

MONOGRAFIA

POLITICAS Y SISTEMA DE SALUD,

MODELOS DE PAGO

SISTEMA DE PAGO CAPITADO



INTEGRANTES:

DANIELA JIMENEZ

SILVINA PIANA

DRA.D'ANGELO ANALIA

DR.CALZETTA FABIAN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN-----	2
OBJETIVOS-----	3
MARCO TEÓRICO-----	4
DESARROLLO-----	6
CONCLUSIÓN-----	21
BIBLIOGRAFÍA-----	22

ANEXO

INFORMACIÓN DE EXPOSICIÓN

INTRODUCCIÓN

Los modelos de pago son poderosas herramientas de gestión ya que permiten operar sobre el gasto y sobre las conductas de las personas. Los mecanismos de contratación y pago en salud generan un impacto diverso en la cantidad y calidad de los servicios médicos, en la transferencia de riesgo entre actores y en la eficiencia de la utilización de los recursos.

El estudio y diseño de los modelos de contratación y pago más adecuados para cada situación se ha transformado en una especie de nueva alquimia que promete dar respuesta a gran parte de los desafíos de la gestión en salud.

Este trabajo se propone presentar de forma sistemática las principales características de los instrumentos o modelos de pago a prestadores.

Objetivos

- Los Sistemas de Pago en Servicios de Salud constituyen una acción social y económica.
- Los modelos de pago son los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud.
- La interrelación existente entre los distintos actores del Sistema de Salud: Como Eje vital de la gestión.
- En los Sistemas de Pago Capitado, el seguimiento y control prestacional (AUDITORIA) , asociado a los Modelos de Pago (INCENTIVOS) son herramientas imprescindibles para asegurar la Calidad de Gestión.

Marco Teórico

Desde 1993, los enfoques de intervención en el Sistema Sanitario Argentino se han orientado en el sentido de una reforma silenciosa, segmentada y orientada principalmente a producir cambios sobre la macroeconomía del componente seguro social solidario (Las Obras Sociales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) básicamente en el modelo de atención médica. Por el contrario, poco es lo que se ha avanzado en la transformación del sector estatal de servicios de salud, fundamentalmente por la pertenencia de éstos a cada provincia lo que obliga a consensuar políticas afines, y también sobre la regulación del sector de la medicina aseguradora privada. Puede decirse que tanto las Obras Sociales como el INSSJyP representan ámbitos de intervención directa del gobierno nacional; de allí la importancia estratégica que adquiere su reforma.

La profundización del proceso de transformación del sector del seguro social cuasi-público, procura una concentración de las Obras Sociales a partir de la promoción de fusiones y conformación de consorcios entre éstas, como estrategia de gestión eficiente.

En tanto sistema “regulado” a punto de partida de un organismo gubernamental responsable de establecer las reglas de juego (la Superintendencia de Servicios de Salud), el avance hacia un mercado interno, si bien tiene el encanto ideológico de la construcción teórica, también posee el desencanto real de que ni los pacientes/usuarios son quienes compran o deciden por elección consciente – salvo en aspectos menores no relacionados con la gestión clínica- como tampoco la competencia entre seguros cuasi públicos y privados obliga a sus gestores a ser más condescendientes con la equidad o más conscientes de los costos y la calidad.

Al mismo tiempo extiende el modelo de la cápita ponderada o no- como herramienta financiera de contención de costos y promueve la oligopolización y dispersión de la oferta prestacional como intento de resolver la “captura privada” de los financiadores por parte de los prestadores, y a la vez provocar una lógica natural de adaptación al proceso transformador.

Paralelamente, la regulación de las empresas de seguro privado (también llamadas pre-pagas) previo a la apertura a la libertad de contratación y elección consciente del seguro por parte de los usuarios, apunta a establecer el marco adecuado para la conformación de un cuasi-mercado competitivo entre organizaciones aseguradoras solidarias y de pago privado.

Por su parte, la reforma del INSSJyP se han basado en una ingeniería contractual centrada en la fijación de un valor cápita de referencia, más un proceso licitatorio segmentado por regiones geográficas y servicios de atención

que atomiza la oferta prestacional en unidades de gestión/provisión de la atención médica de sus beneficiarios.

El modelo adoptado se asemeja a la denominada “competencia gestionada”, basada en el traslado de riesgos asociado a una financiación fija preestablecida a partir de un monto determinado y destinado a cubrir una canasta básica de prestaciones denominada Programa Medico Obligatorio(PMO), que comprende, prácticamente, la totalidad de la atención de la salud.

Las expectativas de los seguros solidarios pasa de trabajar “en el margen” o evitando “catástrofes financieras” por azar moral, a tomar el control del proceso de gestión sanitaria entre aseguradores y proveedores. Se procura de esta forma limitar el control monopólico que ejercían estos últimos en la fijación de “precios de compra” (honorarios médicos y derechos sanatoriales) evitando así la tradicional captura privada de los financiadores, pasando ahora a comprar servicios de acuerdo a las necesidades, demandas y preferencias supuestas de la población.

Este modelo, promovido en la última década, no surge como instrumento de reforma sino que se convierte en un fin en sí mismo, alumbrado en el contexto de una filosofía que apunta a que la competencia moviliza el sistema hacia la eficiencia, condición que, si bien ocurre en el mercado tradicional, no parece trasladarse automáticamente al mercado sanitario. En sí no es éste un argumento ideológicamente neutro, sino intencionalmente incorporado al sector como parte de las reformas económicas macro estructurales.

Se caracteriza por organizarse “en cascada” desde los financiadores/compradores de atención médica a intermediarias que comparten gestión de riesgos y provisión de servicios, mediante prestadores asociados para capturar mayores cuotas de mercado. Estos grupos prestadores convierten los incentivos económicos en un elemento clave de la Gestión Clínica.

Desarrollo

La provisión de servicios de salud constituye una acción social y una acción económica.

En su carácter de acción social involucra a un conjunto de actores que se articulan de múltiples formas, a veces más cooperativas y otras más conflictivas.

En su carácter de acción económica involucra flujos de recursos, incorpora valor y desarrolla bienes y servicios.

El estudio de los modelos de contratación y pago por los servicios provistos requiere ser considerado desde estas dos dimensiones.

Cada modelo o instrumento de pago tiene virtudes y defectos y estos varían según el contexto en que se los utilice.

Los modelos de pago son, tal vez, los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud.

Se denomina incentivo a todo elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente.

A través de la manipulación de los instrumentos de pago los gestores pueden incentivar conductas de los prestadores o entidades intermediarias que alteren: la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsibilidad y el control de los costos globales de la atención médica, las formas de vinculación entre Médico y paciente y de los profesionales entre sí, el registro de información, etc...

El pago capitado, una herramienta considerada clave para adecuar un techo de gasto, en teoría procura introducir un modelo de pago dentro de la organización de la asistencia sanitaria en torno al mantenimiento de la salud reduciendo los costos de producirla.

A la vez que controla el incentivo negativo de la sobrestación por una mayor demanda inducida derivada del tercer pagador, no está exenta de subprestación como mecanismo de maximización de ingresos del proveedor de atención médica, más aun si la redistribución de beneficios se efectúa sobre la base de un índice promedio, si bien reduce los pagos por sobre los costos marginales excedentes de los servicios prestados.

Por su parte, el traslado de riesgos al núcleo gerencial/prestador que se asocia al pago capitado obliga a éste a establecer regulaciones del paquete de prestaciones y promover el análisis costo/efectivo de las decisiones clínicas, así como a tratar de incrementar la proporción de población afiliada en función de "licuar" riesgos y mejorar sus economías de escala.

Modelos de pago y Actores del sistema de salud

Cuando se hace referencia a los actores se contempla a aquellos que influyen en la determinación del volumen de ingresos a ser percibido por el prestador. La literatura internacional de la economía de la salud suele identificar tres actores:

1. el pagador (asegurador -obras sociales, mutuales, prepagas, etc.- o regulador - ministerios o agencias autárquicas), que financia la provisión de servicios y establece la forma y nivel de pago a los prestadores;
2. los prestadores, proveedores ó -como suelen ser llamados en Argentina, efectores- que pueden ser tanto profesionales de la salud - médicos, kinesiólogos, odontólogos, psicólogos, etc..- o instituciones - clínicas, hospitales, laboratorios, centros de rehabilitación, etc., que toman decisiones sobre los tratamientos, y
3. los usuarios o pacientes quienes pueden contar con mayor o menor cobertura del seguro.

En la Argentina, merece destacarse un cuarto actor que son las instituciones intermediarias tales como asociaciones y colegios de profesionales, que muchas veces establecen contratos con las obras sociales. Estas instituciones actúan de manera similar a las agencias de contratación o a los proveedores mayoristas ya que reciben de la entidad aseguradora un volumen de recursos y se ocupan de reclutar y remunerar a los profesionales. Generalmente las obras sociales utilizan un modelo de pago para las entidades intermediarias y estas utilizan otros para remunerar a los profesionales que nuclean.

Clasificación de los modelos

Existen varias alternativas para la remuneración de los servicios cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas específicas. Para obtener una visión panorámica de los modelos de pago se mencionarán a continuación diversas modalidades de clasificación para luego analizar cada alternativa con mayor detalle.

Los modelos de pago a prestadores pueden ser clasificados según:

1. Según a quién se remunera. Los instrumentos de pago pueden remunerar:

a) a profesionales, los instrumentos de pago tradicionales son el salario, el pago por acto médico - que en la Argentina es denominado pago por prestación- y el pago capitado.

También existen alternativas intermedias a estas "formas puras" que consisten en combinaciones de elementos propios de cada uno, y serán examinados más adelante.

b) a establecimientos, se pueden listar distintas alternativas de presupuesto (en bolsa, por establecimiento, por servicio- que con frecuencia se lo denomina erróneamente "Presupuesto por Programas", etc.), los pagos por procedimientos o intervenciones, por día de estancia - también llamado paciente-día o "cama caliente", y otras alternativas que representan unidades compuestas más complejas como los denominados contratos programa o contratos de gestión.

c) a entidades intermediarias, se utiliza especialmente la cápita, e instrumentos como los contratos de riesgo y a los que ahora se agregan los más sofisticados modelos de pago por resultados.

2. Según cuando se paga o cuando se realiza el cálculo de los volúmenes a ser pagos.

Aquí se distingue entre instrumentos prospectivos y retrospectivos. La variable clave que justifica esta distinción es la previsibilidad del gasto dentro del sistema.

Los instrumentos retrospectivos son mucho menos previsible por que el asegurador o financiador debe pagar cada mes la factura que le presentan los prestadores y tiene poca capacidad para prever el monto total de dicha factura. En otras palabras, en modelos de pago retrospectivo como el pago por prestación cada mes el seguro firma un "cheque en blanco" a ser llenado por los prestadores.

Los modelos de pago prospectivo son aquellos en donde la entidad aseguradora o financiadora preestablece los volúmenes a ser pagos con diferentes grados de rigidez. Un ejemplo lo constituye el pago capitado en el cual el seguro sabe cuánto pagará a los prestadores de acuerdo a sus beneficiarios pero independientemente de la utilización que estos hagan de los servicios.

Los Modelos de Pago como Instrumentos de Gestión

Las formas en que se paga a los proveedores de servicios de salud están relacionadas con un conjunto de factores:

Condicionan la oferta

Porque cada forma de pago puede estimular la subprestación, la sobreprestación, la derivación o la retención del paciente por parte del profesional.

Porque unas formas de pago están estrictamente limitadas a los servicios curativos y otras son más compatibles con los preventivos. Porque alterando tanto la modalidad como los valores a ser pagos se puede estimular la concentración de profesionales en una determinada especialidad y área geográfica y se puede estimular el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.

Condicionan la demanda

Porque algunos modelos facilitan más la inducción de la demanda por los médicos que otros.

Porque cada modelo influye de determinada manera sobre la relación médico-paciente

Condicionan la gestión

Los métodos de pago a proveedores han demostrado ser importantes en la determinación de cuanto servicio es distribuido, de qué clase y cuánto cuesta.

Son especialmente útiles para el control de costos.

Además algunos métodos permiten a los administradores de los establecimientos y entidades intermedias una mayor previsibilidad del total del gasto prestacional que otros.

Algunos son más fáciles de administrar y otros son más complejos.

Algunos estimulan más la eficiencia técnica que otros, algunos permiten un margen mayor para redistribuir los recursos que otros.

Algunos requieren de sofisticados sistemas de información y otros no.

Análisis de los Modelos de Pago en Salud

La definición de cuál es la manera más adecuada para pagar por los servicios de salud adquiere relevancia cuando se comienza a verificar que los costos de salud aumentan más rápidamente que el costo de vida en general.

La cuestión de los modelos o instrumentos de pago se plantea como una problemática central para los modelos de financiación de la salud en donde existe un tercer pagador. Esto implica una imperfección característica de los mercados de salud ya que significa la ausencia de elasticidad-precio, es decir que la demanda de los servicios de salud no se vería afectada ante variaciones en los precios de las prestaciones. Por el contrario, como ha sido analizado por una abundante literatura de la economía de la salud, tiende a incentivarse una conducta abusiva por parte de los usuarios quienes demandan servicios de manera desaprensiva.

La lengua inglesa utiliza el término moral hazard para describir este tipo de conductas.

La problemática de los modelos de pago puede ser planteada como la cuestión de cuál es la forma adecuada para distribuir los riesgos que involucra esa actividad económica que consiste en brindar cobertura médica a las personas. Se puede suponer un modelo de mercado ideal en el cual no existirían entidades aseguradoras (como prepagos, mutuales, u Obras Sociales) y las personas se proveerían de asistencia médica directamente en el mercado a través del desembolso directo.

La probabilidad de enfermar representaría un riesgo económico que, en este caso, asumiría integralmente el enfermo. Es decir, cuando un individuo se enferma él mismo debería hacerse cargo de financiar su asistencia médica. Las diferentes modalidades de seguros buscaron alternativas para evitar esta encrucijada por la cual la mayoría de los enfermos eran sentenciados a la pobreza.

El comportamiento teórico involucrado en los modelos de seguro social es que el riesgo individual de enfermar es asumido sino por el conjunto de la sociedad al menos por un colectivo grupal planteándose un esquema de financiamiento solidario en el cual el sano financia al enfermo.

En los casos de seguros privados el riesgo de enfermar de cada individuo es asumido por un grupo empresario que, en base a cálculos actuariales, establece primas adecuadas para que la actividad aseguradora pueda sustentarse.

En el marco del Estado Benefactor se reemplaza el concepto de riesgo por el de necesidad, la salud es un derecho ciudadano y adquiere el carácter de cuestión de Estado, convirtiéndose en un bien predominantemente público. Por este motivo su financiamiento se debe establecer a través de recursos fiscales y no debe dar cabida a la lógica especulativa de los aseguradores privados.

En la medida en que el volumen total del gasto de los seguros de salud aumentaba se fue desarrollando una vasta ingeniería empresarial para transferir parte de los riesgos a los usuarios.

Dentro del modelo de seguros la implementación de co-pagos o tickets moderadores, por los cuales, independientemente de las primas abonadas, cada asegurado absorbe parte del costo de cada prestación, introduce la elasticidad-precio en el consumo de servicios de salud.

A través de este mecanismo la mayor parte del riesgo continúa siendo cubierto por el asegurador pero se incentiva al asegurado a no consumir desmesuradamente puesto que ello le resultaría oneroso.

El establecimiento de topes a las prestaciones constituye una forma más clara de transferir parte del riesgo al usuario.

No obstante, los mencionados ejemplos no contemplan la incorporación del prestador en esa distribución del riesgo. De hecho aún ante la incorporación de co-pagos y topes la elasticidad-precio puede continuar ausente o ser poco significativa. Se ha denominado relación de agencia a esa imperfección de los mercados sanitarios por la cual los individuos delegan sus decisiones sobre el consumo (utilización) en otra persona que pasa a actuar como su agente. Se han diseñado diferentes modelos de pago para poder controlar las decisiones de los médicos que actúan como agentes y condicionan la demanda de servicios.

Evaluación de los modelos de pago a prestadores de servicios de salud

En esta evaluación de los modelos o instrumentos de pago en servicios de salud se parte de la clasificación que distingue a quién se remunera. Por este motivo en una primer parte son evaluados los modelos de pago a profesionales y en la segunda los modelos de pago a establecimientos.

Modelos de pago a profesionales

En la literatura especializada se suele aludir a modelos de pago “puros” y formas mixtas de remuneración. A continuación se presentan los denominados modelos puros y luego son consideradas las variantes a estos modelos.

I.1 Modelos puros

En función de la base de pago existen tres modelos “puros” de remuneración a los médicos:

- a) el salario,
- b) pago por prestación, acto/servicio.
- c) la capitación

a) Salario

Base de cálculo: En este sistema el profesional recibe una remuneración fija por el conjunto de actividades que desempeñe en un período de tiempo dado. En otros términos, el profesional alquila su tiempo (cuando se trata de contratos de dedicación parcial) o alquila su título (cuando se trata de contratos de dedicación total).

Determinantes del volumen de ingresos: Las variables que determinan el volumen de ingresos son: la carga horaria y el rango jerárquico asumido dentro de la organización.

Actores: Entidad prestadora (empleados), Profesional (empleado).
Se trata de un modelo de remuneración centrado en la oferta, por lo tanto, en este caso el paciente no afecta directamente el pago del médico puesto que este último recibirá su sueldo aún cuando ningún paciente concorra al servicio.

Comportamiento teórico: El profesional buscará maximizar el tiempo no asistencial y minimizar las cargas de trabajo.

Ventajas:

- _ Alta Previsibilidad (facilita la administración y el control de costos).
- _ No obstaculiza la cooperación "horizontal" (entre colegas).
- _ No estimula la sobre prestación.
- _ Homogeneiza la forma de remuneración entre médicos y otros trabajadores.

Desventajas:

- _ No incentiva la productividad.
- _ Introduce presiones para el incremento del personal (de la planta, de las cargas horarias o la jerarquización). Por lo tanto, mantiene los ingresos y reduce las cargas de trabajo individuales).
- _ La percepción de ingresos bajos se traduce en reducciones de la jornada efectiva. Introduce la lógica "...y, por lo que me pagan".
- _ Independiza la cantidad y calidad de los servicios de las remuneraciones, lo que puede insensibilizar al prestador respecto a las preferencias de los pacientes.
- _ No favorece la relación médico-paciente.
- _ Puede estimular la subprestación (reducción en la cantidad / calidad de servicios).
- _ Aumenta el peso relativo de los costos fijos.

b) Pago por prestación

Base de cálculo: Constituye la forma más desagregada ya que la base de cálculo de la remuneración es cada servicio individual que el médico le brinda al paciente.

Determinantes del volumen de ingresos: El nivel de actividad o prestaciones realizadas.

Actores: Paciente (cuando no tiene seguro o éste funciona bajo reembolsos), Profesional (cobrando directo al paciente o al seguro), Seguro (tercer pagador).

Comportamiento teórico: El número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costos marginales de cada procedimiento específico. El efector brindará todos los servicios posibles mientras los costos de estos actos sean inferiores al ingreso marginal que obtendrá.

Ventajas:

- _ Alta productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados.
- _ Alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada a los actos: nomenclador).

- _ Prevalece la acción más que la observación. Resistencia a derivar pacientes.
- _ Amplio control del precio.
- _ Buena relación médico-paciente. Favorece la satisfacción del usuario (permite y estimula la libre elección).
- _ El cálculo de la remuneración es relativamente simple.

Desventajas:

- _ Facilita la inducción de la demanda y con ella la sobreutilización (uso inapropiado).
- _ No permite controlar la cantidad de la producción y provee un escaso control sobre el gasto total (funciona como un "cheque en blanco").
- _ Incentiva la sobrefacturación.
- _ Desincentiva prácticas más costo-efectivas como la prevención. Tiene poca visión integral sobre el proceso salud-enfermedad (es una cadena de montaje) e induce al médico a despreocuparse con la causa u origen del problema detectado..
- _ Incentiva una distribución desigual de la oferta médica ya que habrá concentración en las actividades que permitan rentas mayores.
- _ Requiere numerosos controles para su gestión.
- _ Incentiva el hacer, con independencia de la utilidad de la acción.
- _ Tiende a aumentar el número de consultas y a disminuir la duración de las mismas.

c) Cápita

Base de cálculo: Pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período determinado. Se paga por estar "disponible para tratar" más que propiamente por "tratar". La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como la frecuencia de sus visitas. Es consistente con la definición de salud como producto principal del proceso de atención sanitaria y de los servicios sanitarios como productos intermedios. Se utiliza para retribuir a los Médicos Generales en el Reino Unido, Holanda y otros. En España ha sido el sistema de pago a los médicos hospitalarios (de cupo: medicina general y pediatría no reformada y especialistas de ambulatorios de 25 horas).

Comportamiento teórico: Maximizar el número de pacientes, minimizado los actos propios.

Ventajas:

- _ Sencillez administrativa.
- _ Menor competencia que en pago por acto.
- _ Permite (pero no garantiza) estimular la continuidad en la atención.
- _ Admite ajustes por edad y combinaciones con otros mecanismos (sist. "mixtos").

Desventajas:

- _ Estimula la sobreutilización de los medios auxiliares: recetas, análisis, pruebas.
- _ Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.
- _ Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos.
- _ Puede estimular la “selección adversa” de beneficiarios y el “creamskimming”.
- _ Sin límites, hay incentivos para aceptar más clientes de los que se puede atender.
- _ Proporciona estímulos para “derivar” la actividad a otras áreas del sistema.
- _ Sin corresponsabilidad en los costos: tendencia a “satisfacer” las solicitudes de los pacientes de todo tipos de pruebas, interconsultas, etc.: (Satisfacción sin trabajo).

I.2 Modelos Mixtos

La verificación de que cada modelo de pago presenta ventajas y desventajas, condujo a la búsqueda de modelos híbridos o mixtos, en los que se utilizan dos o más bases de pago. La premisa es que combinando sistemas de pago se pueden anular los efectos negativos que cada uno de ellos poseen, y al mismo tiempo potenciar las características benéficas de los mismos.

a) Combinación de salario con pago por acto

La opción por una remuneración compuesta en la cual parte es salario y parte por acto estimularía a los médicos que dedican una gran cantidad de tiempo a cada uno de sus pacientes. Se ha observado que el pago por acto tiende a producir baja compensación para los profesionales que cuidan de enfermos complicados como los casos de SIDA, o los médicos que proveen consejos y apoyo psicológico a los pacientes, especialmente en casos terminales.

Otra ventaja de este tipo de retribución es que permitiría incentivar la oferta de profesionales en áreas en la cuales hay escasos recursos humanos.

Como se ha afirmado en puntos anteriores, el pago por prestación permite estimular la oferta de determinadas prácticas. El pago por salario a su vez presenta la ventaja de la estabilidad de ingresos que significa para el profesional. De esta manera, en algunos sistemas se combinan ambos para garantizar un modelo donde se desestimule la sobre prestación de prácticas caras o poco efectivas mientras se estimula la prestación de prácticas altamente efectivas.

Ventajas:

- _ Previsibilidad del gasto (mayor que en el pago por acto y menor que en el pago por salario)
- _ Productividad y motivación de los recursos humanos en un marco laboral más estable y cooperativo
- _ Alta capacidad de focalizar el gasto en acciones efectivas.

Desventajas:

- _ Incorpora nuevas exigencias en el control de gestión
- _ Puede estimular fraudes

b) Pago por acto con techos individuales

Ante la verificación de que el método de pago a los prestadores determina el nivel del gasto en asistencia, algunas entidades financiadoras han optado por introducir techos al gasto asistencial. No es el único método disponible para controlar los costos médicos, pero si es el más efectivo cuando los médicos son pagados por acto.

Existen diferentes técnicas. La primera es la técnica -que en inglés es denominada Claw Back- por el cual se fija un techo al gasto y cuando las facturas superan ese techo se aplica un descuento en el pago al prestador.

En algunos casos el Claw Back se aplica solo a las grandes facturas, para el cálculo de los valores a ser descontados se utiliza un porcentaje que se va incrementando de acuerdo al monto de la factura.

El Claw Back puede ser aplicado por igual a todos los médicos sin considerar sus volúmenes de facturación. También puede focalizarse su uso en aquellos médicos que generan costos de atención altos en relación a los de otros profesionales que tratan pacientes similares, o puede orientarse a especialistas cuyas facturas se incrementaron en forma llamativa con respecto a sus facturaciones de períodos anteriores.

Ventajas:

_ Puede ser útil para corregir conductas inadecuadas de los médicos sin perder el estímulo a la productividad.

Desventajas:

_ Requiere de un buen sistema de auditoría

c) Pago por acto con techos grupales

Otra técnica para la aplicación de techos al gasto consiste en fijar un tope sobre el total de pagos a todos los profesionales. En este caso el incentivo para el control de los gastos constituye una amenaza para los médicos: si el volumen total de los servicios continúa creciendo por encima del tope fijado, se reducirá el pago por unidad de cuidado.

Ventajas:

_ Permite aumentar el control sobre los costos y sobre la sobrefacturación y sobre prestación _ De esta manera se incorpora un incentivo grupal para que los médicos que facturan de manera conservadora se esfuercen por hacer que los demás reduzcan su sobre prestación y sobrefacturación.

_ Aumenta la previsibilidad de los gastos (si se lo compara con el pago por acto)

Desventajas:

_ Sin embargo, esto puede terminar penalizando a los médicos cuidadosos más que aquellos que aumentan las prestaciones como una forma de incrementar sus ingresos personales.

_ Al fijar límites a los ingresos los patrones de atención de los médicos pueden alterarse. Los servicios y la clientela poco atractivos pueden ser los primeros en abandonarse. La imposición de un techo requiere un creciente monitoreo de los patrones de dispensación de atención médica.

Métodos de Pago a Instituciones

A diferencia del pago a profesionales, en la literatura especializada no se reconocen modelos ideales o puros de retribución a establecimientos.

En realidad en el ámbito institucional las modalidades de pago a prestadores constituyen lo que se denomina modalidades de financiamiento. Por ello lo primero que debería distinguirse es el modelo de financiamiento de la oferta del modelo de financiamiento a la demanda.

La diferencia radica en que mientras en el segundo el dinero sigue al paciente en el primero sigue al médico o la cama hospitalaria.

Financiamiento de la oferta

El modelo de financiamiento de la oferta más tradicional es el uso de presupuestos. En este sentido las técnicas de gestión han venido avanzando.

La modalidad más antigua es el presupuesto “en bolsa” donde los recursos de todos los establecimientos están juntos aunque separados por “rúbrica” o “partida”. En este tipo de presupuesto los directores de los establecimientos nunca saben de cuánto dinero dispone ni cuánto están gastando y no se introduce ningún incentivo económico a la eficiencia en el uso de los recursos. Posteriormente se implementaron mecanismos más avanzados como el presupuesto por resultados (outputs) o los denominados “Presupuestos Globales” a partir de los cuales se establece un contrato entre el gobierno y el establecimiento para el cumplimiento de determinadas metas de producción preestablecidas. En contrapartida la esfera central transfiere al establecimiento un monto global de recursos y delega al mismo la autonomía para ejecutarlos con flexibilidad reasignando entre partidas y escapando de los rígidos mecanismos contables del sector público.

Desde mediados de los ochenta ha adquirido peso en el sector la propuesta de la Public Competition (competición dentro del sector público) que plantea fortalecer la función del Estado como comprador antes que reformar el financiamiento global de los sistemas. Los avances en los sistemas de pago a proveedores han sido impulsados, y a la vez han permitido, este desarrollo facilitando el reemplazo del financiamiento de la oferta por el financiamiento de la demanda. El supuesto es que se puede simular una competición dentro del sector público eliminando la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas y reemplazándola por mecanismos de distribución vinculados a las actividades (producción).

a) Pago por prestaciones:

Base de cálculo: cada servicio que el establecimiento brinda al paciente. El grado de desagregación está llevado a su máximo exponente.

Determinantes del volumen de ingresos: el número de prestaciones y servicios que la institución realiza a los pacientes.

Actores: Paciente (cuando no tiene seguro o este funciona con el método de reembolsos), la institución (cobrando directamente al paciente o al seguro), y el seguro o tercer pagador).

Comportamiento teórico: la institución tratará de maximizar el ingreso derivado de la utilización de sus servicios. Brindará servicios hasta que el beneficio de dar la prestación iguale a su costo marginal.

En otros términos se busca obtener el máximo beneficio de cada paciente.

Ventajas:

- _ Facilidad en el manejo administrativo (todas las acciones son facturables)
- _ Desde el punto de vista de la institución, traspasará la mayor porción de riesgo al pagador.
- _ Elevada productividad en cuanto a la cantidad de pacientes atendidos o servicios por pacientes.
- _ Satisface los objetivos de las instituciones.
- _ Favorece la satisfacción del usuario.
- _ Simplicidad en el cálculo del monto a pagar.
- _ Ante la opción de no contratar, es el método recomendado.

Desventajas:

- _ Brinda escaso control sobre el gasto total (control sobre precio y no sobre cantidades).
- _ Facilita la sobre prestación (el paciente circula dentro de la institución). Cuanto más servicios sean realizados mayor el tamaño de la factura.
- _ Requiere numerosos controles para su gestión.

A este método se le pueden hacer algunas variantes.

Una de las posibilidades más frecuentes consiste en un descuento porcentual directo sobre el total del monto facturado. Funciona del siguiente modo: se negocia un "techo" y se determina un porcentaje de descuento para el monto excedente. El hospital envía la factura por el total y el pagador le aplica el descuento pactado de antemano y paga el neto. La institución acepta este pago total por sus servicios.

Otra alternativa es establecer una escala variable de descuentos.

En este caso hay varios techos que están escalonados y cada uno tiene una tasa de descuento (marginal) mayor, cuanto mayor es el gasto.

b) Pago por día (Per Diem)

Base de cálculo: canasta promedio de servicios que brinda la institución por día. A partir del costo medio de los internos se establece un valor único para todos los pacientes que se paga sin ningún tipo de ajuste.

Determinante del volumen de ingresos: camas ocupadas.

Comportamiento teórico: la institución tratará de agregar la menor cantidad de servicios en la canasta buscando conseguir el mayor precio por la misma. Por otro lado, intentará maximizar la cantidad de canasta-días provistos sea aumentando el giro cama o la Tasa Media de Permanencia.

Ventajas:

- _ Gran predictibilidad si se es capaz de estimar la cantidad de días.
- _ Transfiere gran parte del riesgo a la institución.
- _ Posibilita la confección de canastas a medida.
- _ Permite controlar la cantidad de producción.
- _ La imposibilidad de hacer ajustes estimula la productividad y reduce el incentivo a la sobreprestación.

Desventajas:

Sin mecanismos adecuados de auditoría podría tender a prolongar la permanencia.

Desincentiva el uso de prácticas ambulatorias.

Cream Skimming y selección adversa.

Suma peras con naranjas. El valor del Per Diem es muy arbitrario (nunca el último día de internación cuesta lo mismo que el primero, y el costo de una patología es diferente al de otra).

Como variante a este modelo se ha transformado al Per Diem en variable según el volumen de utilización.

Igual que antes se negocia un valor de la canasta de servicios que se pagará por día a la institución. Dependiendo del número total de canastas-día usados en el año, se pagará un valor ajustado según los valores negociados de antemano (que reflejan una relación inversa entre canasta-días totales usados y su precio).

c) Capitación

Base de cálculo: pago por persona por período de tiempo. A cada institución se le asigna un número de pacientes potenciales por los cuales se le paga un valor fijo por cápita por período de tiempo determinado (mes, año, etc.).

Determinantes del volumen de ingresos: cantidad de pacientes bajo el cuidado de la institución.

Comportamiento teórico: maximizar cantidad de cápitras, minimizando los actos propios sobre dicha cartera.

Ventajas:

- _ Facilita la presupuestación.
- _ Transfiere exitosamente la mayoría del riesgo de costos institucionales.
- _ Convierte a la institución en un socio pleno en el control de la utilización.
- _ Reduce la necesidad de control del contratante y orienta más a los resultados que a los procesos.
- _ Permite a la institución contar con un flujo regular de ingresos.
- _ Mejora la efectividad de la actividad médica.
- _ Puede ajustarse la cápita por riesgo o por edad sin mayores complicaciones.
- _ Estimula la integración vertical.

Desventajas:

Puede generar falta de capacidad operativa (cuando se toma más gente que la indicada por el tamaño de la institución) comprometiendo la calidad.

Desconecta al que contrata de los beneficios de la mejora en el control de la utilización.

Puede generar insatisfacción y deterioro en la calidad si la institución se niega a compartir los beneficios de la mejora del control de la utilización con los profesionales que controlan los casos.

Puede generar selección de clientes (tomar a los de menor riesgo y rechazar al resto).

d) Otros Métodos de Pago a Instituciones

Además de los ya mencionados, hay otros sistemas que también merecen atención:

d.1) Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG)

La variación más importante del modelo de pago por acto o prestación es su agregación en módulos o procedimientos. La agrupación de actos médicos en conjuntos de causas diagnósticas (procedimientos) constituye una forma de integrar la visión de la salud con que se opera en el modelo de pago por prestación.

Base cálculo: Diagnóstico o patología

Comportamiento Teórico: Cada hospital busca ventajas comparativas estableciendo su case mix más lucrativo.

Ventajas:

- _ Transfiere riesgo al prestador
- _ Facilita la auditoría médica y el control de calidad
- _ Incentiva a los prestadores a llevar un control de costos.

Desventajas:

- _ Como señala Médici (1995, pág. 58) “aunque los grupos de diagnóstico relacionados permiten aumentar el ángulo de la visión del médico sobre los problemas de salud, llevándolo a escoger la terapia menos costosa, ya que su remuneración no depende de la terapia brindada al paciente sino del diagnóstico, la preocupación del médico con la prevención no tiende a aumentar”
- _ Si la intención es reducir la utilización innecesaria, esto no será necesariamente concomitante con el aumento de los ahorros si se usan DRG directos.
- _ Si el pago es fijo basado en el diagnóstico, cualquier reducción en los días usados irán al hospital y no serán obtenidos por el contratante.
- _ Más aún, a menos que el contratante este preparado a realizar cuidadosas auditorías de la codificación de los DRG del hospital, se experimentará “code creep”. Por el otro lado, los DRG servirán para compartir el riesgo con el hospital, y así, convirtiendo al hospital en un socio activo en el control de la utilización, y haciendo los gastos más manejables. Los DRG están quizás mejor diseñados

para planes con control de pérdidas más que para planes que administran estrictamente la utilización.

d.2) Tasas por Casos Relacionados por Servicios

En este sistema de reembolso, se definen varios tipos de servicios y el hospital recibe un reembolso fijo por cualquier tipo de servicio en el cual el paciente es admitido. Por ejemplo, todas las admisiones a cirugía cuestan \$6100. Si los servicios son mixtos, se pueden ponderar los reembolsos por la participación de cada uno en el paquete final.

Si lo utilizamos para algunos casos especiales lo transformamos en un sistema de Tasas por Casos Seleccionados. Se usa para algunas categorías de procedimientos de las cuales la más común es la obstetricia. Es común que se negocie una tasa fija por un parto normal y otra por una cesárea o una mezcla de ambas para cualquier caso.

Otra arrea en la cual es deseable negociar tasas fijas es en el caso procedimientos relativamente infrecuentes, pero tremendamente costosos como operaciones coronarias, trasplantes, etc.

d.3) Leasing de Camas

Se refiere a un plan en el cual se alquilan camas de una institución, por ejemplo pagando \$300 por cama al hospital por 10 camas, sin considerar si se usan o no. Esto asegura un flujo de ingresos al hospital, asegura acceso a camas y además es presupuestable.

Quizás este sea el mejor usado en aquellas situaciones en donde el contratante necesite asegurarse un determinado número estable de días cama, con poca o ninguna estacionalidad.

El problema con este método es que no da ahorros reales de la reducción en la utilización a menos que el contrato contemple la posibilidad de que el hospital le reintegre al contratante parte del valor de los días cama no consumidos.

Conclusión

La adopción de cada modelo de pago involucra un conjunto de definiciones y puede generar consecuencias específicas.

En otras palabras, las formas más agregadas permiten una mayor adaptación de los mecanismos de financiamiento a las acciones preventivas y de promoción.

Mientras que con los instrumentos de pago más desagregados resulta difícil incentivar la producción de las acciones de Atención Primaria de la Salud.

No obstante, cuando se quiere incentivar determinadas prácticas la implementación de pagos desagregados podría ser adecuada. De esta manera, por ejemplo en Inglaterra se paga a los médicos una cápita pero algunas prácticas preventivas se pagan por prestación. A nivel nacional dentro del INSSJyP funciona el programa HADOB.

En cuanto a los modelos de pago a prestadores:

- incentivan conductas de los efectores relativas a la cantidad, calidad y productividad; e identificación con los objetivos de la organización y la solidaridad.

- Modifican conductas en los usuarios

- Influyen sobre la satisfacción de los usuarios y sobre la motivación de los prestadores.

Los Sistemas de Pago Capitado, el seguimiento y control prestacional (AUDITORIA), asociado a los Modelos de Pago (INCENTIVOS) son herramientas imprescindibles para asegurar la Calidad de Gestión.

El sistema financiador, desde la perspectiva del número de actores con capacidad de decisión en la definición de contratos y mecanismos de pago, está concentrado en el ámbito público. Sin embargo, su accionar en conjunto no es verificable.

En la medida en que INSSJyP y los Sistemas de Pago Capitado, logren interpretar las necesidades regionales y coordine con la estructura local formas de control prestacional (AUDITORIA), se podrá acceder a modelos más homogéneos en términos de atención y mecanismos de pago, generando así incentivos para una mayor eficiencia en la asignación de recursos y posterior eficacia en la utilización de los mismos, concluyendo en una gestión efectiva; y capaz de lograr una mayor equidad en salud.

Bibliografía

- ABEL-SMITH, Brian & MOSSIALOS, Elias. 1994. Cost Containment and health Care Reform, a Study of the European Union. Londres. LSE Health, Occasional Paper in Health Policy No. 2, febrero.
- BARNUM, Howard; KUTZIN, Joseph; SAXENIAN, Helen. "Incentives and provider payment Methods", Human Resources Development and Operations Policy Working Papers 51. Marzo de 1991.
- CARR, W.J & FELDSTEIN, P.T. "The relationship of cost to hospital size", *Inquiry* 1967.
- LEIVA, Luis. "Modalidades de Contratación para HPA". En: PRONATASS. *Instrumentos para el hospital Públicos de Autogestión*. PRONATASS, Buenos Aires, 1993.
- MEDICI, André. "Aspectos teóricos e concituais do financiamento das Políticas de saúde. En: PIOLA, S y VIANNA, S.M. *Economía da Saúde: Conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. IPEA, Brasilia, 1995.
- MENEU, Ricardo. "Sistemas de Pago a Médicos". *Salud Para Todos* año 4 n° 34. Enero de 1996.
- KLEH, J. "Sistemas Alternativos de Atención Médica", in: *1er Seminario Internacional de Economía Médica*, Buenos Aires, UADE, agosto de 1989
- KONGSTVEDT, Peter. "Compensations of Primary Care Physicians in Open Panels". *The Managed Health Care Handbook*.
- KONGSTVEDT, Peter. "Negotiating and contracting with consultants". *The Managed Health Care Handbook*.
- KONGSTVEDT, Peter. "Negotiating and contracting with hospital institutions". *The Managed Health Care Handbook*. Págs *The Reform of Health Care*. OCDE. Londres. 1993.
- PAGANINI, J.M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Washington D.C, OPS, 1993.
- PUERTAS, B & LOPEZ DEL AMO, M.P. 1995 "Financiación Pública de Hospitales" in: *Instrumentos Para la Gestión en Sanidad*. XV Jornadas de economía de la Salud. Barcelona, 1995
- REALE, Armando. "Modalidades de Pago a prestadores de servicios", en: O'DONNELL, J.C. Fundación Universidad a distancia "Hernandarias" 1994.
- RODRIGUEZ, Marisol; ABASOLO, Ignacio, RODRIGUEZ, Diego. "Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario. En: *XIV Jornadas de Economía de la Salud*. AES. Valencia. 1995.
- ROEMER, Milton. Organización de la Asistencia Médica en los Regímenes de la Seguridad Social. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1969.

ROVIRA, Joan. "Incentivos a la conducta de proveedores y consumidores de servicios de salud". Seminarios Internacional Sobre Economía de la Salud y Seguridad Social.s-l. s-d.

SHALOWITZ,J."Importancia de la alta y nueva tecnología en los costos de la atención médica",in: *1er Seminario Internacional de Economía Médica*, Buenos Aires, UADE, agosto de 1989

TREVIGNANI, H.H. Problemas de Financiación en las Obras Sociales, 1980, Premio medicina y Sociedad, 1981, *apud*, REALE, *Op.cit.*

WHO. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services,1993, Who Technical Report Series N° 829. Ginebra.