

# 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

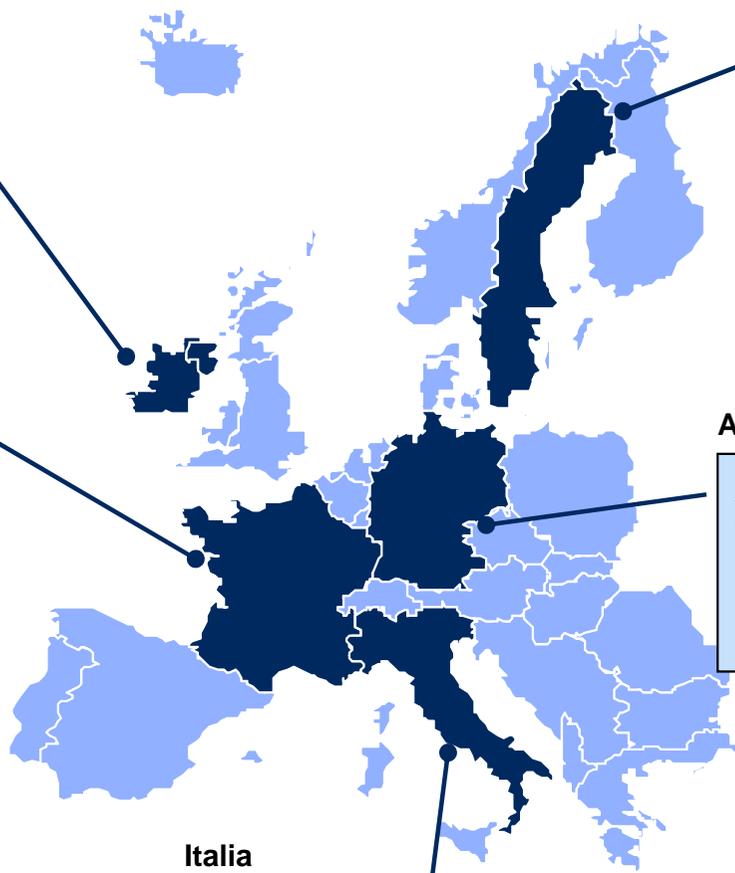
**2006**

- 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

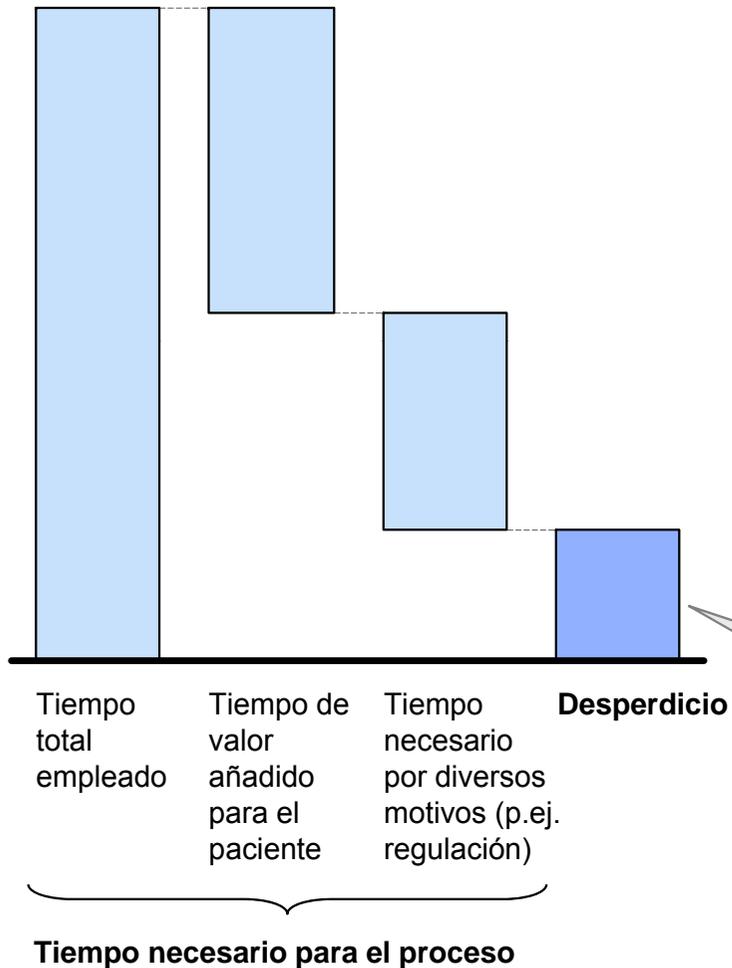
- Entre un **10% y un 15% de reducción de la base total de costes normalmente alcanzable**. Entre otras medidas:
  - Creación de centrales de compras
  - Subcontratación y externalización de servicios no clínicos
  - Optimización de los lotes de compra/número de proveedores
  - Armonización y revisión 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



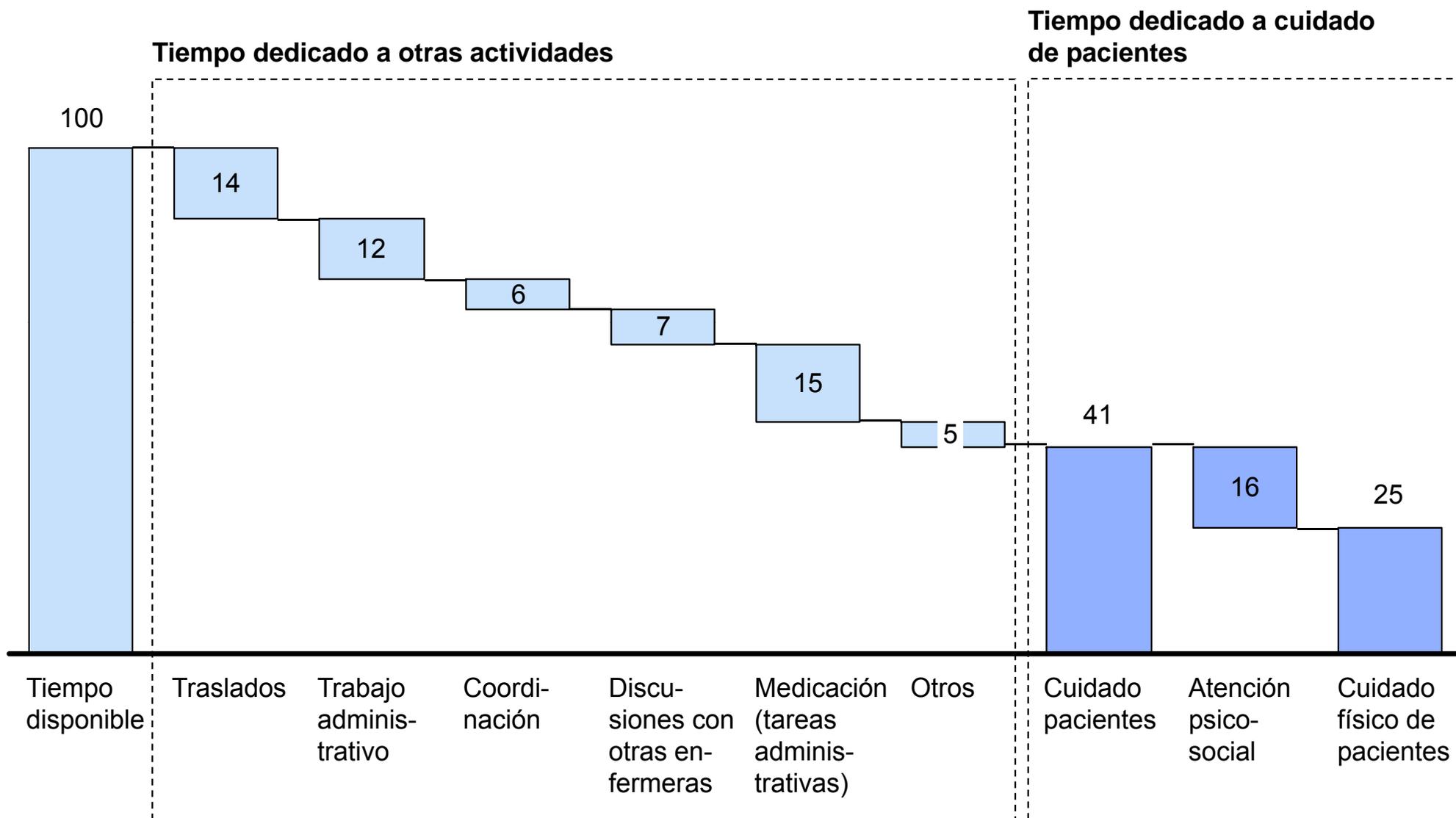
Desplazamientos no necesarios	Re-trabajo	Sobreproducción	Excesos de inventario
 <p><b>Ejemplo:</b> Técnico de farmacia dedica 20 minutos a mirar múltiples lugares para un medicamento</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> Pruebas de laboratorio realizadas dos veces por errores</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> Demasiados informes innecesarios en papel</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> 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><b>Ejemplo:</b> Pacientes desplazados varias veces de un piso a radiología por confusiones en las citas</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> Enfermera registra la actividad respiratoria de 4 formas diferentes</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> Anestesta esperando 20 minutos para el inicio de una operación, sin poder atender otras actividades</p>	 <p><b>Ejemplo:</b> 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

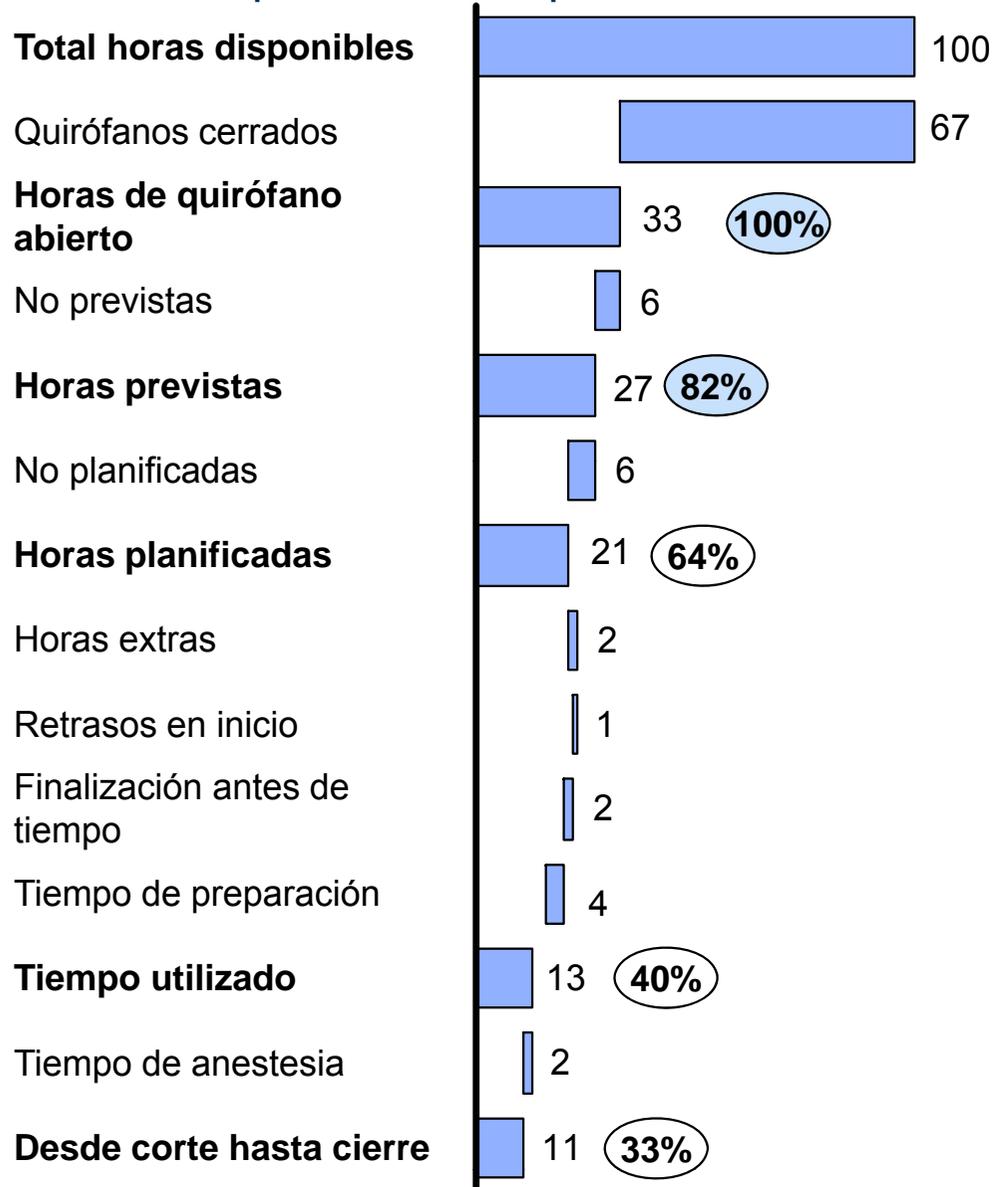
Porcentaje del tiempo dedicado por las enfermeras

■ 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

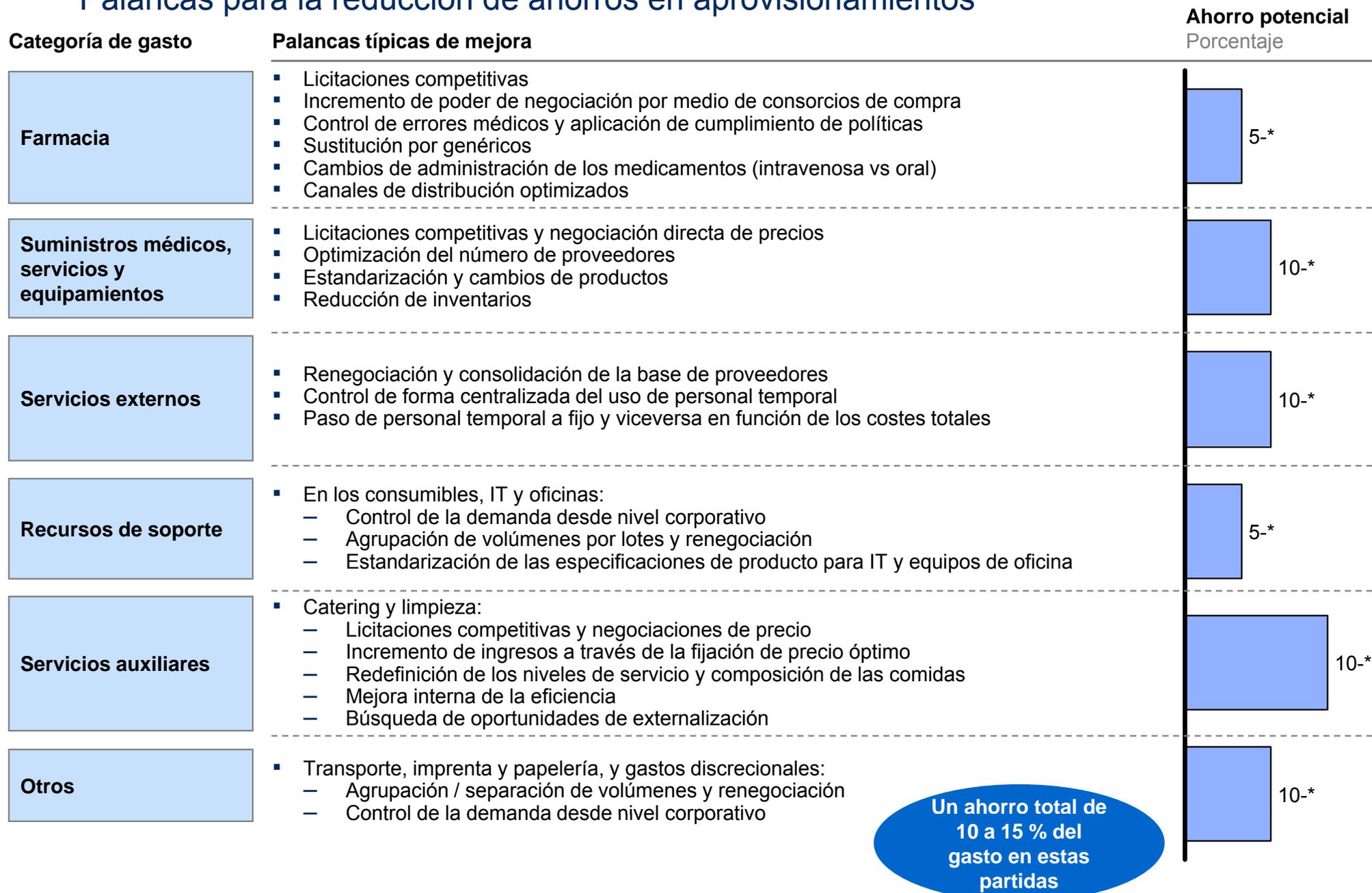


### ¿Cuál era el problema?

- 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



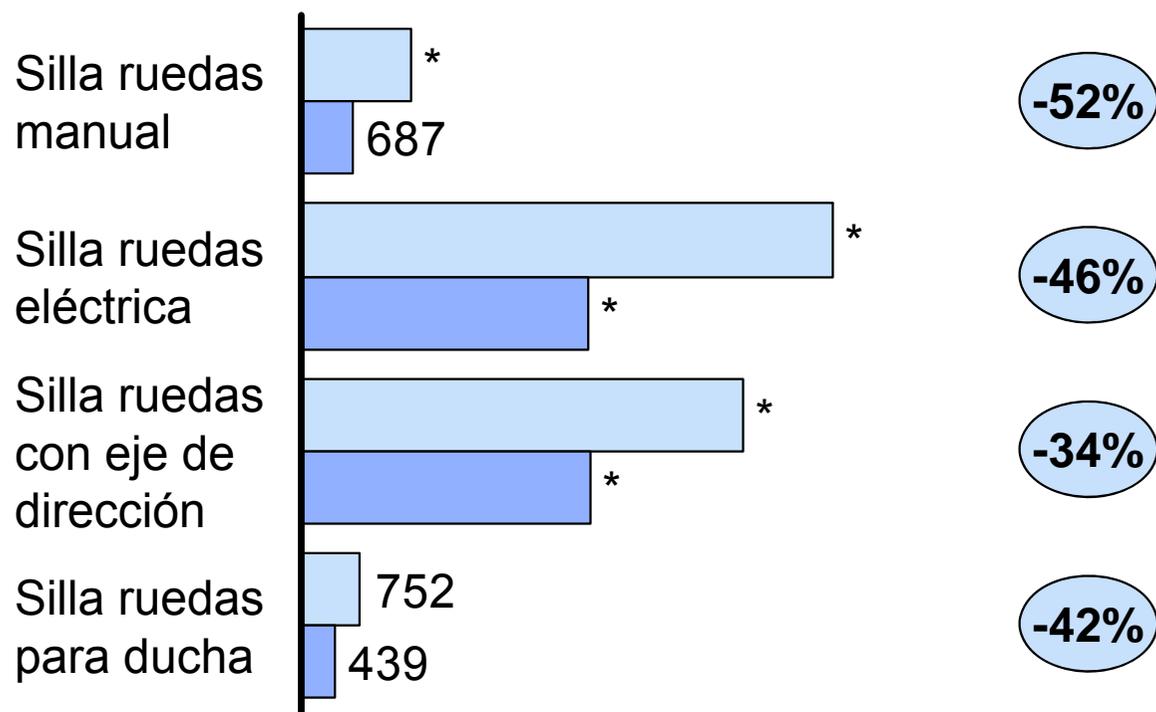
## 4.2 Incrementar la escala de compra puede suponer importantes ahorros para el comprador

### 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

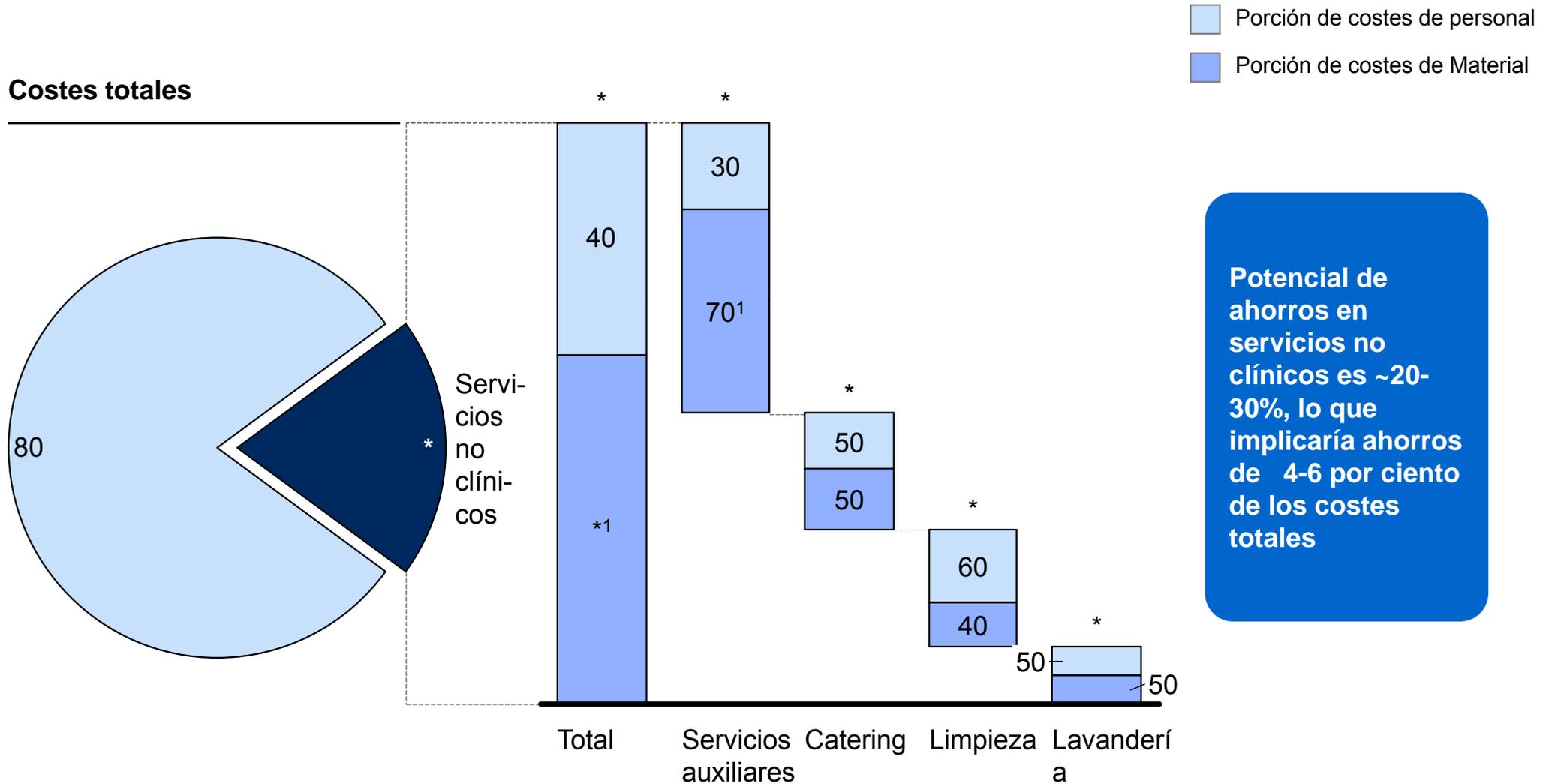
### Precios antes y después de licitación

EUROS, media por grupo



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

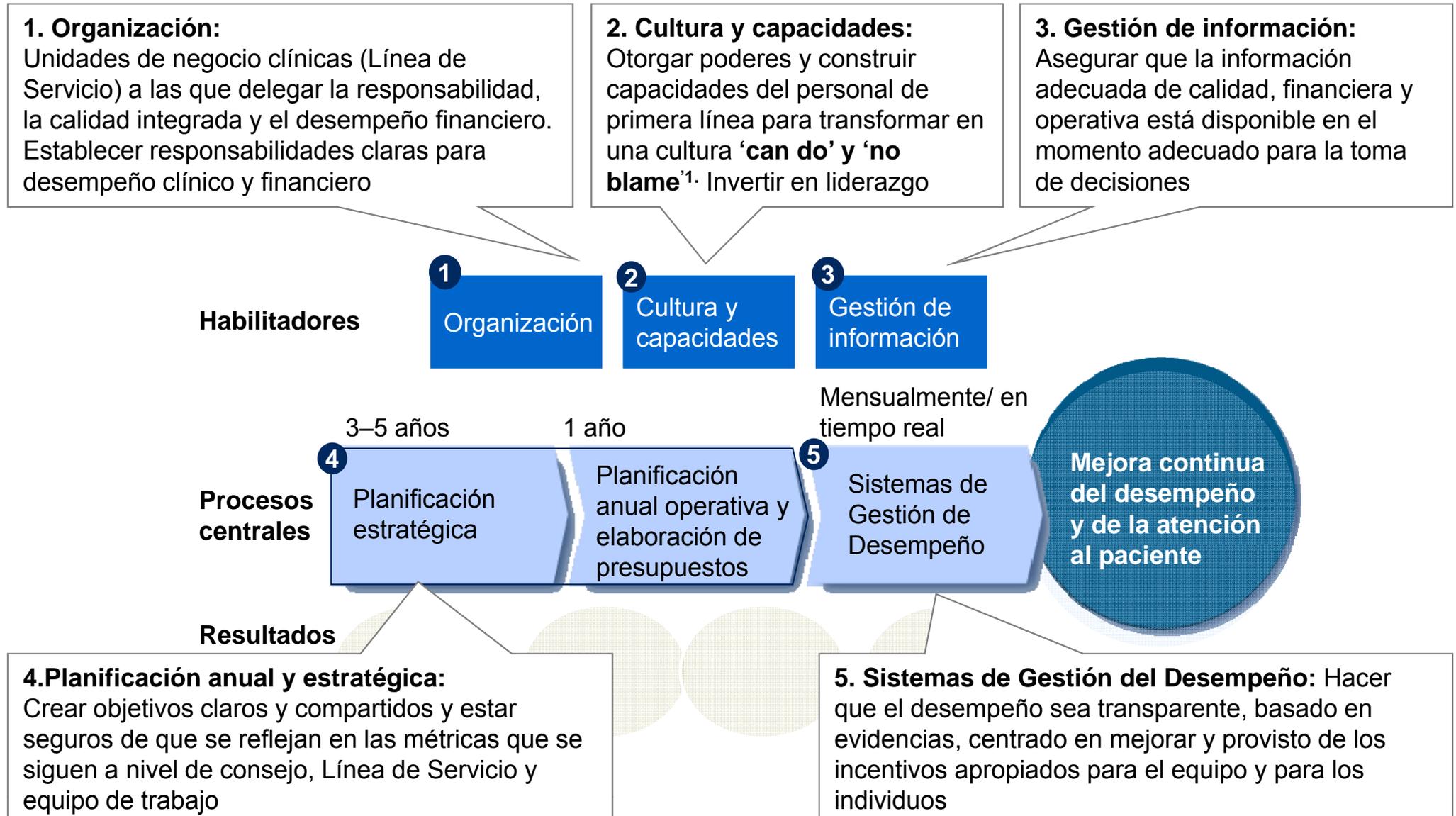
Desglose de costes de personal y materiales en servicios no clínicos (%)



<sup>1</sup> 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



<sup>1</sup> '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

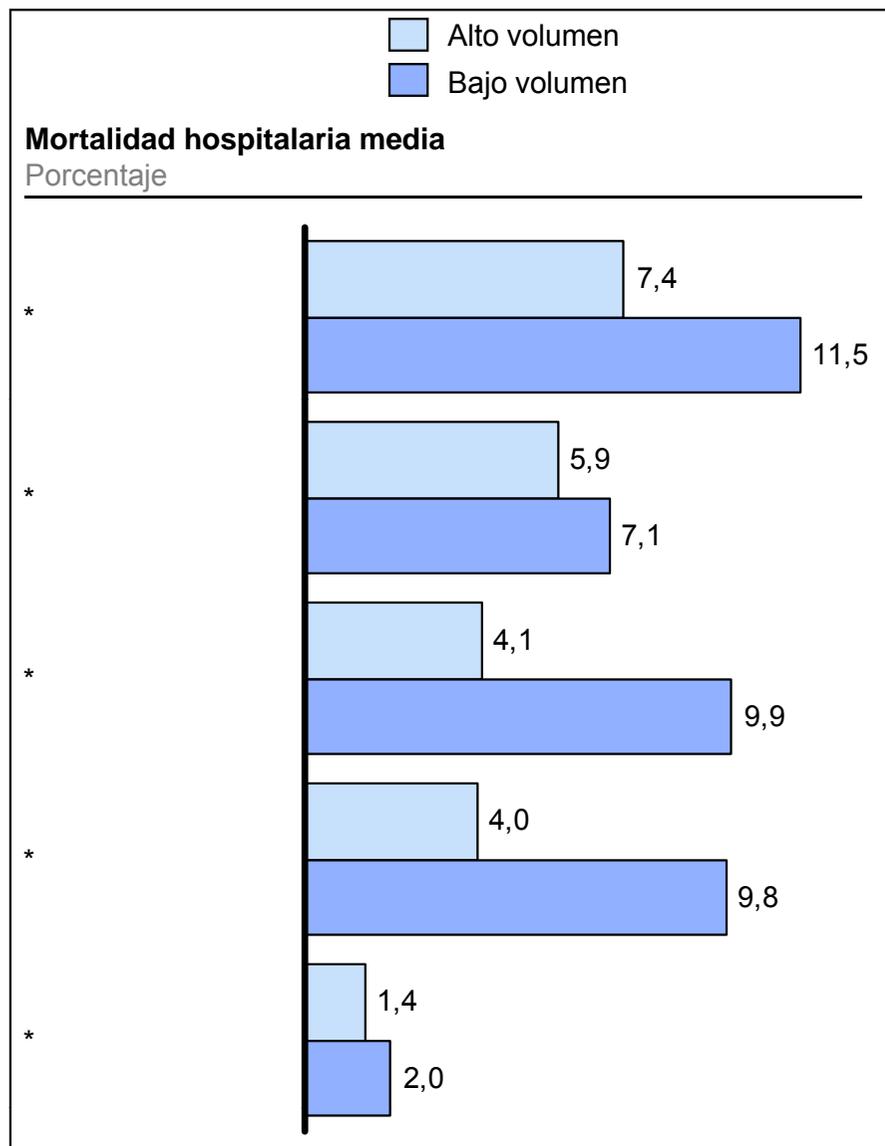
- **Hospital líder en EE.UU.** (Michigan)
- Introducción de un **listado de precauciones** en la **Unidad de Cuidados intensivos** durante ciertas intervenciones

### Impacto

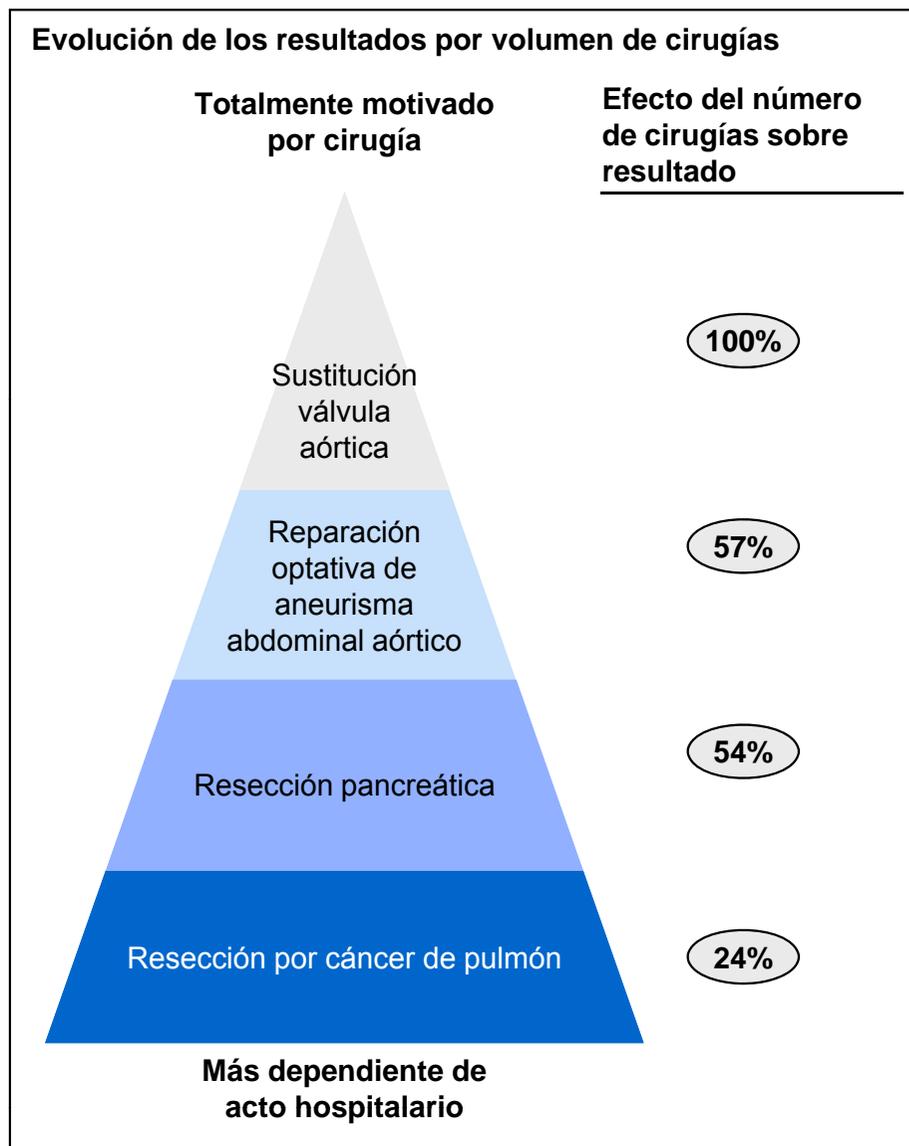
- **Tras un año** usando el listado de precauciones
  - Prevención de **43 infecciones**
  - Prevención de **8 muertes**
  - Ahorro de **~2 MM de dólares**
- En los **primeros 18 meses**, la implementación del listado de precauciones en todas las Unidades de Cuidados Intensivos del **Estado**
  - Salvó **>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



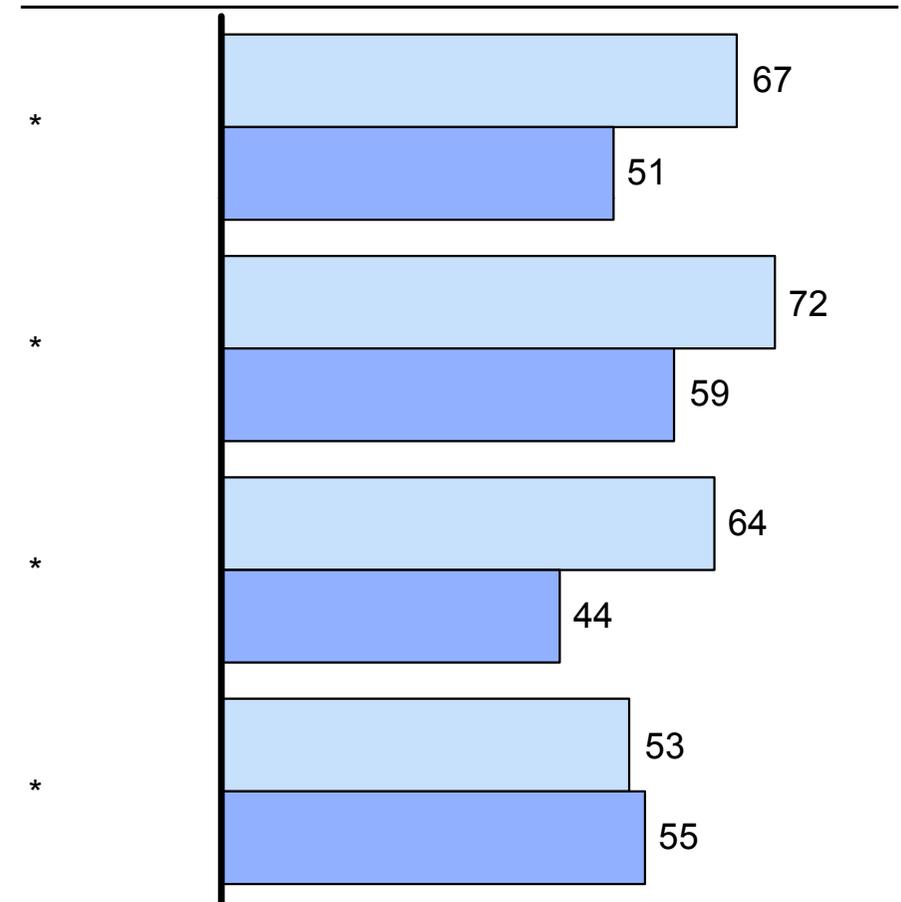
Ejemplo: Ejemplo Veteran Health Administration

■ 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 <sup>1</sup>

### 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

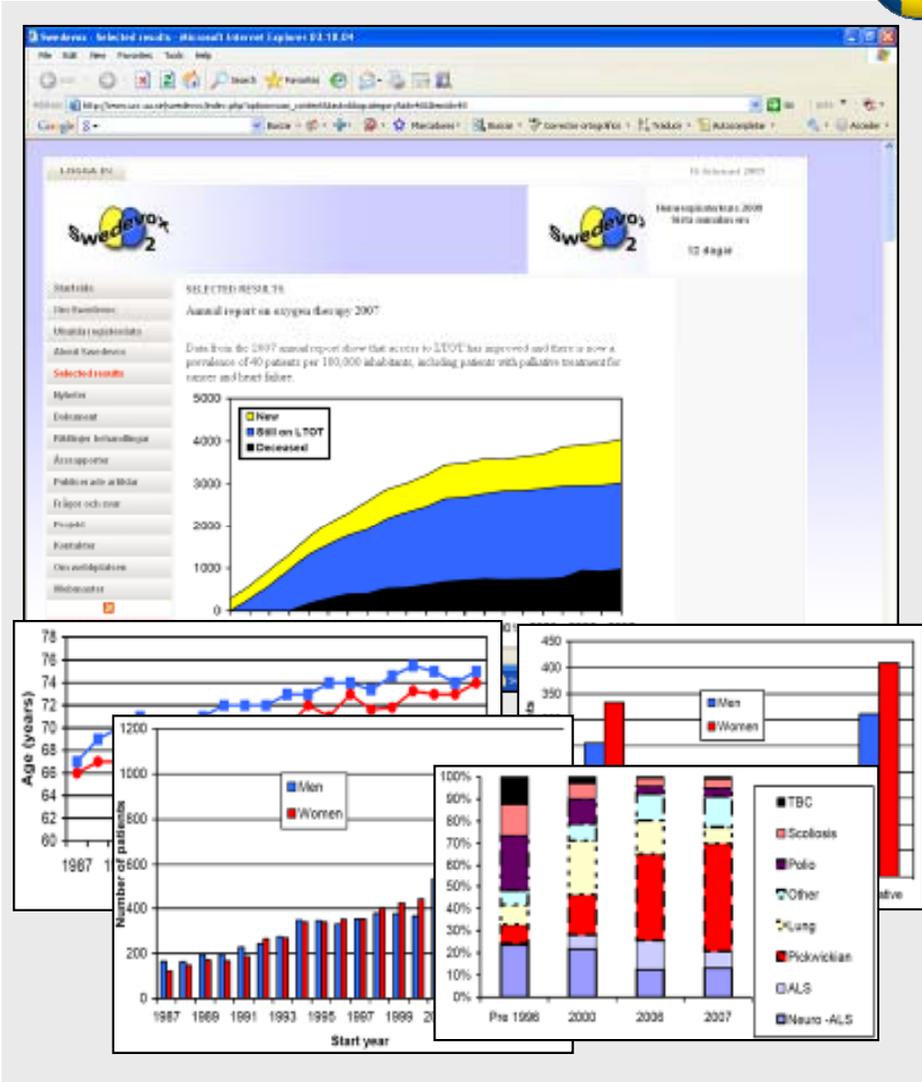
- Existencia de acuerdo a nivel nacional sobre los estándares de un buen servicio sanitario
- Determinación del potencial de cada unidad para mejorar en la calidad y en el análisis de datos propios
- Posibilidad de comparar diferentes unidades y diferenciarse de la competencia
- Uso agregado de todos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

<sup>1</sup> Unidad entendida como doctor, especialidad o clínica

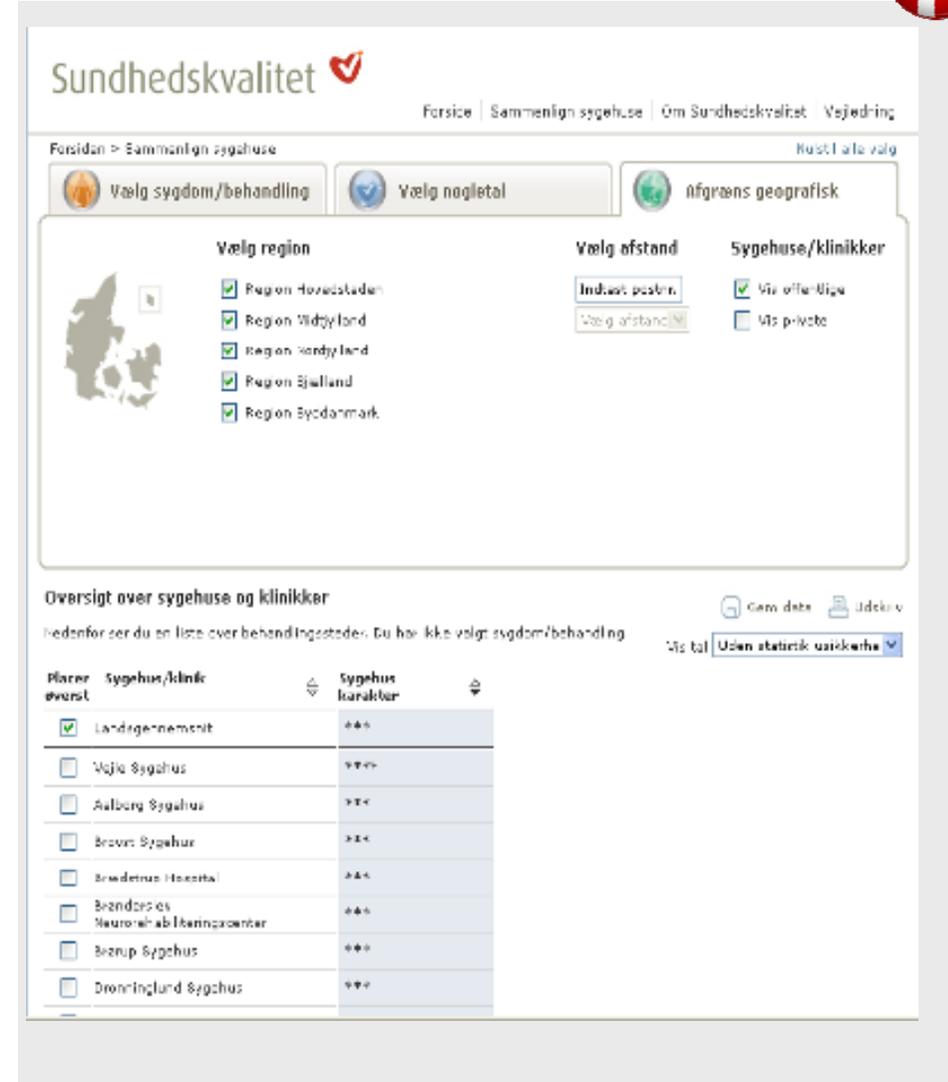
# 5.3 La transparencia por centro y médico o especialidad es un elemento común en los países del norte de Europa

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

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 independientes<sup>1</sup>
- 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)

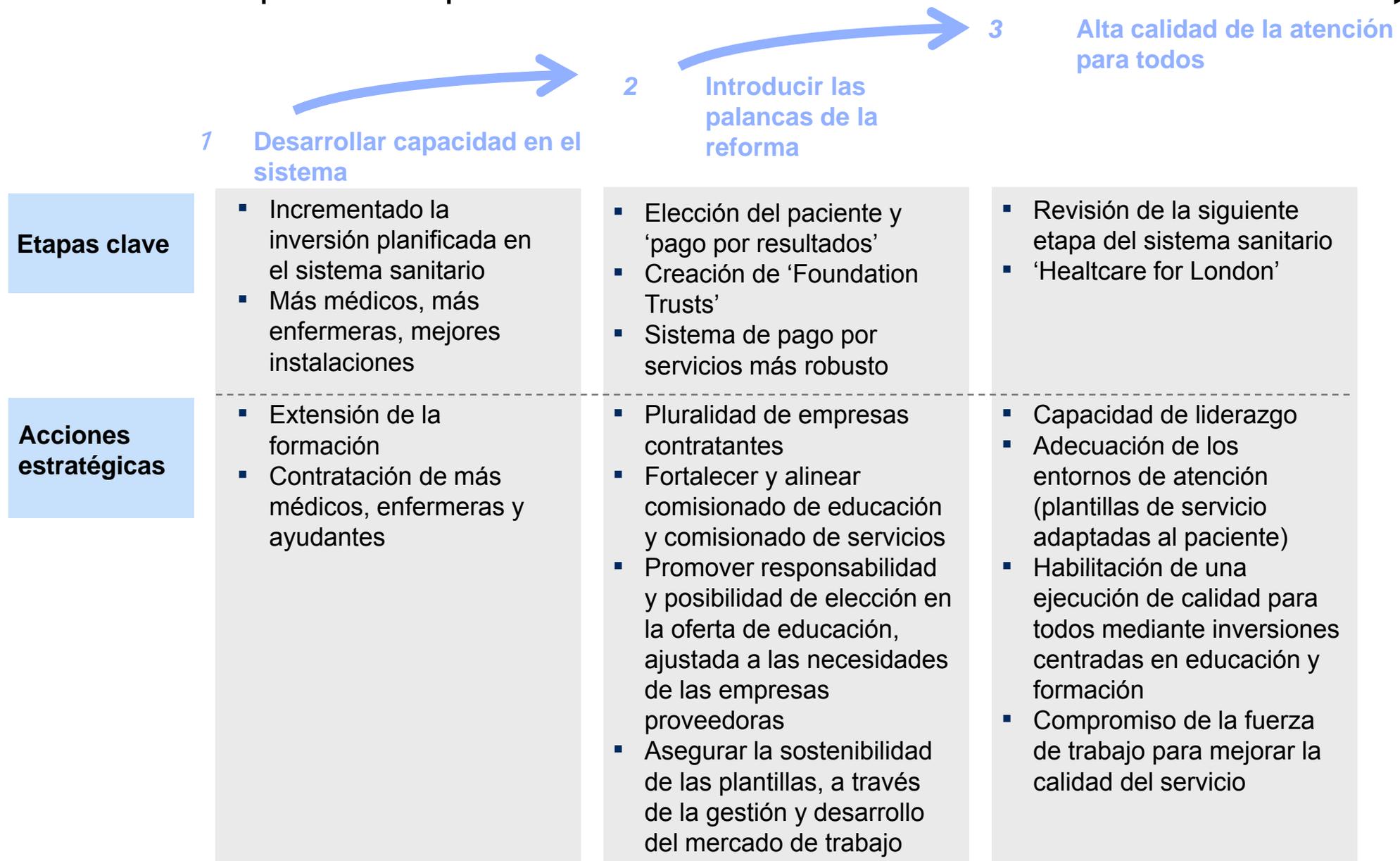
### ¿Qué objetivos tiene?

- 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

<sup>1</sup> 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

7.2

Fomentar y facilitar el cuidado a domicilio

### ¿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

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

### ¿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%)

- **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



# 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

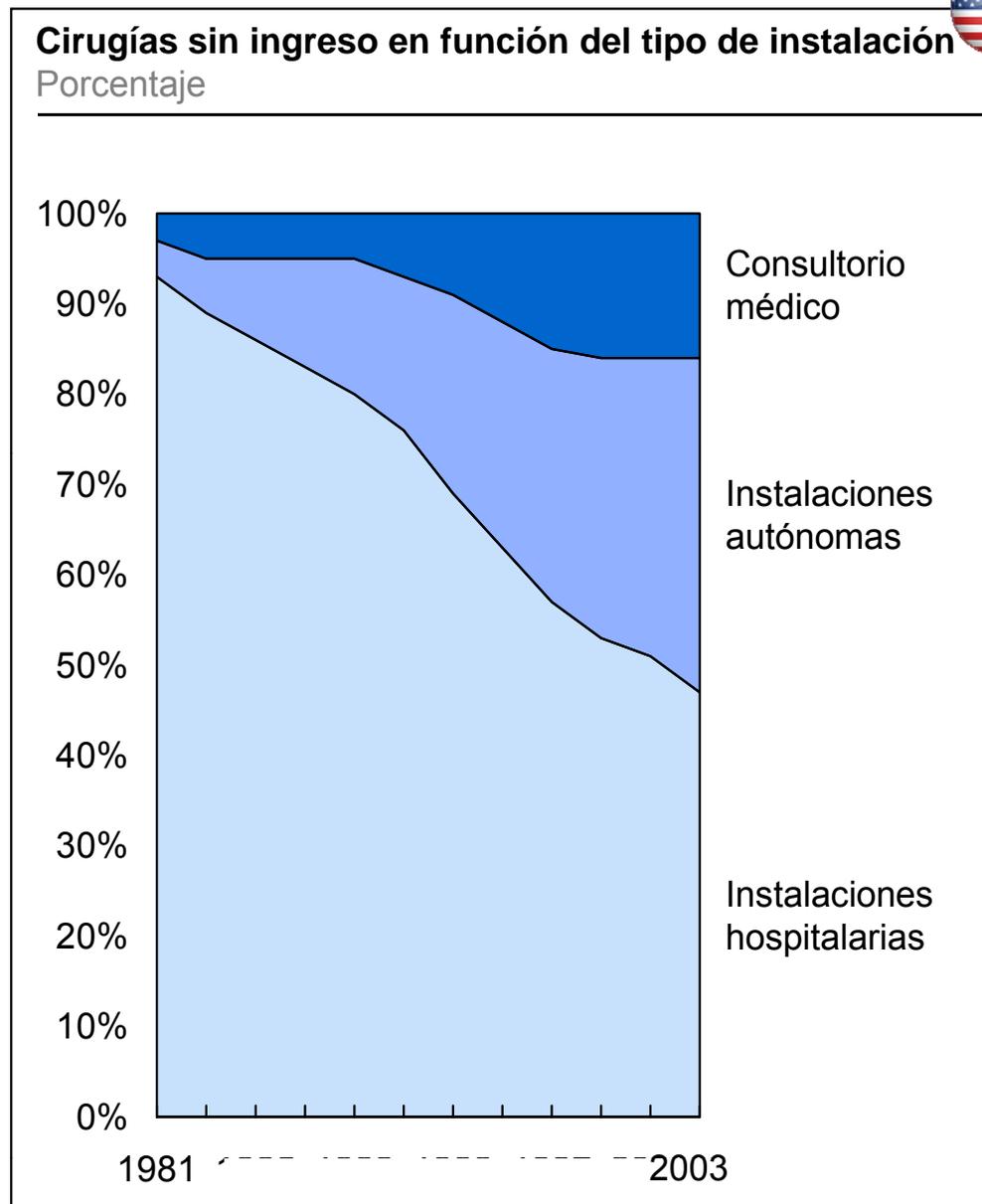
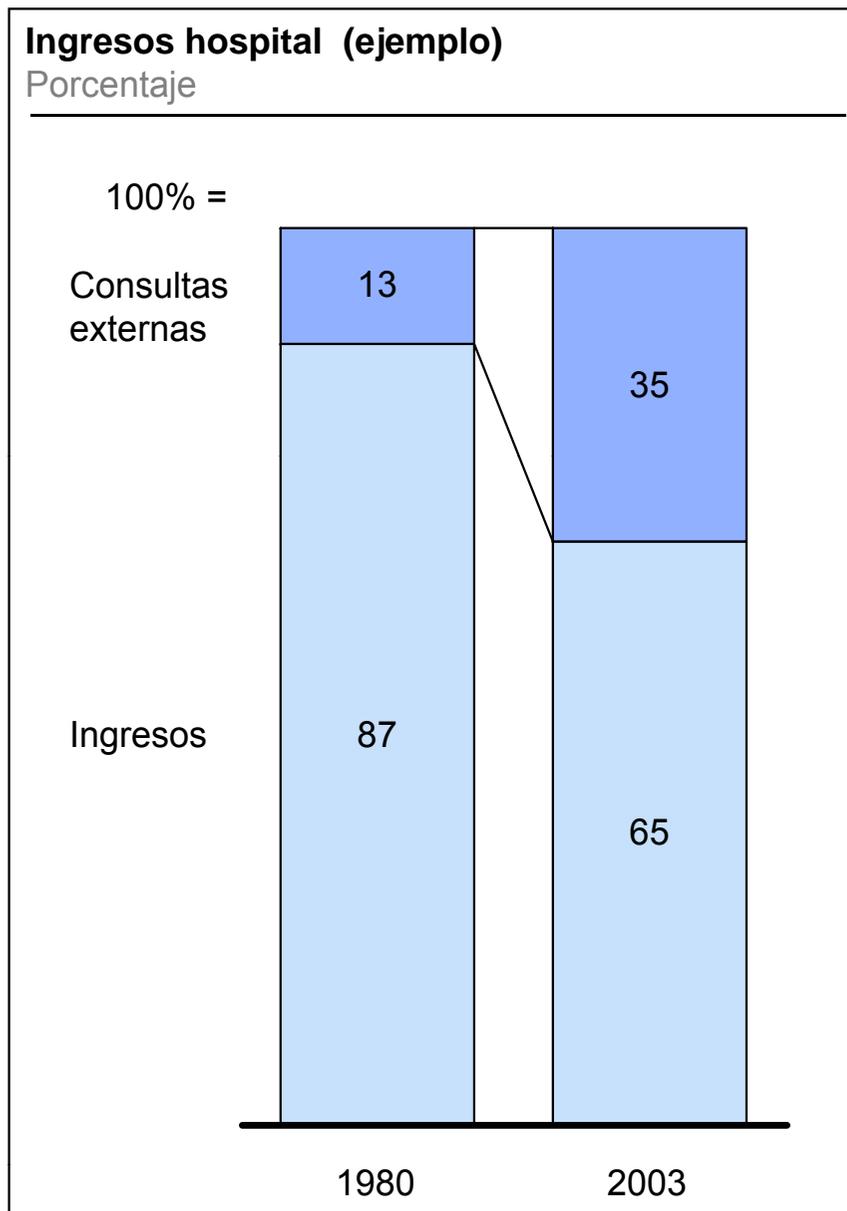
### Modelo Operativo

### 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