Observatori La gestió importa

Atenció sanitària basada en el valor

Per un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basat en el valor de la salut

La gestió importa
Salut i societat

Societat Catalana de
Gestió Sanitària

L'Acadèmia
ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

Per un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basat en el valor de la salut

Equip editorial

Coordinadors

Jordi Varela. Metge.
Tino Martí. Economista.

Vocals

Cristina Adroher. Economista.
Ana Clopés. Farmacèutica.
Francesc Cots. Economista.
David Elvira. Economista.
Anna García-Altés. Economista.
Pere Ibern. Economista.
Carles Illa. Economista.
Xavier Pérez. Metge.
Maria Luisa de la Puente. Metgessa.
Cristina Roure. Farmacèutica.

Col·laboradora

Candela Espósito. Estudiant d'economia.

Edició

Coordinació editorial: Gemma Bruna
Revisió lingüística: Jordi Curell
Disseny i maquetació: Ortega i Palau / Gabi Beneyto

Febrer de 2022

Aquest informe ha estat elaborat pel grup de treball Atenció Sanitària Basada en Valor de la Societat Catalana de Gestió Sanitària amb el suport de Novartis.

NOVARTIS

Índex

Presentació 5
Resum executiu 6
Abreviacions 8
Llista de figures 9
Llista de taules 10
Introducció 11
Metodologia 13
Què mesuren els marcs avaluatius vigents? 14
Revisió de 14 marcs avaluatius 17
Resum de les principals troballes de la revisió dels marcs avaluatius 24
Quins són els models vigents de pagament de serveis sanitaris? 26
Pagament per acte (fee-for-service) i prospectiu 26
Pressupost públic 27
Pagament per episodi (bundled payment) 28
Pagament variable per resultats (pay-for-performance) 29
Pagament per càpita (global payment) 32
Pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes 34
El model de contractació de serveis sanitaris d'utilització pública a Catalunya 37
Contractació de serveis d'atenció primària 37
Contractació de serveis d'atenció hospitalària d'aguts 38
Contractació de serveis d'atenció intermèdia 40
Contractació de serveis de salut mental 40
Part variable dels contractes 40
Resum dels sistemes de contractació de serveis del CatSalut 42
Anàlisi crítica del model català d'avaluació i assignació de recursos dels serveis sanitaris d'utilització pública 43
Anàlisi crítica dels marcs avaluatius catalans 43
Anàlisi crítica del model d'assignació de recursos del sistema sanitari català 45
Principis, model i recomanacions 49
Bibliografia 52

Presentació

Els darrers 40 anys, un ampli conjunt de professionals de la gestió sanitària de Catalunya s'han centrat a identificar i compartir les millors experiències de tot el món per oferir solucions als grans reptes de la prestació sanitària, sempre adaptades al sistema universal i de finançament públic que tenim. De manera reiterada, a Catalunya hem volgut adaptar, amb més o menys intensitat i amb un esforç que cal reconèixer, les que entenem com a "regles del joc" (contractació, finançament i avaluació) per ajustar la relació entre l'autoritat sanitària i els prestadors del sistema. En totes les èpoques, l'objectiu ha estat assolir un hipotètic equilibri que respectés expectativa política, viabilitat econòmica, innovació tecnològica i pau social, cosa que sovint ha estat molt difícil.

En només 20 anys, el món occidental està vivint el canvi més transcendent que ha pogut experimentar mai en tan poc temps: la transformació digital, que proporciona el màxim accés a la informació, la construcció de relacions virtuals i la intel·ligència artificial, amb l'anticipació o la proposta de la resposta més adequada. Aquesta revolució està modificant la demanda social i el compromís dels serveis públics davant de la ciutadania.

Paral·lelament a aquest desplegament digital, des de l'any 2020 ens trobem immersos en la malaltia provocada per la COVID-19, la pandèmia més gran que hem experimentat les actuals generacions d'humans

Podria semblar que en aquests moments de recuperació incòmodes, i encara molt incerts, preocupar-se de nou per aquelles "regles del joc" del sistema de salut sigui poc oportú. Al contrari, des de la Societat Catalana de Gestió Sanitària (SCGS) pensem que ara cal reflexionar en una seriosa transformació del sistema d'assignació de recursos i d'avaluació de resultats per tal d'afrontar el futur de l'atenció sanitària. La transformació digital del sistema de salut també ens proporciona grans oportunitats que hem d'aprofitar.

Des de la nostra societat científica volem ser coherents amb la nostra raó de ser. Davant l'anticipació d'una molt probable crisi econòmica postpandèmica i de grans dificultats en la sostenibilitat dels sistemes sanitaris públics universals, hem fet un primer exercici que, amb seguretat, necessitarà altres iniciatives per contribuir a millorar l'equilibri del nostre sistema sanitari català.

Des del sector de la salut tenim l'obligació de vetllar per mantenir la qualitat de l'oferta de serveis a la ciutadania. I des d'una societat científica com la nostra volem recuperar l'anàlisi internacional, les experiències publicades i el coneixement acadèmic per fer una proposta independent i valenta per reorientar la contractació i l'avaluació dels serveis sanitaris cap a la cerca del valor: obtenir la màxima efectivitat clínica i percebuda respecte als costos incorreguts.

Per elaborar aquest informe hem comptat amb un equip de persones expertes de primer nivell, amb àmplia experiència en les seves disciplines, reconegudes professionalment i que, amb la coordinació de Jordi Varela i Tino Martí, han dedicat una part del seu temps i el seu coneixement a construir un document molt robust tècnicament. A totes elles els mostrem el nostre respecte i agraïment.

Ramon Cunillera
President de la Societat Catalana de Gestió Sanitària
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

Resum executiu

Els darrers anys, el moviment de l'atenció sanitària basada en valor ha anat agafant protagonisme en l'agenda acadèmica, organitzativa i política de la gestió sanitària. Evolucionar cap a un sistema de salut basat en el valor requereix, en primer terme, aclarir què s'entén per valor i disposar de la capacitat d'avaluar-lo i, en segon terme, tenir l'audàcia de desplegar estratègies apropiades, entre les quals destaquen les reformes dels marcs avaluatius i dels sistemes de pagament dels serveis sanitaris.

Sensible a aquest moviment, la Societat Catalana de Gestió Sanitària, mitjançant el grup de treball d'Atenció Sanitària Basada en el Valor (ASBV), s'ha proposat fer una revisió internacional per comprendre què mesuren els marcs avaluatius vigents i quins són els models de pagament orientats al valor més estesos, per a continuació analitzar la situació en el sistema sanitari públic català i, finalment, proposar uns principis, un model i unes recomanacions per ajudar a evolucionar la situació actual en la direcció adequada.

La revisió internacional de 14 marcs avaluatius de sistemes de salut i d'organitzacions sanitàries permet observar que només un 32% dels 2.130 indicadors utilitzats tenen relació amb la mesura del valor, incloent-hi els resultats de l'efectivitat clínica i la seguretat, la satisfacció i la percepció dels pacients. Si ens centrem en Catalunya, les tres fonts analitzades, Central de Resultats, MSIQ i sistema objectiu de la part variable del contracte del CatSalut, aquest percentatge es redueix al 20%.

Pel que fa al finançament, al marge del sistema pressupostari vigent i dels corresponents tecnicismes contractuals implícits, s'han revisat quatre models de pagament que cerquen fomentar el valor de les actuacions clíniques: el pagament per episodis (bundled payment), el pagament variable per resultats (pay-for-performance), el pagament per càpita (global payment) i el pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes. Malgrat els entorns tan diferents en els quals s'han desplegat les experiències analitzades, la seva implementació, tot i que de manera feble, obté resultats positius.

Amb tot això, el grup de treball ha definit uns principis per visualitzar un nou model d'assignació de recursos que fomenti el valor de les activitats clíniques, que sigui d'abast global, que es basi en indicadors valuosos i en l'evidència disponible, que sigui creïble i transparent, que fomenti la sostenibilitat de les organitzacions sanitàries, que combati burocràcies innecessàries, que eviti controls previs però que, en canvi, promogui la rendició de comptes, que sigui avaluable i que compti amb dispositius d'ajustament a les circumstàncies de cada moment. Amb aquests principis, s'ha cregut oportú recomanar un model d'assignació de recursos dels sistemes sanitaris que tingui per objectiu el finançament de la preservació i millora de la salut poblacional i individual i que eviti, o fins i tot penalitzi, la fragmentació i el consum inapropiat de serveis.

Fidel a aquesta visió, però coneixedor de les enormes dificultats d'un canvi disruptiu, el grup de treball ha elaborat unes recomanacions que tenen com a finalitat fer evolucionar el model d'assignació de recursos públics vigent cap a un de més valuós, en un procés d'introducció continuada d'innovacions en les contractacions que haurien d'anar orientades a la preservació i millora de la salut poblacional i individual. Tanmateix, la implantació progressiva de les recomanacions hauria de donar marges perquè les organitzacions sanitàries contractades anessin acomodant les seves estructures, línies assistencials i pressupostos als nous escenaris.

El decàleg de recomanacions proposat, en resum, és el següent:

1. Reactivar la Central de Resultats amb més orientació al valor i més influència en la contractació de serveis.
2. Fomentar la coordinació entre serveis, entre organitzacions i entre nivells mitjançant la introducció d'incentius en el sistema de pagament.
3. Reafirmar i actualitzar el model capitatiu de l'atenció primària.
4. Potenciar l'autonomia de gestió i la rendició de comptes de les organitzacions sanitàries a expenses del control previ.
5. Reorientar la contractació dels serveis hospitalaris amb un model híbrid d'estructura, pagament per episodis i pagament per resultats.
6. Promoure l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries complexes a l'entorn comunitari a través d'un sistema de pagament que incentivi la integració.
7. Reorientar el finançament dels serveis intermedis i de salut mental per orientar-los cap a la comunitat.
8. Fer evolucionar la part variable dels contractes cap a la potenciació del valor de la salut.
9. Generar un model homologat i estabilitzat d'estimació de costos.
10. Fomentar la innovació i la transformació digital amb finançament de risc compartit.

Abreviacions

ABS	Àrea bàsica de salut
ACO	Accountable care organization
AQC	Alternative quality contract
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ASBV	Atenció sanitària basada en valor
CatSalut	Servei Català de la Salut
CCG	Clinical Commissioning Group
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CPC	Comprehensive Primary Care Program
CQC	Care Quality Commission
CQUIN	Commissioning for Quality and Innovation
DMA	Despesa màxima assumible
EAP	Equips d'atenció primària
EPR	Esquemes de pagament per resultats
ERG	Episode Risk Groups
EUA	Estats Units d'Amèrica
GRD	Grups relacionats amb el diagnòstic
HVBP	Hospital value-based purchasing
ICO	Institut Català d'Oncologia
ICS	Integrated care systems
IQF	Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica
IRE	Intensitat relativa d'estructura
IRR	Intensitat relativa de recursos
LIHI	Lown Institute Hospitals Index
MHDA	Medicació hospitalària de dispensació ambulatòria
MSIQ	Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat
MSSP	Medicare Shared Savings Program
NHS	National Health Service
P4P	Pay-for-performance
PACE	Program of All-Inclusive Care for the Elderly
PADES	Programes d'atenció domiciliària
PBRSA	Performance-based risk-sharing arrangements
PGIP	Physician Group Incentive Program
PHB	Personal Health Budget
PREM	Patient Reported Experience Measure
PROM	Patient reported outcome measure
PSS	Prescribed Specialized Services
SCGS	Societat Catalana de Gestió Sanitària
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
TAC	Tractaments d'alta complexitat
UBA	Unitat bàsica assistencial
UFISS	Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries

Llista de figures

Figura 1. Fórmula de valor de Michael Porter 15
Figura 2. Marc avaluatiu del Top Value d'IQVIA 20
Figura 3. Significat de les icones de CQC 22
Figura 4. Freqüència relativa del tipus d'indicadors d'avaluació 24
Figura 5. Distribució per tipus d'indicador i marc avaluatiu 25
Figura 6. Fases del Commissioning for value 30
Figura 7. Distribució de tipus d'indicadors dels marcs avaluatius catalans 43
Figura 8. Distribució relativa dels tipus d'indicadors dels marcs avaluatius catalans .. 43

Llista de taules

Taula 1. Sistema de classificació d'indicadors d'avaluació 16
Taula 2. Classificació dels 464 indicadors de l'OCDE 17
Taula 3. Classificació dels 373 indicadors de la Central de Resultats de l'AQuAS 17
Taula 4. Classificació dels 144 indicadors de MSIQ 18
Taula 5. Classificació dels 335 indicadors de l'Observatorio de Resultados del SERMAS 18
Taula 6. Classificació de 70 indicadors de 10 atles de VPM 19
Taula 7. Classificació dels 8 indicadors del Top 20 d'IQVIA 19
Taula 8. Classificació dels 11 indicadors del Top Value d'IQVIA 20
Taula 9. Classificació dels 255 indicadors d'ScopeSanté 21
Taula 10. Classificació dels 178 indicadors de PHOF de Fingertips 21
Taula 11. Classificació dels 189 indicadors de CQC 22
Taula 12. Classificació dels 42 indicadors de LIHI 23
Taula 13. Classificació dels 29 indicadors de MyHospitals 23
Taula 14. Avaluació d'experiències identificades de pagament per episodi 28
Taula 15. Revisió sistemàtica identificada sobre models de pagament per episodi (bundled payment) 29
Taula 16. Revisions sistemàtiques i estudis de casos control identificats sobre pagament variable per resultats (pay-for-performance) 31
Taula 17. Classificació dels 32 indicadors d'ACO 32
Taula 18. Avaluació d'experiències identificades de pagament per càpita (global payment) 33
Taula 19. Revisió sistemàtica i estudi de casos control identificats de models capitatius (global payment) 34
Taula 20. Experiències identificades d'avaluació del pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes 36
Taula 21. Revisions sistemàtiques identificades dels models de pagament de complexitat clínica i social 36
Taula 22. Paràmetres de contractació dels serveis d'atenció intermèdia 40
Taula 23. Classificació dels 118 indicadors de la part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors 41
Taula 24. Resum dels sistemes de contractació de serveis del CatSalut 41
Taula 25. Classificació dels 635 indicadors dels tres marcs avaluatius catalans: CdR de l'AQuAS, MSIQ i part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors 42

Introducció

L'evolució històrica de la despesa sanitària ha estat creixent durant les darreres dècades a excepció del daltabaix de la crisi financera mundial del 2008 i, com a resultat, l'OCDE estima que la mitjana de la despesa sanitària dels seus Estats membres va assolir gairebé el 8,3% del PIB l'any 2020.[1] Aquest creixement continuat de la despesa sanitària amenaça la sostenibilitat dels sistemes de salut sense que s'observi una repercussió en la millora de la salut de les poblacions.

Alguns països, per la seva banda, han intentat quantificar el volum del malbaratament sanitari. S'estima que als Estats Units entre un 20% i un 50% de la despesa sanitària és d'escàs valor, mentre que als Països Baixos es xifra en un 20% l'estalvi potencial si s'elimina la sobreutilització i es millora la integració assistencial.[2]

L'atenció sanitària basada en el valor (ASBV) és un moviment de reforma dels sistemes de salut per incentivar la col·laboració entre proveïdors, la participació dels pacients i la millora dels resultats. L'ASBV és un concepte que pretén construir models sanitaris en els quals els proveïdors de serveis siguin remunerats sobre la base del valor que aporten als pacients i que els professionals i les unitats clíniques siguin avaluats d'acord amb això. Michael Porter, principal inspirador d'aquest moviment, a *Redefining Health Care* (2006), defineix el valor com "la percepció que les persones tenen de l'efectivitat clínica amb relació als costos del procés assistencial".[3]

Deu anys més tard d'aquesta publicació, el 2017, *The Lancet*, fent-se ressò del moviment que havia crescut a l'empara del Lown Institute, va publicar el monogràfic *Right Care*, on els editors de la revista van proposar la definició següent: "Right Care és l'atenció sanitària que aporta més beneficis que efectes no desitjats, que té en compte les circumstàncies de cada pacient, els seus valors i la seva manera de veure les coses i que, a més a més, se sustenta en la millor evidència disponible i en els estudis de cost-efectivitat".[4]

Amb aquesta empenta, tots els sistemes sanitaris del món estan fent esforços per al foment de les activitats valuoses des d'una doble perspectiva, la de la percepció de la ciutadania i la de l'evidència científica. S'observa, però, que la majoria d'aquestes reformes són incipients o anecdòtiques ja que la resistència al canvi per part de les organitzacions sanitàries i de les corporacions professionals està sent molt forta, sense menystenir les dificultats tècniques i polítiques que comporta implantar-les.[5]

Per què les autoritats sanitàries catalanes haurien de considerar canviar el model d'assignació dels recursos sanitaris públics?

En principi, per una qüestió de sostenibilitat i de reducció del malbaratament, un assumpte d'ordre general[6] i, en segon lloc, perquè el sistema sanitari públic català té un model d'assignació de recursos massa variat, massa complex i poc transparent, amb quatre tipologies de contractacions: a) Càpita per a l'atenció primària, b) Prospectiva per a les hospitalitzacions, c) Estades per als serveis intermedis i d) Programes per a un ampli ventall de serveis. Però, malgrat la diversitat de les línies contractuals vigents, el que preval de debò és el sostre pressupostari, una metodologia de caire burocràtic que, sota l'aparença d'una vigilància preventiva, en realitat no aconsegueix contenir la despesa que pretén controlar i, per contra, desvirtualitza tots els esforços de la lògica contractual.

Com pot ajudar aquest document a la millora desitjable del model de distribució de recursos vigent?

En un entorn en el qual els sistemes sanitaris pretenen centrar l'atenció en el valor que aporten a la salut de les persones i de les poblacions, aquest document, una iniciativa de la Societat Catalana de Gestió Sanitària, té com a objectiu revisar i analitzar els marcs avaluatius i els models de pagament dels serveis sanitaris des d'una perspectiva internacional, incloent-hi la catalana, amb la finalitat de veure les limitacions i les influències negatives que duen incorporades i proposar recomanacions que facilitin una evolució cap a una distribució de recursos més transparent i més valuosa i afavorir les reformes necessàries de les organitzacions sanitàries perquè siguin més sostenibles, a més d'incentivar el lideratge professional i la implicació dels pacients.

Metodologia

Per assolir els objectius fixats pel grup de treball, l'elaboració d'aquest informe ha seguit diferents metodologies per a cadascuna de les quatre seccions d'anàlisi: marcs avaluatius, models de pagament vigents en l'àmbit internacional, model de contractació dels serveis sanitaris d'utilització pública a Catalunya i anàlisi crítica del model català d'avaluació i assignació de recursos de serveis sanitaris d'utilització pública.

L'anàlisi dels marcs avaluatius s'ha basat en un selecció no sistemàtica, amb mirada internacional, d'iniciatives i plataformes d'avaluació de l'activitat assistencial a escala de país, territori o proveïdor que ofereixen indicadors en obert, els quals s'han classificat segons quatre categories: outputs sense relació amb resultats, outcomes de percepció dels pacients, outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients i indicadors d'adequació. La descripció d'aquesta classificació, detallada a la taula 1, pretén distingir el grau d'orientació al valor de les diferents mètriques.

La secció dedicada als models de pagament vigents s'ha basat en una scoping review dels quatres esquemes de pagament seleccionats (per episodis, per resultats, per càpita i per complexitat clínica i social). Per identificar l'evidència de la seva aplicació s'ha fet una cerca a PubMed i s'han seleccionat els articles publicats els darrers 10 anys que pertanyen a la categoria de revisió sistemàtica. Fruit de la revisió, s'han identificat 62 articles dels quals se n'han escollit 22. Els resultats de la cerca s'han complementat amb altres articles suggerits pels experts del grup de treball.

L'anàlisi del model de contractació de serveis d'utilització pública a Catalunya s'ha elaborat mitjançant la revisió del sistema de contractació del CatSalut per a les diferents línies de servei i la realització d'entrevistes semiestructurades a responsables de gestió i facturació de les entitats proveïdores que ofereixen les línies d'activitat analitzades: atenció primària, atenció hospitalària d'aguts, atenció intermèdia i salut mental. Les entrevistes han estat dirigides a identificar les principals virtuts i defectes del sistema actual i a copsar suggeriments de millores proposades per les persones entrevistades.

Finalment, l'anàlisi crítica del model català d'avaluació i assignació de recursos dels serveis sanitaris d'utilització pública i les corresponents recomanacions s'han elaborat a partir dels resultats anteriors i de la revisió, discussió i validació per part de totes les persones integrants del grup de treball.

Què mesuren els marcs avaluatius vigents?

Els models avaluatius dels sistemes sanitaris responen a diversos enfocaments segons els interessos dels seus promotors, entre els quals caldria destacar els més habituals:[7]

- L'activitat assistencial, en si mateixa, dona lloc a unes xifres molt preuades per les autoritats sanitàries i per les asseguradores privades perquè tenen un impacte directe en els pressupostos i en la facturació. Per posar un parell d'exemples, la Central de Resultats destaca que a Catalunya, cada any, l'atenció primària atén més de 45 milions de visites i els hospitals ingressen més de 600.000 persones.
- L'interès per la gestió eficient dels recursos va promoure el desenvolupament d'agrupadors de casuística, els quals van permetre analitzar indicadors com l'estada mitjana ajustada per complexitat, el rendiment dels quiròfans segons la tipologia de les intervencions o bé la reorganització dels models d'acord amb les necessitats esperables.
- El mesurament de les llistes d'espera, per la seva banda, té un gran predicament en els mitjans de comunicació i en els debats polítics. Es tracta d'una informació sobre l'accessibilitat dels ciutadans als sistemes públics de salut i, per tant, és lògic que desperti expectatives i debats polítics.
- Els indicadors que mesuren la seguretat dels pacients, com les infeccions hospitalàries o les caigudes evitables de les persones institucionalitzades, van tenir una gran empenta a partir de la publicació de l'informe *To err is human*,[8] i des de llavors s'ha despertat l'interès per la mesura dels errors evitables i els efectes adversos de les activitats clíniques.
- Les mesures de l'efectivitat clínica com, per exemple, la supervivència de persones que pateixen processos patològics complexos o la recuperació funcional dels pacients després de certes intervencions musculoesquelètiques, es van reforçar amb l'aparició de la medicina basada en l'evidència.[9] Malgrat això, el fet de mesurar l'efectivitat de les accions clíniques rarament té impacte en l'avaluació o en el finançament dels proveïdors sanitaris.

Valguin aquests cinc exemples com a mostra del marc avaluatiu que conforma avui els quaderns de comandament de les institucions sanitàries arreu, un model de rendició de comptes que barreja quantitat de feina, eficiència, accessibilitat i seguretat del pacient amb una menció honorífica, però testimonial, a l'efectivitat clínica.[10]

Quan Michael Porter va desenvolupar el concepte de valor de les activitats sanitàries, la seva idea va acabar prenent la forma d'una fracció, en la qual el numerador s'alimenta de l'efectivitat clínica a mitjà i llarg termini o, encara millor, de la percepció que les persones tenen d'aquesta efectivitat, mentre que el denominador ho fa del cost global del servei.[11]

La fórmula porteriana de valor es pot sintetitzar, doncs, de la manera següent:

Figura 1. Fórmula de valor de Michael Porter

$$\text{Valor de l'activitat sanitària} = \frac{\text{Efectivitat clínica i/o percepció dels pacients}}{\text{Costos globals dels serveis}}$$

Malgrat els avenços en el pla teòric, si centrem l'atenció en la fórmula porteriana de valor i comencem pel numerador, ens adonem que en els quaderns de comandament de les institucions sanitàries rarament es recull cap mesura de l'efectivitat clínica a mitjà i llarg termini i, encara menys, cap indicador de percepció reportat pels pacients (PREM i PROM) i, pel que fa al denominador, malgrat detectar-se moltes iniciatives per estabilitzar models d'anàlisi de costos dels processos clínics, tampoc es detecta cap sistema sanitari, llevat de l'australià,[12] que ho hagi aconseguit.

Valgui com a exemple de la desorientació dels marcs avaluatius amb relació al valor la revisió que el mateix Michael Porter i col·laboradors van fer dels 1.958 indicadors del National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) de l'agència de qualitat nord-americana (AHQR), de la qual van concloure que només 139, el 7%, mesuraven resultats, mentre que la resta d'indicadors, el 93%, es concentraven en activitat, processos i costos.[13]

Inspirats per aquest darrer treball de Michael Porter, hem revisat 2.130 indicadors de 14 plataformes avaluadores de l'activitat sanitària que ofereixen dades en obert, entre les quals hi ha *Health at a Glance* que mostra informació sanitària dels 37 països membres de l'OCDE, dues fonts catalanes (Central de Resultats de l'AQuAS i MSIQ del CatSalut), una d'àmbit madrileny (Observatorio del SERMAS), tres d'àmbit espanyol (AtlasVPM, Top20 i TopValue), una de francesa (ScopeSanté), dues d'angleses (Fingertips i Care Quality Commission), tres de nord-americanes (US News, Leapfrog Hospital Safety Grade i Lown Institute Hospitals Index) i una d'australiana (MyHospitals).

Les plataformes seleccionades cobreixen un ampli ventall d'interessos per part dels seus promotors i algunes són d'iniciativa governamental, altres privada i altres independents. Per la seva banda, l'OCDE té com a objectiu l'anàlisi dels sistemes sanitaris dels seus països associats des de diversos angles i, així, els atles VPM van a la cerca de les variacions de la pràctica clínica, mentre que la resta de plataformes centren els seus indicadors en el funcionament de les organitzacions sanitàries.

Amb la finalitat d'estructurar l'anàlisi de les catorze fonts avaluatives seleccionades, s'ha elaborat una forquilla de quatre categories, més àmplia que la binària "outcomes sí/no" de la revisió porteriana, d'acord amb els criteris exposats a la taula següent.

Taula 1. Sistema de classificació d'indicadors d'avaluació

Codi	Tipus d'indicador	Descripció
0	**Outputs sense relació amb resultats**	Indicadors que no mesuren resultats de l'activitat sanitària com, per exemple, l'estat de la salut poblacional, l'activitat assistencial, els costos de les estructures, les llistes d'espera, la qualitat dels processos o les finances.
1	**Outcomes de percepció dels pacients**	S'hi inclou la informació tradicional de satisfacció dels pacients recollida mitjançant enquestes o bé de PREM i PROM, uns indicadors que mesuren l'experiència dels pacients o la percepció que les persones tenen dels resultats a mitjà i llarg termini dels processos clínics que les afecten. Tots els indicadors d'aquest grup han d'haver estat explicats pels pacients mitjançant escales de qualitat de vida, entrevistes, enquestes o grups focals.
2	**Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients**	S'hi recullen els indicadors de supervivència, mortalitat o complicacions a mitjà i llarg termini. Per als informes de recerca s'han inclòs els indicadors d'efectivitat específics, com el nombre d'start-ups o de patents. També s'hi agrupen indicadors de seguretat dels pacients com, per exemple, complicacions postoperatòries, infeccions nosocomials, prevenció de caigudes, úlceres de decúbit o deliri, o bé llacunes en la comunicació entre els professionals i els pacients i familiars.
3	**Indicadors d'adequació**	Aquests indicadors tenen en compte accions analitzades en clau d'ús apropiat dels recursos, la qual cosa no deixa de ser una aproximació al concepte de valor. Valguin com a exemple d'indicadors d'adequació, les hospitalitzacions potencialment evitables, els reingressos relacionats clínicament, l'ús de les urgències per part de pacients en triatge 4/5, les intervencions quirúrgiques de dubtós valor, les decisions compartides, els processos de codisseny, les iniciatives per prevenir el burnout dels professionals, etc. Per als informes de recerca, s'han considerat indicadors d'adequació específics com les subvencions aconseguides.

Revisió de 14 marcs avaluatius

1. OECD Health Statistics

L'OCDE[14] disposa d'una plataforma construïda a partir de les dades dels sistemes de salut dels seus països membres, una font molt útil per conèixer informació sobre l'estat de salut de les poblacions, els determinants de la salut, els recursos sanitaris, les activitats assistencials, la qualitat de les prestacions, la despesa sanitària i el finançament de les nacions més avançades del món. Amb totes les dades que recull, l'OCDE publica cada any l'informe *Health at a Glance*, amb una pauta bianual, un any d'àmbit europeu i l'altre mundial.

Taula 2. Classificació dels 464 indicadors de l'OCDE

Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	265	57,1%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat del pacient	169	36,4%
3. Indicadors d'adequació	15	3,2%
1. Outcomes de percepció dels pacients	15	3,2%
Total	**464**	**100%**

Com s'observa a la taula 2, més de la meitat d'indicadors de l'OCDE no estan relacionats amb resultats. Malgrat això, cal destacar que un terç dels indicadors correspon a outcomes d'efectivitat i seguretat del pacient, però malauradament només quinze mesuren la salut percebuda per les persones.

2. Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya

L'AQuAS, mitjançant la Central de Resultats[15] de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, publica en obert una bateria d'indicadors del sistema públic de salut en nou informes: àmbit hospitalari, atenció primària, àmbit sociosanitari, salut mental i addiccions, territorial, salut pública, àmbit d'emergències mèdiques, àmbit de formació sanitària especialitzada i recerca en ciències de la salut.

Taula 3. Classificació dels 373 indicadors de la Central de Resultats de l'AQuAS

Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	162	43,4%
3. Indicadors d'adequació	132	35,4%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	53	14,2%
1. Outcomes de percepció dels pacients	26	7,0%
Total	**373**	**100%**

A la revisió dels informes de la Central de Resultats s'ha observat que més del 40% dels seus indicadors són d'estructura, d'activitat o d'eficiència i que no estan, per tant, relacionats amb els resultats en salut. De la resta d'indicadors, cal destacar que més d'un

terç van dirigits a mesurar l'adequació en l'ús dels recursos i, amb una presència molt inferior, hi ha mesures d'efectivitat clínica i de seguretat dels pacients. Cal remarcar que només el 7% dels indicadors mesuren la salut percebuda per les persones. La Central de Resultats va ser una iniciativa de l'AQuAS que va generar molta expectativa el 2011, però malauradament va aturar les seves publicacions el 2018.

3. MSIQ - Mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat

MSIQ és una iniciativa del CatSalut que té com a finalitat l'avaluació, la gestió i el monitoratge d'aspectes importants de la qualitat de l'assistència sanitària finançada pel sistema públic. Està orientada a oferir elements per a la negociació dels finançadors amb les organitzacions proveïdores de serveis. Tanmateix la seva influència real en les contractacions és poc rellevant.

Taula 4. Classificació dels 144 indicadors de MSIQ

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	65	45,1%
0. Outputs sense relació amb resultats	38	26,4%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	24	16,7%
1. Outcomes de percepció dels pacients	17	11,8%
Total	**144**	**100%**

El CatSalut, mitjançant MSIQ, dedica molt d'esforç a avaluar l'adequació en l'ús dels recursos, sense oblidar que destina una mica més d'una quarta part dels indicadors a avaluar l'efectivitat (mortalitat), la seguretat i la percepció dels pacients.

4. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), mitjançant el seu Observatorio de Resultados,[16] publica en obert una bateria d'indicadors del sistema públic de salut de la Comunitat de Madrid en quatre apartats: estat de salut de la població, atenció primària, atenció hospitalària i emergències.

Taula 5. Classificació dels 335 indicadors de l'Observatorio de Resultados del SERMAS

Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	239	71,3%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	58	17,3%
1. Outcomes de percepció dels pacients	34	10,2%
3. Indicadors d'adequació	4	1,2%
Total	**335**	**100%**

Gairebé tres de cada quatre indicadors del SERMAS no estan relacionats amb els resultats. Cal aclarir, però, que una bona part (166) corresponen a l'informe d'estat de salut

de la població, una informació rellevant però que correspon a un àmbit de determinants de la salut i no d'avaluació de serveis sanitaris. La resta d'indicadors corresponen a efectivitat clínica, satisfacció dels pacients i adequació, i només un 10,2% es poden considerar outcomes de percepció. L'última actualització dels informes d'atenció primària i dels hospitals del SERMAS és del període 2017-2019.

5. Atlas de Variación en la Práctica Médica

Els Atlas de Variación en la Práctica Médica (VPM)[17] són un iniciativa de l'Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud que té com a finalitat publicar informació valuosa per a la recerca en serveis i polítiques sanitàries. El seu objectiu específic és abordar l'anàlisi de les variacions sistemàtiques en l'ús de recursos sanitaris des de la perspectiva de l'organització territorial i administrativa del sistema sanitari espanyol. En les seves anàlisis, els promotors de VPM empren una metodologia epidemiològica, sovint de base poblacional, i abasten un espectre ampli de les activitats clíniques relacionades amb les patologies més freqüents. De tots els atles, n'hem revisat els 10 més actualitzats.

Taula 6. Classificació de 70 indicadors de 10 atles de VPM

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	58	82,8%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	12	17,2%
Total	**70**	**100%**

De la taula dels atles VPM es desprèn una clara tendència d'aquesta font a analitzar l'adequació en l'ús dels serveis públics de salut.

6. Top 20 d'IQVIA

Amb més de 20 anys d'història, Hospitals Top 20[18] és el benchmarking de referència a l'entorn sanitari espanyol. Al llarg dels anys, aquesta iniciativa privada ha comptat amb la participació de més de 250 hospitals (públics i privats) i, d'acord amb les regles establertes, els hospitals que s'apunten al concurs saben que competiran amb dades, ajustades per risc, de qualitat (mortalitat, complicacions i readmissions), eficiència (estades, productivitat i costos) i adequació (cirurgia ambulatòria i ingressos potencialment evitables).

Taula 7. Classificació dels vuit indicadors del top 20 d'IQVIA

Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	3	37,5%
3. Indicadors d'adequació	3	37,5%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	2	25,0%
Total	**8**	**100%**

7. Top Value d'IQVIA

El nou marc avaluatiu proposat per Top Value està orientat al valor de la salut que IQVIA proposa i per al qual compta amb la seva àmplia experiència en els Top 20. Top Value es fonamenta en quatre dimensions que abasten els grans eixos de l'ASBV i els descompon posteriorment en un conjunt de blocs individuals d'avaluació (figura 2).

Figura 2. Marc avaluatiu del Top Value d'IQVIA

Taula 8. Classificació dels 11 indicadors del Top Value d'IQVIA

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	9	81,8%
1. Outcomes de percepció dels pacients	2	18,2%
Total	**11**	**100%**

La majoria d'indicadors emprats per Top Value es poden considerar d'adequació de models organitzatius, de pràctiques clíniques i de sistemes de finançament basats en el valor, mentre que dos d'ells es destinen a PREM i PROM i, per tant, corresponen a outcomes de percepció.

8. ScopeSanté

ScopeSanté[19] és una web de l'Haute Autorité de Santé (HAS) francesa que té com a finalitat ajudar els pacients a escollir el centre sanitari mitjançant l'accés a informació rellevant de tots els hospitals del país.

Taula 9. Classificació dels 255 indicadors d'ScopeSanté

Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	140	54,9%
3. Indicadors d'adequació	76	29,8%
1. Outcomes de percepció dels pacients	21	8,2%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	18	7,1%
Total	**255**	**100%**

Malgrat que la web va dirigida directament a la ciutadania, és curiós que més de la meitat dels indicadors no estan relacionats amb resultats. De la resta, els més representats són els d'adequació i, amb menys presència, hi ha indicadors de satisfacció i de percepció dels pacients.

9. Fingertips

Fingertips[20] és una web del govern anglès que ofereix accés en obert a una extensa font d'indicadors sobre una gran varietat d'aspectes de salut i benestar d'aquell país. Fingertips organitza les dades en perfils temàtics que es van dissenyar per donar suport a la Joint Strategic Needs Assessment (JSNA). Davant de la complexitat de la font, s'ha optat per dur a terme només la revisió del perfil de la salut pública, Public Health Outcomes Framework (PHOF).

Taula 10. Classificació dels 178 indicadors de PHOF de Fingertips

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	76	42,7%
2. Indicadors d'efectivitat i seguretat dels pacients	50	28,1%
0. Outputs sense relació amb resultats	48	27,0%
1. Outcomes de percepció dels pacients	4	2,2%
Total	**178**	**100%**

Fingertips és un marc avaluatiu amb una visió comunitària molt interessant, que posa l'accent en l'adequació en l'ús de recursos, però també en els resultats, des de l'òptica de detectar desigualtats en salut en els col·lectius en situació de vulnerabilitat.

10. Care Quality Commission (CQC)

CQC[21] és una entitat independent que s'encarrega de la regulació de la salut i l'atenció social per a adults a Anglaterra. El seu objectiu és garantir que els proveïdors de serveis sanitaris i socials ofereixin prestacions d'alta qualitat, a més d'efectives, segures i centrades en les persones. Es tracta d'un marc avaluatiu proactiu que té en compte, a més de la informació oficial de l'NHS, diverses accions de consultoria sobre el terreny amb enquestes i grups focals amb pacients, entrevistes a professionals i inspeccions a les instal·lacions. CQC no amaga la intenció de generar transformacions en la manera com

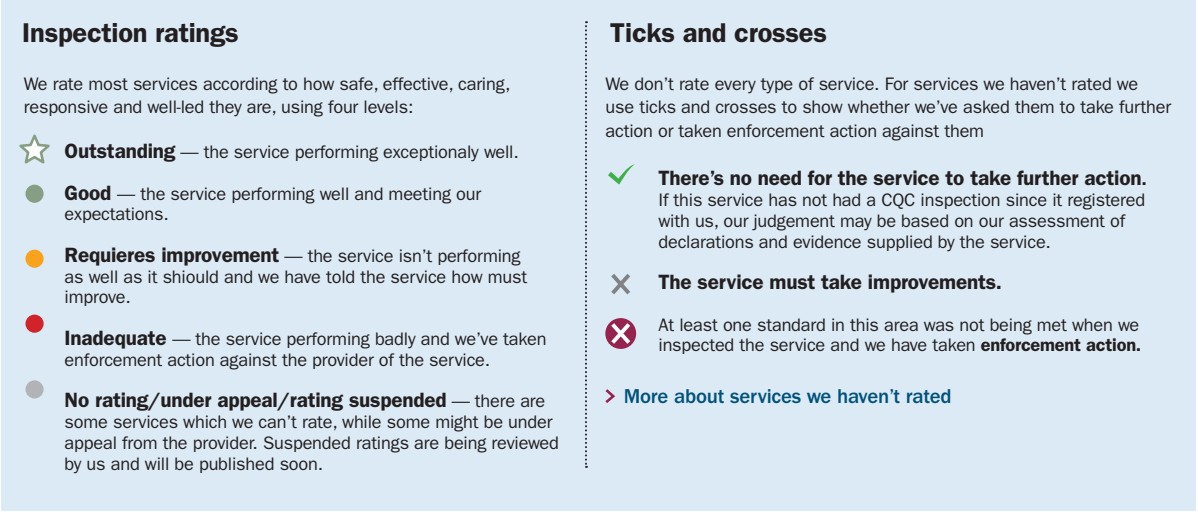
es presten els serveis, per la qual cosa publica en obert els informes que du a terme a tots els centres sanitaris registrats.

Taula 11. Classificació dels 189 indicadors de CQC

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	85	45,0%
1. Outcomes de percepció dels pacients	59	31,2%
2. Indicadors d'efectivitat i seguretat dels pacients	45	23,8%
Total	**189**	**100%**

Els indicadors de CQC se centren en la qualitat organitzativa dels centres sanitaris, especialment des de la perspectiva de la percepció i de la seguretat dels pacients i, per facilitar-ne la interpretació, utilitzen una escala de color semafòrica (ratings) i indicadors de millora dels serveis.

Figura 3. Significat de les icones de CQC



11. Leapfrog Hospital Safety Grade

Leapfrog Hospital Safety Grade (LHSG)[22] és un servei de dades hospitalàries generat per l'organització independent i sense ànim de lucre The Leapfrog Group amb la finalitat d'informar la ciutadania, de manera directa i clara, sobre el nivell de seguretat dels hospitals nord-americans. Hi participen 2.300 hospitals de manera voluntària i gratuïta, els quals reben, a canvi, una qualificació global en cinc possibles categories i una valoració detallada en 32 indicadors. Com és d'esperar, el 100% dels indicadors d'LHSG són d'efectivitat i seguretat dels pacients.

12. US News Best Hospitals

El nombre d'hospitals participants en el concurs US News Best Hospitals[23] s'acosta a 5.000, però només 18 són escollits a "The Honor Roll". Per a aquest benchmarking s'elabora un índex que es compon d'un 32,5% de reputació, d'acord amb una enquesta feta entre metges (nivell 0 a la nostra classificació), un 32,5% de mortalitat (categoria 2 d'efectivitat) i un 35% d'indicadors diversos d'eficiència, qualitat i seguretat clínica.

13. Lown Institute Hospitals Index

Lown Institute és una organització independent promotora de Right Care Alliance que lidera el Lown Institute Hospitals Index (LIHI),[24] una iniciativa que pretén avaluar els hospitals nord-americans en funció d'una nova mètrica basada en el valor, un assumpte realment innovador. Segons Vikas Saini, president del Lown Institute, es tracta d'oferir a la societat nord-americana un benchmarking que vagi més enllà de la comparació de l'eficiència de les estructures hospitalàries. La mètrica del nou indicador es basa en tres pilars i 42 paràmetres que avaluen resultats, pràctiques de valor i lideratge cívic.

Taula 12. Classificació dels 42 indicadors de LIHI

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	16	38,1%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	15	35,7%
1. Outcomes de percepció dels pacients	11	26,2%
Total	**42**	**100%**

Ateses les enormes desigualtats en l'accés als recursos sanitaris que hi ha als EUA, LIHI incorpora un pack de tres indicadors que avaluen el compromís dels hospitals amb les comunitats a les quals serveixen i que hem categoritzat com d'adequació.

14. MyHospitals

MyHospitals[25] és una pàgina web del govern australià, a l'estil ScopeSanté, que va ser creada al 2010 per garantir que la ciutadania tingui un accés fàcil a informació rellevant sobre els 759 hospitals públics i 153 privats del país.

Taula 13. Classificació dels 29 indicadors de MyHospitals

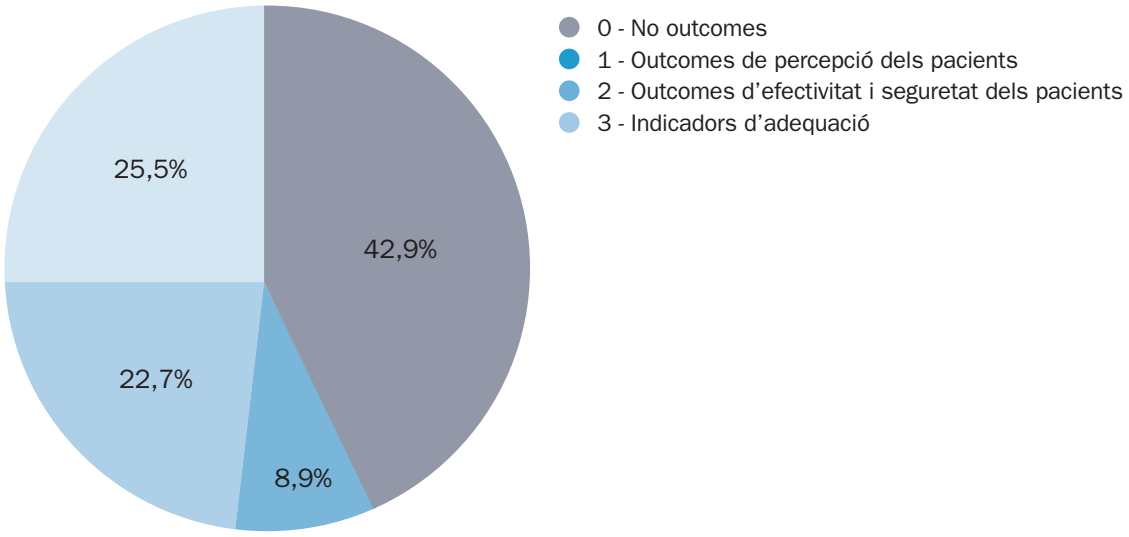
Categoria	N	%
0. Outputs sense relació amb resultats	19	65,5%
3. Indicadors d'adequació	6	20,7%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	4	13,8%
Total	**29**	**100%**

Com s'observa a la taula, només un terç dels indicadors de MyHospitals mesuren adequació, efectivitat i seguretat dels pacients.

Resum de les principals troballes de la revisió dels marcs avaluatius

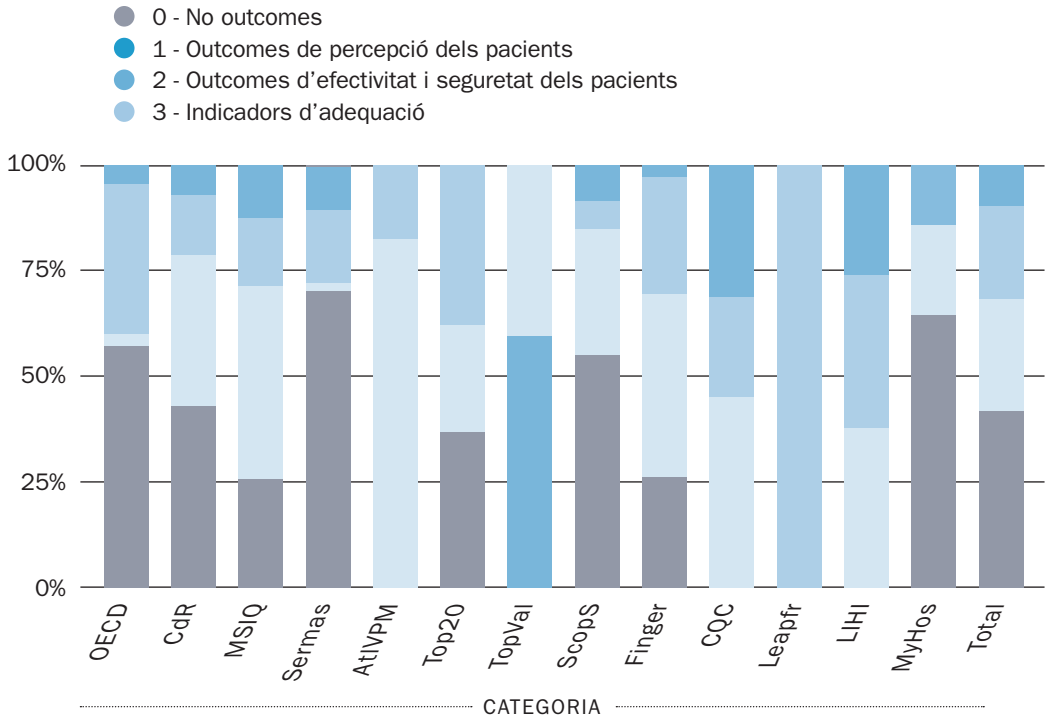
La revisió final s'ha fet amb 13 de les 14 fonts, ja que d'US News Best Hospitals no s'han pogut extreure els indicadors al nivell de segregació requerit per a aquesta anàlisi. Un cop establerta la selecció de plataformes, dels 2.130 indicadors analitzats es conclou que el 43% dels ítems es poden qualificar com a outputs que, malgrat que analitzen aspectes d'interès, no estan relacionats amb els resultats de les activitats clíniques; el segon bloc d'indicadors més freqüents, amb el 26%, és el dels d'adequació en l'ús dels recursos; el tercer, amb un 23%, és el d'outcomes d'efectivitat clínica i seguretat dels pacients, i el darrer és el dels outcomes que analitzen la percepció dels pacients, amb un volum que no arriba al 9%.

Figura 4. Freqüència relativa del tipus d'indicadors d'avaluació



En resum, el grau de desenfocament dels marcs avaluatius dels sistemes sanitaris respecte al valor que aporten és molt elevat ja que esmercen molts esforços i recursos a avaluar que els sistemes funcionen amb eficiència, de manera apropiada, amb seguretat i amb satisfacció, mentre que destinen pocs indicadors a observar l'efectivitat clínica i gairebé cap a comprendre si tanta activitat serveix per millorar la salut percebuda per les persones. A més, la majoria dels indicadors estan dissenyats per a l'àmbit hospitalari i n'hi ha pocs que analitzin l'atenció primària, l'atenció intermèdia i la salut mental.

Figura 5. Distribució per tipus d'indicador i marc avaluatiu



Quins són els models vigents de pagament de serveis sanitaris?

A l'univers dels models de pagament dels serveis sanitaris,[26-27-28-29-30-31-32] els més freqüents es caracteritzen pel pagament per acte (fee-for-service) a l'entorn privat i pel pressupost a l'entorn públic. Tanmateix, hi ha algunes iniciatives que pretenen corregir les desviacions i limitacions d'aquests dos sistemes. N'hem escollit quatre: el pagament per episodi (bundled payment), el pagament variable per resultats (pay-for-performance), el pagament per càpita (global payment) i el pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes, de les quals n'hem revisat la implantació en el món real i l'evidència dels seus resultats.

D'altra banda, la manca d'un model estandarditzat d'anàlisi de costos dels processos clínics d'abast mundial facilita l'arbitrarietat de les tarifes de qualsevol dels models de pagament dels serveis sanitaris i, fins i tot, fa que els sistemes que s'acullen al pressupost públic, com el nostre, hagin de basar les seves estimacions en les consolidacions històriques, sense cap possibilitat d'ajustar les partides a la idoneïtat i eficiència de les activitats clíniques. En aquest desert de dades homologades sobre costos dels processos clínics, cal mencionar les aportacions d'Austràlia, un país que, mitjançant la creació d'una agència independent, la Independent Hospital Pricing Authority (IHPA),[33] ha anat normativitzant la recollida de dades, ha anat generant sistemes d'ajust i ha obtingut taules de costos versemblants que li han permès perfilar tarifes que promouen el valor de l'activitat clínica i, per contra, penalitzen la fragmentació i els excessos. Tot i que de manera més sectorial, a Europa es detecta la iniciativa EVIDEM[34] que promou l'ús de l'anàlisi multivariant per a l'establiment de preus i per a la modelització del finançament de les innovacions farmacèutiques.

Pagament per acte (fee-for-service) i prospectiu

El pagament de les hospitalitzacions va haver de canviar l'objecte de la mesura que a tot arreu, a Catalunya també, era l'estada, un model massa limitat, per un de més global: l'episodi d'hospitalització. Per aquest motiu, el govern federal nord-americà va promoure la creació dels grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) mitjançant una recerca que va dur l'equip de Robert Fetter a revisar milers d'històries clíniques amb la finalitat d'obtenir un model de catalogació de la producció hospitalària basat en l'isoconsum de recursos, sempre que seguís una certa lògica clínica. Els GRD es van publicar el 1980[35] i molt aviat, el 1983, ja s'havien estabilitzat prou perquè Medicare implantés un sistema de pagament prospectiu als hospitals basat en la nova catalogació. O sigui, que l'asseguradora pública nord-americana no només pagaria per l'activitat portada a terme, sinó que començava una nova etapa en la qual les tarifes hospitalàries s'ajustarien en funció de la complexitat de la casuística observada.

El pagament per acte dels hospitals, que fins llavors es basava en el nombre d'estades multiplicat per la tarifa que cada hospital aplicava a l'estada, amb l'afegit d'una llista de serveis complementaris fora de tarifa, va evolucionar, doncs, cap a un pagament prospectiu que atribueix una complexitat a l'episodi d'hospitalització mitjançant un algoritme que s'alimenta de dades que caracteritzen el pacient, a més dels diagnòstics i els

procediments previsibles, fet que categoritza l'episodi i li atorga un pes relatiu estimat en estudis estadístics previs de consum de recursos dins de cada categoria. Els GRD van revolucionar el pagament per acte de les hospitalitzacions i li van atorgar un grau de refinament tan lloat que va donar la volta al món i va arribar també a Catalunya i, un temps més tard, el 1997, el CatSalut el va adoptar.

Empeses per aquesta dinàmica, hi ha hagut diverses iniciatives per catalogar l'activitat clínica des d'una perspectiva poblacional, més enllà del simple episodi d'hospitalització, entre les quals cal fer esment dels Ambulatory Care Groups, els Adjusted Clinical Groups (ACG),[36] un instrument de catalogació de l'activitat ambulatòria liderat per Barbara Starfield a Johns Hopkins, o els Clinical Risk Groups (CRG), un sistema que va ser desenvolupat per Richard Averill a 3M-HIS i que ha estat provat i avaluat a Catalunya.[37] En aquesta relació cal considerar també els grups de morbiditat ajustats (GMA),[38] un agrupador de morbiditat adaptat al nostre entorn desenvolupat per David Monterde i col·laboradors del Departament de Salut, el CatSalut i l'Institut Català de la Salut. Cap d'aquests agrupadors, però, ha aconseguit evolucionar cap a la modelització de pagaments basats en el risc i la complexitat, com ho van fer els GRD, cosa que cal lamentar ja que haurien pogut introduir elements de transversalitat i haurien pogut incentivar la coordinació entre nivells assistencials.

Pressupost públic

Els pressupostos són un instrument comptable que garanteix que les despeses s'ajustin als ingressos. Es tracta d'una eina universal útil, però limitada, raó per la qual la majoria d'empreses la complementen amb altres mètodes d'anàlisi economicofinancera més refinats. A la funció pública, incomprensiblement, la comptabilitat pressupostària ocupa una posició hegemònica, la qual cosa fa que sembli com si a l'Administració no li preocupés que les partides comptables estiguin allunyades de la realitat de les despeses que pretenen controlar. Per exemple, el capítol 1, el de personal, consolida plantilles al marge del seu rendiment, mentre que el capítol 2 fa el seguiment de les despeses en béns i serveis sense tenir-ne en compte la funcionalitat ni el seu rendiment i, d'altra banda, les inversions estan marcades per estratègies polítiques que sovint no encaixen amb les necessitats locals.

Per posar un exemple de la desconnexió dels pressupostos públics respecte a la realitat només cal observar el diferencial entre el pressupost del Departament de Salut i l'execució d'aquest pressupost. L'any 2019, el pressupost inicial va ser de 9.615 M€ i la seva liquidació de 10.530 M€, mentre que el pressupost inicial del 2020 va ser de 9.716 M€, 814 milions per sota de la despesa real de l'exercici anterior.[39] En aquest marc pressupostari lliscant, el control pressupostari es posiciona lluny de les exigències de la gestió de les organitzacions sanitàries i, pel que fa als gestors, saben que en aquests escenaris pressupostaris qualsevol iniciativa que generi estalvis o ingressos anirà a pal·liar el dèficit estructural i que, per tant, la institució no recollirà mai els beneficis de l'esforç.

Pagament per episodi (bundled payment)

El pagament per episodi és una modalitat de pagament basada en els processos assistencials, un format que pot implicar un o més proveïdors i que es vincula a la mesura d'un resultat acordat entre la compra i la provisió amb l'objectiu de millorar el valor de l'atenció sanitària rebuda per cada pacient. El preu d'un servei agrupat cobreix tota l'atenció necessària de l'episodi i, per tant, tots els seus costos, incloent-hi els derivats de les complicacions més habituals, a excepció de les situacions catastròfiques. Convencionalment en podem dir pagament per episodi, malgrat la dificultat tècnica de mesurar-lo.

La vinculació amb els resultats acordats entre les parts és el component que fa dels serveis agrupats per episodis un sistema de pagament per valor. Per exemple, es pot associar l'assoliment d'objectius a la recuperació funcional del pacient o a una reducció de reingressos i, per evitar la selecció adversa, s'acostumen a utilitzar sistemes d'ajustament de risc que mesuren la complexitat de la casuística. El pagament per episodi s'ha aplicat a la gestió de processos aguts i crònics, tant a l'atenció primària com a l'hospitalària.

Taula 14. Avaluació d'experiències identificades de pagament per episodi

Experiència	País (anys)	Àmbit d'aplicació	Resultat obtingut
Heart Bypass Demonstration[40]	EUA (1991-1996)	Bypass coronari incloent-hi tots els serveis hospitalaris i 90 dies de serveis postalta en set hospitals.	Estalvi del 10% Reducció de mortalitat Més satisfacció del pacient
Malalties cròniques prevalents[41]	Països Baixos (2007)	Diabetis tipus 2, MPOC i risc cardiovascular.	Desconegut
Procediments quirúrgics[42]	Suècia (2009-2011)	Pròtesi de maluc i genoll al comtat d'Estocolm.	Reducció de costos del 17% 33% menys de complicacions
Acute Care Episode Program[43]	EUA (2009-2011)	Tarifa plana per diversos processos cardiològics i ortopèdics de Medicare.	Estalvi del 3,1%
Bundled Payments for Care Improvement[44]	EUA (2011)	Programa voluntari de Medicare per a 24 patologies mèdiques i 24 de quirúrgiques.	Desconegut
Comprehensive Care for Joint Replacement Model[45]	EUA (2016-2021)	Pròtesi de maluc i genoll en 800 hospitals de Medicare.	Desconegut

Quan s'agrupen serveis, dels quals n'hi ha tres de ben diferents, cal aclarir quin és l'objecte de la mesura: a) serveis de base poblacional, com els que van associats al protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica o bé a persones adultes amb risc cardiovascular; b) processos clínics transversals entre nivells assistencials, com ara els atribuïbles a persones amb malalties cròniques, degeneratives o oncològiques, i c) processos de caràcter agut que tenen clarament un principi i un final com la majoria dels procediments quirúrgics programats.

Moltes asseguradores americanes estant intentant superar el pagament per acte amb la catalogació de processos clínics des d'una perspectiva ambulatòria, la qual cosa els per-

met introduir avaluació de resultats clínics esperables i un pagament prospectiu ajustat que estaria en l'òrbita dels pagaments per episodi. Valguin com a exemple els Episode Risk Groups (ERG)[46] utilitzats per l'asseguradora AETNA com un model d'avaluació de l'eficiència i de l'adequació de les activitats clíniques dels especialistes, a més d'un ajustament per al pagament dels seus serveis.[47]

Ben aplicat, el pagament per episodi introdueix incentius a l'eficiència i l'efectivitat clíniques i esperona els proveïdors a cercar models innovadors d'atenció integrada i multidisciplinària, com per exemple les unitats clíniques de pràctica integrada (IPU) promogudes per Michael Porter i col·laboradors.[48]

Taula 15. Revisió sistemàtica identificada sobre models de pagament per episodi (bundled payment)

Autors	Metodologia	Resultats
Agarwal *et al.*, 2020[49]	Revisió sistemàtica (20 estudis)	La qualitat dels serveis es manté o es millora i els costos es redueixen en pròtesis de genoll, però no per a altres patologies o procediments.

Pagament variable per resultats (pay-for-performance)

El pagament variable per resultats aplicat a una part del contracte de prestació de serveis és una pràctica molt estesa, ja que és una manera d'incloure paràmetres de qualitat en els contractes sense haver de fer-hi canvis importants. Que aquesta modalitat de pagament sigui considerada com a pagament de valor depèn exclusivament del tipus d'objectius que es fixen i de les mètriques emprades.[50]

El pagament variable per resultats als Estats Units

L'Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) del CMS (Medicare i Medicaid) és un model que introdueix incentius als proveïdors amb relació a l'obtenció d'objectius de qualitat assistencial, eficiència, seguretat i experiència del pacient.[51] En el sector privat, Blue Cross Blue Shield de Michigan ha desplegat l'Hospital Pay-for-Performance Program[52] amb un 5% de pagament variable en funció dels resultats acordats. En aquest entorn, Collaborative Quality Initiatives (CQI) és una plataforma que facilita que els hospitals i el personal mèdic comparteixin dades i negociïn objectius.[53] CQI aporta millores a la qualitat de l'assistència sanitària mitjançant un feedback sobre el rendiment, la identificació de les pràctiques valuoses i l'aprenentatge col·laboratiu.[54] Physician Group Incentive Program (PGIP), també a Michigan, és un programa comparable a CQI, però destinat a l'assoliment d'objectius i pagaments variables per a grups de metges. PGIP aplica un model de reemborsament de fee-for-value en comptes del model tradicional de fee-for-service, la qual cosa és una gran novetat a l'entorn nord-americà.

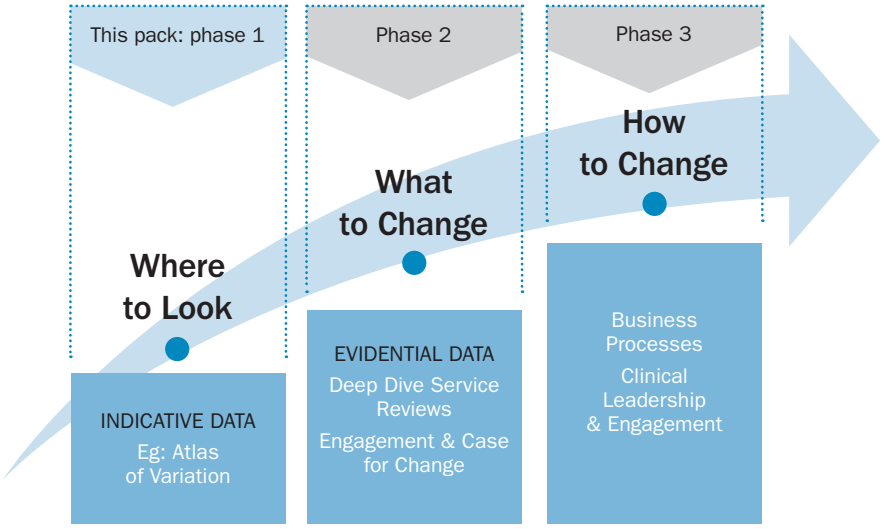
El pagament variable per resultats a Anglaterra

L'NHS anglès fa més de deu anys que promou el pagament variable per resultats[55] mitjançant la Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN), una iniciativa creada el 2012 amb un desplegament territorial força estès i la participació de molts professi-

onals clínics en grups anomenats Clinical Commissioning Groups (CCG) que tenen com a finalitat la definició col·laborativa d'objectius clínicament valuosos per incorporar-los a les parts variables dels contractes entre l'NHS i els proveïdors de serveis.[56-57] Aquest model anglès és força semblant als acords dels objectius de la part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors sanitaris, amb la diferència que allà els clínics incorporats a CCG tenen una gran influència en la definició d'objectius rellevants.

En aquest marc anglès, Commissioning for value, una estratègia dels CCG, pretén anar més enllà del simple compliment d'objectius per obtenir una part variable del contracte i, amb aquesta finalitat, desplega estratègies per distribuir el finançament de l'NHS de manera més valuosa, amb un plantejament transparent que segueix els passos següents: a) observa les variacions de la pràctica clínica, b) analitza els factors que les generen i c) determina com es poden combatre les variacions observades, mitjançant un replantejament de la distribució de recursos, incentivant les accions valuoses o, al contrari, desincentivant les que no es desitgen.

Figura 6. Fases del Commissioning for value



Fidels a aquesta línia, els darrers deu anys, els CCG han evolucionat el model i, per al pressupost 2021/22, ja han aconseguit definir tarifes de bones pràctiques "Best Practices Tariffs" (BPT) per a 21 processos clínics en els quals els CCG poden activar unes tarifes més elevades si els proveïdors obtenen els resultats requerits i, per contra, poden aplicar tarifes inferiors a les convencionals si hi detecten desviacions negatives.

Una altra iniciativa anglesa, encara més sofisticada que BPT, és "Getting It Right First Time (GIRFT)", liderada per Tim Briggs, director del programa de millora clínica de l'NHS. GIRFT és un projecte dissenyat per potenciar les bones pràctiques amb el desplegament de revisions en profunditat, tant dels resultats com de les maneres de treballar, un projecte que compta amb el suport de col·legis i associacions professionals. Per posar un exemple del seu enfocament, a l'informe sobre la qualitat de la cirurgia ortopèdica, GIRFT ha tret a la llum algunes dades intrigants com que el 24% dels cirurgians que ope-

ren pròtesis de maluc, el 73% dels que intervenen artroplàsties unicompartimentals de genoll o el 80% dels que fan revisions de pròtesis de genoll, només en fan deu o menys cada any. Es tracta d'un problema estructural que afecta la qualitat dels processos clínics, sobre el qual GIRFT actua anant més enllà dels incentius o desincentius econòmics. Inicialment, GIRFT va començar amb procediments ortopèdics, no en va Tim Briggs és traumatòleg, però després de demostrar que la iniciativa era capaç d'introduir-hi millores valuoses i generar estalvis es va estendre a una àmplia gamma de la casuística.

CCG i GIRFT van en la mateixa direcció, la de donar senyals inequívocs als clínics i a les seves organitzacions sobre quin és el camí de la millora dels serveis, però la diferència és que els primers posen l'accent en el finançament, mentre que els segons s'impliquen i cerquen solucions raonades i efectives per a cada grup clínic i per a cada organització sanitària.

Pagament per resultats de medicaments entre la indústria i els proveïdors sanitaris

Dins del marc del pagament per resultats s'han desenvolupat diverses iniciatives vinculades al finançament de nous fàrmacs d'alt impacte a través d'acords innovadors entre la indústria que produeix el fàrmac i l'organització que proveeix el servei, com els esquemes de pagament per resultats (EPR) o performance-based risk-sharing arrangements (PBRSA),[58] uns instruments indicats quan les incerteses en el moment de la comercialització són elevades, fet que dificulta establir el valor terapèutic en condicions de pràctica real. Aquestes incerteses poden ser respecte a l'efectivitat, la seguretat o la relació cost-efectivitat. A Catalunya es va iniciar l'ús d'aquests mecanismes el 2011 a l'ICO i, a partir d'aquesta i altres experiències, el CatSalut ho ha fet sistèmic per al SISCAT i s'ha incorporat a la contractació de medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA). Professionals vinculats a l'ICO han avaluat alguns d'aquests acords innovadors i han obtingut resultats positius.[59-60-61-62]

Taula 16. Revisions sistemàtiques i estudis de casos control identificats sobre pagament variable per resultats (pay-for-performance)

Autors	Metodologia	Resultats
Hong *et al.*, 2020[63]	Revisió sistemàtica (33 estudis)	La qualitat assistencial i els resultats clínics no milloren de manera significativa i afecten negativament els hospitals "safety-net".
Ryan *et al.*, 2017[64]	Estudi de casos control	Els processos clínics i l'experiència del pacient no van ser significativament millors. S'ha trobat associació positiva amb la mortalitat per pneumònia però no per infart agut de miocardi o insuficiència cardíaca.
Mathes *et al.*, 2019[65]	Revisió sistemàtica (27 estudis)	La majoria d'estudis no mostren un impacte significatiu en la qualitat de l'atenció sanitària, l'ús de recursos ni l'equitat. Les sancions semblen una mica més efectives que les bonificacions. Els pagaments per assolir un nivell determinat de qualitat semblen lleugerament més efectius que els pagaments que compensen la millora de la qualitat relativa en anys anteriors.
Kim *et al.*, 2020[66]	Revisió sistemàtica (22 estudis)	Els programes P4P amb un disseny de penalització podrien ser més efectius que els programes que utilitzen recompenses o una combinació de recompenses i sancions per millorar la qualitat de l'atenció quirúrgica.

Pagament per càpita (global payment)

El pagament global de base poblacional és el sistema de pagament menys agrupat possible i, per tant, clínicament integral i adaptat per a la gestió de la salut poblacional. Per la seva natura capitativa és el tipus de pagament que transfereix un risc més gran al proveïdor.

Accountable Care Organizations (ACO). Als EUA, CMS ha dut a terme diverses iniciatives apostant pel pagament global de base poblacional, però, ara per ara, l'enfocament d'aquests projectes s'ha basat principalment en Accountable Care Organizations (ACO),[67] grups de professionals mèdics, hospitals i altres proveïdors d'atenció clínica que s'uneixen voluntàriament per oferir una atenció coordinada d'alta qualitat per als seus pacients.[68] En aquesta línia, el Shared Savings Program de Medicare ofereix a diversos proveïdors la possibilitat d'agrupar-se i formar una ACO,[69] la qual assumeix la responsabilitat de la qualitat i el cost dels processos clínics de la població assignada. ACO no és un capitatiu alternatiu al model tradicional de fee-for-service, sinó que és un acord de Medicare amb els diversos proveïdors d'un mateix territori que, mitjançant un increment en la coordinació, permet compartir els estalvis generats evitant els excessos de la pràctica clínica fragmentada. Per verificar que la reducció de despeses no s'ha produït a costa de la qualitat, Medicare analitza 32 indicadors que, com s'observa a la taula següent, en el 78,1% dels casos són d'adequació, mentre que la resta són de satisfacció i seguretat del pacient, però no n'hi ha cap de PREM o PROM.

Taula 17. Classificació dels 32 indicadors d'ACO

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	25	78,1%
1. Outcomes de percepció dels pacients	6	18,7%
2. Indicadors d'efectivitat i seguretat dels pacients	1	3,2%
Total	**32**	**100%**

Prova pilot de model capitatiu a Catalunya. L'any 2002, el CatSalut va posar en marxa una prova pilot de pagament capitatiu en cinc territoris: Alt Maresme-Selva Marítima, Osona, Baix Empordà, Altebrat (Terra Alta, Ribera d'Ebre i Priorat) i Cerdanya, amb un total de gairebé mig milió d'habitants. L'assignació capitativa de base poblacional per als territoris de la prova pilot es va fonamentar en la mitjana de despesa corrent sanitària neta per habitant a Catalunya, la qual va sorgir de deduir de la despesa corrent total una sèrie de conceptes que no es van considerar subjecte de transferència, com les despeses estructurals, de docència i de recerca, el fons de desequilibris territorials intercomunitaris, la cobertura de persones migrants, el fons de política sanitària d'equilibri i aquells conceptes que engloben activitats assistencials no individualitzades o que es presten en altres àmbits territorials. L'assignació estava modulada per un factor corrector que, teòricament, hauria de sorgir de la ponderació dels indicadors socioeconòmics, demogràfics i de dispersió geogràfica de cada àmbit territorial on s'aplicava la prova pilot.

D'acord amb la proposta del CatSalut, els proveïdors de serveis sanitaris dels territoris seleccionats havien d'assumir, de manera col·laborativa, el risc financer de la provisió de serveis sanitaris en els àmbits de l'atenció primària, hospitalària, intermèdia i farmacèutica, en el benentès que això generaria el clima apropiat per desplegar estratègies d'integració de serveis i d'abordatge de processos clínics amb perspectiva transversal.

Quatre anys més tard, el 2006, una avaluació feta pel mateix CatSalut va donar per sentenciada negativament l'experiència després d'unes conclusions que deien literalment: "La implantació de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional ha obtingut resultats escassos i limitats, geogràficament i temporalment, amb relació als processos d'integració assistencial als territoris. El sistema d'assignació per càpita, tal com ha estat dissenyat i implantat, no ha generat els incentius adequats per produir els canvis que se n'esperaven. En aquestes condicions, la voluntat de col·laboració dels proveïdors participants a nivell local tampoc ha estat suficient per superar les barreres d'entorn, contingut de la prova i actors identificades." Amb aquesta mala qualificació, l'assignació capitativa dels cinc territoris pilot es va donar per acabada i el model va revertir en el de distribució de recursos fragmentat de la resta del país.

Taula 18. Avaluació d'experiències identificades de pagament per càpita (global payment)

Experiència	País (anys)	Àmbit d'aplicació	Resultat obtingut
The Pioneer Model (Medicare)[67]	EUA (2012-2016)	Proveïdors que ja tenien experiència en la coordinació de l'activitat assistencial.	Reducció de l'1,2% de la despesa. Tanmateix, el primer any, el programa va experimentar una taxa d'abandonament molt elevada a causa de la seva naturalesa voluntària i de la perspectiva de pèrdues.
Medicare Shared Savings Program (MSSP)[67]	EUA (2012-actualitat)	Grups de metges, hospitals i altres proveïdors que es vulguin coordinar.	Reducció de l'1,4% dels costos.
The Next Generation ACO Model (Medicare)[67]	EUA (2016-2021)	ACO amb experiència en la coordinació de l'atenció a poblacions de pacients.	El resultat encara no s'ha estudiat.
Comprehensive Primary Care Program (CPC)[67]	EUA (2012-2016)	Model multipayer que abastava pacients assegurats per Medicare, Medicaid i asseguradores privades.	Reducció del 2% d'emergències.
Prova pilot en cinc territoris	Catalunya (2002-2014)	Càpita global de base territorial amb implicació de tots els proveïdors.	No va aconseguir demostrar els resultats d'integració de serveis que s'havien proposat.

Taula 19. Revisió sistemàtica i estudi de casos control identificats de models capitatius (global payment)

Autors	Metodologia	Resultats
Song *et al.*, 2019[70]	Estudi de cas control	Estalvi del 17% a causa de la reducció de costos en primera instància i d'activitat en segona. Millor qualitat dels serveis en diferents paràmetres.
Cattel and Eijkenaar 2020[71]	Revisió sistemàtica (111 estudis)	Els models de pagament del valor que consisteixen en pagaments bàsics globals combinats amb incentius de qualitat explícits tenen el potencial de millorar la creació de valor i contribuir a una ASBV.

Pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes

PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)

PACE és un model que funciona als EUA des del 1971 en el qual les asseguradores subcontracten la pòlissa de persones que per raons de discapacitat o fragilitat tenen risc de ser institucionalitzades. Les empreses PACE, la majoria sense afany de lucre, esdevenen mútues especialitzades a atendre els pacients en els seus propis entorns si no volen arruïnar-se pagant factures als hospitals, motiu pel qual ofereixen serveis en entorns comunitaris mitjançant equips interdisciplinaris que es responsabilitzen de prestar atenció coordinada i continuada d'acord amb el pacient i la seva família. PACE disposa de la cartera de serveis pròpia de Medicare i de Medicaid, així com de l'atenció sanitària i dels serveis addicionals necessaris.[72]

CMS, per pagar els serveis de PACE, utilitza un model capitatiu amb unes taxes dissenyades per generar estalvi amb relació a les despeses que, d'altra manera, es farien si els pacients anessin a un altre tipus de programa.[73] Segons un informe de la National PACE Association (NPA), aquests estalvis podrien ser del 13%,[74] la taxa d'hospitalització un 24% inferior,[75] la taxa de reingressos un 16% més baixa i el nombre de visites a urgències també seria inferior,[76-77] mentre que els beneficiaris rebrien una millor atenció preventiva.[78] Tanmateix el model PACE disminueix la càrrega de les persones familiars cuidadores i millora la seva satisfacció.[79] Finalment, les persones afiliades al programa són menys propenses a patir depressió.[80]

La integració de serveis socials i sanitaris de base territorial

A Anglaterra, els sistemes d'atenció integrada coneguts com a Integrated Care Systems (ICS), en evolució des del 2018, gestionen de manera integrada recursos locals de l'NHS, dels ajuntaments i d'altres proveïdors[81] amb l'objectiu d'estendre's a tot el territori al final del 2021. Els ICS més actius han teixit una xarxa local que integra els serveis socials i els de salut, amb responsabilitats compartides en l'ús de recursos, amb la finalitat de millorar resultats de salut de les persones, sobretot de les més necessitades.

Els ICS anglesos es proveeixen d'una certa estructura de governança local (sense entitat jurídica pròpia), a l'estil de les àrees integrades de salut (AIS) del Consorci Sanitari de Barcelona o de les comissions mixtes territorials del Garraf. Se suposa, però, que els ICS anglesos tenen més força integradora i més finançament que no pas les nostres experiències locals, no en va la legislació anglesa permet, des del 2006,[82] que les regions sanitàries de l'NHS i els ajuntaments generin fons comuns per finançar serveis sanitaris i socials de manera integrada en persones que tenen un pla individualitzat elaborat de manera col·laborativa. Aquests fons compartits, "pooling budgets", fomenten la integració de serveis dins dels ICS, els quals disposen d'equips de professionals responsables de gestionar aquests fons coneguts com "Better Care Fund".[83] A Escòcia també es detecten moviments en la mateixa direcció, amb l'aparició de les "integration authorities" (IA) que han generat marcs pressupostaris d'àmbit local amb un 70% de fons de l'NHS i un 30% dels ajuntaments.[84]

Amb la disponibilitat de fons compartits, les experiències britàniques d'integració de serveis socials i sanitaris d'àmbit territorial estan avançant perquè disposen de plans i recursos per actuar en persones i poblacions vulnerables de manera més efectiva que en el model fragmentat imperant.

Personal Health Budget (PHB)

El 2014, l'NHS anglès va posar en marxa el projecte Personal Health Budget (PHB), mitjançant el qual les persones amb necessitats sanitàries i socials de llarga evolució tenen la capacitat d'acordar amb els equips professionals de la seva localitat (serveis socials, atenció primària i administradors de l'NHS) la disposició d'una partida de diners que els ha de permetre aconseguir els objectius del pla terapèutic individualitzat prèviament acordat. En l'actualitat hi ha PHB per a l'atenció continuada, per a persones amb dificultats d'aprenentatge, per a persones amb problemes de salut mental, per a persones que van amb cadira de rodes, per a infants i joves en situació vulnerable, per a la maternitat de risc i per a l'atenció al final de la vida.

Taula 20. Experiències identificades d'avaluació del pagament de la integració de serveis per atendre persones amb necessitats socials i sanitàries complexes

Experiència	País (anys)	Àmbit d'aplicació	Resultat obtingut
Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)[72-80]	EUA (1971-actualitat)	Adults amb discapacitats i persones grans.	Estalvi de la despesa del 13%, taxa d'hospitalitzacions un 24% inferior, taxa de reingressos un 16% inferior, reducció del nombre de visites a urgències i millor atenció preventiva. A més, redueix la càrrega dels cuidadors familiars, la satisfacció d'aquests és més alta i els participants són menys propensos a patir depressió.
Personal Health Budget (PHB)[85]	Regne Unit (2014-actualitat)	Depèn del tipus de budget.	Millora de la qualitat de vida i reducció de la dependència dels pacients, a més d'un estalvi global de 3.100 lliures per persona/any. El 86% de les persones amb un PHB diuen que han aconseguit el que volien amb el seu pressupost personal i el 77% recomanen el programa a altres persones. A més, s'ha demostrat que els pressupostos personals aconsegueixen un estalvi mitjà del 17% del cost directe dels paquets d'assistència domiciliària.

PHB no són diners nous, sinó una manera diferent de distribuir el finançament sanitari i social per satisfer certes necessitats que són crítiques per als objectius de cada pla individualitzat. El propòsit de PHB és que els beneficiaris tinguin opcions de compra de serveis propers com ara suport social, psicològic o fisioteràpia; per tant, no es tracta d'una subcontractació a l'estil PACE. Amb el model PHB, els pacients, com que disposen d'una bossa pròpia de diners, tenen més flexibilitat per gestionar el seu pla de serveis. Per exemple, una persona podria destinar el seu petit pressupost individual a cursos de natació, jardineria o ceràmica, si això contribueix a assolir els resultats de salut i benestar acordats.[86]

Taula 21. Revisions sistemàtiques identificades dels models de pagament de complexitat clínica i social

Autors	Metodologia	Resultats
Fleming *et al.*, 2019[87]	Revisió sistemàtica (73 estudis)	Personal Health Budgets: l'evidència indica un efecte positiu respecte a la qualitat de vida i la satisfacció i seguretat del pacient. També hi pot haver menys efectes adversos.
Rocks, Berntson, Gil Salmerón *et al.*, 2020[88]	Revisió sistemàtica i metaanàlisi (34 estudis)	Atenció integrada: els resultats suggereixen que és probable que l'atenció integrada redueixi els costos i millori els resultats en comparació amb l'atenció habitual, especialment en estudis amb un període de seguiment superior a un any. Tanmateix, l'evidència existent varia en gran mesura i és de qualitat moderada.

El model de contractació de serveis sanitaris d'utilització pública a Catalunya

Una bona part de la provisió de serveis públics, aproximadament un 80% de l'atenció primària i un 40% de l'atenció hospitalària d'aguts, es fa amb gestió directa mitjançant l'Institut Català de la Salut, mentre que la resta es regeix per un règim de contractació de serveis públics a institucions concertades a l'empara del SISCAT.[89] Amb aquest model, els contractes de serveis sanitaris del CatSalut representen un potent instrument per alinear el sistema de salut integrant la prestació de serveis i orientant l'atenció a les prioritats de salut de llarg termini.[90] En totes les circumstàncies, el finançador, CatSalut, regula els serveis que s'han de prestar, tant la quantitat com la qualitat, funció per a la qual s'esmercen uns costos de transacció força elevats. Per aquest motiu, el grup de treball d'aquest informe creu oportú mostrar un resum dels tecnicismes emprats pel CatSalut en la contractació dels serveis segons nivells assistencials: atenció primària, atenció hospitalària d'aguts, atenció intermèdia i salut mental.

Contractació de serveis d'atenció primària

Els equips d'atenció primària (EAP) disposen d'una població assignada i d'un contracte de finançament de serveis amb el CatSalut revisable anualment i se sotmeten, a més a més, a un concurs obert de proveïdors cada deu anys. El model de contractació de serveis és de base poblacional amb una càpita mitjana anual comuna que es corregeix segons uns factors de morbiditat (pes del 20%) i territorials (pes del 80%). El factor de morbiditat es mesura mitjançant un sistema de classificació de pacients, originalment CRG. El factor territorial mesura l'envelliment, el nivell socioeconòmic i la dispersió geogràfica de la població de l'àrea bàsica de salut (ABS). Recentment, l'AQuAS ha desenvolupat un indicador social compost d'ABS que ha servit com a criteri de ponderació en l'assignació de recursos per als equips d'atenció primària, de manera que s'assignen més recursos als equips que atenen poblacions més desafavorides socioeconòmicament.[91]

A la xifra resultant de la càpita i dels ajustaments posteriors se suma un import provinent de programes específics com, per exemple, promoció de la salut, prevenció de malalties o d'altres. Els pagaments que mensualment fa el CatSalut als EAP retenen un 5% en concepte de part variable, que els proveïdors han d'obtenir després de demostrar que compleixen els objectius acordats prèviament amb el CatSalut.

El CatSalut assumeix directament la factura de la prestació farmacèutica amb recepta mèdica, malgrat que disposa d'un pressupost de referència per a cada EAP en concepte de despesa màxima assumible (DMA). Per tant, els EAP no queden al marge del que recepten, sinó que comparteixen risc econòmic. Si, posem per cas, superen la DMA, l'EAP ha de fer front al 15% del diferencial i, si la despesa és inferior, es comparteix l'estalvi.

Contractació de serveis d'atenció hospitalària d'aguts

El primer model de contractació de serveis als hospitals concertats procedeix del 1986. Es tractava d'una proposta molt simple que, com fan els hotels, associava la tarifa a les estades, les quals van passar a denominar-se "unitat bàsica assistencial" (UBA). Per ajustar la tarifa, els hospitals van ser categoritzats segons la complexitat de la seva estructura. La resta d'activitats dels hospitals (primeres visites, visites successives i urgències) s'assimilaven a les UBA sobre la base d'una taula d'equivalències. Amb aquest model, a més d'una mesura per al pagament dels serveis hospitalaris, les UBA també van esdevenir una base per estimar la producció i la productivitat dels hospitals.

El model UBA tenia moltes limitacions i generava, òbviament, moltes hospitalitzacions i visites innecessàries, raó per la qual onze anys més tard, el 1997, el CatSalut va apostar per un nou model per al pagament dels serveis d'hospitalització del sistema sanitari públic, en part de base pressupostària i en part de contractació prospectiva, un concepte inspirat en el corrent que va crear Medicare quan va adoptar els GRD com a base del pagament prospectiu dels serveis d'hospitalització dels seus afiliats.

Contractació d'hospitalitzacions d'aguts

A partir de la reforma del model de 1997, la unitat de contractació ja no és l'estada sinó l'episodi d'hospitalització d'aguts, un concepte que es pot ajustar d'acord amb les característiques clíniques de cadascuna de les altes hospitalàries mesurada amb GRD, categorització que dona lloc a una mesura de la complexitat de la casuística de cada hospital diferenciada en tres tipologies: mèdiques, quirúrgiques i obstètriques, les quals es poden relativitzar en el global dels hospitals del SISCAT mitjançant un indicador anomenat intensitat relativa de recursos (IRR).

D'altra banda, el nou sistema va admetre que la valoració de l'estructura de cada hospital era una necessitat inherent al sistema de provisió de serveis hospitalaris ja que s'admetia que cal tenir instal·lades estructures molt costoses, amb molts condicionants de previsió de professionals ben formats, d'infraestructures de qualitat, de tecnologies avançades, etc., per fer possible una atenció clínica efectiva. Per aquest motiu, el CatSalut va definir l'indicador d'intensitat relativa d'estructura (IRE), un paràmetre que resumeix de manera sintètica l'estructura instal·lada per cada centre i que, des del 1997, ha anat evolucionant fins a la versió actual que categoritza tots els hospitals del SISCAT en set nivells i les seves corresponents tarifes.[92]

Per generar la factura d'hospitalització de l'any, cada hospital ha de mostrar per separat les dues fraccions, casuística i estructura, per després sumar-les:

- Casuística: el nombre d'altes observades de cadascuna de les tres tipologies es multiplica per l'IRR específic i després es multiplica per la tarifa respectiva de l'IRR de cada tipologia que cada any facilita el CatSalut. La casuística pondera un 35% en la factura final.
- Estructura: el nombre d'altes de l'hospital es multiplica per la tarifa que correspon a l'IRE atribuït al centre (recordeu que hi ha set nivells i set tarifes) i tot això pondera un 65% en la factura final.

- La factura global de l'activitat d'hospitalització de cada organització correspon a la suma dels dos factors anteriors (casuística + estructura) amb un límit d'activitat acordat prèviament. L'activitat addicional es corregeix per criteris de marginalitat.

Contractació d'activitat ambulatòria, tècniques, tractaments i urgències

Fins al 2014, les consultes externes es contractaven segons tarifes de primeres visites i visites successives, però aquest model va canviar aquell any per un import fix en funció del nombre d'especialitats i tipus d'hospital, mentre que el pagament de les urgències es fa d'acord amb el nombre d'assistències estratificades per triatge, amb una tarifa associada a cada nivell i amb un ajustament per la intensitat relativa d'urgències (IRU).[93] Pel que fa a les tècniques, els tractaments i els procediments no associats als episodis d'hospitalització, cadascun té una tarifa unitària. Valguin com a exemples els programes de cribratge de càncer de còlon, el de càncer de mama, el programa de la sida o el programa de medicina hiperbàrica. Aquestes activitats no es duen a terme en tots els hospitals i, com és lògic, cada hospital les pot tenir contractades d'acord amb les seves prestacions.

Contractació de l'alta complexitat

Les hospitalitzacions considerades d'alta complexitat es contracten de manera diferenciada segons una classificació que categoritza complexitats i tarifes específiques. La part corresponent de la complexitat que requereix activitat ambulatòria es paga en funció de programes específics.

Contractació de la medicació hospitalària de dispensació ambulatòria

La medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA) és la prestació farmacèutica, habitualment d'alt cost, que des dels hospitals es dispensa a un nombre relativament reduït de persones que pateixen malalties complexes. El procediment és el següent: l'hospital compra els medicaments als laboratoris corresponents, els administra als hospitals de dia o bé els dispensa des dels serveis de farmàcia hospitalària i els factura al CatSalut. La contractació de l'MHDA es basa, des del 2011, en una assignació màxima de despesa anual (DMA) per a cada hospital vinculada a una coresponsabilització que ha de ser assumida per part de l'hospital, tant en cas d'incompliment de l'assignació (penalització) com en cas de compliment (bonificació), els quals es basen en objectius vinculats a bones pràctiques, incloent-hi l'ús de biosimilars o d'adequació de la prescripció d'atenció especialitzada.

El pressupost de l'MHDA s'assigna a cada hospital en funció de la continuïtat de l'activitat duta a terme l'any anterior, afegint-hi l'impacte previst dels nous pacients i els nous fàrmacs que s'incorporaran durant l'any en curs. Pel que fa al model de coresponsabilització, s'aplica un risc únic (l'any 2021 ha estat del 50%) sobre el tancament anual de cada hospital i s'exclouen d'aquest risc alguns medicaments com ara els tractaments d'alta complexitat d'autorització individualitzada (TAC) i els medicaments que disposen d'esquemes de pagament per resultats (EPR).

Contractació de serveis d'atenció intermèdia

La contractació de serveis intermedis, abans compartits entre els departaments de Salut i Drets Socials, des del novembre de 2021 ha quedat a càrrec del CatSalut, d'acord amb els paràmetres de contractació que es recullen a la taula següent.

Taula 22. Paràmetres de contractació dels serveis d'atenció intermèdia

Paràmetre de contractació de serveis	Activitats
Estada	Hospitalització de llarga estada, mitjana estada (inclou cures pal·liatives, atenció a pacients postaguts, atenció a pacients subaguts i convalescència) i hospital de dia.
Programa específic	PADES - Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS).
Visita	Avaluació geriàtrica integral i altres avaluacions comparables.

Font: Decret 118/2014.

Contractació de serveis de salut mental

Els serveis de salut mental que requereixen internament o atenció en règim d'hospital de dia es contracten sobre la base d'estades de forma prospectiva. L'atenció a la comunitat prestada pels centres de salut mental d'adults (CSMA) i infantojuvenils (CSMIJ) es contracta mitjançant programes específics. Normalment, l'únic requeriment per obtenir el finançament és el nombre i tipus de professionals que han de formar un equip.

Part variable dels contractes

Els contractes del CatSalut amb els proveïdors de serveis sanitaris reserven un 5% de l'import a la part variable, una xifra força elevada de diners que es concep com un instrument per incentivar el compliment d'objectius fixats pel CatSalut en el marc del Pla de salut. El 2019, la contractació de serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada va representar 1.563 i 5.719 milions d'euros, respectivament. Això suposa que sota el règim de retribució variable del 5%, en el supòsit que tots els proveïdors, incloent-hi l'Institut Català de la Salut, seguissin el règim de contractació vigent, es disposaria de 364 milions d'euros: 78 per a l'atenció primària i 285 per a l'atenció especialitzada.

Per avaluar la part variable de la contractació, el CatSalut disposa d'un estoc de 118 indicadors, dels quals cada Regió Sanitària n'escull uns 10 o 12 per pactar de manera específica amb cada proveïdor, d'acord amb les circumstàncies locals. Dels 118 indicadors possibles, 111 són d'adequació i 7 d'efectivitat i seguretat dels pacients, però no n'hi ha cap de PREM o de PROM.

Taula 23. Classificació dels 118 indicadors de la part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors

Categoria	N	%
3. Indicadors d'adequació	111	94,1%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat dels pacients	7	5,9%
Total	**118**	**100%**

D'altra banda, cal destacar de manera específica els índexs de qualitat de la prescripció farmacèutica (IQF) utilitzats a l'àrea del medicament. Els IQF tenen com a objectiu fomentar la implantació de la política farmacèutica i del medicament del CatSalut i n'hi ha un per a la medicació extrahospitalària i un altre per a l'MHDA.[94] En ambdós casos, es tracta d'indicadors sintètics construïts a partir de diversos "subindicadors" de la prescripció de diferents grups terapèutics. L'IQF de medicació extrahospitalària utilitza exclusivament dades de facturació de recepta electrònica, mentre que l'IQF de l'MHDA utilitza dades de facturació, però també variables clíniques de pacient capturades al registre de pacients i tractaments. Aquesta diferència determina que l'IQF de l'MHDA s'orienti més a resultats d'adequació de prescripció i resultats en salut en cada pacient, mentre que l'IQF extrahospitalari s'orienta exclusivament a criteris genèrics d'intensitat d'ús dels fàrmacs prioritzats pel programa d'harmonització terapèutica sense relacionar-los amb els resultats obtinguts en el pacient.

Per a l'exercici de 2021, el CatSalut reconeix l'impacte negatiu de la pandèmia en la capacitat d'assoliment dels objectius de la contraprestació de resultats i planteja la introducció d'un factor d'ajust per tal de minimitzar aquest efecte, cosa que a la pràctica ha representat que la part variable ha quedat engolida pels efectes de la COVID-19. Caldrà veure si aquest fenomen és només circumstancial.

Resum dels sistemes de contractació de serveis del CatSalut

Taula 24. Resum dels sistemes de contractació de serveis del CatSalut

Línia assistencial	Sistema de contractació	Orientació a valor
Atenció primària	Base capitativa ajustada per característiques sociodemogràfiques i complexitat. DMA de medicació a risc compartit.	Part variable lligada a assoliment d'objectius (5%).
Atenció hospitalària	Hospitalització: estructura IRE i activitat IRR. La resta tarifa per acte i programes. MHDA amb factura directa amb DMA a risc compartit.	Part variable lligada a assoliment d'objectius (5%).
Atenció intermèdia	Basada en activitat: estada, visita i programes.	Part variable lligada a assoliment d'objectius (5%).
Salut mental	Dispositius i programes.	Part variable lligada a assoliment d'objectius (5%).

Anàlisi crítica del model català d'avaluació i assignació de recursos dels serveis sanitaris d'utilització pública

Anàlisi crítica dels marcs avaluatius catalans

A Catalunya s'han detectat tres marcs avaluatius amb un global de 635 indicadors: la Central de Resultats de l'AQuAS, amb 373 indicadors en obert; MSIQ del CatSalut, amb 144 indicadors als quals s'ha d'accedir amb un password, una font orientada als gestors de les regions i organitzacions sanitàries, i els 118 indicadors de la part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors sanitaris.

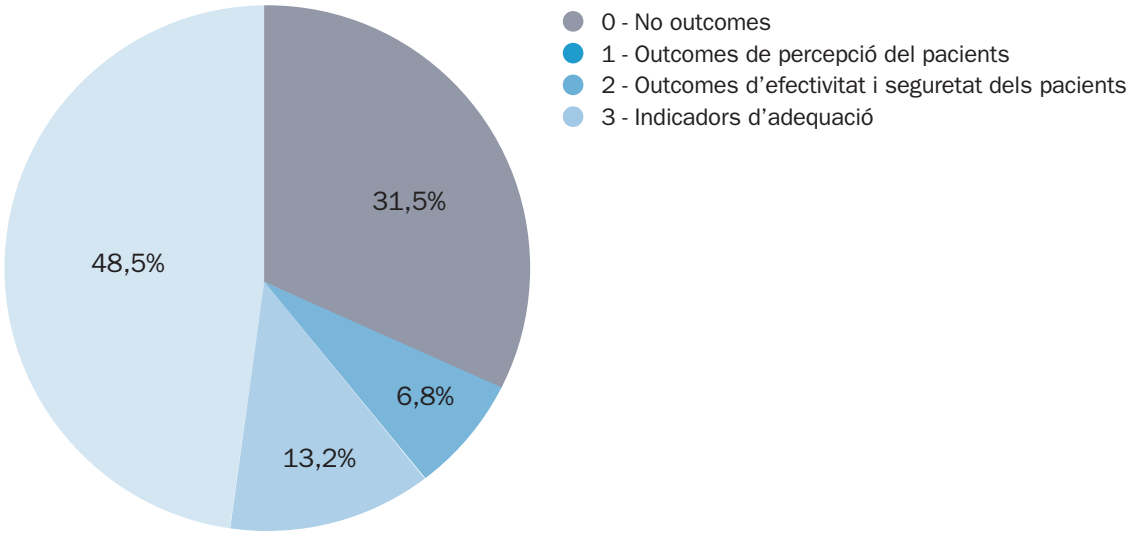
Taula 25. Classificació dels 635 indicadors dels tres marcs avaluatius catalans: CdR de l'AQuAS, MSIQ i part variable dels contractes del CatSalut amb els proveïdors

Categoria	CdR	MSIQ	Contr.	Total	%
3. Indicadors d'adequació	132	65	111	308	48,5%
0. Outputs sense relació amb resultats	162	38	0	200	31,5%
2. Outcomes d'efectivitat i seguretat del pacient	53	24	7	84	13,2%
1. Outcomes de percepció del pacient	26	17	0	43	6,8%
Total	**373**	**144**	**118**	**635**	**100%**

El sistema sanitari públic català destina molts esforços a l'avaluació de la provisió de serveis sanitaris, centrant-se molt específicament (un 80%) en estructures, processos i adequació en l'ús dels recursos, mentre que, en canvi, només destina un 13,2% dels indicadors a mesurar l'efectivitat de les activitats clíniques i la seguretat dels pacients, i solament un 6,8% a la salut percebuda per la població.

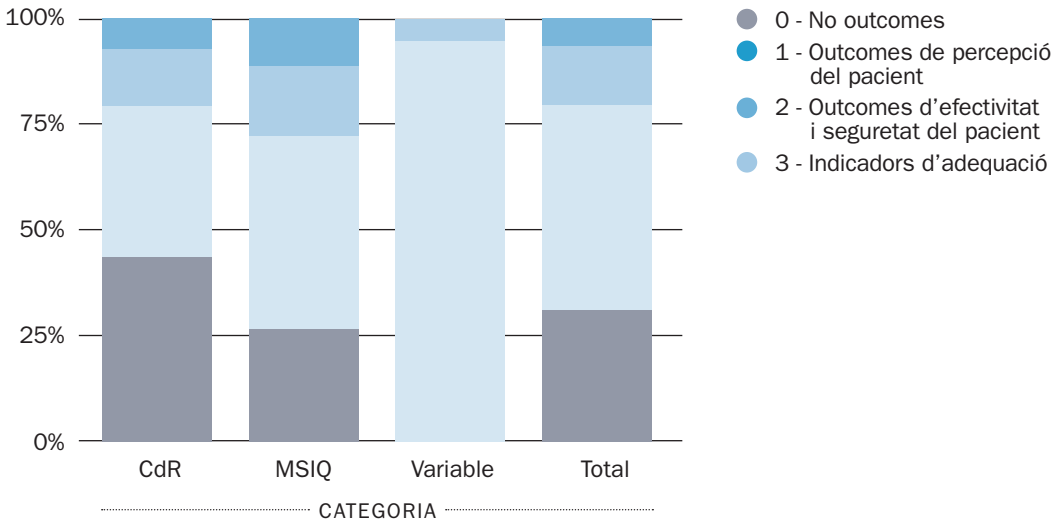
D'altra banda, dels tres marcs avaluatius analitzats, un (el tercer de la taula) té una capacitat d'influència de fins al 5% de la contractació de serveis, una xifra estimada de 364 milions d'euros que es destina essencialment a fomentar l'adequació en l'ús dels recursos com, per exemple, l'augment de la vacunació de la grip entre la gent gran, la millora de la qualitat de la prestació farmacèutica, el control més acurat de la incapacitat temporal, la creació d'equips multidisciplinaris per a la reducció de les resistències als antibiòtics (PROA), l'augment de la prescripció electrònica a les consultes externes, etc. Lluny de posar en dubte la idoneïtat d'aquests i altres indicadors (fins a 118), en la mateixa línia creiem que la part variable dels contractes hauria de considerar la incorporació d'outcomes d'efectivitat i de percepció reportada pels pacients (PREM i PROM).

Figura 7. Distribució de tipus d'indicadors dels marcs avaluatius catalans



L'IQF de farmàcia extrahospitalària es construeix amb un nombre molt elevat d'indicadors (43 l'any 2021), la qual cosa fa pensar que aquest indicador sintètic respon més a la gran disponibilitat de dades derivades de la recepta electrònica que a una estratègia de cerca de valor. L'orientació d'aquest IQF va dirigida a mesurar l'ús de medicaments que es consideren potencialment adequats o inadequats en funció dels dictàmens del programa d'harmonització farmacoterapèutica, que està basat en un model avaluatiu multivariant. L'IQF d'MHDA, d'altra banda, requereix un nombre més petit d'indicadors que el seu homòleg extrahospitalari i està força més orientat al valor de la salut ja que avalua l'efectivitat, tot i que de manera encara limitada.

Figura 8. Distribució relativa dels tipus d'indicadors dels marcs avaluatius catalans



Anàlisi crítica del model d'assignació de recursos del sistema sanitari català

L'assignació de recursos mitjançant el contracte de serveis sanitaris del CatSalut és un instrument fonamental per a l'alineament de la política sanitària establerta al Pla de salut, les estratègies del Departament de Salut i els plans i programes derivats.[90] A continuació es du a terme una anàlisi crítica dels esquemes d'assignació de recursos per línia de servei.

El model capitatiu de l'atenció primària és sòlid, però està estancat. La base capitativa ajustada per les condicions socioeconòmiques i de morbiditat territorial, els programes específics, la DMA i el 5% variable conformen un marc de finançament ben estructurat que respon força bé als objectius d'accessibilitat, equitat i qualitat esperables d'una atenció primària que, ara per ara, és la porta del sistema sanitari, però que hauria d'esdevenir-ne l'eix vertebrador.

Atesos els reptes dels temps actuals i dels que venen, el model de finançament de l'atenció primària hauria d'evolucionar per afavorir estratègies més efectives de salut comunitària, de treball multidisciplinari per atendre els pacients complexos, d'integració de serveis en xarxa —especialment amb els programes de salut mental—, de coordinació amb els serveis socials territorials i de transversalitat amb els serveis especialistes dels hospitals.

El model prospectiu incentiva les hospitalitzacions però no el seu valor. La categorització dels episodis segons la complexitat atribuïble pels GRD ha aproximat la facturació a la realitat dels costos dels pacients ingressats, però en canvi el model no és capaç d'identificar les hospitalitzacions potencialment evitables, ni les indicacions quirúrgiques forçades, ni les complicacions atribuïbles a pràctiques inapropiades i es dona el fet que sovint es financen activitats de dubtós valor, mentre que no s'incentiven les bones pràctiques.

L'estimació dels IRE és font de polèmica. Des del principi del model de contractació prospectiva, els IRE han generat polèmica entre els proveïdors. Cal no oblidar que aquest indicador té una influència del 65% en la facturació de les hospitalitzacions (la part més important dels ingressos econòmics dels hospitals) i que, per tant, determinar-ne el valor té molt d'impacte en els comptes dels centres. Així doncs, per a l'IRE convindrien més revisions, més ajustaments i més transparència.

Les tarifes de les hospitalitzacions estan per sota de costos. El model de contractació prospectiva funcionaria de manera més apropiada si les tarifes aplicades a l'IRR i a l'IRE estiguessin ajustades als costos reals, de manera que això incentivaria la bona gestió, però, com reflecteixen reiteradament la Central de Resultats de l'AQuAS i la Central de Balanços, en pràcticament tots els hospitals, els costos reals estan per sobre dels ingressos per unitat de mesura estandarditzada (UME), la qual cosa fa que gairebé totes

les institucions sanitàries necessitin programes i ajudes complementaris per quadrar els comptes, un fet que desacredita el model prospectiu i crea dubtes sobre els gens negligibles costos de transacció.

No s'incentiven les alternatives a l'hospitalització. Els hospitals d'avui pateixen molta pressió assistencial de pacients crònics complexos, vulnerables i fràgils, i això fa que se'ls recomani vivament substituir hospitalitzacions per serveis més lleugers i propers, com els hospitals de dia, les hospitalitzacions a domicili o les unitats funcionals transversals i col·laboratives amb l'atenció primària (UFTC), però les tarifes marcades pel CatSalut per dur a terme aquests serveis no són competitives amb les de les hospitalitzacions, o bé no existeixen, com és el cas de les UFTC.

Mantenir la contractació prospectiva és costós i té poc de prospectiu. Un dels problemes que pateixen els actors, tant finançadors com proveïdors, és el dels elevats costos de transacció del model de facturació vigent. Aquest fet, especialment en l'àmbit hospitalari, implica la necessitat de disposar de plantilla administrativa dedicada exclusivament a facturar. A més, la tardança en la negociació de l'actualització del contracte anual, que de vegades arriba al final de l'any, deixa poc marge per a la gestió.

El límit d'activitat hospitalària trenca el model prospectiu. Aquest límit, d'altra banda comprensible, resta validesa a la lògica del model prospectiu, però sobretot converteix l'esforç administratiu que representa haver de complir amb els requeriments burocràtics de la facturació en un treball d'escàs valor afegit.

El marc real de la contractació de serveis ha acabat sent una negociació de grans xifres. Al marge del que diguin el munt de plecs dels contractes, a l'hora de la veritat, els negociadors (finançadors i proveïdors) posen sobre la taula la xifra global de la contractació de l'any anterior, l'ajusten segons l'increment del cost de la vida i li sumen les noves accions. I amb això obtenen la xifra final de la contractació, un escenari pressupostari que desautoritza els jeroglífics de la facturació que compon cada fragment dels contractes.

No hi ha incentius per a la coordinació entre nivells ni entre proveïdors. El fet que l'atenció primària es pagui per càpita i l'hospital per activitat no ajuda al diàleg entre nivells. Aquesta disjuntiva pot, per si mateixa, esperonar ingressos hospitalaris excessius.

La DMA, tant d'atenció primària com d'hospital, està massa condicionada per la despesa històrica i no es revisa en funció de les noves circumstàncies, sempre molt canviants, especialment a l'entorn dels nous medicaments. Si bé és cert que es fa l'esforç d'incloure els factors modificadors a l'MHDA, principalment nous fàrmacs, continua tenint molt de pes l'històric i no es tenen en compte ni les característiques de la població atesa ni la complexitat de l'atenció. D'altra banda, les despeses de transacció de l'MHDA estan infravalorades.

La contractació de serveis de l'atenció intermèdia rememora l'hospitalària dels temps d'abans del GRD i, per tant, no incentiva el desplegament de serveis domiciliaris ni el treball multidisciplinari amb l'atenció primària i els serveis socials territorials.

La contractació de serveis de salut mental basada en dispositius i programes no dinamitza el desplegament de serveis comunitaris efectius ni tampoc incentiva la coordinació amb els serveis d'atenció primària, els serveis socials territorials ni els hospitals.

No hi ha incentius específics per a la transformació digital, que és una activitat de transcendència per a la sostenibilitat del sistema. Es troba a faltar una estratègia global de sistema, a la qual les organitzacions sanitàries es puguin acollir.

Cas d'estudi per il·lustrar la manca d'orientació al valor del pagament prospectiu i per acte

La senyora Gertrudis ensopega amb la catifa del menjador, es trenca el fèmur i a l'hospital li practiquen una artroplàstia d'urgència. Tot va bé, però en el postoperatori, probablement per mancances en la mobilització, contreu una pneumònia que obliga a traslladar-la a l'UCI on rep antibiòtics i ventilació mecànica. Per sort es recupera de l'ensurt i, després de 15 dies, ingressa en una unitat de convalescència d'un centre de serveis intermedis. Tres mesos més tard, molt més dèbil, torna a casa on rep els serveis domiciliaris d'una fisioterapeuta.

El procés clínic de la senyora Gertrudis generarà tres factures, la primera de l'hospital que si, imaginem, utilitza el sistema AP-GRD, classificarà l'episodi a la categoria 558, amb un pes relatiu de 6,52 (més de sis vegades el valor mitjà d'una alta hospitalària estàndard); una segona factura serà del centre de serveis intermedis amb l'import equivalent a 90 estades de convalescència, i una tercera de l'empresa responsable de la fisioteràpia corresponent a les sessions domiciliàries programades. Tot plegat, el reflex d'un model de pagament que incomprensiblement fomenta la fragmentació, quan és evident la unicitat del procés clínic de la senyora Gertrudis. Aquest cas serveix per plantejar tres preguntes al model de pagament prospectiu i per acte vigent:

Primera pregunta

Dues revisions sistemàtiques Cochrane afirmen que els programes de prevenció de caigudes a domicili són efectius, la qual cosa implica que algunes senyores Gertrudis (Kaiser diu que fins a un terç) podrien haver evitat la fractura. Coneixent aquesta evidència: *Quins incentius econòmics es destinen a la salut pública i a l'atenció primària perquè es puguin dur a terme, de manera eficient, els programes de prevenció de caigudes en persones fràgils?*

Aquest podria ser un assumpte abordable pels objectius del 5% de la part variable de l'atenció primària.[95-96]

Segona pregunta

Molts estudis relacionen la immobilitat excessiva de les persones grans hospitalitzades amb la fragilitat induïda i els riscos de complicacions diverses, per la qual cosa si la senyora Gertrudis hagués estat mobilitzada més precoçment potser hauria tingut menys probabilitats d'adquirir una pneumònia postoperatòria, de manera que llavors la catalogació de l'episodi hauria estat la de l'AP-GRD 211, amb un pes relatiu de 2,17 i, per tant, la factura hauria tingut un import sensiblement inferior. D'acord amb l'evidència coneguda: *Quins incentius econòmics es destinen als hospitals perquè promoguin un treball infermer més ajustat als requeriments de les persones fràgils?*

Aquesta podria ser una qüestió plantejable per a una estratègia de bundled payment.[97]

Tercera pregunta

Al Canadà s'aixequen veus que clamen perquè els serveis intermedis siguin més comunitaris. Amb el model actual, si la unitat de convalescència promou serveis de rehabilitació domiciliària, com que la base del finançament són les estades, es veu penalitzada. I d'aquí neix la tercer pregunta: *Quins incentius econòmics es destinen als centres de serveis intermedis perquè reverteixin institucionalitzacions excessives i fomentin els serveis a domicili?*

Aquest aspecte seria clau en un model de finançament de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries complexes de base comunitària, com PACE, ICS o PHB.[98]

Com que el canvi radical de model, tot i que desitjable, és poc probable, el comprador de serveis faria bé d'anar movent fitxes per incentivar pràctiques valuoses i evitar premiar involuntàriament la fragmentació de la gestió clínica.

Principis, model i recomanacions

D'acord amb la revisió dels marcs avaluatius i dels models de pagament que cerquen augmentar el valor dels sistemes sanitaris, amb especial atenció als avenços observats en les darreres propostes de l'NHS anglès[99] (un nou model de finançament híbrid que fomenta l'eficiència, la coordinació entre nivells i la integració de serveis amb base territorial) i, amb el suport de l'anàlisi crítica de l'assignació de recursos públics a Catalunya, hem elaborat unes recomanacions per millorar l'orientació a les pràctiques de valor i als resultats de salut, tant del marc avaluatiu com del model d'assignació de recursos del sistema sanitari públic català, mitjançant un decàleg de principis, el disseny d'un model més valuós que l'actual i un decàleg de recomanacions per avançar en la línia apropiada.

10 principis per a un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basats en el valor de la salut

1. Que tingui un propòsit clar: la millora de la salut poblacional i individual.
2. Que incorpori indicadors avaluatius d'efectivitat, d'eficiència i de percepció reportada pels pacients.
3. Que tingui un abast global sense fragmentacions.
4. Que sigui creïble i tingui el suport de tots els actors del sector.
5. Que mostri el camí del valor i de la sostenibilitat a les organitzacions sanitàries.
6. Que estigui basat en la millor evidència disponible.
7. Que funcioni amb informació fiable, harmonitzada i transparent.
8. Que combati la burocràcia innecessària.
9. Que es basi en la confiança i en la rendició de comptes i no només en el control previ.
10. Que sigui avaluable i contingui procediments d'ajust.

Per un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basats en el valor de la salut

Després de la revisió, de l'anàlisi i del debat corresponent, el grup de treball d'aquest informe creu que el model recomanable d'assignació de recursos dels sistemes sanitaris és el que té com a objectiu el finançament de la preservació i millora de la salut poblacional i individual i que evita, o fins i tot penalitza, la fragmentació i el consum inapropiat de serveis. En aquest sentit, seria recomanable revisar i rectificar les limitacions observades per estendre el model de finançament capitatiu ajustat a les característiques i necessitats poblacionals que ja s'havia dut a terme, de manera pilot, en cinc territoris catalans.

Fidel a aquesta visió, però coneixedor de les enormes dificultats d'un canvi disruptiu, el grup de treball ha elaborat unes recomanacions que tenen per objecte fer evolucionar el model d'assignació de recursos públics actual cap a un de més valuós, en un procés d'introducció continuada d'innovacions en les contractacions que haurien d'anar orientades a la preservació i millora de la salut poblacional i individual. Tanmateix, la implantació progressiva de les recomanacions hauria de donar marges perquè les organitzacions sanitàries contractades anessin acomodant les seves estructures, línies assistencials i pressupostos als nous escenaris.

10 recomanacions per fer evolucionar el model vigent cap a un nou marc d'avaluació i contractació de serveis basats en el valor de la salut

1. **Reactivar la Central de Resultats**, atesa la seva importància com a element de transparència cap a la ciutadania i com a eina de benchmarking entre els proveïdors sanitaris. Aquesta iniciativa hauria d'anar acompanyada de més inversió en sistemes d'informació, ja que no es pot avaluar el que no es mesura, o el que no es mesura prou bé. La reactivació de la Central de Resultats hauria d'anar acompanyada d'un desplegament dels indicadors d'efectivitat i de percepció dels pacients (PREM i PROM).
2. **Fomentar la coordinació**. Proposar incentius a la coordinació entre nivells assistencials (atenció primària, social, intermèdia i hospitalària) i entre xarxes (salut pública, salut mental, ASSIR, addiccions), a l'estil del que s'està veient a les ACO als EUA i als ICS a Anglaterra.
3. **Refermar la contractació de serveis per càpita de l'atenció primària** i enriquir-la amb incentius al desplegament de la salut comunitària, al treball en equip multidisciplinari, a la reordenació dels serveis en funció de les necessitats de les persones i de la comunitat, al desplegament de les competències professionals (infermeres, TCAI, personal administratiu), a l'ús racional del medicament i a la prescripció de biosimilars i a les coordinacions entre nivells i entre xarxes ja esmentades, línies totes valuoses que sorgeixen del projecte "Innovant en l'Atenció Primària" de l'SCGS.[100] Aquesta transició hauria de ser part essencial de l'evolució del model global de finançament.
4. **Potenciar l'autonomia de gestió i la rendició de comptes**. Convindria que el nou model de contractació de serveis per càpita de l'atenció primària es marqués com a objectiu l'augment de l'autonomia de gestió dels equips professionals, al mateix temps que estimulés la rendició de comptes i el benchmarking de resultats, en detriment del control previ.
5. **Reorientar la contractació de serveis hospitalaris**. Després de 25 anys de ser posat en marxa, s'hauria d'anar reduint la influència del pagament prospectiu de l'hospitalització amb una implementació gradual dels següents conceptes:
   - Actualitzar els IRE dels hospitals amb criteris explícits i no vincular-los al nombre d'hospitalitzacions. Fer aquest procés amb regles clares i transparents de finançament d'infraestructures i d'alta tecnologia per part del CatSalut (similar a l'harmonització que es fa en l'àmbit del medicament).
   - Obrir una línia complementària de pagament per episodi (bundled payment) per a processos clínics ben definits.
   - Obrir una línia complementària de pagament per resultats (pay-for-performance) per a hospitalitzacions de pacients crònics complexos en els quals es pot monitorar la transversalitat amb l'atenció primària de salut i social.

- Utilitzar el 5% de la part variable per estimular pràctiques clíniques de valor i desincentivar les poc valuoses.
- Redissenyar el model de DMA per tal que que tingui en compte la base poblacional i la complexitat, els nous medicaments i les decisions del programa d'harmonització, reduint alhora el pes de l'històric.

6. **Promoure l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries complexes en l'entorn comunitari**. Adoptar un model d'avaluació i finançament d'aquest col·lectiu amb un alt requeriment de serveis, que incentivi el treball multidisciplinari en l'entorn de l'atenció primària i els serveis socials territorials, amb la finalitat de generar serveis integrats domiciliaris i desincentivar, en canvi, la fragmentació dels nivells i sistemes i les hospitalitzacions evitables, comptant amb la inspiració de PACE i de PHB. En aquesta línia, caldria dotar de fons la nova agència del Pla d'atenció social i sanitària integrada (PAISS) perquè tingués capacitat de potenciar l'atenció integrada en l'àmbit territorial, en la línia del que s'està fent a Anglaterra i a Escòcia (ICS, IA).
7. **Repensar el finançament dels serveis intermedis i de salut mental** i fer-ho d'acord amb el finançament de l'atenció en entorn comunitari dels pacients amb necessitats socials i sanitàries complexes.
8. **Fer evolucionar la part variable de la contractació**. Afavorir l'entrada d'indicadors d'efectivitat i adequació de la Central de Resultats de l'AQuAS a la part variable dels contractes del CatSalut, a més de definir-ne de nous a partir de la percepció dels pacients (PREM i PROM). En aquesta estratègia d'influir, mitjançant aquesta part variable, en la reorientació de les organitzacions sanitàries cap al valor, recomanem inspirar-se en els informes que la CQC emet per a les organitzacions sanitàries angleses i, per tant, implicar també aquí els professionals clínics en l'establiment d'objectius valuosos, d'acord amb la cerca de l'efectivitat dels processos clínics més freqüents des d'una perspectiva transversal entre atenció primària, social, intermèdia i hospitalària. També caldria modificar l'IQF prioritzant de manera transparent quines àrees terapèutiques es vol millorar i escollir indicadors senzills i robustos que tinguessin orientació a valor i continuïtat i que fossin àmpliament acceptats pels proveïdors.
9. **Generar un model homologat, harmonitzat i estabilitzat de costos dels processos clínics**. Amb aquesta iniciativa, a l'estil IHPA australià, es podrien obtenir costos reals dels processos clínics des d'una perspectiva transversal entre nivells assistencials i, per tant, es podrien establir tarifes globals dels processos clínics, un instrument que afavoriria el desplegament del pagament per serveis agrupats i del pagament per resultats basats en l'evidència dels costos reals, inspirant-se en la dinàmica BPT anglesa.
10. **Fomentar la innovació i la transformació digital de valor** amb més experiències de finançament a risc compartit entre els proveïdors de serveis sanitaris i la indústria, amb la finalitat de no perdre oportunitats ni en innovació ni en la transformació digital, peces clau per al desenvolupament i la sostenibilitat del sistema sanitari.

Bibliografia

1 OECD Health Statistics 2021. Health Expenditure and Financing

2 Gautam A, editor. Tackling wasteful spending on health. OECD; 2017.

3 Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press; 2006.

4 Kleinet S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. The Lancet, 8 July 2017; 390, 10090: 1012.

5 Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. OECD Health Policy Series n. 53. 2019

6 Wright A, Cornick E, Jones H *et al.* Towards an effective NHS payment system: eight principles. The Health Foundation 2017.

7 Varela J. Atenció sanitària basada en el valor: fonaments, conceptes i estratègies. Observatori La gestió importa. 18 de gener de 2021.

8 Kohn, Linda T; Corrigan, Janet M; Donaldson, MS, eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine, 1999.

9 Guyatt, Gordon *et al.* Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992, 268.17: 2420-2425.

10 Ruiz B, Adroher C, Morón V. Estudio sobre la publicación de resultados en el sistema nacional de salud. Bases para un modelo. Fundación SIS Novartis España 2020.

11 Porter, Michael E et al. What is value in health care. N Engl J Med, 2010, 363.26: 2477-2481.

12 Strategic Review of the National Hospital Cost Data Collection. Independent Hospital Pricing Authority. Final Report. July 2013.

13 Porter, Michael E; Larsson, Stefan; Lee, Thomas H. Standardizing patient outcomes measurement. N Engl J Med, 2016, 374.6: 504-506.

14 OCDE Health Statistics: https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

15 Central de Resultats: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/

16 Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud

17 AtlasVPM: https://www.atlasvpm.org/metodologia/#toggle-id-1

18 IQVIA: https://www.iqvia.com/

19 ScopeSanté: https://www.scopesante.fr/#/

20 Fingertips: https://fingertips.phe.org.uk/

21 Care Quality Commission: https://www.cqc.org.uk/

22 Leapfrog: https://www.hospitalsafetygrade.org

23 US News Best Hospitals: https://health.usnews.com/best-hospitals

24 Lown Institute: https://lowninstitute.org/projects/lown-institute-hospitals-index/

25 MyHospitals: https://api.gov.au/service/d3eec1cc-6d49-46a6-8a41-896125a305c0

26 Peiró S, Garcia-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):143-55.

27 Marshall L, Charlesworth A, Hurst J. The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust February 2014.

28 Srivastava D, Mueller M, Hewlett E. OECD Health Policy Studies. BetterWays to Pay for Health Care. OECD 2016.

29 Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Urban Institute, April 2016.

30 Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Payment Methods: How They Work. Urban Institute, April 2016.

31 Miller HD. The building blocks of successful payment reform: designing payment systems that support higher-value health care. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. 2015 Apr.

32 Srivastava D, Mueller M, Hewlett E. Better ways to pay for health care. OECD; 2016.

33 Pricing Framework for Australian Public Hospital Services 2022–23. Independent Hospital Pricing Authority 2021.

34 Elvira D, Obach M, Pontes C. Description of the use of Multicriteria to Support Pricing and Reimbursement Decisions by European Health Technology Assessment Bodies.

35 Fetter RB, Shin Y, Freeman JL. Case mix definition by diagnosis related groups. Med Care 1980; 18, supl:1-53.

36 Starfield B, Weiner J, Mumford L *et al.* Ambulatory Care Groups: a Categorization of Diagnosis for Research and Management. Health Services Research: 26(1) April 1991.

37 Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-llosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, Ibern P. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit. 2009;23(1):29–37.

38 Monterde D, Vela C, Clèries M, Grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. At Primaria. 2016;48(10):674-682.

39 Departament d'Economia i Hisenda. Pressupostos de la Generalitat de Catalunya: http://economia.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/pressupostos/

40 Cromwell J, Dayhoff DA, Thoumaian AH. Cost savings and physician responses to global bundled payments for Medicare heart bypass surgery. Health care financing review. 1997;19(1):41.

41 Struijs, Jeroen N. How bundled health care payments are working in the Netherlands. Harvard Business Review, 2015.

42 Wohlin J, Stalberg H, Ström O, Rolfson O, Willers C, Brommels M. Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft-och knäprotesoperationer i Stockholm Läns Landsting. [Introduction of value-based remuneration model and care choice for hip and knee replacements in Region Stockholm.] Karolinska Institutet: Stockholm. 2016.

43 Chen LM, Ryan AM, Shih T, Thumma JR, Dimick JB. Medicare's acute care episode demonstration: effects of bundled payments on costs and quality of surgical care. Health services research. 2018 Apr;53(2):632-48.

44 Althausen PL, Mead L. Bundled payments for care improvement: lessons learned in the first year. Journal of orthopaedic trauma. 2016 Dec 1;30:S50-3.

45 Centers for Medicare and Medicaid Services. Comprehensive Care for Joint Replacement: https://innovation.cms.gov/innovation-models/cjr

46 Symmetry® Episode Risk Groups® A successful approach to health risk assessment. © 2020 Optum, Inc.

47 Aexcel Performance Network Designation Measurement Methodology. AETNA 2020.

48 Porter, ME *et al.* How to pay for health care. Harv Bus Rev, 2016, 94.7-8: 88-98

49 Agarwal, Rajender *et al.* The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review: A systematic review of the impact on spending, utilization, and quality outcomes from three Centers for Medicare and Medicaid Services bundled payment programs. Health Affairs, 2020, 39.1: 50-57.

50 Cashin C, Chi YL, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. McGraw-Hill Education (UK); 2014 Sep 1.

51 Hospital Value-Based Purchasing. Quality domains and weights for FY 2021: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Hospital-QualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing-

52 2021 Hospital Pay-for-Performance Program: https://www.bcbsm.com/content/dam/public/Providers/Documents/value/2021-hospital-pay-performance-program.pdf

53 Collaborative Quality Initiatives: https://www.valuepartnerships.com/programs/collaborative-quality-initiatives/

54 Michigan Value Collaborative: https://michiganvalue.org

55 Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results. How can payment systems help to deliver better care? The King's Fund 2012.

56 Feng, Yan *et al.* Pay for performance for specialised care in England: Strengths and weaknesses. Health Policy, 2019, 123.11: 1036-1041.

57 Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) scheme for 2020–2021: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/01/FINAL-CQUIN-20-21-Core-Guidance-190220.pdf

58 Wenzl M, Chapman S. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: how they work and possible improvements going forward. OECD Health Working Papers No 115. https://www.oecd.org/health/health-systems/HWP-115-MEAs.pdf

59 Clopés A, Gasol M, Cajal R *et al.* Financial consequences of a payment-by-results scheme in Catalonia: gefitinib in advanced EGFR-mutation positive non-small-cell lung cancer. DOI:10.1080/13696998.2016.1215991

60 Reyes-Travé A, Guarga-Solé L, Roig-Izquierdo M, Alonso-Pérez E, Clopés-Estela A, Delgadillo-Duarte J. Characterization of the Pharmaceutical Risk-Sharing Arrangement Process in Catalonia. https://doi.org/10.1007/s40273-021-01046-1

61 Guarga, L, Gasol M, Reyes A, Roig M, Alonso E, Clopés A, Delgadillo J. Implementing Risk-Sharing Arrangements for Innovative Medicines: The Experience in Catalonia (Spain). Value Health. Accepted for Publication: October 14, 2021

62 Clopés A, Soler F, Germà JR, Calle C. Pay-for-performance schemes: 10 years' experience in a comprehensive cancer center. Med Clin (Barc) 2022 Jan 19;S0025-7753(21)00739-9. doi: 10.1016/j.medcli.2021.12.008.

63 Hong, Young-Rock *et al.* Early performance of hospital value-based purchasing program in medicare: a systematic review. Medical Care, 2020, 58.8: 734-743.

64 Ryan, Andrew M. *et al.* Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing. New England Journal of Medicine, 2017, 376.24: 2358-2366

65 Mathes, Tim *et al.* Pay for performance for hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019, 7.

66 Kim, Kyung Mi *et al.* Do penalty-based pay-for-performance programs improve surgical care more effectively than other payment strategies? A systematic review. Annals of Medicine and Surgery, 2020.

67 Liao, Joshua M; Navathe, Amol S; Werner, Rachel M. The impact of Medicare's alternative payment models on the value of care. Annual review of public health, 2020, 41: 551-565.

68 ACO: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO

69 Shared Savings Program: https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about

70 Song, Zirui *et al.* Health care spending, utilization, and quality 8 years into global payment. New England Journal of Medicine, 2019, 381.3: 252-263.

71 Cattel, Daniëlle; Eijkenaar, Frank. Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. Medical Care Research and Review, 2020, 77.6: 511-537.

72 PACE: https://www.npaonline.org/sites/default/files/PDFs/PACE%20Quick%20Facts.pdf

73 PACE: https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/pace111c13.pdf ; https://www.cms.gov/medicare/health-plans/pace/downloads/programagreement.pdf

74 NPA Analysis of PACE Upper Payment Limits and Capitation Rates, March 2017.

75 Segelman, Micah *et al.* Hospitalizations in the program of all-inclusive care for the elderly. Journal of the American Geriatrics Society, 2014, 62.2: 320-324.

76 Division of Health Care Finance and Policy, Executive Office of Elder Affairs. (2005). PACE Evaluation Summary. Accessed online on May 25, 2011.

77 Kane, Robert L *et al.* Variations on a theme called PACE. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2006, 61.7: 689-693.

78 Leavitt, M. (2009). Interim report to Congress. The quality and cost of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Mathematica Policy Research evaluation prepared for the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services for submission to Congress.

79 National PACE Association. (2018). PACE Reduces Burden of Family Caregivers, Aug. 30.

80 Vouri, Scott Martin *et al.* Changes in mood in new enrollees at a program of all-inclusive care for the elderly. The Consultant Pharmacist®, 2015, 30.8: 463-471.

81 Designing integrated care systems (ICSs) in England. An overview on the arrangements needed to build strong health and care systems across the country. NHS England 2019.

82 NHS Better care fund: https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/better-care-fund/better-care-fund-support-offer/

83 The Social Care Institute for Excellence. Pooling budgets and agreeing risk share to develop coordinated care: https://www.scie.org.uk/integrated-care/better-care/guides/bring-budgets-together/pooling

84 Hendry A, Thompson M, Knight P, McCallum E, Taylor A, Rainey H *et al.* Health and Social Care Reform in Scotland – What Next? International Journal of Integrated Care. 2021;21(S2):7. DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.5633

85 Personal Health Budget: https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/evidence-and-case-studies/

86 Personal Health Budget: https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/

87 Fleming, Pádraic *et al.* Individualised funding interventions to improve health and social care outcomes for people with a disability: a mixed-methods systematic review. Campbell Systematic Reviews, 2019, 3.

88 Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. The European Journal of Health Economics. 2020 Nov;21(8):1211-21.

89 Brosa F, Agustí E, Salvador X. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009.

90 WHO Europe. Thirty-year retrospective of Catalan health planning. Driver of health system transformation. 2020.

91 Colls C, Mias M, García-Altés A. Un índice de privación para reformar el modelo de financiación de la atención primaria en Cataluña. Gaceta Sanitaria. 2020 Jun 19;34:44-50. https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-un-indice-privacion-reformar-el-S0213911118302176

92 Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

93 Resolució del 2020.

94 Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica de la medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (IQF-MHDA). Versió 2021. Servei Català de la Salut. Gerència del Medicament. 12 de març de 2021.

95 Varela J. Salut comunitària basada en l'evidència. Avenços en Gestió Clínica. Octubre 2018. http://gestioclinicavarela.blogspot.com/2018/10/salut-comunitaria-basada-en-levidencia.html

96 Varela J. Les fractures de fèmur es podrien reduir. Avenços en Gestió Clínica. Setembre 2012. http://gestioclinicavarela.blogspot.com/2012/09/les-fractures-de-femur-es-podria-reduir.html

97 Inzitari M. Trencar la "tríada maleïda" caigudes-immobilitat-delirium. Avenços en Gestió Clínica. Juny 2017. http://gestioclinicavarela.blogspot.com/2017/06/trencar-la-triada-maleida-caigudes.html

98 Integrating long-term care into a community based continuum. https://irpp.org/research-studies/integrating-long-term-care-into-a-community-based-continuum/

99 Bell M, Charlesworth A, Lewis R. REAL Centre Briefing: The future of the NHS hospital payment system in England. From recovery to transformation. The Health Foundation July 2021.

100 Varela J, Brugués A, Bayona X, Roure C, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya: una aproximació a la realitat. Observatori La gestió importa. 24 de març de 2021. http://lagestioimporta.cat/arees/innovant-en-latencio-primaria-a-catalunya-una-aproximacio-a-la-realitat/