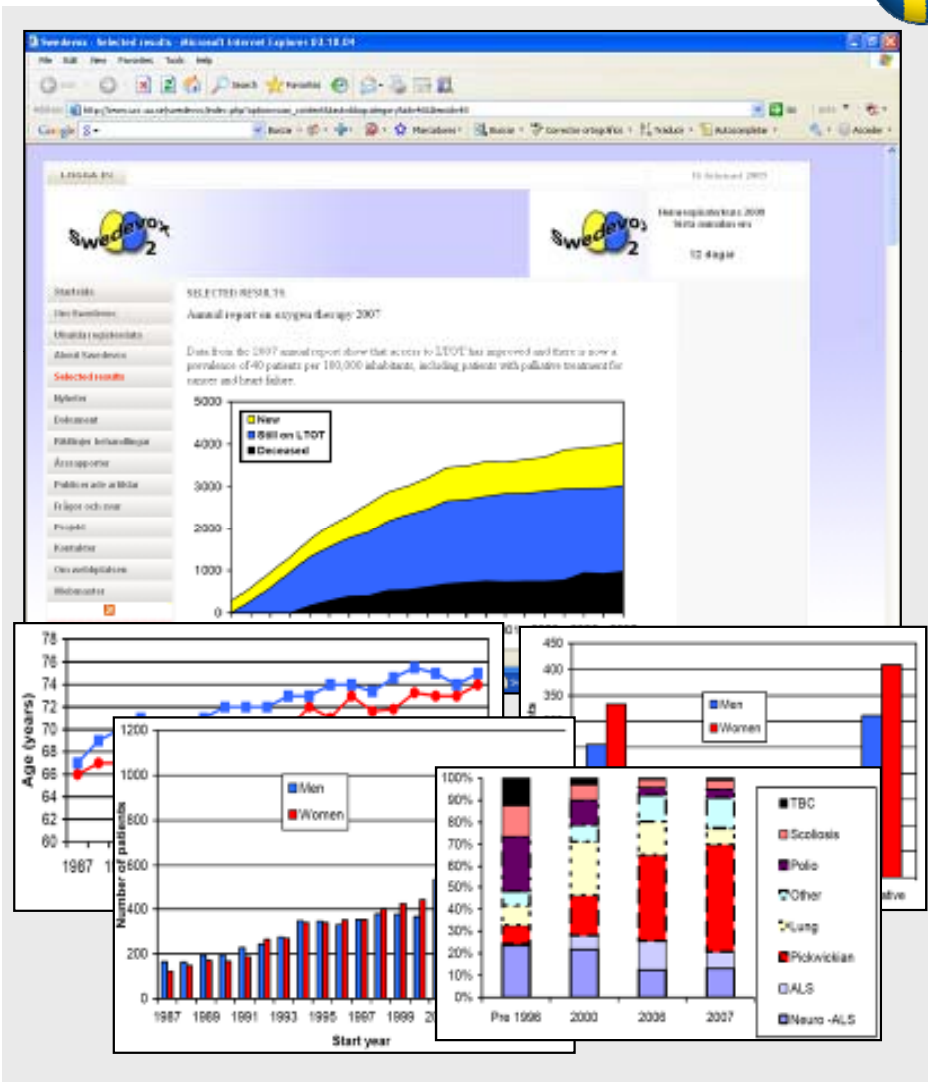
- Existencia de acuerdo a nivel nacional sobre los estándares de un buen servicio sanitario
- Determinación del potencial de cada unidad para mejorar en la calidad y en el análisis de datos propios
- Posibilidad de comparar diferentes unidades y diferenciarse de la competencia
- Uso agregado de todos los datos de pacientes para la mejora del sistema sanitario a nivel nacional

¹ Unidad entendida como doctor, especialidad o clínica

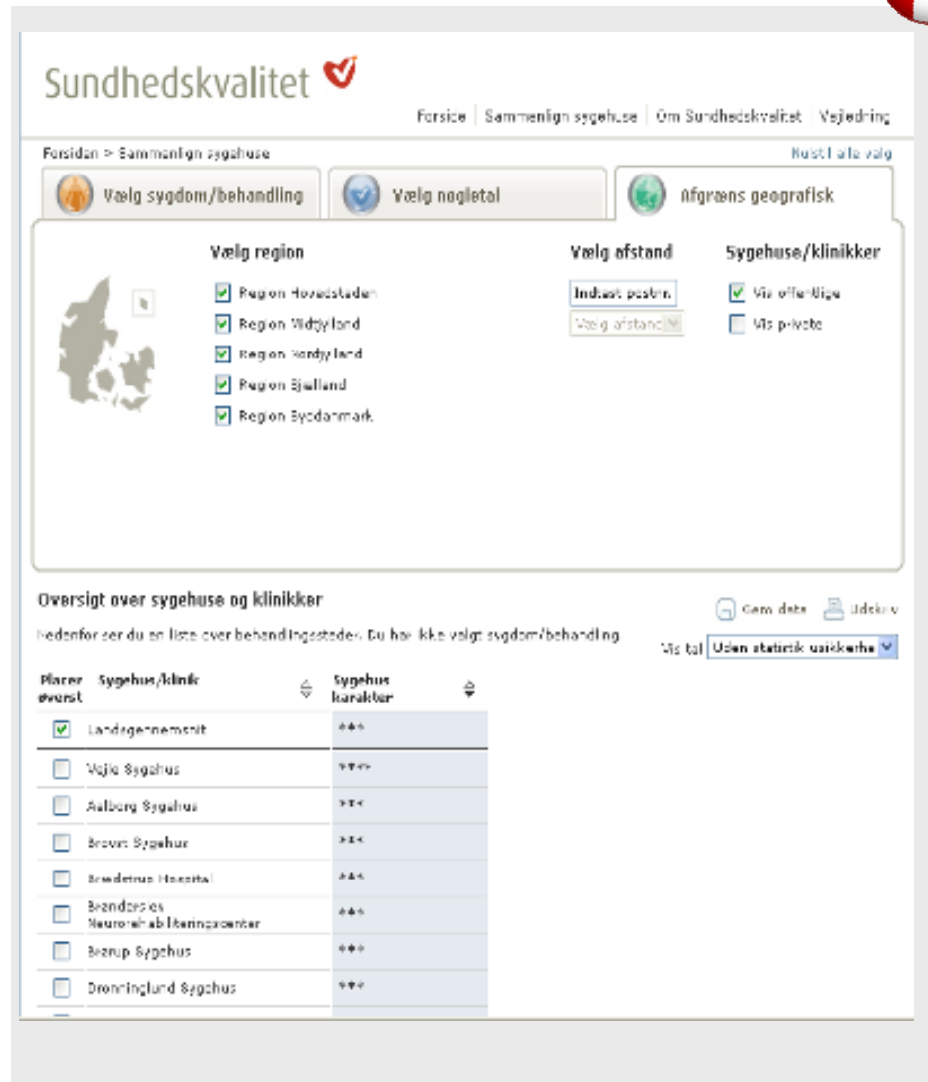
5.3 La transparencia por centro y médico o especialidad es un elemento común en los países del norte de Europa

Ejemplos internacionales de benchmarks públicos de calidad

Registro de Calidad Sueco (varias especialidades)



Registro de Calidad Danés



6 Transformar la gestión de RR.HH. para lograr una mayor motivación y una mejor adecuación del perfil y número de recursos a las necesidades

6.1

Variabilizar los salarios vinculando los incentivos del personal sanitario con los resultados obtenidos

¿Cuál es el racional?

- Alinea la **retribución** con los resultados logrando una mayor eficiencia
- Mejora la **motivación del personal** sanitario

¿Quién lo está haciendo con éxito?

- **EE.UU.:** la **Universidad de Michigan** estableció un programa de mejora de la productividad de su grupo de pediatría ligado a incentivos económicos (90% de los pediatras mejoraron su productividad)
- **EE.UU.:** la **Clínica Mayo** inició un programa de mejorar de la productividad ligado a incentivos no económicos (apoyo económico para investigación), con mejora de la productividad en +15%, incremento de la actividad docente en +30% y alto grado de satisfacción
- **Reino Unido:** implantó el “Quality of outcomes framework” para incentivar a los médicos a realizar determinadas actividades ambulatorias evitando redireccionar al hospital

6.2

Promover fórmulas innovadoras de organización del personal sanitario

- Dota de **autonomía y de capacidad de autogobierno** al personal sanitario
- Favorece la implantación de nuevos esquemas de pago de la provisión (p.ej. actividad, cápita)

- En **Cataluña** se han creado las **Entidades de Base Asociativa** formadas por **profesionales sanitarios** independientes y asociados que acceden por **licitación** a la **provisión de los servicios de atención primaria a una determinada población**

6.3

Desarrollar una estrategia que permita planificar las necesidades de personal y establecer medidas/ mecanismos para asegurar su adecuación a los objetivos del sistema sanitario

- Alinea la **estrategia de recursos humanos** con las necesidades actuales y futuras del sistema

- **Reino Unido:** el NHS de Londres ha desarrollado un **plan estratégico** para sus trabajadores sanitarios de cara a cumplir con sus objetivos en el largo plazo (“cuidado sanitario de alta calidad para todos”)

6.1

La Clínica Mayo logró fomentar simultáneamente la actividad clínica e investigadora con un nuevo programa de incentivos

Ejemplo de vinculación de la productividad a incentivos no monetarios



Contexto	Plan de revisión de los incentivos	Resultados (experiencia de 4 años)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica Mayo – Departamento de Gastroenterología y Hepatología (grupo con 70 médicos) ▪ Salarios fijos ▪ Todos los profesores tienen el mismo salario, sin importar las funciones asignadas (práctica, investigación, educación, o administración) ▪ Sin plan de productividad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos de los profesores por productividad establecidos usando RVUs* totales ▪ Objetivos de organización establecidos en base a gastos por RVU ▪ Una vez alcanzados los objetivos de organización los profesores pueden convertir los RVUs por encima de sus objetivos en dólares equivalentes que pueden ser utilizados para apoyar la actividad docente e investigadores 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVUs totales por división crecieron un 15% ▪ RVUs por personal clínico crecieron un 33% ▪ Los huecos para consultas externas no cubiertos disminuyeron del 10%-15% al ~0% ▪ >95% de los profesores alcanzan las expectativas anuales de RVU ▪ Actividad académica incrementada (28% de incremento en publicaciones) ▪ Alta satisfacción de los profesores (97% satisfecho o muy satisfecho)

1 RVUs: Unidades de valor relativo, publicado por CMS, representa los recursos para realizar un servicio médico particular

6.2 Las E.B.A. son una fórmula innovadora de organización del personal sanitario para la provisión de servicios de atención primaria



Ejemplo: Entidades de Base Asociativa (Cataluña)

¿Qué es una EBA?

- Las EBAS son sociedades limitadas propiedad de los profesionales sanitarios que las forman
- Las EBAS acceden por concurso público a la provisión de servicios de atención primaria de una población determinada
- La primera EBA se formó en 1996 para dar servicio en Vic (Cataluña)
- En la actualidad ~14 de los más de 100 grupos de atención primaria de Cataluña han adoptado esta organización

Aportaciones del modelo EBA

- Los titulares de la provisión de servicios son los profesionales sanitarios
- La capacidad organizativa y la política retributiva son independientes¹
- Los trabajadores pueden decidir su grado de participación
 - Trabajador
 - Socio
 - Socio con participación en su gobierno

Resultados que obtiene el modelo EBA

- Los usuarios valoran el servicio como bueno o muy bueno en un 89% y 4 de los 15 aspectos valorados superan el 95%
- La percepción (satisfacción) de los profesionales alcanza el 81% de sus expectativas
 - Las mejores puntuaciones obtenidas son en estabilidad (88,9%), seguido de salario, autonomía y prestigio (87,5%)
- El gasto por habitante es muy competitivo (293 euros por habitante y año)

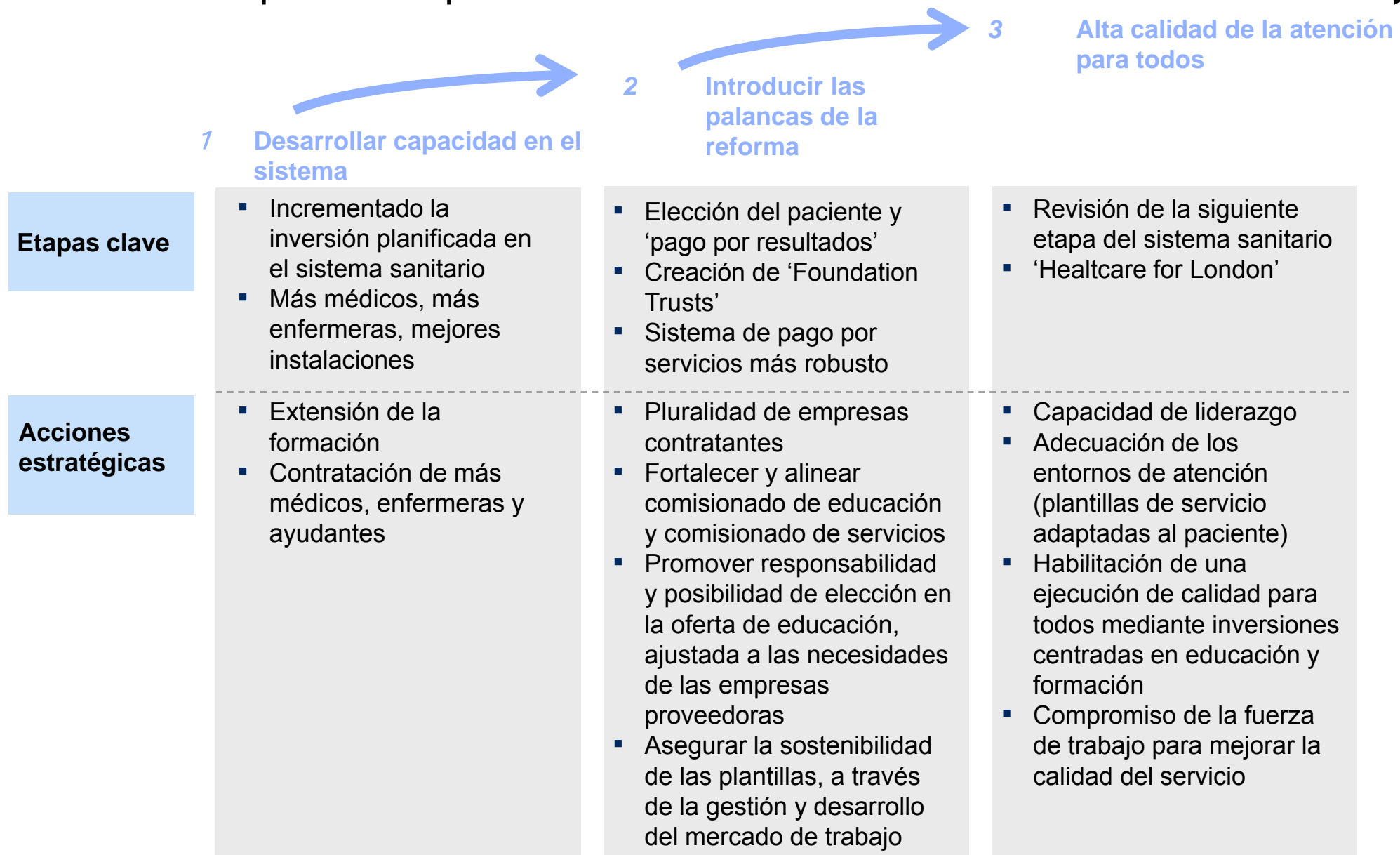
¿Qué objetivos tiene?

- Compartir un proyecto común con proyección de futuro y basado en aspectos profesionales
- Generar condiciones de trabajo facilitadores y motivantes
- Hacer partícipes a los profesionales sanitarios del prestigio social de la entidad

¹ Sujeta el mercado y no al régimen de funcionarios públicos

6.3 El NHS estableció un plan estratégico para alinear los RR.HH. a las aspiraciones del sistema sanitario

Etapas clave en el proceso de reforma



7 Invertir para optimizar la estructura de provisión de servicios sanitarios

Posibles actuaciones

7.1

Revisar la estructura de provisión que permita realizar cada tipo de actuación/tratamiento en el entorno de menor coste

¿Cuál es el racional?

- Dirige cada tipo de actuación hacia aquel tipo de centro/servicio sanitario en el que la relación resultado/coste es mejor

¿Quién lo está haciendo con éxito?

- **Suecia:** reforma de la **atención primaria en Estocolmo**, aumentando el número de proveedores con entes privados, introduciendo la elección de los pacientes y cambiando el modelo de financiación
 - + 12% en visitas, sobre todo de áreas que antes tenían mal acceso
 - Satisfacción creciente de usuarios: el 82% afirman tener un tiempo de acceso aceptable (antes el 76%)

7.2

Fomentar y facilitar el cuidado a domicilio

- Permite atender en su propio domicilio a aquellos pacientes evitando su traslado a centros sanitarios

- **Alemania:** la mejora en la gestión de enfermedades evitando ingreso hospitalario genera ahorros significativos (28% de ahorros dirigiendo pacientes a servicios no hospitalarios)
- **Reino Unido:** el “community care” es un modelo de atención ampliamente extendido y llevado a cabo por enfermeras

7.1 La revisión de la estructura de provisión permite detectar áreas a mejorar, incluso en los tipos de atención ya establecidos



Ejemplo: reforma de la atención primaria en Estocolmo

Contexto

- La región más grande de Suecia (1.9 millones de habitantes)
- La disponibilidad era visto como tema relevante por los políticos
 - 66% en 1 día
 - 89% dentro de 7 días
- La reforma se introdujo el 1 de Enero de 2008

Palancas

Competición

- Incrementando el número de proveedores, con la introducción de operadores privados
- Introduciendo la elección del paciente para los usuarios

Contratación

- Cambiando la financiación de índices socioeconómicos a 3 partes:
 - ‘Capitation’ (basado en estructura de edad)
 - ‘Fee-for service’
 - Y mixto, con tarifa fija para ciertos servicios

Gestión de Desempeño

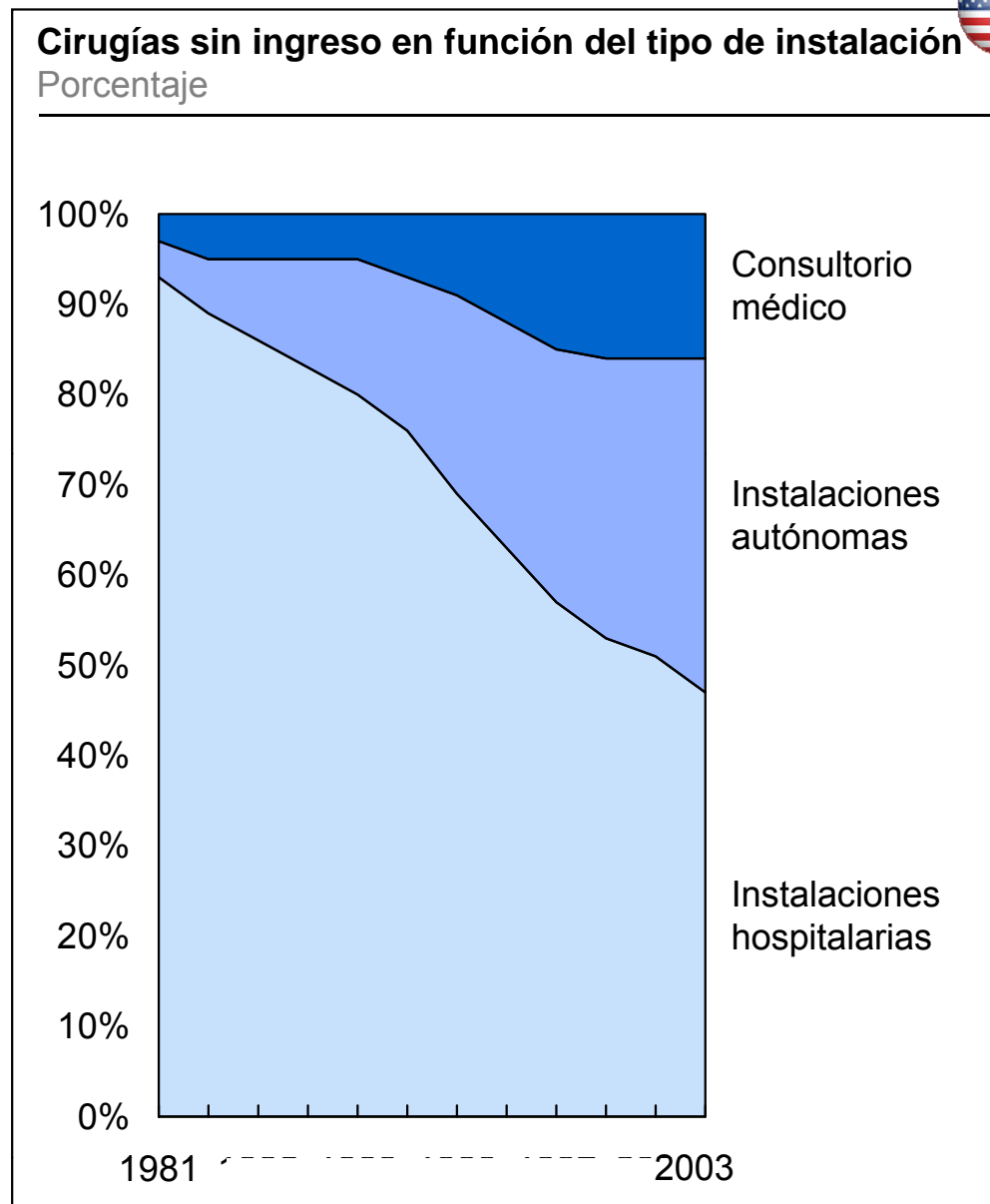
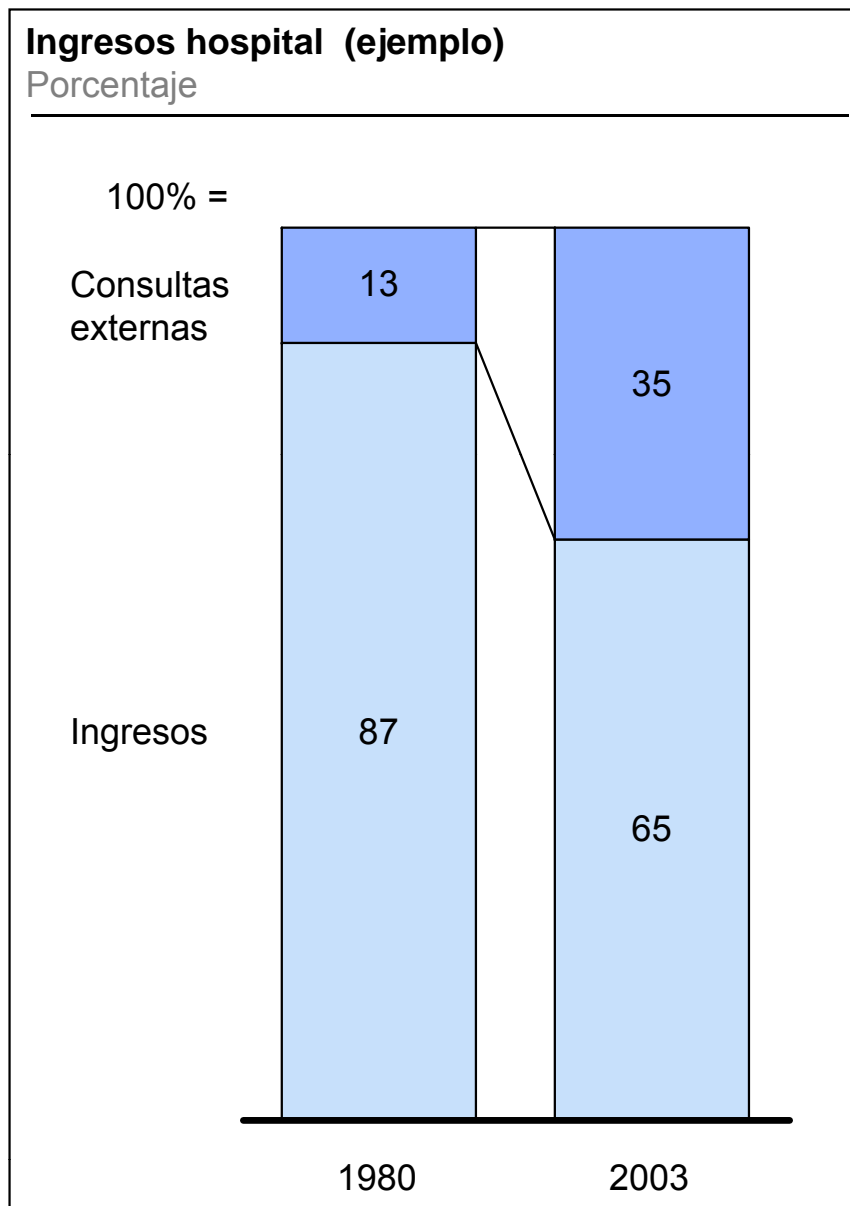
Modelo Operativo

Integración

Impacto

- Aumento de las visitas + 12%, la mayoría en áreas que tenían previamente mal acceso
- Pacientes inscritos de 87% a 91%
- Número de puntos de medicina general + 10%
- Consultorio privado de medicina general del 48% al 53%
- Pacientes que perciben que el tiempo de acceso es ‘adecuado’ del 76% al 82%
- Nota: ajustes en el modelo de financiación que mejora el trato a ciertas áreas y otros elementos

7.1 En EE.UU. esta tendencia ha sido muy marcada en los últimos 20 años



Contenido del documento

- Prioridades del Sistema Sanitario Español
- ¿Cómo optimizar la oferta? Experiencia internacional
- **Propuesta de posibles medidas para optimizar la oferta a implantar por las CC.AA.**

3 Medidas para optimizar la oferta

Posibles medidas concretas a lanzar

4 Maximizar la capacidad existente mediante una mayor productividad y eficiencia en costes

- Mejorar de la capacidad existente en los actuales centros de provisión de atención primaria y especializada (reducción de la estancia promedio, aumento de la productividad de los profesionales sanitarios, mayor utilización de los quirófanos y tecnologías)
- Reducir la base de costes en un 10-15% (reducción de los pagos a terceros mediante programas de compras para aprovisionamientos clínicos y no clínicos, subcontratación de servicios y concentración de servicios compartidos)
- Gestión de los nuevos hospitales por líneas de servicio estableciendo una cuenta de resultados por unidad de servicio y dotando a los gestores de la información e incentivos adecuados

5 Mejorar la calidad del servicio y los resultados clínicos fomentando la transparencia en la información y reduciendo la variabilidad entre médicos y centros

- Desarrollar un sistema de información nacional que permita comparar los resultados de actividad y calidad para médicos, centros y CC.AA.
- Impulsar el cuidado verticalmente integrado de los pacientes
 - Compartiendo información única sobre los pacientes/tratamientos
 - Coordinando los procedimientos clínicos (consultas externas y hospitalizaciones)
 - Compartiendo los riesgos/beneficios de la continuidad asistencial

6 Transformar la gestión de RR.HH. para lograr una mayor motivación del personal sanitario y una mejor adecuación del perfil y número de recursos a las necesidades

- Variabilizar el 30% de la remuneración de los profesionales sanitarios ligándola a objetivos de productividad y resultados
- Complementar las políticas de remuneración de los profesionales sanitarios con incentivos no monetarios (formación continuada, carrera profesional, fondos para investigación, etc.)
- Revisar las funciones asociadas a cada uno de los profesionales para optimizar los costes de provisión (p.ej. traspaso a enfermeras de algunas funciones realizadas por los médicos)
- Promover, dentro del sistema público, nuevas fórmulas de organización del personal sanitario (ej. EBAs)
- Desarrollar un plan estratégico de RR.HH., en colaboración con los representantes de los profesionales sanitarios, que analice las necesidades de personal y establezca medidas/ mecanismos para ajustar la demanda y oferta de recursos

7 Invertir para optimizar la estructura de provisión de servicios sanitarios y su dimensionamiento

- Trasladar la provisión a los entornos de menor coste (p.ej. de urgencias hospitalarias a urgencias ambulatorias; de hospitalización de pacientes crónicos a centros de cuidado de día)
- Fomentar y facilitar el cuidado a domicilio