

RECOMANACIONS I PRECAUCIONS SOBRE L'ÚS DE L'ASSIGNACIÓ PER CÀPITA A CATALUNYA.

Consorti Hospitalari de Catalunya

Març 2001

Index

Resum Executiu	3
1.- Introducció	7
2.- Assignació i compra. La “capitació” com instrument.....	7
2.1. L'ús de l'assignació per càpita en els sistemes de salut públics i privats.....	8
2.2. El pagament per càpita a proveïdors de serveis sanitaris	10
3.- Avantatges i inconvenients de caràcter general dels mecanismes de transferència de recursos per càpita.	12
4.- El mètode d'assignació per càpita proposat per l'SCS.....	13
5.- Inconvenients del mètode d'assignació per càpita proposat per l'SCS	14
6. – Precaucions que s'haurien d'establir a l'hora d'aplicar el pagament per càpita proposat per l'SCS.....	19
6.1 Els mecanismes d'avaluació.	19
6.2. Incentius a objectius no econòmics.....	19
6.3. Definició del sistema d'ajust global de despeses a nivell català....	20
6.4. Unificar el sistema de decisions del territori: Garantir una visió comú en els proveïdors.....	20
7. – Recomanacions per la millora de la fórmula d'assignació per càpita de l'SCS.....	20
8.- La visió del CHC sobre la viabilitat de l'ús de mecanismes de finançament per càpita a Catalunya.....	23

Resum Executiu

- Aquest document té el propòsit de donar alguns **elements de reflexió que permetin establir la posició i opinió del CHC respecte del sistema d'assignació per càpita proposat per l'SCS** per la compra integral dels serveis d'assistència sanitària en diferents zones de Catalunya.
- En sistemes sanitaris finançats públicament els sistemes d'assignació per càpita apareixen vinculats a processos de desconcentració de part de la decisió de compra a unitats desconcentrades d'àmbit territorial, p.ex. Regions sanitàries, a asseguradores, i/o proveïdors d'atenció primària per la compra d'alguns serveis especialitzats. En el primer tipus d'escenari, amb el pagament per càpita, es pretén garantir l'equitat d'accés assignant recursos idèntics a poblacions amb les mateixes necessitats sanitàries. En el segon escenari l'objectiu amb l'assignació per càpita és prevenir la selecció de riscos per part de les asseguradores.
- **Molt poques vegades els mecanismes de compra a proveïdors utilitzen el pagament per càpita**, llevat dels sistemes de compra a proveïdors de primària. En aquest cas la càpita és tan sols una part de la remuneració.
- La necessitat d'establir limitacions al creixement de la despesa sanitària ha generalitzat l'ús de sistemes de pagament prospectius que traspassen el risc cap al proveïdor i incentiven la contenció de costos. La voluntat de conciliar la prospectivitat del mecanisme de pagament i la capacitat d'escollir proveïdor per part de l'usuari, ha contribuït a parlar de capitació en els sistemes públics.
- Quant **es compra per càpita a proveïdors sobre els que l'usuari no té dret o possibilitat real d'exercir una lliure elecció**, com és el cas de les proves pilot de l'SCS, **ens trobem de ple amb un sistema molt semblant a una assignació pressupostària global**.
- Algunes de les principals **avantatges dels mecanismes de transferència de recursos per càpita** són que: 1) faciliten la mobilitat dels fluxos verticals de recursos i per tant la substitució entre nivells assistencials; 2) afavoreixen els programes de prevenció de la malaltia; i 3) permeten incorporar més fàcilment criteris de necessitat a l'assignació de recursos.
- Entre els principals **inconvenients de l'assignació per càpita** trobem les següents: 1) desincentiven la productivitat i la qualitat assistencial, el que requereix el control de les llistes d'espera i les derivacions cap a

altres nivells especialitzats; 2) si la càpita s'ha dissenyat sense ajustos s'incentiva la selecció de riscos per part del proveïdor; 3) en poblacions petites els riscos catastròfics poden tenir un pes excessiu sobre els costos dels proveïdors.

- El model de compra coordinada de serveis d'assistència sanitària mitjançant un pressupost per càpita a implantar per l'SCS té, com objectiu bàsic, incentivar la coordinació i la gestió integrada dels diferents serveis que gestiona l'entitat proveïdora que rep el pressupost per càpita i afavorir l'associació dels diferents proveïdors que operin a la comarca. El pressupost inicial s'ha calculat a partir de la despesa total que realitza la població de la zona. La càpita mitjana de Catalunya ajustada per la freqüentació estandaritzada per edat i sexe, es farà servir com indicador per a futurs creixements o decreixements de la càpita inicial durant els següents anys.
- A més del pressupost per càpita, el proveïdor o l'associació de proveïdors, podrà escollir un nivell de risc diferenciat sobre les despeses de farmàcia, transport sanitari i utilització de serveis especialitzat fora de la comarca.
- Els autors consideren que tal i com es va dissenyar, el model presenta inconvenients d'índole estratègica, tècnica i operativa.
- Entre els **inconvenients estratègics** trobem, en primer lloc, que en la mesura que el model no va precedir d'una assignació d'abast general per a tota Catalunya, no es corregeixen les desigualtats i ineficiències que han creat els mecanismes de pagament utilitzats fins ara. En segon lloc, el nou model implica el traspàs al proveïdor d'un pressupost global amb bases històriques sense tenir en compte les necessitats relatives de salut ni la despesa sanitària esperada per aquella població.
- Els **inconvenients tècnics** que presenta la proposta serien els següents:
 - El càlcul de la càpita mitjana per Catalunya s'ha fet amb la població de la RCA (Registre Central d'usuaris), per tant la **per càpita mitjana està infraestimada** amb la qual resulta un mal indicador per comparar la despesa històrica per habitant de la comarca.
 - El **mecanisme d'ajust de la càpita mitjana es basa en la utilització hospitalària esperada per sexe i edat**. Aquest és un mal predictor de la despesa sanitària d'una comarca i infravalora les necessitats de poblacions envellides que demanden altre tipus de serveis.
 - En quant al càlcul de la càpita de la comarca, **qualsevol sistema**

que es basi en els costos històrics està primant el comportament ineficient i la inequitat: aquells territoris i proveïdors que històricament hagin gastat més, rebran més recursos.

- Entre els **inconvenients operatius**, l'SCS ha escollit l'**elecció del nivell de riscos sobre la despesa sense transferir la capacitat de compra**. Aquesta opció presenta els següents desavantatges:
 - La transferència de risc es fa sobre les despeses i decisions d'altres proveïdors (derivacions de la primària de l'ICS,...). És especialment crític que **el proveïdor es vegi penalitzat per decisions que prendran altres proveïdors sobre els que no existeix ni capacitat de compra de les seves activitats, ni capacitat de gestió de cap tipus**.
 - Si no es transfereix la responsabilitat sobre la resta de despesa traspassant la capacitat de compra, el proveïdor té més incentius a restringir els costos interns "centrifugant" les despeses fora de la xarxa, que correspondria a responsabilitzar-se d'aquestes, implementant estratègies de substitució entre nivells assistencials.
- Els autors consideren que abans de la seva posta en marxa el model hauria tenir **la precaució d'explicitar**, en primer lloc, **la proposta escrita del model** a aplicar amb els criteris de població, els increments de pressupost,..., i en segon lloc, el **sistema d'avaluació** que s'utilitzarà tant per monitoritzar l'experiència en si (l'acompliment pressupostari, els objectius de salut dels proveïdors, llistes d'espera,...) com per avaluar els efectes en el conjunt del sistema de salut.
- Pel que fa a les **recomanacions** que es fan al llarg del document amb la finalitat de millorar la proposta de l'SCS, a continuació es presenten les més rellevants:
- El **mecanisme d'assignació per càpita a aplicar** per la compra integrada de serveis ha de ser **vàlid** a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població, **acceptable** pels agents involucrats, resistent a la manipulació, **flexible** en quant a la relocalització dels fons, **desincentivador d'incentius perversos**, i **factible**.
- En l'ajust de la càpita **recomanem la utilització d'altres variables capaces de recollir les necessitats** sociosanitàries, ambulatories, o de salut mental, no considerades en la fórmula actual.
- Recomanem que **es financi de manera separada programes que el finançador decideixi incentivar** (objectius del pla de salut,...), o que consideri que no s'han d'extraure recursos del mateix, com per exemple programes d'atenció a domicili, rehabilitació, atenció primària,...

- La revisió empírica de les fórmules d'ajust del risc mostra que **inclús la fórmula més sofisticada explica menys de la meitat de la variabilitat dels costos futurs**. Per tant, **una de les solucions per tal d'evitar els riscos és que l'assignació per càpita tan sols representi un percentatge del total del pressupost que rebrà el proveïdor**. Aquest percentatge podria anar incrementant a mesura que es milloren els sistemes d'informació.
- Finalment, el CHC considera que **l'ús dels sistemes d'assignació per càpita no s'han de limitar al pagament de proveïdors de serveis integrats sinó que s'ha d'utilitzar especialment com un instrument que millori la redistribució global dels recursos sanitaris del sistema** i l'equitat d'accés. La proposta seria d'avançar inicialment en l'assignació capítativa a les Regions i agafant aquesta assignació com a base, dissenyar les fórmules de pagament per càpita a proveïdors integrats.

1.- Introducció

L'interès per part de l'SCS de posar en marxa una experiència pilot per la contractació integral dels serveis d'assistència sanitària mitjançant un sistema de pagament per càpita en diferents zones de Catalunya ha motivat a un grup d'experts del CHC a revisar, d'una banda, els aspectes conceptuals i les diverses experiències que en relació a l'assignació per cap s'han desenvolupat en altres entorns, i d'altra banda, a analitzar a partir de l'anàlisi teòric i pràctic la proposta feta per l'SCS i si s'escau fer recomanacions per tal de contribuir a què l'experiència sigui més exitosa.

És important remarcar, que en el moment de redactar aquest document, no hem rebut formalment, ni per escrit, una proposta concreta de l'SCS que permeti una anàlisi rigorosa, sinó que tan sols s'han donat explicacions en diverses reunions sobre aspectes que tenen moltes probabilitats de convertir-se en el model a implantar. Fins ara disposem de transparències de divulgació del model, de còpies de fulls de càlcul que contenen simulacions i un projecte de decret que autoritza a l'SCS a posar en marxa experiències d'aquestes característiques.

Aquest document, doncs, té el propòsit de donar alguns elements que permetin establir la posició i opinió del CHC respecte de l'ús de sistemes d'assignació o compra "per cap" i específicament del sistema proposat per l'SCS.

2.- Assignació i compra. La “capitació” com instrument.

Sovint s'utilitza el terme assignació de recursos com a sinònim de compra de serveis, quan al nostre parer això no és ben bé així. Per bé que sempre que “comprem”, estem assignant recursos, no sempre que assignem recursos estem comprant. Establir aquesta diferenciació és pertinent, especialment perquè el contingut d'aquest document versa sobre sistemes d'assignació i compra per càpita.

2.1. L'ús de l'assignació per càpita en els sistemes de salut públics i privats

L'assignació de recursos no té per què tenir per destinatari exclusivament un proveïdor final de serveis sanitaris. De fet, en sistemes de salut amb finançament públic, els sistemes d'assignació per cap, es fan servir generalment per traspasar els recursos des d'un govern central a unitats desconcentrades d'àmbit territorial, a asseguradores o administradores de fons que competeixen entre si per la població d'un mateix territori, i/o a proveïdors d'atenció primària amb capacitat de compra d'alguns serveis especialitzats. Per tant, l'assignació per càpita apareix vinculada a processos de desconcentració dels serveis sanitaris i, concretament, de la descentralització de part de la decisió de compra. Normalment, l'assignació per càpita no comprèn la totalitat dels recursos transferits, sinó una part d'ells, sobre els que es vol garantir com criteri central de repartiment l'equitat.

L'objectiu polític principal quan s'assigna per càpita a unitats desconcentrades d'àmbit territorial és l'equitat d'accés, és a dir, la igualtat d'oportunitat d'accés als serveis sanitaris per a una mateixa necessitat. Aquest criteri s'operativitza assignant recursos idèntics a poblacions amb les mateixes necessitats sanitàries. El destí final dels recursos repartits amb criteris per càpita, sol ser un territori amb un nombre d'habitants suficients perquè els diferents riscos presents es compensin entre sí i els moviments de població tinguin poc impacte. Un exemple d'aquest tipus de territoris en el nostre cas podrien ser les regions de l'SCS.

En alguns països amb sistemes sanitaris finançats privadament, els individus i las empreses contracten amb una asseguradora un Pla de protecció de salut a canvi d'un preu per cada un dels membres de la família assegurats. En aquests entorns, normalment competitius, l'assignació per cap té un doble objectiu: d'una banda prevenir la selecció de risc, és a dir, la tendència a rebutjar del sistema d'assegurança aquelles persones que presenten una probabilitat més gran d'emmalaltir, i d'altra banda identificar una unitat de pagament sobre la que determinar un preu, a canvi de garantir unes determinades prestacions (en aquests models d'assegurament privat les carteres de serveis són extremadament explícites).

Qualsevol manera de determinar el valor d'una càpita, no garanteix amb la mateixa efectivitat la prevenció de la selecció de risc. El mecanisme d'ajust del preu per càpita és clau per aquesta finalitat. Així, si el preu s'estableix igual per a tots els habitants d'un territori, el proveïdor queda molt exposat al risc de què dos ciutadans no tinguin la mateixa probabilitat d'emmalaltir. En aquest cas, el proveïdor tractarà "d'evitar" la presència dels risc més gran (avis, hipertensos, etc..) entre els seus adscrits. Si pel contrari en el preu de la càpita es reflecteixen les probabilitats diverses d'emmalaltir, el proveïdor no queda tan exposat a la variabilitat anterior i el seu comportament no és el d'evitar aquests casos, sinó de buscar més clients. Òbviament, en el primer cas la transferència de risc és més gran cap el proveïdor, mentre que en el segon cas, assumeix més riscos el comprador.

Quant hi ha separació de les funcions de compra i provisió i des d'unitats perifèriques o territorials d'un sistema públic, o des dels mateixos serveis centrals d'un sistema de salut, es transfereixen els recursos directament al proveïdor, es parla en general de compra. La compra de serveis sanitaris requereix que la transacció respongui a alguna mena de contracte entre les parts i a un procediment de facturació. Molt poques vegades els mecanismes de compra utilitzen pagaments per cap, llevat dels sistemes de compra a proveïdors de primària, i en aquest cas tampoc és la compra per cap, l'únic mecanisme de finançament d'aquests serveis, sinó només una part, percentualment important, però només una part.

A destacar que aquests mecanismes de compra, quant es parla d'atenció primària, molt sovint, es vehiculen a través del salari del metge, el qual conté una part de la retribució sotmesa al nombre d'usuaris (clients, assegurats) inscrits a la seva llista.

En els sistemes públics la funció de compra s'orienta cap a l'elecció de mètodes i procediments que estimulin i indueixin respostes eficients per part dels proveïdors. No està gens clar, que inclús quant els proveïdors són una xarxa integrada, el mètode més efectiu per induir eficiència sigui la compra "per cap" dels seus serveis, o si més no, l'ús d'aquest mecanisme exclusivament com a sistema de retribució dels serveis prestats.

D'una manera esquemàtica, s'exposa a continuació, l'ús de procediments de transferència de recursos (assignació o compra) per cap, en diferents escenaris:

Organització que rep la càpita	Objectiu principal amb l'assignació /pagament per cap	Fórmula d'ajust de la càpita	Exemples de experiències internacionals
Unitats desconcentrades territorials	Equitat d'accés	Ajust basat en les necessitats relatives de serveis de la població	Regional Health Authorities al Regne Unit, Municipis a Noruega, Regions Sanitàries (HFA) a Nova Zelanda
Asseguradora o administradora de fons	Evitar la selecció de risc	Ajust basat en el risc individual	Programes del Medicare als Estats Units, Administradors de Fons de Malaltia a Holanda EPS a Colòmbia
Proveïdors d'atenció primària	Incentius a l'eficiència i a la col·laboració internivells	Cost històric	GP fundholding al Regne Unit, Metges d'atenció primària a Noruega, Nova Zelanda, Holanda, Itàlia, Espanya,...
Proveïdors integrats territorials	Incentius a l'eficiència, la gestió integrada, la coordinació entre nivells i la coordinació entre proveïdors de diferent titularitat	Ajust basat en la freqüentació hospitalària estandaritzada per edat i sexe	Proves pilot de contractació integral de serveis amb finançament capítatiu a Catalunya

2.2. El pagament per càpita a proveïdors de serveis sanitaris

La necessitat d'establir limitacions a les despeses en els sistemes de salut, i especialment en els sistemes públics, ha generalitzat l'ús de **sistemes d'assignació o de pagament prospectius**, és a dir, sistemes pels quals els proveïdors coneixen amb antelació els recursos (limitats) que rebran per un determinat conjunt de serveis o per una determinada cobertura a un volum de clients. És en aquest context on també l'assignació capítativa ha adquirit rellevància.

Pagament capitatiu i lliure elecció són conceptes molt associats. De fet, la voluntat de conciliar d'una banda la prospectivitat del mecanisme de pagament i d'altra banda l'aparent demanda dels usuaris de poder escollir proveïdor ha contribuït de manera decisiva a què es parli tant de capitació en els sistemes públics.

L'assignació o pagament capitatiu, permet, al menys en teoria, establir una distribució dels recursos disponibles per a cada ciutadà cobert, i permet també, que la mobilitat d'aquest ciutadà entre territoris o entre proveïdors, no signifiqui un rebuig per part del sistema assistencial, perquè aquest rebrà un increment en els seus ingressos, derivat de la cobertura de la nova càpita inscrita. Òbviament, això a la pràctica no és tan senzill, perquè aquest sistema requereix al menys dels següents elements:

Disciplina pressupostària per part dels proveïdors, propi de tots els sistemes prospectius i públics.

Un mecanisme de registre d'altres i baixes poderós, que funcioni àdhuc quant el ciutadà no faci demanda de serveis.

Un sistema de facturació entre els responsables de les càpites en cas de mobilitat o prestació de serveis aliens als seus afiliats.

Una regulació en la temporalitat de l'ús del dret de lliure elecció (si és que existeix).

La ponderació adequada en el valor de la càpita, d'aquelles variables individuals capaces d'influir en el risc d'emmalaltir.

En sistemes fortament privatitzats, a costa d'un increment important de les despeses de transacció, es compleixen bastant les condicions anteriors. Ara bé, no està tan clar que això es compleixi en entorns públics, on existeix l'obligatorietat de l'Estat, de garantir l'assistència a tothom, sigui quina sigui la seva condició social, econòmica o de salut, d'una cartera de serveis pràcticament total. Tampoc estan clares les avantatges de buscar un sistema d'intermediació entre la responsabilitat pública i una administradora privada (una asseguradora), com no sigui la busca, a mig termini, de fons de finançament privats complementaris derivats de la segmentació de la població en funció de variables diverses que justifiquin l'establiment d'aportacions diferenciades.

Convé no perdre de vista que, en principi, quant es compra per cap a proveïdors sobre els que l'usuari no té dret o possibilitat real d'exercir una lliure elecció (això podria passar en el nivell especialitzat, o en el cas de proveïdors integrats territorials), ens trobem de ple amb un sistema molt semblant a una assignació pressupostaria global (sense indicació de destí dels fons). D'altra banda, si bé el proveïdor no està penalitzat per l'increment del seu cens d'afiliats, sí que ho està si la població d'aquest cens està més malalta que la mitjana de la població. En aquest sentit convé dotar-se de mecanismes que no incitin al proveïdor a donar menys serveis o disminuir la qualitat dels serveis pels usuaris més demandants.

3.- Avantatges i inconvenients de caràcter general dels mecanismes de transferència de recursos per càpita.

Alguns dels avantatges i inconvenients dels sistemes d'assignació i compra per càpita s'han anat desenvolupant en el punt anterior. A manera de resum citaríem a continuació les següents:

Avantatges

- Afavoreix els programes i polítiques de prevenció de la malaltia. L'organització que rep la càpita té incentius a mantenir la salut dels seus afiliats per evitar costos futurs alts, tractant els problemes abans de què es tornin més greus.
- Es facilita la mobilitat dels fluxos vertical dels recursos.
- Afavoreix les polítiques de substitució entre nivells assistencials.
- Millora els sistemes d'identificació d'usuaris.
- Disminueix l'ús de proves i tests innecessaris dins del sistema.
- Permet incorporar més fàcilment criteris de necessitat a l'assignació de recursos.
- S'evidencien més fàcilment les desigualtats en el tracte financer entre poblacions amb les mateixes necessitats de recursos sanitaris.
- L'assignació per càpita suposa la transferència de risc a l'entitat que rep la càpita qui rep un pressupost tancat per individu e independent del volum d'activitat i serveis que doni. Per tal de maximizar els beneficis per cap, la xarxa té incentius a produir els serveis eficientment contenint els costos.

Inconvenients

- La utilització de fórmules capitatives de caràcter prospectiu desincentiva la productivitat, el que exigeix, quant s'incorpora a proveïdors de nivell especialitzat algun grau de control i/o incentius sobre la limitació de les llistes d'espera i derivacions de pacients cap a altres nivells especialitzats.
- Pot minvar els nivells de qualitat de l'assistència.
- En absència de lliure elecció ens podem trobar en un sistema pressupostari el que és especialment preocupant, quan el proveïdor no és substituïble.
- En poblacions petites, poden tenir un pes excessiu la presència de riscos catastròfics per bé que no requereixen el concurs de nivells assistencials complexes (per exemple SIDA).
- En poblacions petites, les fluctuacions en el nombre d'habitants (població no censada, transeunt, etc) pot arribar a fer molt inestable el procediment.
- Incentiva la selecció de riscos per part del proveïdor.

4.- El mètode d'assignació per càpita proposat per l'SCS

El model de compra integrada de serveis d'assistència sanitària mitjançant el mecanisme de pagament per càpita¹ a implementar per l'SCS té, com objectiu bàsic, incentivar la coordinació i la gestió integrada dels diferents serveis que gestiona l'entitat proveïdora que rep la càpita.

El nou model suposa el canvi d'un model de compra i pagament diferenciat per línies de serveis que remunera l'atenció primària "per ser-hi" i a l'especialitzada per l'estructura i complexitat, per un model de compra global que comprèn tots els serveis que dona el proveïdor a canvi d'un pressupost per habitant.

Els incentius que podria generar el mecanisme de pagament per càpita dissenyat són: l'eficiència interna mitjançant la **substitució** entre línies de

¹ Malgrat tal i com es defensarà al llarg del present document, el mecanisme d'assignació que proposa l'SCS per la compra integrada de serveis és un pressupost global i no un pagament per càpita, per conveni, el continuarem anomenant pagament per càpita.

producció, una major coordinació entre els diferents nivells d'atenció amb l'objectiu comú de donar els serveis allí on són més cost– efectius per tal de rentabilitzar la càpita, i la col·laboració amb altres proveïdors amb la finalitat de controlar els costos diferits que les decisions d'altres organitzacions tenen en la seva estructura de costos.

En quant a la metodologia empleada pel disseny del mecanisme de pagament, s'ha calculat un per càpita inicial a partir de la despesa total que realitza la població de la zona pilot en els serveis que dona el proveïdor que rep la càpita, dividida pel número total d'habitants que viuen a la zona. La càpita mitjana de Catalunya (pressupost SCS/ICS dividida per la població de Catalunya segons el Registre Central d'Assegurats) ajustada per edat i sexe es farà servir com indicador per a futurs creixements o decreixements de la càpita inicial durant els següents anys.

A més del pagament per càpita, el proveïdor podrà escollir un nivell de risc diferenciat sobre les següents despeses: farmàcia, transport sanitari, utilització hospitalària fora del territori ... Al final de l'any si la despesa ha disminuït, el proveïdor compartirà els estalvis amb l'SCS en funció del risc assumit, o el dèficit si les despeses han crescut².

5.- Inconvenients del mètode d'assignació per càpita proposat per l'SCS

A fi de valorar els inconvenients del model presentat, els autors han optat per classificar els elements que concorren en la proposta del SCS en tres categories:

- Aspectes estratègics
- Aspectes tècnics
- Aspectes operatius

5.1. Aspectes estratègics:

L'assignació per càpita proposada per l'SCS, en realitat es tracta d'un pressupost global amb base territorial utilitzat per finançar la compra coordinada de serveis als proveïdors.

² Per exemple, escollint un nivell de risc del 50% sobre les desviacions de la despesa de farmàcia, si a finals d'any aquesta despesa s'ha reduït en 100.000 ptes., el proveïdor es quedarà amb la meitat dels estalvis i la resta serà de l'SCS.

D'una banda, en la mesura que no va precedir d'una assignació d'abast general a tota Catalunya que implicaria la reassignació dels recursos des dels territoris amb menys necessitats relatives de salut cap als territoris amb més necessitats, podem afirmar que l'objectiu central d'aquesta experiència no és l'equitat ni millorar la igualtat d'accés. Per tant, ens trobem davant un model que perpetua i no corregeix les desigualtats i ineficiències que han creat els mecanismes de pagament utilitzats fins ara, i que assignaven bàsicament en funció de l'oferta instal·lada en un territori i no en la demanda ni necessitats de la zona (pagament per estructura a primària, IRE,...).

D'altra banda, el pagament per càpita de l'SCS no ve acompanyat de mecanismes que promoguin la lliure elecció del pacient ni penalitzen a l'entitat que rep la càpita si la població és atesa per altres proveïdors, incentivant així la competència per les càpites. Tampoc es transfereix la capacitat de compra per a la resta de serveis de salut que no gestiona el proveïdor que rep la càpita. Per tant, l'objectiu del model dissenyat no és la descentralització de la funció del assegurament ni de la compra a les entitats que reben l'assignació per cap.

El punt de partida pel càlcul de la càpita és el cost històric de la comarca sense quedar clar si l'assignació inicial convergirà en anys successius a la per càpita mitjana de Catalunya ajustada per edat i sexe. Aquest fet afegit a l'absència d'incentius sòlids per la competència pel pacient significa que el nou model d'assignació impliqui el traspàs al proveïdor d'un pressupost prospectiu amb bases històriques sense tenir en compte les necessitats futures de salut ni la despesa sanitària esperada per aquella població.

5.2. Aspectes tècnics de la proposta:

- **El càlcul de la càpita mitjana per Catalunya**

| La població: el RCA o el Padró

La font que es fa servir per calcular la càpita mitjana per Catalunya és el RCA (Registre Central d'usuaris). No obstant, degut a problemes d'informació i distribució de la targeta d'identificació sanitària aquesta font dona per Catalunya un total de 6.500.000 assegurats, xifra superior a la de residents segon el Padró. Per tant, la per càpita mitjana de Catalunya està infraestimada amb la qual resulta un mal indicador per comparar la despesa històrica per habitant de la comarca.

| El mecanisme d'ajust utilitzat.

El mecanisme d'ajust de la càpita fa servir la utilització hospitalària esperada per sexe i edat com a criteri de ponderació de la població. Una fórmula d'ajust d'aquest tipus presenta moltes crítiques. **La utilització hospitalària és un mal predictor de la despesa esperada d'una comarca i de les necessitats de serveis de salut de la població en aquest territori.** No es tenen en compte en el ajust, per exemple, la demanda de serveis d'atenció primària i de farmàcia amb un pes en la despesa global sanitària a Catalunya del 50%³, o un increment de la demanda de recursos vinculada a la aparició de novetats terapèutiques. Amb aquesta fórmula **s'infravaloren les necessitats de poblacions envellides que demanden altres tipus de serveis:** atenció sociosanitària, atenció a domicili,... o poblacions empobrides amb una baixa utilització dels serveis d'assistència sanitària. Per tant, comarques amb una despesa per habitant per sobre de la càpita mitjana de Catalunya ajustada, que segons el model han de rebre menys recursos, no tenen per què presentar menys necessitats de recursos que la mitjana. Es confonen variables que justificarien el nivell actual de despesa com la presència de necessitats de recursos sociosanitaris i d'atenció primària, un nivell de qualitat dels serveis més elevat, una cobertura en l'atenció de la població més ampla,...

- **El càlcul de la càpita basada al cost històric a la comarca**
 - Qualsevol sistema d'assignació que basi **el càlcul de la quantitat a transferir, en els costos històrics, està òbviament, primant el comportament ineficient i la inequitat.** És a dir, aquells proveïdors o aquells territoris que històricament hagin gastat més, rebran més recursos. A més, el nivell de despesa sanitària actual d'un territori no té per què ser l'adequat sinó que respon en general a criteris de pagament de l'oferta, borses d'ineficiències en la provisió, utilització dels serveis privats,...

Sense cap mena de dubte que el cost històric és un dels criteris de partida, però no pot ser el d'arribada. Es precis per tan, al mateix temps que s'implanta un mecanisme d'aquestes característiques, definir d'immediat la "càpita" futura a la qual es vol arribar, o si mes no els criteris pels quals es determinarà aquest preu futur.

³ Memòria d'activitat 1998. La xarxa sanitària d'utilització pública. Servei Català de la Salut.

El sistema sanitari del nostre país es pagui com es pagui als proveïdors té un sostre pressupostari, el que vol dir que quan uns hi guanyen altres hi perden. Si aquest procés es vol conduir sense traumes, és precis que els proveïdors tinguin elements que els permetin fer previsions en la seva gestió.

5.3. Aspectes operatius de la proposta: el sistema de gestió de la càpita

- **El traspàs de la capacitat de compra vs.l'elecció del nivell de risc.**
A priori, un dels avantatges principals del pagament per càpita a un proveïdor integrat i que el diferencia d'altres mecanismes de pagament prospectius és l'incentiu econòmic a contenir els costos externs dels serveis que compra a altres proveïdors i dels que és també responsable per a la població de cobertura. Atès que el comportament de la resta de proveïdors afecta a les seves despeses i, per tant, als estalvis o dèficits a final d'any, té incentius a la busca d'estratègies que disminueixen els costos externs. El requisit per què es doni aquest incentiu és el traspàs de la compra d'aquests serveis al proveïdor integrat, qui rebrà una càpita i, a canvi, assumirà la responsabilitat de donar els serveis, ja sigui directament o mitjançant l'adquisició a tercers.

D'altra manera, el que és una avantatge del sistema de pagament per càpita es podria convertir en una perversió: una manera de restringir els costos interns consisteix en "centrifugar" les despeses a fora de la xarxa incrementant, per exemple, les derivacions de casos que es podrien resoldre a l'interior, a hospitals d'alta tecnologia i de referència. Si no es transfereix la responsabilitat sobre aquestes despeses el proveïdor tampoc tindrà incentius a implementar estratègies de substitució de recursos, que permetrien augmentar l'eficiència global del sistema de salut, o formar aliances estratègiques amb altres proveïdors que incrementarien la coordinació i la qualitat tècnica dels serveis.

En el model d'assignació per càpita de l'SCS es proposa l'elecció del nivell de risc com mecanisme de corresponsabilització de les despeses generades per la població de cobertura a fora de la xarxa. Aquesta opció presenta les següents desavantatges amb respecte a la transferència de la capacitat de compra:

- La decisió sobre assumir la responsabilitat de donar la cobertura de determinats serveis l'agafa el proveïdor i no

l'organisme comprador. Aquesta electivitat del grau de risc per part del proveïdor i sobre quin tipus d'activitat, pot induir el conegut efecte raqueta (o efecte Rachett): l'entitat té incentius a augmentar la despesa durant el primer any amb la finalitat d'obtenir estalvis majors els anys següents.

- La transferència de risc sobre les despeses i decisions d'altres proveïdors (derivacions de la primària de l'ICS,...).
L'acceptabilitat d'un grau de risc sobre els resultats i/o costos de determinades activitats, ha de suposar la transferència al proveïdor de la responsabilitat de totes les decisions que sobre aquella matèria es prenen i que afecten a la població subjecte a cobertura. És especialment crític en aquest sentit la possibilitat de què un proveïdor es vegi penalitzat per decisions que puguin prendre altres proveïdors presents en el territori i sobre els que no existeix ni capacitat de compra de les seves activitats (i per tan de finançament), ni capacitat de gestió de cap tipus.
Aquesta objecció és especialment rellevant en la mesura que en totes les zones pilot n'hi ha algú centre d'atenció primària gestionat per l'ICS, entitat que expressament ha quedat exclosa del programa pilot segons el decret en tràmit d'aprovació en el moment de redacció del present document.
 - L'única estratègia a implementar pel proveïdor que rep la càpita per tal de controlar la despesa de la població que és atesa fora del territori és controlar els fluxos dels pacients donant ell mateix els serveis. Aquesta mesura suposa el risc de duplicar l'oferta existent incrementant la ineficiència del sistema.
- **Incentius a donar més serveis a la població desplaçada.**
En la mesura que es paga per cas els serveis hospitalaris per la població no resident en la comarca es poden generar incentius a fer més activitat per la població externa en detriment de la població del territori.

6. – Precaucions que s’haurien d’establir a l’hora d’aplicar el pagament per càpita proposat per l’SCS

6.1 Els mecanismes d'avaluació.

Un primer aspecte a considerar és que el model hauria d'explicitar de manera clara, abans de la seva posta en marxa, el sistema d'avaluació que emprarà, tant per monitoritzar l'experiència en sí (l'acompliment pressupostari, els objectius de salut dels proveïdors implicats en l'experiència, llistes d'espera, modificacions en el sistema de gestió de l'entitat, etc..) com per avaluar els efectes en el conjunt del sistema de salut (Regions, els altres proveïdors, etc). En opinió dels autors i si l'extensió que es vol donar a l'experiència en el futur pot abastar la totalitat del territori de Catalunya, no estaria de més identificar un grup de seguiment del tema, amb alguns tècnics adscrits “full time” en forma de “task-force”.

En aquests sentit, fóra d'interès també, sotmetre a avaluació les mesures de caràcter organitzatiu i de gestió que es produeix al si dels proveïdors, com ara els mecanismes de transferència al proveïdor final (metges) dels riscos assumits, i en el si de les estructures de compra dels territoris implicats.

Tanmateix, fóra convenient, que aquest mecanisme d'avaluació emetés resultats de manera transparent i participativa, atès que l'interès de l'experiència traspassa l'àmbit estricte dels proveïdors implicats.

6.2. Incentius a objectius no econòmics.

Un altre aspecte de caràcter central, és el manteniment d'un sistema d'incentius al compliment (o penalitzacions per incompliment) dels objectius del pla de salut, no directament afectats per aquest sistema de pagament als proveïdors (vacunacions o infeccions nosocomials, per exemple).

6.3. Definició del sistema d'ajust global de despeses a nivell català.

El model haurà de preveure, si els resultats són exitosos, quines poden ser les conseqüències i, en el seu cas, els efectes econòmics derivats d'un major grau de resolució d'aquests proveïdors, i una minva en les derivacions a proveïdors d'alta tecnologia.

Per molt correcta que sigui la fórmula d'ajust de la càpita, existeixen elements aleatoris que impedeixen predir amb exactitud els costos totals dels serveis sanitaris futurs a un territori, especialment per a volums de població petits. Una de les solucions que s'apliquen per tal d'evitar els riscos d'un ajust calculat de manera imprecisa és que l'assignació capitativa tan sols representi un percentatge del total del pressupost que rebrà el proveïdor. Aquest percentatge podria anar incrementant al llarg del temps.

6.4. Unificar el sistema de decisions del territori: Garantir una visió comú en els proveïdors

Les característiques dels territoris que a priori s'han identificat com a tributaris de participar en l'experiència revelen la presència en grau minoritari, d'algunes unitats del proveïdor ICS. Caldria assegurar-se, que de mantenir-se aquestes unitats dins del model de pagament per cap, responguin a una única unitat de comandament (la prevista pel territori), atès que la resposta a exigències derivades d'una política corporativa no vinculada al sistema previst, pot fer fracassar l'experiència, al potenciar-se polítiques d'aliances assistencials no necessàriament homogènies.

7. – Recomanacions per la millora de la fórmula d'assignació per càpita de l'SCS

A continuació presentarem recomanacions amb la finalitat de **millorar tècnicament** la fórmula d'assignació per cap proposada per l'SCS.

1. Les característiques desitjables per als mecanismes d'assignació per cap són: **validesa** a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població, **acceptabilitat** pels agents involucrats: finançadors, proveïdors i el públic, **resistència a la manipulació** per part dels receptors de la càpita, **flexibilitat** en quant a la relocalització dels fons, **desincentivació d'incentius perversos i factibilitat**.
2. El mètode que preveu utilitzar l'SCS d'ajust de la càpita es basa en el risc individual i té per objectiu predir la despesa esperada per a cada individu en funció del sexe i l'edat. Nosaltres proposem que en lloc de fer servir aquest tipus d'ajust, s'utilitzi una **fórmula capítativa basada en les necessitats relatives de la població**. En primer lloc, estem parlant d'un mecanisme de pagament que implica una assignació global de recursos econòmics a una població determinada. En sistemes sanitaris finançats públicament el criteri més important darrera l'assignació de recursos als territoris és l'equitat d'accés: poblacions amb les mateixes necessitats de salut haurien de rebre la mateixa proporció del pressupost per tal de tenir igual oportunitat d'accés als serveis sanitaris. Malgrat la càpita assignada ha de predir aproximadament les despeses futures de la població de cobertura per tal d'evitar situacions d'insolvència dels proveïdors, l'objectiu principal ha de ser la predicció de les necessitats relatives de la població i per tant, els mètodes d'ajust basats en les necessitats relatives són més adequats que els basats en el risc individual. En segon lloc, les fórmules d'ajust del risc es fan servir en context de competència a fi d'evitar la selecció de riscos. En el model a implantar, la càpita s'assigna a proveïdors integrats que són responsables de donar els serveis a tota la població i on no pot haver selecció de risc.
3. La fórmula d'ajust de la càpita ha de ser vàlida, és a dir, ha de reflectir adequadament les necessitats relatives de la població. No obstant, s'ha agafat la utilització de serveis d'hospitalització com l'única variable d'expressió de la demanda i, per tant, de "proxy" de les necessitats de serveis sanitaris de la població. La fórmula proposada infraestima per tant les necessitats de poblacions envellides o amb necessitats d'altres tipus de serveis com atenció ambulatoria, sociosanitària o de salut mental. **Recomanem la utilització d'altres variables capaces de recollir aquests tipus de necessitats i millorin la precisió de la fórmula d'ajust**.
4. Malgrat l'edat i el sexe són un punt inicial apropiat per l'ajust de la fórmula capítativa, recomanem que s'estudiï la **possibilitat d'introduir altres indicadors d'ajust com las taxes de mortalitat estandarditzades o alguna mesura de discapacitat o estat de**

salut percebuda, que en altres contextes han demostrat estar relacionades amb les necessitats relatives de salut de la població.

5. La revisió empírica de les fórmules d'ajust del risc, fonamentalment a Estats Units demostra que inclús la fórmula més sofisticada explica menys de la meitat de la variabilitat potencialment explicable dels costos futurs. A fi de què un mal ajust no impliqui una restricció pressupostària per al proveïdor destinatari de la càpita, amb efectes negatius sobre la salut de la població i la insolvència de les organitzacions de proveïdors, recomanem que s'implementin mesures que disminueixen el risc transferit com:
 - **Augmentar la població de cobertura de la càpita en determinades zones pilots** (Cerdanya,...) per tal de què el risc que es transfereixi al proveïdor no sigui massa elevat.
 - **Tractar de manera diferenciada els riscos catastròfics i les despeses impredecibles** ja sigui amb l'exclusió de la càpita o amb un finançament a banda, per exemple mitjançant dos pòlisses, una bàsica i l'altra per riscos catastròfics.
6. Una de les avantatges principals del finançament capitatiu és la flexibilitat, és a dir que permetre recolocar els recursos des d'un programa o servei a altre per adaptar els recursos a les necessitats de salut d'un territori o per implementar mesures de substitució de serveis que es tradueixen en guanys d'eficiència. Malgrat **l'assignació per càpita s'ha de repartir globalment es podria construir a partir de fórmules específiques d'ajust per a cada servei o nivell d'atenció** A més **recomanem que es financin de manera separada programes que el finançador decideix incentivar i que consideri que no s'han d'extraure recursos del mateix**⁴, com per exemple, programes d'atenció a domicili, rehabilitació, programes especials per a població en risc,...
7. La mobilitat de la població fora dels límits geogràfics⁵ establerts per a la càpita augmenta els costos administratius i de transacció derivats del pagament del consum de recursos per la població fora del seu territori, i introdueix incentius perversos al proveïdor integrat:

⁴ Per tal d'afavorir determinats sectors que es consideren infrafinançats es poden establir regulacions que no permetran extraure fons des d'aquest sector. Per exemple en determines províncies canadenques es permet transferir fons des de l'atenció institucional a l'atenció a domicili però no viceversa.

⁵ Els fluxos de població fora del territori són majors quan el territori de cobertura fixat administrativament no coincideix amb els mercats naturals sanitaris i quan els serveis que es donen en el territori i els que cobreix la càpita són diferents.

- El proveïdor té incentius en donar més serveis a la població externa ja que els ingressos que rep per la seva població són fixos i per la de fora són variables (es paga per cas), de manera que quant més activitat facin més cobraran.
- La inexistència de la responsabilitat directa per part del proveïdor que rep la càpita dels costos diferits que genera la utilització de serveis de la seva població en altres entorns assistencials implica que aquesta entitat podria tenir grans incentius a minimitzar els costos interns derivant els pacients a altres proveïdors.

Per tal de minimitzar les ineficiències potencials relacionades amb els fluxos de població recomanem la **transferència de la compra dels serveis que actualment es donen fora del territori** (amb l'excepció dels serveis d'alta tecnologia) a l'organització que rep la càpita.

8. La implantació amb èxit del mecanisme d'assignació per cap depèn del grau d'acceptació que tingui entre els polítics, els proveïdors de serveis i el públic. **Per a què la fórmula sigui acceptada ha de ser clara, conceptualment simple i ha d'incorporar variables d'ajust relacionades amb les necessitats de salut i amb els costos de proveir els serveis.**
9. És important **revisar la fórmula periòdicament** per tal d'ajustar les assignacions de recursos del territori als canvis en les necessitats relatives que es vagin produint. La revisió de la fórmula depèn de la periodicitat de la informació. La regularització per ajustar la càpita als creixements demogràfics ha de ser anual donat que la font d'informació que es farà servir és l'RCA.

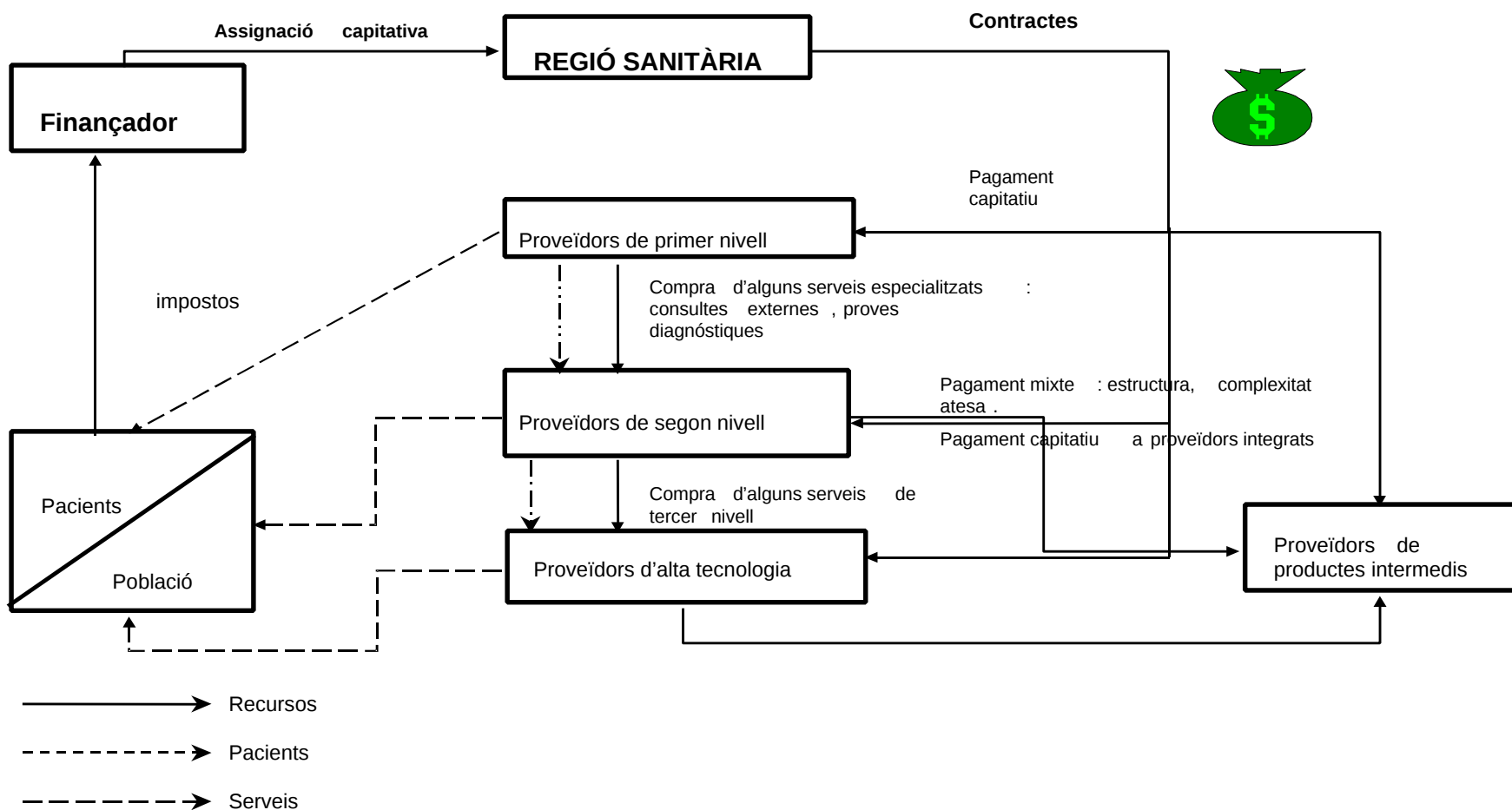
8.- La visió del CHC sobre la viabilitat de l'ús de mecanismes de finançament per càpita a Catalunya

El CHC, considera que **l'ús dels sistemes d'assignació per cap, no s'han de limitar al pagament de proveïdors de serveis integrats**, sinó que poden comportar **un instrument que millori la redistribució global de recursos sanitaris del sistema i l'equitat d'accés**. De fet, les experiències revisades ens fan ser profundament cautelosos amb la idea manifestada per l'SCS de començar per assignar per càpita el finançament a proveïdors de serveis, abans d'utilitzar aquest procediment

per establir el sistema de finançament a les regions, i d'identificar la "càpita objectiu" a la qual s'hauria de tendir.

El CHC creu que l'ús de mecanismes capitatius s'han de restringir inicialment a sistemes d'assignació a unitats desconcentrades territorials de l'SCS.

MODEL D'ASSIGNACIÓ CAPITATIVA A LES REGIONES SANITÀRIES



La nostra proposta seria avançar en primer lloc en l'assignació capítativa a territoris grans (Regions), i agafant aquesta assignació com a base, dissenyar les fórmules de pagament per cap a proveïdors integrats. Aquest model suposaria l'extensió del sistema d'assignació per cap a tot el territori de Catalunya via Regions. L'assignació per cap no es pot realitzar de manera aïllada per una població determinada ja que el problema no és definir el nivell de necessitat absolut d'una població sinó quin percentatge de recursos li toca en funció de les seves necessitats "relatives" a altres poblacions. D'altra banda, si partim de què el total de recursos disponibles és limitat, es tracta d'establir unes bases de càlcul on es compensin possibles increments en uns territoris amb disminucions en d'altres, el que és impossible en absència d'establir el total.

Un pas previ, indubtablement seria la consideració de les regions de l'SCS com unitats de compra efectiva. L'assoliment d'una major equitat assignativa entre les diverses regions en funció de les necessitats relatives de la població seria el primer objectiu, i el perfeccionament del sistema de compra adaptat a les peculiaritats dels proveïdors presents en cada territori, seria una conseqüència. En entorns de provisió integrats (amb les oportunes precaucions) la compra de les Regions podria transitar cap una compra per cap, en altres no. En qualsevol cas, en la nostra opinió, el sistema hauria de considerar prioritàriament finançar per cap un percentatge important dels recursos que es transfereixen als proveïdors de primària.

Sense cap mena de dubte, no és senzill passar d'un model basat en els costos històrics i en el finançament per activitat que tenim ara, a un model on les necessitats sanitàries de la població es visualitzin en el càlcul dels recursos a transferir. Dissenyar un sistema inviable, d'altra banda, no porta enlloc.

En opinió del CHC, una mesura d'aquest impacte requereix un bon nombre d'anàlisi prèvies, entre les quals, la factibilitat és essencial. És per això que, a priori, nosaltres creiem que el finançament de les Regions no té perquè remetre en la seva totalitat a una fórmula capítativa. De fet, les experiències revisades indiquen que en sistemes públics on s'utilitza la capitació com instrument de finançament de models desconcentrats, aquest criteri només s'aplica a un tram del volum total dels recursos transferits. Aquest tram hauria d'incrementar de manera progressiva d'un any a un altre, però sempre garantint la viabilitat dels esforços requerits. Per tant, nosaltres optaríem per un sistema que s'implantés simultàniament a totes les Regions, encara que només comprometés un tram del seu finançament. Per posar un exemple: Només un 20% dels recursos transferits a una regió estarien sotmesos a un procés d'equitat,

basat en una distribució capítativa , amb les estandaritzacions corresponents. A l'any següent el volum dels recursos afectats per aquest procediment podria arribar fins al 30%, i així successivament, amb l'única limitació de què l'escenari següent fóra viable des del punt de vista tècnic i polític.

La ponderació del valor de la càpita podria admetre criteris diversos, però hauria inexcusablement de considerar variables de necessitat. És en tot cas imprescindible endegar els estudis necessaris que correlacionin aquestes variables amb l'ús de serveis sanitaris, i estableixin la intensitat de les mateixes, del contrari difícilment es podran utilitzar com a factor corrector.

L'experiència demostra que l'ús de línies de serveis diferents vénen condicionades per variables diferents presents en la població. Això aconsella que el càlcul del valor de la càpita admeti variables d'estandardització diferents per cada línia de serveis, encara que finalment, la transferència de fons a una Regió exigiria la seva agregació per constituir una càpita global: l'esquema següent pot servir d'exemple per il·lustrar aquest procés.

La possibilitat d'incrementar la coordinació entre proveïdors i la integració clínica, o potenciar polítiques de substitució de serveis, no és patrimoni exclusiu dels sistemes de pagament per cap. Definir els objectius estratègics de serveis (Pla de serveis) per un territori determinat, i situar un horitzó temporal per assolir-los, pot motivar molt més l'adopció d'aliances estratègiques especialment en entorns com el de Catalunya on de facto existeix un únic comprador (monopsoni).

El CHC considera que la millor manera d'avivar la consciència de risc d'un proveïdor és la transferència de capacitat de compra (i dels fons per comprar) de tot allò que compromet però que paga un altre (derivacions, productes intermedis, etc). En aquest sentit, seríem partidaris d'acordar quines són aquestes partides i establir fins i tot mecanismes de transició fins a la situació òptima, però creiem que, el procediment de l'electivitat del nivell de risc, té fortes potencialitats de perversió, i en el seu extrem un sostre clar i una penalització als proveïdors que es situïn en òptims d'eficiència més ràpid.

