

**Sostenibilidad del sistema de salud:
Financiación *vs* instrumentos de información y
responsabilidades sobre sus funciones sociales**



**JORNADA DE ESTUDIO SOBRE FINANCIACIÓN SANITARIA
Procesos de transformación**

Fundación Bamberg

**Santiago Marimón i Suñol
Madrid, 28 marzo 2011**

Sostenibilidad del sistema de salud: (\neq sistema de servicios asistenciales)
Financiación vs instrumentos de información y responsabilidades sobre sus funciones sociales

JORNADA DE ESTUDIO SOBRE FINANCIACIÓN SANITARIA

Fundación Bamberg

Santiago Marimón i Suñol
Madrid, 28 marzo 2011

Ley General de Sanidad

Tit.1º. Del sistema de salud. Cap.1º. De los principios generales

Artículo 3.

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados **prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.**

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a **toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.**

3. La política de salud estará **orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.**

Artículo 7. Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los **principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.**

Artículo 12. Los poderes públicos orientarán sus **políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso** a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la **Constitución.**

Ley General de Sanidad

Funciones sociales:

explícitas:

1ª: mejora de la salud de todos (calidad + universalidad)

2ª: cohesión social (=solidaridad-equidad, aceptada-regulada)

derivadas:

(3ª,?): progreso económico

Modelo de estructura:

Sistema Nacional de Salud (Tit. 3º)

(no modelo de aseguramiento; no modelo de mercado intervenido)

***UN MODELO DE INSTRUMENTOS Y COMPROMISOS DENTRO DE UN
CONSENSO Y ACUERDO SOCIAL, POLÍTICO Y PROFESIONAL PARA
GARANTIZAR EL PROGRESO SOSTENIBLE DE UN SISTEMA SANITARIO
EQUITATIVO Y DE CALIDAD***

Informe para el “Grup de Treball per a la Racionalització i el
Finançament de la Despesa Sanitària” (“Informes Vilardell”)

Santiago Marimón, 2009

Síntesis:

Sostenibilidad = Equilibrio (financiero, de intereses y social)

**Con uso de STIC e incentivos (económicos, motivación) es posible y se
está demostrado el posible equilibrio**

A. Instrumentos informativos para una gestión basada en el conocimiento

- 1. Sistema de información unificado (SIU) del conjunto del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT)***
- 2. Modelo para la evaluación del progreso sostenible mediante la utilización sistemática de estudios de coste-utilidad***
- 3. Diferenciación financiera y en gestión económica según las diversas ramas de actividades sanitarias: salud pública, asistencia, docencia, investigación***

B. Compromisos de las instituciones políticas y sanitarias con el progreso de la sanidad orientado a la sostenibilidad dentro de un equilibrio entre intereses y objetivos

4. Compromiso de los partidos políticos respecto a los incrementos futuros del presupuesto de la sanidad. % PIB x cápita

5. Programa para la equidad financiera territorial dentro de un modelo descentralizado. Cápita socialmente ponderada

6. Códigos de ética y transparencia para las personas y los agentes de la gestión del conocimiento. Compromiso con control, público

7. Códigos de ética empresarial y de fidelidad a la sostenibilidad del sistema público para los centros y las entidades del SISCAT (Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña) . Compromiso con control, público

C. Instrumentos para incentivar a las personas: directivos, asistenciales, pacientes

8. Sistema de incentivos a los principales directivos de un territorio sanitario

9. Sistema de incentivos en los centros según líneas o ámbitos de actividad

10. Establecimiento para la ciudadanía de un “Índice de contribución personal a la salud solidaria” y de un “Índice de contribución personal al progreso solidario”

Capacidad de *monitoraje on line* de los indicadores de equilibrio y de efectividad de los incentivos para un equilibrio dinámico.

D. Ejemplos de programas para la incorporación y utilización de nuevos tratamientos con financiación pública

11. Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS)

12. Programa de incorporación de nuevos tratamientos no patentables en la cartera de servicios de la sanidad pública

Componentes de un Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS) (1)

A) Objetivos:

a) Utilizar las potencialidades del SIU (con RE, HCD, soft ad hoc)

b) Utilizar las potencialidades de las TIC y SAD (dispensación automatizada)

c) En las OF diferenciar funciones: dispensar de asesorar

d) Introducir competencia en la dispensación destinada a reducir costes, no a incrementar ventas

e) Corresponsabilidad de laboratorios en el impacto económico de nuevos medicamentos

e) Resultados a obtener:

- mayor calidad y eficiencia en la prescripción

- reducción de costes en difusión y dispensación de medicamentos (> 6.000 M € año)

- reducción de resultados negativos asociados a medicación

(> 12.000 muertos año)

B) Productos farmacéuticos: introducción y clasificación:

- 1. Desarrollar un modelo de cálculo previsional de gasto farmacéutico para el presupuesto a medio plazo (de cada principio activo)**
- 2. Exigir informe de impacto económico presentado por los laboratorios en la solicitud de incorporación de un nuevo fármaco a la financiación pública**
- 3. Agencia de evaluación de los nuevos medicamentos con código estricto de incompatibilidades y conflictos de intereses.**
- 4. Análisis y determinación de la previsión de consumo de los nuevos medicamentos con evaluación de riesgo de desviaciones. Basándose en:**
 - a) datos del SIU (incluidas HCD y RE)**
 - b) modelo de cálculo previsional (punto 1) aplicado al informe de impacto económico (punto 2)**
 - c) desviaciones producidas respecto a informes de impacto económico anteriores del mismo laboratorio solicitante**
- 5. Clasificación en cuatro grupos:**
 - a) Productos farmacéuticos ajenos a la financiación pública**
 - b) "Medicamentos sustituibles", con financiación parcial y mayor copago**
 - c) Medicamentos de menor valor relativo, mayor diferencial en copago**
 - d) Medicamentos con financiación "normal"**

Componentes de un Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS) (3)

C) Dispensación posible basada en STIC i SAD

6. Uso de Sistemas Automáticos de Dispensación de Medicamentos (SADM) para suministro a pacientes con RE sin presencia requerida de farmacéutico/a, en OF, locales sanitarios, públicos o comerciales. (regla 20/80: 20% productos, 80% de mayor consumo)

7. Suministro en SADM por cajas o blisters sin hoja informativa (url de internet en blister)

Componentes de un Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS) (4)

D) Modalidades diferenciadas en la relación Oficinas de farmacia - SNS:

8. Diferenciación entre OF en función de su participación en el PPFSS:

a) OF con modelo actual

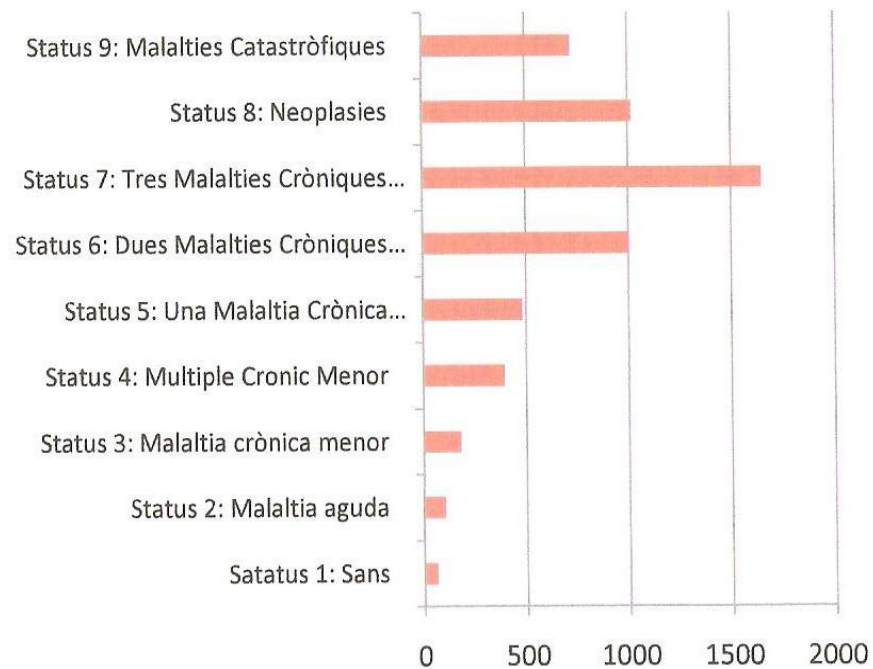
b) OF con contrato de adhesión al PPFSS

c) Farmacéuticos en empresa con contrato de colaboración con el PPFSS

9. Cobro del SNS en OF con contrato de adhesión al PPFSS : una cantidad fija por OF (superior en OF de poca población), más un importe fijo por cada receta dispensada, menos el copago cobrado de usuario

10. Contrato de colaboración con el PPFSS: Licencias adjudicadas por concurso para dispensación de RE, manual o con SADM en OF(≥ 1) o local ad hoc, con responsabilidad de licenciado/a pero sin presencia requerida. Contraprestación atendiendo a cambio en costes y menor copago

Despesa farmacèutica per pacient segons comorbiditat (Clinical Risk Groups)



Gasto por habitante: 245€

Fuentes:

Memoria de Farmacia ICS, 2010

Censo Catalunya

Componentes de un Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS) (5)

E) Revisión del copago

11. Copago con rango 0 a 100% en función de:

- a) situación personal: ICPSS (índice de contribución personal a la salud solidaria), e ICPPE (índice de contribución personal al progreso económico)**
- b) tipo de medicamento (apartado 5)**
- c) farmacéutico/a responsable dispensación (apartado D)**

12. Incorporación en la hoja de receta electrónica para el paciente de: PVP del producto, factores diferenciales en copago (ICPSS, ICPPE, por “medicamento sustituible”) y rango personal de copago según la modalidad de dispensación utilizada por el paciente.

Más url de producto y web + tf de servicio de consultas (nivel de CCAA)

ICPSS, variables para determinar el %:

renta

estados de salud y dependencia

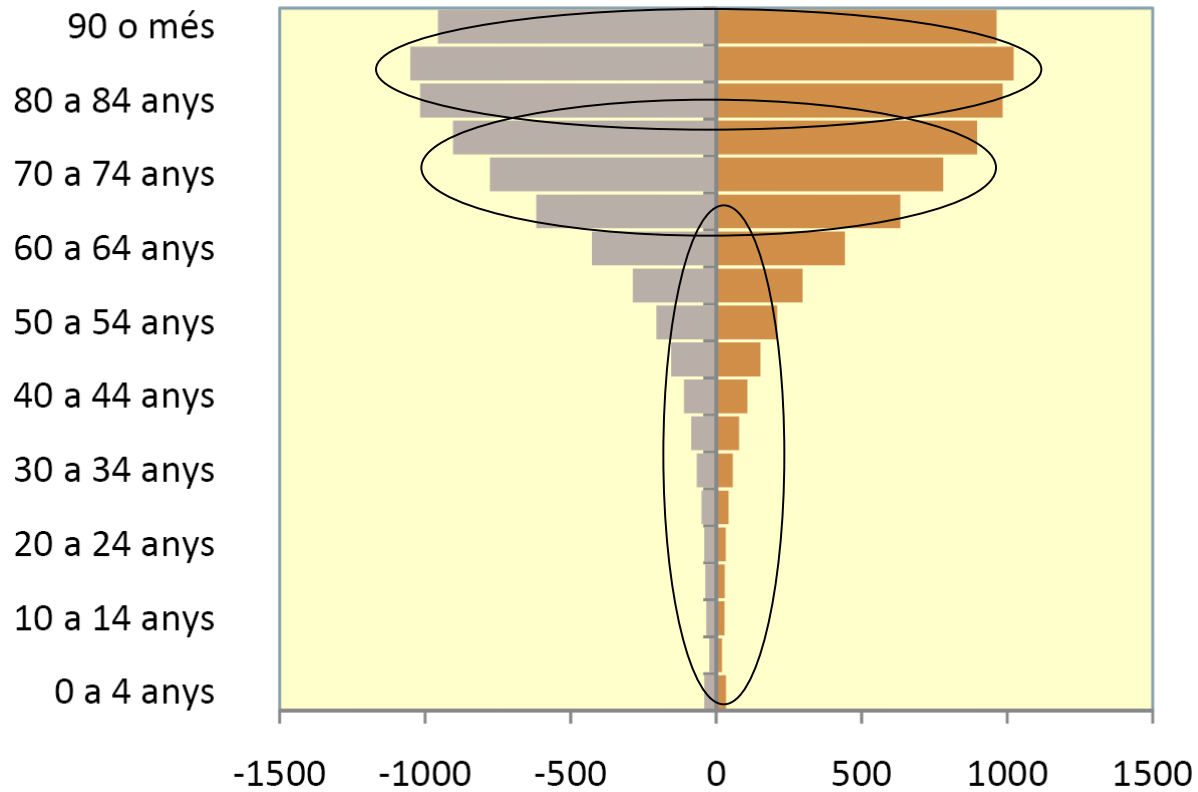
disponibilidad de tiempo con autonomía (“copago” en tiempo)

ICPPE, factor que motiva su aplicación en un nuevo producto:

*impacto en “progreso” económico > impacto en progreso en salud
⇒ menor eficiencia = mayor copago*

Gasto farmacéutico por paciente según edad y género

← hombres mujeres →



Componentes de un Programa de progreso farmacéutico solidario y sostenible (PPFSS) (6)

F) Adecuación de funciones de farmacéuticos/as a la sociedad STIC

13. En centros sanitarios: Información a prescriptores sobre medicamentos exclusivamente por Comisiones farmacológicas e internet. (Supresión de relación directa visitadores – prescriptores)

14. En empresas farmacéuticas: “traducción” de actuales hojas de medicamentos a SNOMED. (Implantado por FDA)

15. En SNS: Grupos de trabajo para incrementar:

a) servicios de consultas on line (teléfono e internet)

b) el establecimiento y uso de modelos inteligentes de cruce de datos de: medicamentos (en SNOMED) + RE + HCD + BBDD conocimiento, para la detección automatizada y personalizada de prescripción inadecuada

Datos de los primeros 5 meses del Programa PREFASEG, AP- ICS:

Pacientes con alguna alerta aceptada en su medicación: 45.500 al mes

Alertas aceptadas:

70%: por redundancias ⇒ ↓ coste, ↑ calidad

**30%: por alergias, interacciones, desaconsejable por edad
⇒ riesgo de ↓ salud, evitado**

Tiempo para que quien prescribe reciba una alerta: <1´´

Experiencia programa Selfaudit (AP-ICS): 2009+2010, incr. 0

Fuente datos para cálculo: A. Catalan. *Prescripció farmacèutica segura (PREFASEG). Fòrum CIS. 24-03-2011*

¿Extrapolable a todo Catalunya?. Problema:

ICS: 76% de los CAPs, 1 sistema de información

Otras entidades: 24% de los CAPs, 62 sistemas de información

muchas gracias

“Ha llegado el momento de reaccionar frente a quienes pretenden que el mundo sea, simplemente, un inmenso mercado, y los habitantes de la tierra tan sólo consumidores. Ha llegado el momento de aplicar el acervo del conocimiento disponible para encarar los desafíos de la naturaleza enfurecida”

Federico Mayor Zaragoza. Delito de silencio. Marzo 2011