



## Reforma de la financiación hospitalaria e introducción de mecanismos de elección en el sistema sanitario británico NHS

El Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) está introduciendo cambios en el sistema de financiación hospitalaria y en los mecanismos de elección que permitan al ciudadano 'elegir y reservar' dónde y cuándo recibir tratamientos. El sistema de financiación por contratos en bloque está siendo reemplazado desde el 2003 por el mecanismo de pago por resultados (PpR) y se espera que su aplicación se extienda a todos los Healthcare Resource Groups (HRG) en el 2007. El cómputo de los costes de referencia y la estimación de tarifas nacionales para cada HRG son avances en el camino para conseguir una provisión de servicios sanitarios más accesible, receptiva y productiva.

*The British NHS is currently introducing changes in the system of paying hospitals as well as in the procedures of patient choice. Under the "Choose and Book" arrangements, patients can seek treatment from different hospitals. The funding system based upon block contracts is being replaced, since 2003, by the mechanism of payment by results (PbR). It is expected the full implementation of this funding mechanism by 2007. The calculation of reference costs and the estimation of national tariffs for each Healthcare Resource Group (HRG) are steps towards the goal of making health care delivery more accessible, responsive and productive.*

**Key words:** Block Contracts, Healthcare Resource Groups, Payment-by-Results.

**PhD. Andrew Street,** Center for Health Economics. University of York



El Nacional Health Service (NHS) en Inglaterra ha iniciado un ambicioso proceso de reforma con la finalidad de que la provisión de servicios sanitarios sea más accesible, receptiva y productiva (Department of Health, 2005<sup>a</sup>). La reforma está constituida por una serie de componentes, pero dos de ellos son de particular importancia: el nuevo sistema de financiación hospitalaria y los mecanismos de elección que permitirán a los pacientes elegir dónde y cuándo recibir los tratamientos. La reforma del sistema de financiación hospitalaria es la respuesta británica a los pasos que se han dado en esta área en

EEUU, Australia, y algunos países europeos. El NHS británico está implementando la financiación en base al *case-mix*, un sistema de pago que se determina en función de lo que los hospitales realmente hacen (Department of Health, 2005). Las diferencias clave respecto a previos sistemas de contratación radican en que: las tarifas se establecen a nivel nacional; los ingresos financieros de los hospitales se basan en la actividad producida; los límites máximos de actividad se relajan. Los hospitales reciben una tarifa prefijada por cada tipo de paciente tratado. La denominación de 'pago por resultados' (PpR) representa un

mecanismo que premia a los hospitales por los volúmenes de actividad asistencial ajustados a las diferencias en *case-mix*.

Una revisión de los incentivos financieros es juzgada como esencial en la actual reforma para la mejora del rendimiento del NHS. El sistema de PpR liga los ingresos financieros de un hospital con su actividad de una manera más realista. El pago de una tarifa estándar incentiva a los hospitales a encontrar formas de reducir costes y reducir la estancia media con el fin de aumentar la capacidad para acomodar a más pacientes. El acceso debe mejorar, ya que los hospitales tienen un incentivo claro y directo a aumentar su actividad; se obtiene extra financiación por cada paciente adicional tratado. En el pasado, los hospitales se mostraban reacios a aceptar un número de pacientes por encima de los acuerdos contractuales con las autoridades sanitarias. El nuevo sistema pretende eliminar esos obstáculos financieros.

La reforma en la financiación es también un aspecto clave para permitir a los pacientes mayores posibilidades de elección. En el pasado, los pacientes que necesitaban tratamientos electivos (no urgentes) tenían que esperar a ser admitidos en sus hospitales de referencia. Los médicos generalistas cursaban peticiones

para consultas externas en hospitales especializados, y los pacientes debían esperar a que el centro contactara y asignara una cita. En este momento, un sistema informático a nivel nacional ha sido introducido permitiendo a médicos de cabecera y pacientes reservar una cita de consulta *on line*, y elegir entre una serie de hospitales. Las opciones incluyen tanto hospitales públicos (NHS), como hospitales privados (Department of Health, 2004).

En este artículo se describen las características clave de estas reformas y se discuten los retos que se asocian a su puesta en práctica. En la siguiente sección, se describen la estructura organizativa del NHS y los detalles de las relaciones contractuales entre financiadores y proveedores antes y después de la reforma en curso. Seguidamente, se lleva a cabo una revisión de los tres elementos en que se basa la reforma: determinación de la actividad; método de estimación de costes; y mecanismo de fijación de tarifas. Finalmente, se evalúan los resultados de la reforma hasta ahora y los retos que se pueden presentar en el futuro.

## Cambios en los mecanismos contractuales

El Sistema Nacional de Salud británico (NHS) está organizado de una manera jerarquizada. Cada ciudadano se registra con un médico generalista que representa el primer punto de contacto del sistema y actúa como filtro para el resto del sistema. Los médicos generalistas ejercen una gran influencia sobre la utilización de recursos sanitarios, ya que proveen directamente servicios asistenciales y son protagonistas en la prescripción de medicamentos y en la programación para consultas y tratamientos no urgentes en hospitales. Los médicos generalistas de una misma área geográfica se pueden agrupar para formar lo que se llama Primary Care Trusts (PCT). En la actualidad existen 311 PCT que reciben un presupuesto anual para la financiación y compra de servicios sanitarios para su población asignada. En el 2004-2005, un PCT servía como media a 164.000 ciudadanos con un presupuesto en términos medios de 192 millones de libras (Jacobs, 2005). Con el objetivo de mantenerse dentro de los límites del presupuesto, el PCT debe gestionar y financiar las decisiones de prescripción farmacéutica y de envío de pacientes a centros especializados de sus médicos generalistas. Por lo tanto, los PCT deben asegurarse de que la suma del gasto farmacéutico ( $E^{ph}$ ), del gasto en atención primaria y comunitaria ( $E^{pc}$ ) y del gasto en atención

especializada en hospitales ( $E^h$ ) no excede el presupuesto asignado. La actual reforma de la financiación hospitalaria ha implicado mayores dificultades para que los PCT se ajusten a sus dotaciones presupuestarias.

Para ver esta nueva situación hay que comparar la composición del gasto de los PCT antes y después de la reforma. Con anterioridad a la introducción del sistema de pago por resultados (PpR), los PCT y los hospitales se financiaban en base a los contratos en bloque. Por simplicidad, consideremos que cada PCT contrata con un solo hospital, que con el sistema anterior representa una hipótesis muy realista, al menos para hospitales generales localizados fuera de las grandes ciudades. El gasto  $E^h$  de un PCT  $i$  puede expresarse como:

$$E_i^h = \sum_s C_{si} \equiv p_{si} \times Q_{si}$$

Con anterioridad al sistema PpR, los contratos entre un PCT ( $i$ ) y el proveedor estipulaban un valor total de contrato ( $C_{si}$ ), normalmente especificado como nivel de especialidad ( $s$ ). El gasto en servicios hospitalarios para cada PCT representaba la suma total de los contratos para cada especialidad. El PCT podía decidir qué parte de su presupuesto asignaría a cada contrato por especialidad y negociaría el volumen de actividad correspondiente ( $Q_{si}$ ). El precio por nivel de especialidad ( $p_{si}$ ) se determinaba a través de negociaciones donde los elementos determinantes eran el valor total de contrato y el volumen de actividad. Este mecanismo suponía un fuerte control presupuestario, de tal manera que cada PCT mantenía su gasto efectivo en línea con el presupuesto asignado. Sin embargo, los contratos en bloque ofrecían muy pocos incentivos para que los hospitales excedieran sus niveles de actividad y las posibilidades de elección para el paciente eran mínimas. El sistema de pago por resultados (PpR) y el impulso a la elección por parte de los pacientes modifican las relaciones contractuales de tres maneras fundamentales. En primer lugar, la unidad de actividad se define de manera más clara. En vez de 'contratos en bloque' que especifican volúmenes de actividad ( $Q_s$ ), ahora el sistema de PpR especifica actividad por tipo de tratamiento ( $Q_j$ ). Por lo tanto, en lugar de describir la actividad según especialidad (ej. paciente tratado en Traumatología y Ortopedia), se describe la actividad utilizando el sistema de clasificación de pacientes *Healthcare Resource Groups* (ej. paciente tratado para reposición de cadera). Este sistema se explica con mayor detalle en la sección 2 de este artículo.

En segundo lugar, los precios se establecen a nivel nacional. Es decir, los precios locales de niveles de especialidad  $p_{si}$  se sustituyen por tarifas nacionales  $\bar{p}_j$  para cada HRG. El método de fijación de precios se describe más tarde en este artículo.

En tercer lugar, bajo la filosofía 'elige y reserva' los pacientes pueden buscar tratamientos en diferentes hospitales. Esto significa que los PCT deben pagar por servicios en  $k$  hospitales y no únicamente en el hospital local de referencia. Por lo tanto, bajo el mecanismo de pago por resultados (PpR), el gasto hospitalario para cada PCT es el siguiente:

$$E_i^h = \sum_j \sum_k [\bar{p}_j \times Q_{ijk}] \text{ donde } j \text{ representa a un HRG y } k \text{ representa a un hospital.}$$

Este sistema de financiación ofrece a hospitales con costes bajos un incentivo para llevar a cabo más actividad, ya que son ahora capaces de aumentar sus ingresos financieros en proporción al aumento de su actividad. Sin embargo, los PCT deben gestionar cualquier aumento en actividad para asegurar que sus gastos no exceden al presupuesto asignado. Pero bajo el método de pago por resultados (PpR), ahora los PCT se enfrentan a un problema más complejo por dos razones. Primero, la introducción del 'elige y reserva' permite a los pacientes mayores posibilidades de elección en relación a dónde y cuándo pueden ser tratados. Esto dificulta la especificación de volúmenes de actividad ( $Q_{ijk}$ ) por adelantado con los hospitales. Desde la perspectiva de los PCT, la gestión de la actividad asistencial toma dos formas generales:

- Los PCT deben asegurarse de que el monto total de actividad es apropiado y financiable.
- Los PCT necesitan validar el 'tipo' de actividad que están efectivamente pagando, es decir la categoría de HRG a la cual el paciente ha sido asignado.

Segundo, los PCT no pueden negociar reducciones de precios, viéndose obligados a pagar la pre establecida tarifa nacional por actividad adicional. Se describen los enfoques de costes y tarifas por HRG en las secciones 4 y 5.

## Descripción de la actividad asistencial: Healthcare Resource Groups (HRG)

Los HRG son un sistema de clasificación diseñado para agrupar pacientes con costes

esperados similares. Los HRG representan la versión británica de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que fueron desarrollados en Estados Unidos (Fetter *et al.*, 1980). En sus orígenes el sistema de pago por resultados (PpR) tomaba como referencia la versión 3.1 de los HRG que incluían 565 categorías (Benton *et al.*, 1998). Una versión actualizada acaba de ser introducida, la versión 3.5, que contiene 603 HRG (NHS Information Authority, 2003). Sin embargo, las características esenciales del sistema de clasificación son las mismas para las dos versiones. Los HRG se establecen a través de información electrónica sobre pacientes. Los hospitales están obligados a recopilar un conjunto mínimo de datos sobre pacientes y enviar esa información cada trimestre a un organismo central. La información sobre el paciente se agrupa y asigna a un único HRG que incluye procedimientos, diagnósticos y edad. La figura 1 muestra el proceso por el cual un paciente se asigna al correspondiente HRG.

Para HRG quirúrgicos, la agrupación se deriva del procedimiento y no del diagnóstico primario. Si aparece más de un procedimiento, la asignación se establece según un mecanismo jerárquico. En efecto, se establece un *ranking* entre procedimientos en base al 'conocimiento clínico' y a la relación con la duración de la estancia postoperatoria. En situaciones en las que sólo procedimientos

menores existen o donde no se han detectado procedimientos, el diagnóstico primario se emplea para determinar la asignación a un HRG. El diagnóstico primario podría no prevalecer en el caso de: "descanso para el cuidador"; "quimioterapia"; "complicaciones derivadas de la edad" (definido como pacientes con más de 69 años con dos o más diagnósticos pero sin procedimientos relevantes); y cuando las "intervenciones no han sido practicadas". Cuando la información en cualquiera de los campos requeridos para la agrupación no existe o se juzga no válida, el paciente es asignado a un grupo indefinido denominado U-codes,

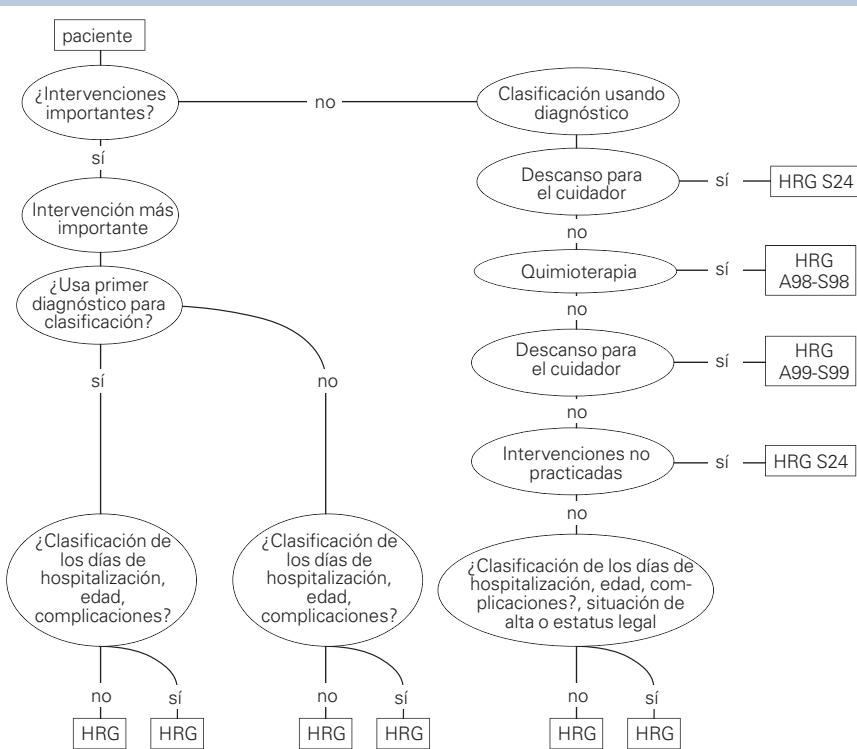
Dado que la financiación en el método de pago por resultados (PpR) se hace en base a la asignación de HRG, existen incentivos para asegurarse de que todos los requisitos de información se llevan a cabo de forma correcta. Pero hay dos asuntos relativos al uso de este sistema de clasificación que provocan quejas por parte de los hospitales y los PCT.

En primer lugar, algunos hospitales argumentan que los HRG no tienen en cuenta la complejidad de los pacientes. A pesar de que se ha producido una mejora al asignar a los pacientes según la especialidad del tratamiento, los HRG no representan agrupaciones de pacientes de consumo de recursos homogéneos. Dentro de cada HRG, se puede identificar una mezcla de tipos diferentes de pacien-

tes. Por ejemplo, la "implantación de válvula cardíaca" (E04) representa en realidad una amplia amalgama de procedimientos, cada uno de ellos cubriendo más de 50 operaciones diferentes. Algunos de los pacientes asignados a este HRG serán más costosos de tratar que otros con la misma asignación. En este sentido, si algunos hospitales sistemáticamente atraen a estos pacientes relativamente más caros el resultado será una penalización financiera significativa. Existe evidencia empírica de que el sistema de pago por HRG fracasa a la hora de capturar el coste real de los tratamientos especializados. Esta problemática se aborda de diferentes maneras, incluyendo revisiones periódicas del sistema de clasificación por HRG, y a través de tarifas correctoras para hospitales de alta tecnología con el fin de reflejar su mayor complejidad en el *case-mix*.

En segundo lugar, los PCT tienen dificultades para verificar que sus pacientes son asignados a los correctos HRG. El proceso de codificación de los HRG abre la posibilidad a actuaciones oportunistas. Los hospitales tienen incentivos para modificar la asignación a HRG ligados a tarifas más elevadas. Por su parte, los PCT no tienen acceso a la fuente de información primaria y por tanto, no posibilidad para verificar y contrastar los datos. Existe evidencia empírica de este tipo de actuaciones en otros países, donde las formas extremas pueden llegar a la falsificación de la información de procedimientos y a la inclusión de complicaciones que no han estado presentes a lo largo de la estancia hospitalaria (Carter *et al.*, 1990, Hsia *et al.*, 1992, Pitches *et al.*, 2003). Esfuerzos se están llevando a cabo para la auditoría y control de las prácticas de codificación en el NHS británico (Audit Commission, 2006, Marini and Street, 2006).

**Figura 1. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR HRG**



### Cálculo de costes por HRG: costes de referencia

Poco después de la victoria del Partido Laborista en 1997, y pocos años antes de que los HRs sirvieran de base para el sistema de pago por resultados (PpR), el Gobierno anunció que los HRGs podrían ser de utilidad para la comparación de costes de tratamientos entre hospitales. En el año 1998 la primera estimación de "Costes de Referencia" fue publicada:

"Los Costes de Referencia ... identifican lo que cuestan los tratamientos hospitalarios a lo largo del Sistema Nacional de Salud (NHS). Al obligar a los hospitales a publicar sus pro-

pios costes bajo criterios similares, estamos creando ... un poderoso instrumento con el cual abordar la ineficiencia" (p19) (NHS Executive, 1997).

Desde 1998, el Programa Nacional de Costes de Referencia se publica cada año, ofreciendo resúmenes detallados para cada hospital del coste de cada tipo de HRG producido (NHS Executive, 1998). Esta información de datos sobre costes de referencia para cada hospital es de dominio público. Sin embargo, no es sencillo alcanzar conclusiones sobre la eficiencia relativa de cada hospital en función de los costes de referencia. Por un lado, y como se discutió anteriormente, la clasificación de HRG podría no capturar correctamente las diferencias en *case-mix*. Por otro lado, los hospitales podrían exhibir unos costes más elevados por razones que están fuera de su control (Street y Jacobs, 2002). Finalmente, la estimación de costes publicada por cada hospital podría diferir por motivo de la metodología de estimación la cual no siempre es homogénea. Desde mediados de la década de los noventa, el Departamento de Salud británico elabora guías de procedimiento para ayudar a los hospitales a una correcta asignación de costes para cada tipo de HRG (NHS Executive, 1994). A pesar de todo, estas guías no han conseguido una buena calidad de información de costes hasta la fecha. Esto se explica por la falta de relación histórica entre estimación de costes y cómputo de niveles de actividad. Adicionalmente, por la ausencia en Gran Bretaña de un consolidado sector de aseguramiento privado que origina una demanda de información necesaria para los procedimientos de facturación.

En países como Australia, los hospitales públicos poseen sistemas informáticos de recopilación de datos que facilitan la estimación del tipo y cantidad de recursos empleados en cada paciente a lo largo de la hospitalización (Jackson, 2001). En los EEUU una tarifa se establece para cada GRD (Grupo Relacionado por el Diagnóstico) en base al valor medio cargado por todos los hospitales respecto al tratamiento en cuestión. Generalmente, los hospitales emplean modelos de contabilidad financiera para estimar sus costes, y consecuentemente sus tarifas. El modelo más conocido es el Yale Cost Model (Freeman *et al.*, 1986). Reinhardt señala que "los departamentos de facturación en los hospitales de EEUU requieren cuadros altamente cualificados y apoyados por sistemas informáticos sofisticados que permiten realizar simulaciones en cualquier fase de las negociaciones contractuales" (Reinhardt, 2006).

**Tabla 1. COSTES DE REFERENCIA Y TARIFAS PARA EL TRATAMIENTO DE VARICES (EN £)**

	Ambulatorio			Hospitalización			Tarifas
	Media	Cuartil Inferior	Cuartil Superior	Media	Cuartil Inferior	Cuartil Superior	
<b>2000</b>	557	368	652	799	580	1007	na
<b>2001</b>	606	401	681	870	642	1136	na
<b>2002</b>	711	484	842	988	692	1230	na
<b>2003</b>	754	550	892	1069	799	1402	934
<b>2004</b>	816	396	913	1146	810	1638	1063
<b>2005</b>	868	496	978	1309	935	1866	950

Fuente: Elaboración propia con datos del Department of Health NHS

En contraste, los procedimientos de estimación de coste en el NHS británico son poco sofisticados. Datos básicos sobre el número de pruebas diagnósticas o el tiempo real de intervenciones quirúrgicas son difíciles de obtener. Debido al hecho de que los hospitales no recopilan datos de consumo de recursos por pacientes individuales, la estimación de costes se basa en el sistema *top down* (Department of Health, 2005b). Este proceso de asignación se inicia con la información de gastos de partidas como: electricidad, mantenimiento de equipamiento e edificios, *catering*, farmacéutico, salarios, etc. Los gastos indicados se reasignan a los denominados "Servicios para el Tratamiento de Pacientes": salas de hospitalización, bloques quirúrgicos, farmacia, etc. La anterior reasignación puede ser directa (ej. salarios de enfermeras trabajando en una sala de hospitalización determinada) o indirecta (ej. costes de limpieza asignados a los bloques quirúrgicos en relación a la proporción de superficie ocupada respecto al total). Estos costes, una vez asignados a los Servicios para el Tratamiento de Pacientes, se reasignan a las especialidades médicas: Pediatría, Medicina interna, Cirugía general, etc. Nuevamente, esta reasignación puede ser directa (ej. caso en que una sala es ocupada sólo por pacientes de la misma especialidad) o indirecta (ej. costes de quirófano asignados a cada especialidad según tiempo efectivo de utilización). Lo anterior da el coste total  $TC_s$  para cada especialidad médica. La tercera fase de asignación consiste en distribuir los costes a nivel de especialidad entre los pacientes de esa misma especialidad agrupados en HRG. En algunas especialidades, tales como medicina general, la mayor parte de los costes se derivan de la duración de la estancia hospitalaria. En otras especialidades, el cálculo de los costes por HRG debe incluir además el coste derivado del uso de equipamiento médico y/o la implicación de diferentes tipos de *staff* médico y paramédico.

Para ilustrar la estimación del coste por HRG se asume que la variación total en costes es debida a la duración de la estancia hospitalaria. El coste total de la especialidad ( $TC_s$ ) se divide por el número de días de cama ocupados por pacientes codificados en esa especialidad  $BD_s$ , para obtener el coste medio por día de cama ocupada  $c_2^{BD}$ :

$$c_2^{BD} = TC_s / BD_s$$

Este coste se utiliza para calcular el coste por paciente asignado a cada HRG ( $c_j$ ) como sigue:

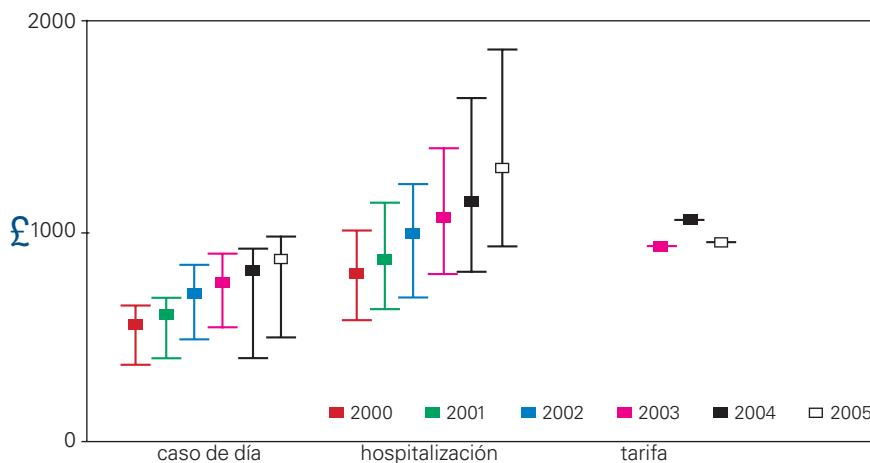
$$c_j = [c_2^{BD} \times BD_j] / Q_j$$

Donde  $BD_j$  representa el total de días de cama ocupadas por pacientes asignados a HRG  $j$ , y  $Q_j$  representa el número de pacientes asignados a HRG  $j$ . Aunque se supone que los hospitales siguen un procedimiento estandarizado de asignación de costes, existe una amplia variabilidad en los costes por cada HRG entre hospitales. Como ejemplo, los datos sobre costes de referencia en el tratamiento de varices se resumen en la tabla 1.

El primer grupo de seis líneas verticales en la figura 2 muestra la media y el rango intercuartílico de los costes de referencia para el tratamiento ambulatorio de varices, según datos de los hospitales del NHS para cada año del periodo 2000-2005. El segundo grupo de líneas verticales muestra la misma información, pero en el caso de tratamiento de varices con hospitalización (mínimo una estancia hospitalaria).

Se observan dos notables características en las dos series de datos en la figura 2. Primero, los costes de referencia han experimentado un crecimiento significativo en el periodo analizado. Ésta es una tendencia común para la mayoría de HRG, con ratios de crecimiento por encima de la inflación. Lo anterior es en

**Figura 2. VARIABILIDAD EN COSTES DE REFERENCIA Y DETERMINACIÓN DE TARIFAS PARA VARICES**



gran parte debido al incremento de los costes laborales. En efecto, los salarios en el sector sanitario británico han experimentado un crecimiento substancial en los últimos años, principalmente los salarios de facultativos. Se ha producido una amplia reconversión del *staff* a mayores grados de cualificación, y por tanto, mayores salarios. Se ha implementado la directiva europea sobre jornada de trabajo, cuyo efecto es la limitación de horas extras y guardias, particularmente afectando a doctores jóvenes (Maynard and Street, 2006, Singh, 2004, Williams and Buchan, 2006). Todo lo anterior ha ocasionado un crecimiento de los costes laborales a un ritmo superior que los incrementos de la actividad asistencial. Por lo tanto, el coste medio por unidad de actividad ha aumentado en el tiempo.

Segundo, el rango intercuartílico (que muestra el rango de costes para el 50% de los hospitales) es bastante amplio y parece haber experimentado reducciones en el tiempo. Nuevamente, el amplio rango en los costes de referencia es una característica típica de la mayoría de HRG en los hospitales del NHS. Cuando se anunció por vez primera la recopilación de costes de referencia, el Gobierno señalaba que la existencia de costes altos era sinónimo de inefficiencia (NHS Executive, 1997). Sin embargo, las diferencias en costes se pueden explicar por diferencias en prácticas contables o, en algunos HRG, por diferencias en el tipo de pacientes tratados. Esto último es bastante improbable en el tratamiento de varices, pero no así en el caso de implantación de válvulas cardíacas, bypass coronario o reposiciones de cadera donde los pacientes pueden experimentar una variedad de procedimientos y ser agrupados en el mismo HRG. El reconocimiento de estas posibilidades ha implicado llevar a

cabo revisiones periódicas de los HRG.

### Cálculo de precios para HRG: tarifas a nivel nacional

La última columna en la tabla 1 y el *cluster* de tres puntos en la parte derecha de la figura 2, muestran las tarifas nacionales aplicadas en hospitales del NHS para la financiación del tratamiento de varices. En Inglaterra, la tarifa se basa en la media nacional de los costes de referencia para tratamiento con hospitalización para cada HRG,  $\bar{c}_j$ , y la media de los costes de referencia para tratamiento ambulatorio,  $\bar{d}_j$ . Una vez estimadas estas dos medias, se lleva a cabo una ponderación de las mismas según la proporción de actividad de hospitalización y ambulatoria realizada a nivel nacional. Por lo tanto, existen poderosos incentivos bajo el sistema de pago por resultados (PpR) para realizar actividad relativamente más barata; es decir, actividad ambulatoria. La fórmula para el cálculo de la tarifa es la siguiente:

$$\bar{p}_j = \delta_j [ \rho \bar{c}_j + (1 - \rho) \bar{d}_j ]$$

Donde  $\bar{p}_j$  es la tarifa para el HRG  $j$ ,  $\bar{c}_j$  es la media de los costes de referencia de tratamientos con hospitalización para HRG  $j$ ;  $\bar{d}_j$  es la media de los costes de referencias en tratamientos ambulatorios para HRG  $j$ ;  $\rho$  es la proporción de actividad que deriva en hospitalización; y  $\delta_j$  es un “factor inflacionario” para HRG  $j$ . Este factor inflacionario se incluye para tener en cuenta el desfase de dos años existente entre la fecha de recopilación de los costes de referencia y la publicación de las tarifas. Este ajuste es específico para cada HRG.

Pueden existir ajustes adicionales, no mostrados en la ecuación, para identificar características de los mercados locales que afectan principalmente a los costes laborales. Es interesante notar que las tarifas publicadas en 2005 eran menores que las referentes al año anterior, a pesar de que los costes de referencia habían aumentado. Por lo tanto, Inglaterra ha adoptado un enfoque basado en los costes para la especificación de tarifas nacionales. El valor de ambas variables se publica en unidades monetarias. En otros países, la relación entre costes y tarifas no es tan aparente. En Australia y Noruega los “valores relativos” de cada HRG se publican en términos de ponderaciones, en vez de en términos de precios monetarios (Duckett, 1994, Kjerstad, 2003). Más aún, estas ponderaciones no necesariamente se basan en el coste medio de la provisión de servicios sanitarios (como en Inglaterra), sino en un precio de referencia que puede reflejar un modelo de buena práctica.

### La experiencia en la aplicación del sistema de pago por resultados (PpR)

La evaluación del rendimiento del sistema de pago por resultados (PpR) no es una tarea sencilla. La reforma del sistema de financiación hospitalaria está sujeta a diferentes fases de implementación. Para el periodo 2003-2004 las tarifas nacionales se aplicaron únicamente a 15 HRG y en el periodo 2004-2005 se establecieron para 50 HRG, precios locales se aplicaron al resto de actividad. Se espera que las tarifas nacionales se apliquen a todos los HRG en el 2007-2008. Pero esta expectativa es difícil que se cumpla debido a los problemas que se han originado en la implementación de tarifas para el 2006-2007, en particular en lo referente a los precios de actividad de urgencias.

En comparación a otros mecanismos de financiación basados en el *case-mix* en otros países, el PpR británico tiene una formulación demasiado sencilla, lo cual abre la posibilidad a comportamientos oportunistas y a un reembolso poco ajustado. A medida que el PpR se expanda, es probable que los aspectos técnicos experimenten revisiones para su mejora. En particular, una mejor clasificación de pacientes por *case-mix*, un abandono progresivo de la estimación de tarifas en base al coste, y un más sofisticado sistema de pago que permita la aplicación de precios marginales cuando se supere un cierto nivel de actividad.

Los principios generales que sustentan el sistema de pago por resultados (PpR) han sido aceptados a lo largo del NHS (Mannion and Street, 2006). Tanto los hospitales como los PCT asumen que una igual recompensa financiera debe existir para un similar nivel de actividad alcanzado. Asimismo, existe consenso de que la transparencia del PpR es una de sus mejores características. Muchos hospitales han experimentado incrementos en su actividad, sabiendo que serán reembolsados en base a un coste medio nacional.

Por su parte, los PCT han reconocido la ventaja de reducir los envíos de pacientes a centros especializados, y en su lugar, invertir en más y mejores facilidades de atención primaria y ambulatoria. Estas inversiones incipientes son posibles debido al ahorro que genera evitar el coste medio nacional de un tratamiento hospitalario. Sin embargo, aunque en teoría los PCT tienen la posibilidad de invertir en facilidades alternativas a la hospitalización, en la práctica pueden estar limitados. En efecto, los PCT han ocupado siempre una posición negociadora relativamente débil respecto a los hospitales, debido al hecho de que no disponen de información para controlar el comportamiento y actividad de estos. Los PCT tampoco disponen de instrumentos eficaces para controlar e influir en los envíos de pacientes a

hospitales por parte de los médicos generalistas. El principal instrumento son los presupuestos basados en el Practice Based Commissioning (PBC) que son una versión actualizada de los General Practitioner Funding Schemes (Department of Health, 2005c). El problema reside en que los médicos generalistas británicos tienen incentivos específicos para no gastar plenamente sus presupuestos asignados, pero no existen penalizaciones derivadas del sobre-gasto o incumplimiento presupuestario.

El impacto del 'elige y reserva' está por ver ya que su introducción es demasiado reciente (enero de 2006). Como era de esperar, se han producido problemas técnicos en la implementación del sistema informático y los médicos generalistas se muestran reacios a aplicar el sistema. Como forma de expandir el uso, el Gobierno ha introducido un pago de incentivación por cada paciente que el médico generalista envía a través del sistema informático. Esta medida deberá ser evaluada con cautela para evitar que erosione el control por parte de los PCT. Por la misma razón, es fundamental la revisión y establecimiento de nuevos incentivos en el sistema de pago por resultados (PpR) si se pretende que la reforma en curso consiga una provisión de servicios sanitarios más accesible, receptiva y productiva.

## Referencias

- 1 Audit Commission, 2006, Payment by results assurance framework, Financial Health News Spring, 3.
- 2 Benton, P.L., Anthony, P., Evans, H., Light, S.M., Mountney, L.M., Sanderson, H.F., 1998, The development of Healthcare Resource Groups version 3, Journal of Public Health Medicine 20, 351-358.
- 3 Carter, G.M., Newhouse, J.P., Relles, D.A., 1990, How much change in the case mix index is DRG creep?, Journal of Health Economics 9, 499-504.
- 4 Department of Health, 2002, Reforming NHS Financial Flows: introducing payment by results (Department of Health, London).
- 5 Department of Health, 2004, Choose and book: patient's choice of hospital and booked appointment: policy framework for choice and booking at the point of referral (Department of Health, London).
- 6 Department of Health, 2005a, Health reform in England: update and next steps (Department of Health, London).
- 7 Department of Health, 2005b, NHS Costing Manual: 2005 edition (Department of Health, London).
- 8 Department of Health, 2005c, Practice Based Commissioning: promoting clinical engagement (Department of Health, London).
- 9 Duckett, S., 1994, Reform of public hospital funding in Victoria (School of Health Services Management, University of New South Wales, Sydney).
- 10 Fetter, R.B., Shin, Y.B., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D., 1980, Casemix definition by diagnosis related groups, Medical Care 18 (suppl), 1-53.
- 11 Freeman, J.L., Fetter, R.B., Newbold, R.C., Rodrigues, J.M., Gautier, D., 1986, Development and adaption of a hospital cost and budgeting model for cross-national use, Journal of Management in Medicine 1, 38-57.
- 12 Hsia, D.C., Ahern, C.A., Ritchie, B.P., Moscoe, L.M., Krushat, W.M., 1992, Medicare reimbursement accuracy under the prospective payment system, 1985 to 1988, Journal of the American Medical Association 268, 896-899.
- 13 Jackson, T., 2001, Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weights studies, Health Policy 56, 149-163.
- 14 Jacobs, R., 2005, Health Information Service 2003/04 Commentary for The Health Service Financial Database & Comparative Tool 2004 (The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy (CIPFA), Institute of Public Finance Ltd, London).
- 15 Kjerstad, E.M., 2003, Prospective funding of general hospitals in Norway - incentives for higher production?, International Journal of Health Care Finance and Economics 3, 231-251.
- 16 Mannion, R., Street, A., 2006, Payment by Results and demand management: learning from the South Yorkshire laboratory (Centre for Health Economics, University of York, York).
- 17 Marini, G., Street, A., 2006, The administrative costs of Payment by Results (Centre for Health Economics, University of York, York).
- 18 Maynard, A., Street, A., 2006, Seven years of feast, seven years of famine: boom to bust in the NHS?, British Medical Journal 332, 906-908.
- 19 NHS Information Authority, 2003, Version 3.5 Healthcare Resource Group Documentation Set (NHS Information Authority, Winchester).
- 20 Pitches, D., Burls, A., Fry-Smith, A., 2003, How to make a silk purse from a sow's ear - a comprehensive review of strategies to optimise data for corrupt managers and incompetent clinicians, British Medical Journal 327, 1436-1439.
- 21 Reinhardt, U., 2006, The pricing of US hospital services: chaos behind a veil of secrecy, Health Affairs 25, 57-69.
- 22 Singh, D., 2004, Quarter of hospitals not ready to comply with working time directive, British Medical Journal 328, 1034.
- 23 Street, A., Jacobs, R., 2002, Relative performance evaluation of the English acute hospital sector, Applied Economics 34, 1109-1119.
- 24 Williams, S., Buchan, J., 2006, Assessing the New NHS Consultant Contract - A something for something deal? (The King's Fund, London).