

MODELOS DE PAGO EN SERVICIOS DE SALUD

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

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

Modelos de pago y Actores del sistema de salud

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

I. Modelos de pago a profesionales

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

I.1 Modelos puros

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

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

a) Salario

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

Determinantes del volumen de ingresos:

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

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

Comportamiento teórico:

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

Ventajas:

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

Desventajas:

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

b) Pago por prestación

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

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

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

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

Ventajas:

- Alta productividad, tanto en términos de pacientes atendidos como de servicios brindados.
- Alta satisfacción de los médicos (dependiendo de la tarifa fijada a los actos: nomenclador).
- Prevalece la acción más que la observación. Resistencia a derivar pacientes.
- Amplio control del precio.
- Buena relación médico-paciente. Favorece la satisfacción del usuario (permite y estimula la libre elección).
- El cálculo de la remuneración es relativamente simple.

Desventajas:

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

- Requiere numerosos controles para su gestión.
- Incentiva el hacer, con independencia de la utilidad de la acción.
- Tiende a aumentar el número de consultas y a disminuir la duración de las mismas.

c) Cápita

Base de cálculo: Pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico por un período determinado. Se paga por estar “disponible para tratar” más que propiamente por “tratar”. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como la frecuencia de sus visitas.

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

Ventajas:

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

Desventajas:

- Estimula la sobreutilización de los medios auxiliares: recetas, análisis, pruebas.
- Ausencia de incentivos para hacer más que lo mínimo.
- Sin incentivos explícitos para prestar servicios preventivos⁴.
- Puede estimular la “selección adversa” de beneficiarios y el “cream- skimming”.
- Sin límites, hay incentivos para aceptar más clientes de los que se puede atender.
- Proporciona estímulos para “derivar” la actividad a otras áreas del sistema.
- Sin corresponsabilidad en los costos: tendencia a “satisfacer” las solicitudes de los pacientes de todo tipos de pruebas, interconsultas, etc.: (Satisfacción sin trabajo).

I.2 Modelos Mixtos

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

a) Combinación de salario con pago por acto

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

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

Ventajas:

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

Desventajas:

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

b) Pago por acto con techos individuales

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

Ventajas:

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

Desventajas:

- Requiere de un buen sistema de auditoría

c) Pago por acto con techos grupales

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

Ventajas:

- Permite aumentar el control sobre los costos y sobre la sobre facturación y sobre prestación.
- De esta manera se incorpora un incentivo grupal para que los médicos que facturan de manera conservadora se esfuercen por hacer que los demás reduzcan su sobre prestación y sobre facturación.
- Aumenta la previsibilidad de los gastos (si se lo compara con el pago por acto)

Desventajas:

- Sin embargo, esto puede terminar penalizando a los médicos cuidadosos más que aquellos que aumentan las prestaciones como una forma de incrementar sus ingresos personales.
- Al fijar límites a los ingresos los patrones de atención de los médicos pueden alterarse. Los servicios y la clientela poco atractivos pueden ser los primeros en abandonarse. La imposición de un techo requiere un creciente monitoreo de los patrones de dispensación de atención médica.

MÉTODOS DE PAGO A INSTITUCIONES

a) Pago por prestaciones:

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

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

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

Comportamiento teórico: la institución tratará de maximizar el ingreso derivado de la utilización de sus servicios. Brindará servicios hasta que el beneficio de dar la prestación iguale a su costo marginal. En otros términos se busca obtener el máximo beneficio de cada paciente.

Ventajas:

Facilidad en el manejo administrativo (todas las acciones son facturables)

Desde el punto de vista de la institución, traspasará la mayor porción de riesgo al pagador.

Elevada productividad en cuanto a la cantidad de pacientes atendidos o servicios por pacientes.

Satisface los objetivos de las instituciones.

Favorece la satisfacción del usuario.

Simplicidad en el cálculo del monto a pagar.

Ante la opción de no contratar, es el método recomendado.

Desventajas:

Brinda escaso control sobre el gasto total (control sobre precio y no sobre cantidades.

Facilita la sobrestación (el paciente circula dentro de la institución). Cuanto más servicios sean realizados mayor el tamaño de la factura.

Requiere numerosos controles para su gestión.

c) Capitación

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

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

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

Ventajas:

Facilita la presupuestación.

Transfiere exitosamente la mayoría del riesgo de costos institucionales.

Convierte a la institución en un socio pleno en el control de la utilización.

Reduce la necesidad de control del contratante y orienta más a los resultados que a los procesos.

- Permite a la institución contar con un flujo regular de ingresos.
- Mejora la efectividad de la actividad médica.
- Puede ajustarse la cápita por riesgo o por edad sin mayores complicaciones.
- Estimula la integración vertical.

Desventajas:

- Puede generar falta de capacidad operativa (cuando se toma más gente que la indicada por el tamaño de la institución comprometiendo la calidad.
- Desconecta al que contrata de los beneficios de la mejora en el control de la utilización.
- Puede generar insatisfacción y deterioro en la calidad si la institución se niega a compartir los beneficios de la mejora del control de la utilización con los profesionales que controlan los casos.
- Puede generar selección de clientes (tomar a los de menor riesgo y rechazar al resto).