

# Moviendo la aguja en reforma de pago

**Diseñar políticas que incentiven el cambio a modelos basados en valores**

Una guía para países, estados y planes de salud

# Contenido

## **3. Introducción**

### **4. Parte 1.**

---

#### **Guía Principal para el pago basado en la reforma**

5 Medir es saber.

7 Considerar la dinámica del mercado

8 Incentivos de equilibrio entre la oferta y la demanda

9 La forma sigue a la función.

### **11. Parte 2:**

---

#### **Un marco de evaluación para el pago de la reforma**

12 Concentraciones del mercado

13 Elasticidad de la cadena de suministro.

14 Elasticidad de la demanda.

15 La necesidad de volumen.

16 Demografía de la población.

17 Transferencia de riesgos

19 autoridad reguladora

20 Ejecución del marco de reforma de pagos.

### **21 Parte 3**

---

#### **Aproximaciones a la reforma de pagos – caso de estudio**

22. El programa de reforma de pagos de Médicos del estado de Nueva York

25. Habilitación de la reforma del sistema en Alza, España

26. Farmacia y pagos basados en el valor.

28. El paradigma indio

## **29. CONCLUSIÓN**

## **30. ACERCA DE LOS AUTORES**

## **31. CONTACTOS**

## Introducción

### **Los gobiernos de todo el mundo continúan enfrentando el mismo reto de la política central: cómo mejorar la Salud de la población, manteniendo los costos en niveles controlados y asequibles.**

Con las lecciones hemos aprendido de los intentos exitosos y los no exitosos de la reforma al sistema de salud que permita optimizar el valor, sin embargo, los sistemas de salud en general continúan creciendo en la relevancia a medida que los costos continúan aumentando, pues la demanda de servicios de salud se incrementan, y a su vez la tecnologías en salud siguen avanzando.

Cada intento hacia el valor, variará dependiendo de la configuración de los sistemas que la persiguen. Esto es una función de cómo se practica la atención médica, así como también del regulador y de la autoridad legislativa que ejerce el Gobierno, y de las relaciones entre los grupos de interés o actores del sistema de salud y de cómo la salud se financia, por mencionar solo algunos factores. Sin embargo, no importa qué tan diferente es la organización real de la salud, los sistemas a nivel internacional, la forma en que los médicos, hospitales, y otras organizaciones se pagan, tienen un Impacto innegable en los resultados financieros y de calidad de la atención médica ofrecida. Como resultado, se requiere de un cambio en el pago de incentivos para alinearse con los resultados deseados a través de las reformas de pago las cuales alterarán tanto la trayectoria del costo, como el gasto en salud y los resultados de la atención experimentado por los pacientes.

Nuestro informe tiene como objetivo cerrar la brecha entre los objetivos aparentemente contradictorios de mejorar la calidad y mantener los costos a un nivel manejable y sostenible.

Sobre la base de nuestro análisis, sugerimos que una razón clave de las dificultades experimentadas para alcanzar simultáneamente ambos objetivos está arraigada principalmente en las políticas iniciadas y en cómo los incentivos impulsan cada lado de la ecuación de valor (tanto costo como calidad) son (desalineados). El propósito de este informe es transmitir a los responsables políticos sobre los enfoques de las reformas que mejoran el valor del sistema a través de la modificación de *incentivos de pago*.<sup>1</sup>

Además de ofrecer perspectivas y ejemplos internacionales de las principales prácticas de cuatro estudios de caso, este documento ofrece a los responsables de las políticas un marco para acercarse a las reformas de pagos basados en el valor por sus siglas en Inglés (VBP) y abordando algunas de las compensaciones inherentes a cualquier implementación política. No hay un manual único para resolver el problema de producir una mayor calidad al mismo tiempo que hace la asistencia en salud, más asequible, ni los políticos deberían esperar uno. Sin embargo, al centrarse en los principios que han

sido probados para trabajar, nuestro informe ofrece un marco para los responsables políticos. Eso puede aumentar la probabilidad de éxito de la reforma.

Este informe puede ayudar a los responsables políticos y partes interesadas a aplicar nuestro marco y lecciones aprendidas de estudios de casos anteriores en su propia búsqueda hacia la alineación de incentivos y la conducción de la reforma de la salud de manera sustentable, basada en valores.

**1.** *A lo largo de este documento, los términos "reforma de incentivos", "reforma de pagos" y La "reforma del pago basado en el valor" se utilizará indistintamente.*

---

Pag. 4

# Principios rectores de la reforma del pago basado en el valor

La siguiente sección describe una serie de pasos para guiar la reforma de la prestación de asistencia médica.

Estos principios se basan en la teoría económica y conductual así como en las observaciones de lecciones aprendidas en la práctica con las experiencias en la implementación de la reforma a través de múltiples gobiernos, KPMG tiene una completa comprensión de la interacción de las presiones del mercado, tendencias económicas y sistemas exitosos de prestación de servicios asistencia en salud.

---

Pag. 5

## Medir es saber.

Como en cualquier transformación, la reforma de pago debe comenzar con una profunda comprensión de la forma en que el sistema actual realiza las funciones priorizadas. Esto no es un análisis de silo por silo, sino más bien un análisis que

comienza a partir de los resultados y los costos de la atención desde la perspectiva de las necesidades de atención del paciente. Nuestro primer principio es:

**Los responsables políticos deben entender dónde y a qué en la medida en que existen oportunidades de valor en el mercado que pueden respaldarse a través de la reforma de pagos.**

Tomando una visión instantánea de un sistema actual con el fin de evaluar su estado, incluyendo qué objetivos de resultados se están cumpliendo y cuáles requieren mejoras, es el primer paso hacia la identificación de oportunidades de valor, en pocas palabras, esto se descompone en tres pasos:

## **1. Definiendo valor**

En términos generales, el valor se define como la relación entre el precio de un bien o servicio y la calidad del mismo. En salud, el valor es la relación entre los resultados de la atención para el paciente. Es la necesidad de atención y los costos totales de esa atención, los resultados y los costos se miden a través de la atención continua.

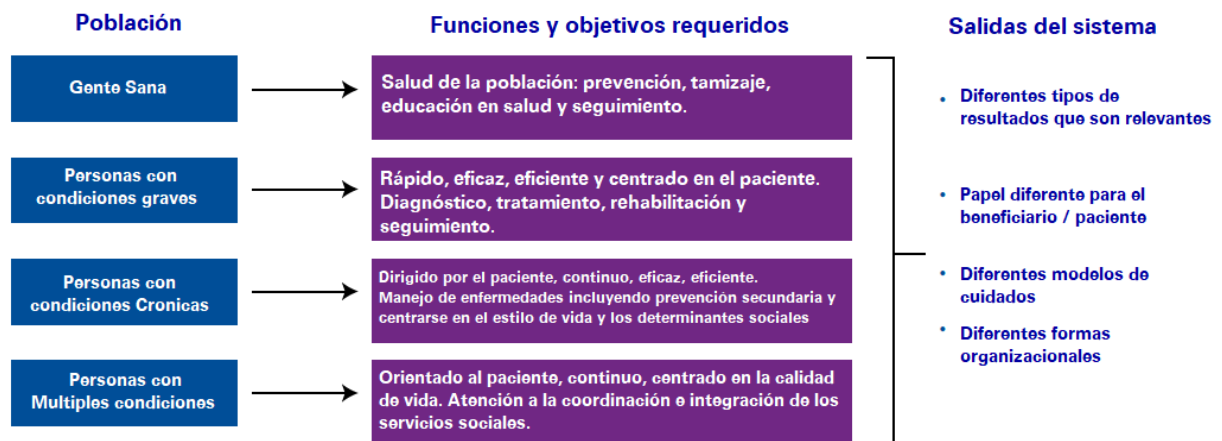
Por ejemplo, si reducir al mínimo la cantidad de bebés con bajo peso al nacer es un importante objetivo de resultados de salud, los costos de la atención deben incluir la continuidad de la atención de maternidad: desde el embarazo hasta la atención del recién nacido.

De manera similar, pasa con los objetivos primarios crónicos, tales complicaciones reductoras exacerbando las afecciones asociadas, controlar la diabetes, el objetivo principal es mantener al paciente lo más estable posible, prevenir el desarrollo de problemas renales, deterioro de la vista y/o daño nervioso. La materia varía dependiendo de las condiciones de cada tipo: grupo creciente de personas frágiles, ancianos, comorbilidades significativas, claves que a menudo cambian de manera óptima, optimizando la vida individual.

## **2. Elegir el lente del paciente**

El valor, entonces, no se mide a través del lente del proveedor individual, sino a través del lente de las necesidades de los pacientes y su recorrido a través de la atención médica. Esto requiere un análisis a nivel de condición (es), a través de los silos del proveedor. Al hacer esto, rápidamente se hace evidente que los diferentes grupos de pacientes tienen diferentes necesidades de atención, lo que requiere diferentes tipos de atención para satisfacer estas necesidades. No en vano, los diferentes tipos de cuidados también tienen diferentes tipos de resultados que importan, diferentes roles para el paciente, y diferentes prácticas principales como para organizar de forma óptima este cuidado. La figura 1 (abajo) puede ser implementada como un marco de alto nivel para ayudar a identificar estas categorías de cuidado, que recorren el cuidado continuo.

Figura 1: Ilustración de varias funciones del sistema de entrega para cumplir ciertos objetivos de salud



## Medir es saber. (Continuación)

### 3. Medición del valor (costos y resultados) de la atención.

Al medir el costo de manejar una condición, enfermedad, o subpoblación es relativamente sencillo, definiendo cuales resultados son claves y subsecuentemente, medirlos es más complicado. Los resultados del cuidado se puede medir a lo largo de muchas dimensiones, y los datos requeridos (como medidas de resultado informadas por el paciente o datos clínicos) a menudo no están disponibles sistemáticamente. Además, el número de medidas de calidad para determinadas condiciones son enormes, lo que crea un significativo desafío para decidir qué factores incluir en un conjunto de evaluación de la calidad asistencial.

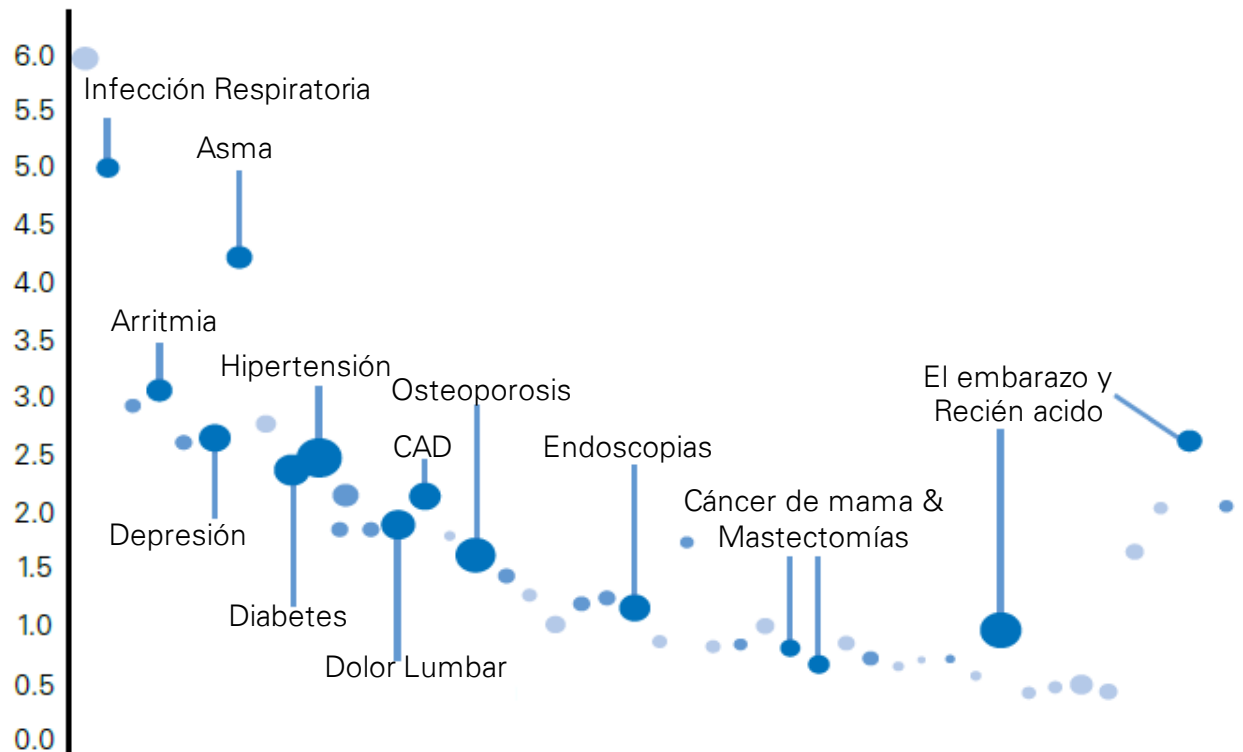
En los últimos años, sin embargo, han surgido medidas que se basan en las fuentes de datos disponibles a través de la atención continua (por ejemplo, datos de reclamaciones), que pueden captar la calidad general de la atención prestada por muchos tipos de condiciones y subpoblaciones. Por ejemplo, un objetivo clave del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas es la prevención de

complicaciones y exacerbaciones. Dado que la ausencia de datos clínicos o de encuestas en profundidad, utilizando afirmaciones, datos para calcular el porcentaje de pacientes ajustado al riesgo, que permanecen libres de complicaciones durante un año es una herramienta poderosa y una forma accesible para determinar la calidad general.

Los PAC potencialmente evitables (refrendados por el National Quality Forum NQF de EE. UU.) Consisten en visitas a la sala de emergencias por diabetes no controlada, tratamientos de rescate por uso médico, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), infecciones postquirúrgicas, segundo evento cardiovascular después de la recuperación de un accidente cerebrovascular, etc. El costo de complicaciones como estas puede ser analizado como una proporción de los costos totales de manejar una condición, realizar un procedimiento, o incluso gestionar la atención de una subpoblación de pacientes. Los datos resultantes también pueden ser utilizados para evaluar el valor relativo de todos los cuidados prestados a un paciente entre proveedores.<sup>2</sup> *La calidad de la prevención de Indicadores (PQI)* desarrollados por la Agencia para la Salud, Investigación y Calidad (AHRQ) son conceptualmente similares al concepto PAC. Estos indicadores se centran en un menor conjunto de condiciones crónicas, y limitan los posibles PAC a Admisiones de hospital.

A modo de ilustración, la figura 2 destaca la analítica del enfoque que KPMG utiliza con los clientes de salud, que se deriva de una metodología desarrollada por la Sanidad. Instituto de mejora de incentivos (HCI3), que es una parte del Instituto Altarum.

*Figura 2 - Variabilidad en los costos y resultados de los procedimientos seleccionados y la Atención para condiciones seleccionadas*



2 Hay dos tipos de medidas de PAC: recuento de PAC y costos de porcentaje de PAC. La medida de la cuenta PAC es Aprobado por NQF para una serie de afecciones crónicas y agudas. Costos porcentuales de PAC (como porcentaje del total de los costos) se utilizan principalmente para identificar áreas en las que los pagadores y los proveedores deben tratar de mejorar.

Una serie de condiciones comunes y procedimientos médicos se clasifican por su grado de variabilidad de precios (coeficiente de variación, el eje vertical). El tamaño de cada burbuja en la tabla representa el volumen de gastos médicos para esa condición o procedimiento. El tono azul representa el porcentaje de gasto médico que se consume por complicaciones evitables: azul profundo significa más gasto en complicaciones. Una gran burbuja azul ubicada en lo alto del gráfico indicaría, por lo tanto, oportunidades significativas para mejorar el valor.

Estos análisis se pueden utilizar para ayudar a los proveedores, pagadores, pacientes, y los gobiernos entienden donde el valor es 'Fugas' de su sistema, y dónde deben centrarse sus esfuerzos para mejorar los resultados y reducir los costos. Ellos proporcionan la base para la contratación basada en el valor y para cualquier esfuerzo sistemático para mejorar el valor general de la atención prestada a una población. Sin embargo, tales mejoras y el mapeo del plan de reforma deben hacerse en el contexto de la dinámica de mercado existente, como se muestra en la siguiente sección.



# Considerar la dinámica del mercado.

El principio rector número dos es: **los responsables políticos deben comprender las características y la dinámica del mercado de su sistema y cómo su organización actual afecta sus enfoques de reforma de pago más adecuados.**

Los esfuerzos de reforma deben considerar el suministro del sistema de salud y las tendencias de la demanda dentro de un mercado en un punto dado en hora, una evaluación de mercado actual debe incluir las palancas políticas y económicas disponibles para los responsables políticos, las fuerzas del mercado existentes que influyen en la forma de la curvas de oferta y demanda, y un minucioso análisis de las mayores oportunidades de valor.

## **Una mirada más cercana a las diferencias del mercado de la salud a través de los Estados Unidos**

Consideremos el medio ambiente en los Estados Unidos en 2015. La financiación de la asistencia sanitaria proviene de tres Fuentes principales: *Medicaid*, que cubre a los económicamente menos favorecidos; *Medicare*, que cubre a los ancianos; y *seguros comerciales*, que cubren principalmente los empleado.<sup>3</sup> La Ley de Asistencia Asequible (ACA), ha ayudado a reducir el número de personas sin seguro a una baja histórica, con una parte de las personas sin seguro previamente inscritas en Medicaid y otra parte inscrita en " *comercial planes* " La mezcla de las tres poblaciones aseguradas varía significativamente según su geografías, lo que sugiere que el acercamiento a las reformas se adaptará a la geografía.

Cada una de las tres poblaciones aseguradas tiene diferentes características. Por ejemplo, una gran cantidad de *Medicaid* son mujeres embarazadas, más del 48 por ciento de todos los nacimientos en los Estados Unidos. La mayoría de los cubiertos por el *Seguro Comercial* son relativamente saludable, aunque un porcentaje significativo tiene una o dos condiciones crónicas. Además, *Medicare* Los beneficiarios a menudo tienen múltiples enfermedades crónicas y Otras enfermedades asociadas con el envejecimiento.

Desde otra perspectiva, la organización del mercado de la salud varía significativamente de estado a estado e incluso dentro de los estados. Muchos estados del noreste tienen grandes sistemas de salud que ejercen un importante poder de mercado, y es de valorar sus servicios por encima de la media nacional, resultando en primas más altas para el comercial asegurado. El acompañante fragmentado del mercado pagador rara vez puede contrarrestar las demandas de precios de tales organizaciones proveedoras

iii. Por otra parte, muchas regiones del sur y los estados del medio oeste han concentrado la cuota de mercado del pagador, lo que permite a los pagadores mantener precios de proveedor más bajos.

Además de estas fuerzas de mercado variables, la autoridad reguladora de los departamentos de seguros estatales y los departamentos de salud también varían, con algunos estados, tener un historial de autoridad reguladora fuerte, como Rhode Island, y otros más limitados, como Georgia. Aquellos con un regulador más robusto, con una infraestructura sólida será más probable que conduzca políticas de Reforma al proveedor de pagos de incentivos. iv

### **La dinámica del mercado informa los enfoques de la reforma de pago.**

Estas diferencias observadas dentro de los Estados Unidos, existen en todo el mundo y afectan los objetivos de la política de salud los cuales son accionables al nivel de receptividad y receptividad del paciente. La mayoría de los pagadores, ya sea privado o público o si los municipios, estados o países, inician sus esfuerzos de reforma dentro del contexto de las dinámicas específicas del mercado. Pagadores o gobiernos debe evaluar cuidadosamente la interacción entre las oportunidades específicas que desean aprovechar y el mercado para determinar la probabilidad de éxito.

En la Parte 2, proponemos un marco para evaluar el mercado dinámico, apetitos de riesgo, y autoridad reguladora que los responsables de las políticas deberían considerar al diseñar su VBP esfuerzos de reforma.

*3 Otros programas importantes en los Estados Unidos incluyen CHIP, el Plan de seguro médico para niños que brinda cobertura de bajo costo para niños en familias no elegibles para Medicaid y beneficios cubiertos por Veterans Affairs.*

# Equilibrar los incentivos entre la oferta y la demanda.

Nuestro tercer principio rector es: **oferta y demanda. Los incentivos deben ser equilibrados como parte de cualquier reforma.** Por ejemplo, Singapur fue capaz de lograr objetivos de su política de salud asegurando que sus ciudadanos tengan fácil acceso a clínicas y profesionales de la salud capaces de manejar programas de vacunación y campañas de educación a la comunidad, mejorando así la salud de la población. Estos objetivos habrían sido mucho más difíciles de lograr si los pacientes hubieran enfrentado barreras financieras para acceder a los servicios preventivos.

Singapur podría haber pedido que se presten todos los servicios gratis, pero eso podría haber conducido a un aumento en uso del servicio en general, no simplemente los servicios que fueron crítico para el éxito. El gobierno instituyó un plan de beneficios para el plan de salud el cual eliminó la mayoría de las barreras financieras a la atención preventiva, mientras que creando costos compartidos para otros servicios. Los incentivos financieros fueron diseñados para que fueran obligados a cobrar los costos compartidos de los pacientes por los servicios si lo requería. Estas dos palancas financieras – pagos de proveedor y beneficios administrados del plan – son necesarios para incentivar adecuadamente la oferta y demanda de servicios.

En los países de Europa occidental en particular, el costo compartido es políticamente difícil de realizar. Cuando los pagadores o los gobiernos comienzan a incentivar a los proveedores para reducir el crecimiento de los costos, los incentivos para la demanda y la oferta están en desacuerdo. Esto crea tensiones y frustraciones para ambos proveedores y ciudadanos, donde la reforma exitosa no puede tener éxito sin una asociación entre los dos.

## La forma sigue la función

Nuestro último y cuarto principio guía dice: La forma del sistema de entrega siempre debe provenir de las funciones deseadas y resultados que pretende alcanzar.

Las funciones requeridas de un sistema de entrega dependen en gran medida tanto de las necesidades de la población que sirve como de los objetivos de la política de salud que se definen para ello (ver Figura1). Una vez que las necesidades y los objetivos están claros, los incentivos pueden ser diseñados para reforzar los resultados deseados, y conducir a la transformación de la forma en que la atención se entrega dentro y a través de silos de proveedores. La forma del servicio se ajustará para cumplir con el incentivo y los objetivos y la evolución a una medida que cambian las necesidades y los objetivos.

En la práctica, el proceso inverso es más común, muchas de las autoridades de gobierno comienzan con la definición de la estructura del sistema de entrega o los incentivos (la forma), a menudo trabajando desde el estado actual del sistema y el proveedor de silos continúa creciendo.

Autoridades y sistemas gubernamentales que adopten este enfoque tienden a luchar para lograr sus objetivos, creando alta atención de valor para condiciones crónicas (la función), no puede ser lograda centrándose únicamente en uno de los silos (atención primaria, por ejemplo); requiere la integración de la atención en todo los límites

organizacionales de atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, atención domiciliaria, etc. Tomando uno de estos silos existentes (forma) como punto de partida ignoran que solo puede ser responsable de una parte del total del ciclo de cuidados. También puede carecer de la flexibilidad para personalizar los servicios a las necesidades de la población que son el foco de la reforma.

Es clave reconocer que la asistencia sanitaria existente en las organizaciones están generalmente establecidas para servir a un alto conjunto de necesidades de atención divergentes, con atención limitada a si están equipados para entregar todo lo que cuidan en el mismo nivel de calidad y atención igualmente limitada a los muchos puntos de contacto diferentes entre su organización y las organizaciones que cuidan a estos pacientes en todo el mundo. Los hospitales a menudo tratan de ofrecer todo el espectro de atención en todas las especialidades médicas; mientras se concentra, la atención del cáncer en hospitales especializados puede aumentar la calidad y reducir el costo de la atención del cáncer significativamente. Del mismo modo, la organización óptima de atención primaria puede que no haya un grupo de doctor (es) que vea en una sala de espera llena de pacientes a uno por uno. Repensando las estructuras organizativas existentes dentro de los silos, entonces, es clave a la hora de partir que el sistema de cuidado de salud se cumpla.

El pago, y en particular los acuerdos VBP, es una forma de alinear los incentivos con los resultados deseados, que se ajusta bien con el enfoque de dejar que la función conduzca. Sin embargo, los acuerdos de VBP no son herramientas para imponer un diseño particular del sistema de entrega. No hay un solo VBP, un arreglo que es innatamente mejor que otro o que todos los pagadores y los proveedores deben aspirar a adoptar. Más bien, hay varios tipos de acuerdos de VBP, cada uno de los cuales es adecuado para tipos específicos de pacientes y objetivos de resultados. Estos acuerdos deben adaptarse a la política local, objetivos y condiciones del mercado.

La figura 1 ilustra este concepto. Primero y ante todo, Gobiernos, pagadores u organizaciones del sistema de salud debe comenzar por mirar a las poblaciones de pacientes que va a servir, las funciones clínicas que se requieren para cumplir con las necesidades de la población, y la calidad financiera deseada en los resultados. Es importante obtener una visión holística mirando al costo y resultados por condición o necesidad del paciente en todos los proveedores a partir de ahí, el VBP apropiado. La estructura puede ser seleccionada y aplicada. En la sección tres de este documento, el estudio de caso sobre la reforma de Medicaid programa en el estado de Nueva York ilustra este enfoque.

# La forma sigue la función (Cont)

## **Una mirada rápida a la reforma de entrega en Singapur e Inglaterra**

Cuando los líderes gubernamentales se dispusieron a reducir el impacto en las áreas rurales de enfermedades transmisibles, delinearon objetivos claros de resultados y los componentes requeridos para que el sistema los atienda. Posteriormente, tomaron tiempo para crear un esquema de compensación para los proveedores que reforzaría la importancia y alentaría a la organización en torno a esos objetivos. Los resultados de las clínicas para pacientes ambulatorios con base en la comunidad son reconocidos, dado que los resultados sólidos continúan evolucionando y cambiando las necesidades de los pacientes.

Cuando el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) decidió mejorar la coordinación de la atención médica en todo el país, instituyó estructuras que actualmente se conocen como Grupos de Comisionamiento Clínico (CCGs). El objetivo principal de CCGs es encargar servicios de atención médica para satisfacer las necesidades de las poblaciones locales del país y administrar los costos de la atención dentro de un presupuesto específico, incluida la atención especializada y para pacientes hospitalizados. Como tal, ellos operaban de manera muy parecida a los grupos totalmente capitulados, con los incentivos apropiados para mejorar el valor del cuidado que contratan para sus poblaciones. Sin embargo, el presupuesto existente y la gobernanza del proveedor cuentan con regulaciones que excluyeron de su control los presupuestos de atención primaria y terciaria, y limitaron su capacidad para contratar proveedores no establecidos.

La diferencia clave entre estos dos enfoques es el punto de partida de los esfuerzos de reforma. Singapur comenzó por definir al paciente y la población, los objetivos de resultados y las funciones necesarias para servir a ellos, dejando a los proveedores (en cualquier forma) en libertad para definir las estructuras que serían necesarias para ayudar a cumplir con estos objetivos y brindar los servicios estipulados. El NHS inglés pretendía alcanzar objetivos muy similares, pero diseñó sus reformas al intentar proteger su sólida infraestructura de atención primaria, y garantizar que las funciones de atención terciaria supra-regional no desestabilice la estructura del sistema, por esta razón se estructuró los CCGs (el formulario), sin embargo se diseñó de una manera que limita su capacidad para lograr la función para la cual se habían establecido.

## 2 Un marco de evaluación para la reforma de pagos.

**El éxito de la reforma de valorización y los esfuerzos dependen del impacto potencial de la dinámica del mercado, el apetito de riesgo de los diferentes actores que dan forma al mercado, y el entorno normativo actual.**

Para evaluar estos factores, ofrecemos siete dimensiones dinámicas de mercado, factores de riesgo y consideraciones regulatorias que interactúan y crean una compleja red de intereses. Para facilitar una navegación más sencilla e integración de estas dimensiones, ofrecemos un marco para ayudar a que los políticos determinen si las dinámicas actuales son propicias a la reforma del sistema de pagos y entregas.

## Concentración de mercado

Una consolidación más fuerte en el lado del proveedor o del pagador puede ralentizar el ritmo del cambio. A la inversa, un mercado altamente fragmentado también dificulta la transformación del progreso, a menos que los pagadores trabajen en colaboración como se ilustra a continuación, hay menos riesgo de reformar los esfuerzos cuando el pagador del mercado está consolidado. Por lo tanto es, importante entender que la concentración, y las propiedades del mercado para mitigar los riesgos de la implementación de la reforma.

Mercado de proveedores de alta concentración	En un mercado de proveedores altamente consolidado, la reforma de pago solo puede ser posible con la aceptación explícita de las organizaciones proveedoras. También es importante tener en cuenta la función específica que requiere atención (Figura 1). Enfocarse en todas las funciones simultáneamente (como la agrupación de pagos en el modelo de Organización de Atención Responsable (ACO)) tiende a estimular una mayor consolidación y "fusión" de los diferentes silos. Sin embargo, la concentración tiende a impulsar los aumentos de precios tanto en los sistemas de salud privados
--	---

	como en los mixtos, mientras que la promesa de mejorar la calidad rara vez se cumple. Enfocarse en una función específica (cuidado crónico, cuidado del cáncer) a través del continuo de cuidado crea una dinámica de mercado muy diferente, desafiando los silos en sí mismos y facilitando la entrada de nuevos partidos en el mercado.
--	---

Baja concentración de Mercado de proveedores	Una menor consolidación de proveedores reduce el "poder de negociación" de los opositores potenciales para reformar en la comunidad de proveedores, donde las reformas pueden alinearse mejor con los intereses de algunos proveedores más que otros. Además, la consolidación del proveedor puede ser tan baja que la integración de la atención en todo el proceso puede verse obstaculizada, por ejemplo, la falta de interoperabilidad de los sistemas de registros médicos y la capacidad de integrar información para permitir una mejor medición del flujo y resultados del paciente.
--	--

Alta concentración Mercado pagador	En los mercados altamente consolidados o de "pago único", el ritmo de cambio será dictado por la capacidad del pagador para implementar el nuevo modelo de pago y por el proveedor sobre el impacto financiero de esa reforma. Si el gobierno es el único pagador, los mismos principios son verdaderos, porque cuando el gobierno cambia de política, afecta a todo el mercado del proveedor como resultado, las apuestas son más altas para el lado de la oferta, que tenderá a aumentar la resistencia al cambio en lugar de las negociaciones, la resistencia probablemente resulte en acción, lo que puede hacer que un solo pagador sea aún más reacio a impulsar el cambio.
------------------------------------	--

Baja concentración Mercado pagador	En mercados de pagadores fragmentados, el impacto de la reforma de pagos en cualquier proveedor individual podría ser insignificante, disminuyendo así la probabilidad de que los pagadores impulsen la transformación. Si pagadores están incentivados a colaborar y concentrar los ingresos que representar el apalancamiento contra el proveedor (que en la práctica generalmente requiere la intervención del gobierno), el progreso de la reforma probablemente se acelere.
------------------------------------	--

El acceso a los datos es crítico para la reforma de pagos si el mercado de proveedores está fragmentado o consolidados, los proveedores tienen un significativo incentivo para resistir el intercambio de datos del paciente a retener. Del mismo modo, los pagadores son reacios a compartir datos por miedo a perder ventaja competitiva, lo asimétrico del

acceso a los datos del paciente crea una significativa barrera a la continuidad del cuidado, a la calidad y la seguridad de la atención, y la medición de resultados (tanto de calidad como de costo). Existen opciones políticas específicas que se pueden tomar para mitigar este efecto. Uno es mandar y/o incentivar financieramente el flujo de salud. La información a través de intercambios que actúan como repositorios centrales y las cámaras de compensación son controladas localmente, o a nivel nacional para garantizar la neutralidad del mercado. Otra opción política es legislar la propiedad de los datos de salud de los pacientes y el mandato de que todos los registros clínicos se pondrán a disposición del paciente o una persona designada. Ambas opciones estimulan la estandarización de los formatos de datos, que, aunque a menudo son difíciles de lograr, se acelerarán rápidamente una vez que los incentivos financieros están firmemente en su lugar.

---

Pag 13

## Elasticidad de la cadena de suministro.

La reforma de pago y la transformación están mejor habilitadas en mercados con alta elasticidad de la cadena de suministro, lo que significa que los precios pueden adaptarse rápidamente a las demandas del mercado. En los mercados donde la oferta es inelástica, se debe dedicar una atención considerable a los esfuerzos de reforma que abren el mercado a una mayor competencia o que crean una trayectoria de planeo que permite la transformación sin interrupciones repentinas de los proveedores existentes. En general, la elasticidad de la cadena de suministro depende en gran medida del grado de consolidación y de la sensibilidad al efecto neto de los incentivos en el programa de pago alternativo.

El argumento a menudo escuchado de que la reforma no es posible porque no hay suficientes profesionales disponibles tiende a ser falso, especialmente con respecto a los médicos en los países occidentales. En la mayoría de los casos, los patrones de trabajo tradicionales son altamente ineficientes y una mayor delegación de tareas a las enfermeras u otros profesionales tiende a eliminar o reducir en gran medida el problema de la escasez de médicos. Dichos desafíos en la fuerza laboral pueden y deben ser una consideración clave en el diseño de la reforma en primer lugar.

En el fomento de la elasticidad de la cadena de suministro en una configuración rural, el tema de la oferta inelástica es el más común en las zonas rurales. Considere una región rural en la que solo hay una instalación de cuidados intensivos. Los responsables políticos pueden haber observado que los resultados para los pacientes con



enfermedades crónicas están por debajo del promedio. Por lo tanto, los formuladores de políticas lanzan un nuevo programa voluntario destinado a mejorar los resultados mediante la definición de medidas de calidad y la evaluación de los costos de la atención. También lanzan un programa de pago alternativo que podría producir márgenes sustanciales por paciente cuando se evitan las hospitalizaciones y las exacerbaciones agudas. El centro de cuidados agudos, que recientemente ha pedido dinero prestado para aumentar su capacidad de camas hospitalarias, probablemente dejará de participar en el nuevo programa. El éxito del programa, por lo tanto, dependerá casi totalmente de la flexibilidad de los proveedores de atención ambulatoria para organizarse para atender a pacientes con enfermedades crónicas. Si esos médicos son empleados por el hospital, es poco probable que la iniciativa tenga éxito. Si son independientes, entonces probablemente podrán participar en la iniciativa.

---

## Elasticidad de la demanda

El efecto del precio que los pacientes tienen que pagar sobre el consumo de atención médica se ha investigado exhaustivamente, y la investigación sugiere que la elasticidad es significativa, en particular para los diagnósticos de tratamientos no urgentes o electivos. Una de las razones por las que países como Singapur mantienen un alto costo compartido, asegura que los cambios en la aceptación del consumidor en el mercado les permitan "votar con los pies". La elasticidad de la demanda se ve afectada por una serie de factores: la agudeza de la necesidad, la disponibilidad de información para respaldar las elecciones informadas, y el grado en que los pacientes comparten el costo médico. En circunstancias en las que la atención es crítica, la demanda tenderá a ser altamente inelástica, por lo que será necesario valorar la evaluación del paciente. Para la atención crítica, los pagadores y los responsables políticos deben desempeñar un papel clave para garantizar que los costos asociados de calidad continúen, y los costos asociados continúen reflejando el valor para los pacientes a los que se les ha dado la incapacidad de "votar con los pies" en las situaciones más críticas y agudas.

Para otros tipos de atención, como los tratamientos y diagnósticos no urgentes y optativos, la disponibilidad de información relevante sobre precios y calidad para los pacientes tiene el potencial de mejorar en gran medida la elasticidad de la demanda. En este caso, los formuladores de políticas deben apuntar a poner a disposición información relevante sobre costos y calidad para que los pacientes puedan tomar decisiones racionales e informadas. Sin embargo, hay muchos factores que pueden impedir la transparencia de los datos, lo que reduce la capacidad del paciente para

tomar decisiones informadas o la capacidad del sistema para respaldarlos. Por ejemplo, si los datos del paciente no fluyen de un médico a otro, la elasticidad se reduce. Si los pacientes tienen que gastar tiempo y energía considerables para transferir sus registros médicos, esto desalentará el cambio de proveedores. Los responsables de la formulación de políticas deben, por lo tanto, ser conscientes de la importancia de proporcionar a los consumidores un acceso fácil a dichos datos de precio y calidad y exigir el flujo continuo de datos de pacientes y entre proveedores.

Por último, desde el punto de participación en los costos para aumentar la elasticidad de la demanda, el equilibrio entre una mayor elasticidad de la demanda y la asequibilidad (para que las personas de bajos ingresos no puedan acceder a la atención tan necesaria) es esencial para garantizar el acceso a la atención adecuada. Esto se puede gestionar, por ejemplo, teniendo un sistema de seguro público / privado con componentes de costo compartido bien diseñados, eliminando así las barreras a la atención preventiva, desalentando la utilización innecesaria y permitiendo la elección del proveedor.

Acceso a información alineada con la atención del paciente, no con el proveedor. La disponibilidad de información puede potenciar los pacientes a través de la transparencia en el valor de servicios que ofrecen los proveedores. Sin embargo, para la mayoría de las jurisdicciones, esta información, como la de los sistemas comprende los precios de cada parte constitutiva del cuidado. En su forma más básica, la transparencia en los costos de un CT individual escáner o visita al médico debe estar disponible y comparable contra otros proveedores. En una situación de información madura e integrada, los consumidores-pacientes tienen visibilidad de los costos, la calidad y los resultados alineados con la atención que brindan.

## La necesidad de volumen.

El valor de recompensa y contratación requiere volúmenes suficientes de pacientes para poder medir los resultados de impacto a través de la atención continua, y evitar el riesgo financiero. El tamaño (medido tanto en número de población como en dólares gastados) de un sistema o mercado local de atención médica influirá en la naturaleza y el enfoque de una reforma de pago efectiva.

Pequeños mercados	Grandes mercados	
En mercados con tamaños de población más	En los mercados con gran tamaño de población, hay	

<p>pequeños, puede ser difícil lograr volúmenes adecuados, especialmente para acuerdos de pago centrados en subpoblaciones o (combinaciones de) condiciones. Las estrategias para mitigar esto se describen a continuación.</p>	<p>más flexibilidad para introducir acuerdos de pago más específicos, pero el riesgo para los proveedores aumenta, ya que el valor absoluto de las pérdidas potenciales en las que se incurre aumenta con el tamaño de la población. Y cuando hay mucho en juego, comprometer a los proveedores en una iniciativa que se vuelve más difícil. Las estrategias para mitigar la preocupación de los proveedores sobre la reforma de pagos incluyen:</p>	<p>El riesgo de volúmenes bajos: el "efecto de variación aleatoria".</p> <p>El "efecto de variación aleatoria" se puede considerar como la suerte del sorteo, que representa la selección adversa de pacientes con resultados negativos, aunque el número total de pacientes con resultados negativos en toda la población es predecible y manejable. En otras palabras, los pacientes rara vez se distribuyen de manera uniforme entre los proveedores, y algunos proveedores pueden</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluyendo médicos con un número razonable de pacientes seleccionados (teniendo en cuenta que esto podría reducir significativamente el número de proveedores en la iniciativa)</li> <li>• Agrupando médicos, virtualmente o mediante consolidación real.</li> <li>• Estableciendo corredores de riesgo que limite el potencial de pérdida en caso de resultados negativos.</li> <li>• Enfocar las reformas de pago en arreglos más simples (como los modelos capitulares) que abarcan grupos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduando el riesgo de pérdida, iniciando, por ejemplo, con solo el potencial de ganancia</li> <li>• Introduciendo el potencial de pérdidas a lo largo del tiempo, equilibrado contra la oportunidad de lograr mayores ganancias.</li> <li>• Creando corredores de riesgo que limiten potencial de pérdida al limitar los montos de pérdida para cada caso individual y en todos los casos a través de reaseguros de mayor riesgo.</li> </ul>	<p>terminar con una mayor proporción de pacientes que incurren en un resultado negativo. Cuanto mayor sea el volumen, mayor será la probabilidad de que la combinación de pacientes de los proveedores coincida con la de la población más grande.</p>

<p>pacientes más grandes, en lugar de análisis de las estructuras de pago en paquetes de atención más pequeños y específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar los acuerdos de pago basados en el valor para cada entidad contratante (hospital, ACO, grupo de médicos) según el tamaño de la población.</li> </ul>		
---	--	--

## Demografía de la población

La demografía de la población determinará en gran medida qué tipos de acuerdos de pago basados en valor tienen sentido. Esto podría variar considerablemente de una región a otra e incluso dentro de ciudades más grandes. Con el fin de hacer coincidir correctamente los tipos de VBP con la población, la capacidad de analizar los datos de la población y las reclamaciones para detectar áreas más importantes de oportunidad de valor serán imperativas para todos y cualquier esfuerzo de reforma, alineado con cada una de las subpoblaciones que conforman la población más amplia.

Por ejemplo, Medicaid en los Estados Unidos cubre a todas las madres jóvenes y recién nacidos. Un paquete de maternidad dentro del programa de Medicaid, que incluye el embarazo, el parto y los primeros 30 días del recién nacido, por lo tanto, sería un arreglo muy apropiado. A la inversa, la población de 65 años y más que está asegurada por Medicare se beneficiaría de los arreglos que se dirigen a enfermedades crónicas que ocurren con frecuencia en un paquete integral.

# Transferencia de riesgo

Al diseñar nuevos modelos de cobertura de pagos y planes para los miembros, los encargados de la formulación de políticas deben comprender en qué medida los riesgos financieros se transfieren de los pagadores a los proveedores o pacientes con cuánta capacidad tienen estos actores del mercado para gestionar ese riesgo. Cuando se trata de la transferencia, es importante tener en cuenta nuestro principio rector de equilibrar los incentivos entre los grupos de la demanda y de la oferta.

## **Riesgo de equilibrio entre Proveedores, pacientes y pagadores**

La manera en que se diseñan los incentivos financieros para influir en la demanda y la oferta de los servicios de salud se basa, ya sea de forma implícita o explícita, en una decisión fundamental de cómo asignar el riesgo entre los tres agentes principales en el mercado de la salud: terceros pagadores, proveedores, y pacientes. En su mayor parte, los países europeos han aceptado que la mayor parte del riesgo financiero recaerá en el tercer pagador principal, en la mayoría de los casos el Estado. Estos pagadores cambian cada vez más la responsabilidad de los proveedores, pero la mayoría de los pacientes están protegidos del riesgo significativo. Los países como Singapur, por otro lado, han dividido el riesgo entre pagadores y pacientes en un esfuerzo por influir en la demanda de servicios.

## **Riesgo del proveedor**

---

Alejarse de los modelos de pago de tarifa por servicio (FFS), los proveedores asumirán una mayor parte del riesgo financiero del sistema. En los esquemas de pago, como los presupuestos globales per cápita, los proveedores asumen todo el riesgo financiero asociado con una población asignada y son responsables de los costos de atención que superan el presupuesto global.

## **Riesgo del paciente**

---

La cobertura del beneficiario del plan de salud transfiere cierta carga financiera al paciente. Los planes de indemnización pura, que son similares a los planes de cobertura catastrófica, transfieren aún más riesgo financiero a los pacientes.

## **Riesgo pagador**

---

La necesidad de prestar atención a la transferencia de riesgos se mantiene vigente tanto si existe un sistema de pagador único como si no. Por ejemplo, en Singapur, el gobierno decidió hace mucho tiempo que los beneficiarios de los seguros de salud deberían asumir una parte significativa del riesgo financiero para crear cierto control sobre la demanda de servicios de salud. Por el contrario, cuando se trata de Gran Bretaña y su sistema de salud o Medicaid en los Estados Unidos, los gobiernos han optado por aislar a los beneficiarios de la mayoría de los riesgos financieros. Los responsables de la formulación de políticas deben ser conscientes de las limitaciones de la transferencia de riesgos derivadas de las restricciones reglamentarias, la negociación colectiva, las normas culturales o simplemente el diseño del sistema de entrega.

---

Pag. 18

# Transferencia de riesgo (Cont.)

Los responsables de la formulación de políticas deben ser sensibles a los tres tipos de riesgo en la atención de salud, qué produce esos riesgos y la medida en que desean distribuirlos, parcial o totalmente, a los diversos agentes del sistema. Estos tres riesgos son:

## **Riesgo de seguro**

Probabilidad de que ocurra un evento de salud. Características específicas del paciente combinadas con la salud. Las pólizas relacionadas tienen el mayor impacto en el riesgo del seguro. Por ejemplo, la frecuencia de embarazos y partos es una función de la edad de la población asegurada y las políticas nacionales, reproducción alentadora o desalentadora.

## **Riesgo técnico**

Nivel de excelencia profesional con el que se gestiona un evento sanitario. Por supuesto, la habilidad del proveedor tiene el mayor impacto en el riesgo técnico, pero el

comportamiento del paciente también tiene un efecto de influencia. Por ejemplo, la habilidad de un médico para controlar la diabetes de un paciente se reducirá si el paciente no cumple con las recomendaciones de cuidado personal, como controlar el peso y hacer ejercicio.

## **Riesgo de elección-utilidad**

Es el fenómeno donde los pacientes deciden entre gastar dinero en servicios de salud o diferir el tratamiento por el bien de otro bien y/o servicio.

La decisión de si o no, en qué medida y a quién distribuir estos riesgos influye en gran medida en los tipos de reformas de incentivos que deben instituirse tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda.

En general, cuanto más asuman los proveedores el riesgo de seguro y el riesgo técnico, mayor será el énfasis en las restricciones del lado de la oferta. Desde una perspectiva presupuestaria general, el cambio de riesgo a los proveedores puede tener éxito en mantener el crecimiento de los costos bajo control, pero a menudo esto se hace a expensas de las listas de espera y la limitada innovación organizativa. Cuanto mayor sea el riesgo de elección-utilidad que se transmite a un paciente, mayor será el énfasis en las restricciones del lado de la demanda.

Cambiar el riesgo para el paciente también puede ser una forma de controlar el crecimiento de los costos. En este caso, sin embargo, los pacientes pueden no consumir adecuadamente la atención. Un ejemplo de esta última política es la combinación de pagos de tarifa por servicio a proveedores en los Estados Unidos junto con planes de salud para consumidores con deducibles altos. Esa política refleja un deseo de controlar los costos a través del auto racionamiento del consumidor, que muchos estudios han demostrado ser efectivos. Al igual que en el caso anterior, el desafío es que la mayoría de los consumidores que se auto gestionan no distinguen la atención de alto valor de la atención de menor valor. Además, el sistema de pago de tarifa por servicio incentiva a los proveedores a atraer pacientes, sin tener en cuenta si la atención brindada agrega valor desde la perspectiva del paciente o no.

Está claro que la intersección de los intereses del proveedor y del paciente puede reforzar los comportamientos productivos y disminuir el riesgo general, o fomentar lo contrario.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Puede encontrar más información sobre este tema en el Instituto de Mejora de Incentivos para el Cuidado de la Salud (una parte de la publicación de Altarum Institute), "Mejora de los incentivos para la motivación libre" (URL <http://www.hci3.org/content/improving-incentives-free-motivation>).

# Autoridad reguladora

Las autoridades reguladoras, en las que incluimos los mecanismos que usan los gobiernos para administrar los presupuestos de atención médica, tienen un gran impacto en la forma en que operan los mercados de atención médica. Las regulaciones gubernamentales sobre el acceso a los seguros, por ejemplo, determinan en gran medida el riesgo del paciente. Incluso en los EE. UU., el mercado de la atención médica está profundamente configurado por la forma en que Medicare y Medicaid administran los presupuestos (generalmente silo por silo) y los marcos regulatorios correspondientes que solidifican aún más estos silos. Por lo tanto, las autoridades reguladoras tienen la capacidad de canalizar las fuerzas del mercado para hacer o deshacer la reforma del pago, estimulando u obstruyendo el enfoque en la función sobre la forma, e impactando e incluyendo cómo se transfiere el riesgo entre los diferentes actores del mercado.

Las autoridades reguladoras deben establecer condiciones para los arreglos de VBP (mediante la creación de definiciones de episodios estándar, definiciones de (sub) población y medidas de resultado) para garantizar que los incentivos financieros estén bien alineados con la realización de resultados de alta calidad y la prestación eficiente de la atención. La clave es evitar que la "forma" finalmente prevalezca sobre las funciones específicas mediante el afianzamiento de los silos de proveedores existentes y otras estructuras de mercado inflexibles. Esto crea un campo de juego más nivelado para que la innovación del proveedor y el pagador se desarrolle.

Las autoridades reguladoras pueden tomar acciones adicionales. Por ejemplo, si la consolidación de mercado significativa reprime la competencia y reduce la adopción por parte de proveedores y pagadores de modelos de pago alternativos, puede estar violando las leyes antimonopolio. Además, las autoridades pueden reducir las barreras potenciales a la migración de pacientes al exigir intercambios de información de salud, así como la publicación de informes de precios y calidad para diferentes organizaciones proveedoras. Finalmente, las autoridades tienen la capacidad de anular las regulaciones que prohíben los acuerdos financieros entre proveedores o que imponen cargas significativas de prueba antes de permitir que los proveedores entren en modalidades de pago que impliquen pérdidas y ganancias financieras. Es un hecho desafortunado que este tipo de regulaciones pueden alentar inadvertidamente la consolidación de proveedores, lo que, con el tiempo, conducirá irónicamente a una disminución de la competencia.



La complejidad de la reforma de pagos aumenta con el número de autoridades reguladoras. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los departamentos estatales de seguros regulan la medida en que los proveedores pueden asumir el riesgo financiero en los esquemas de pago. A la inversa, el Departamento Federal de Justicia y la Comisión de Comercio gobierna la forma en que los proveedores interactúan y la medida en que pueden participar en los ingresos y ganancias compartiendo arreglos. El desafío resultante es encontrar vías de reforma de pago que se ajusten a los límites legislativos de ambas autoridades.

---

Pag. 20

# Ejecución del marco de la reforma de pagos.

Comprender el contexto en el que se desarrollará una transformación del mercado es un ingrediente esencial para una reforma exitosa de los pagos. Algunas dinámicas son fijas o, por lo menos, difíciles de cambiar. Otros pueden ser influenciados. Con el tiempo, el éxito o el fracaso de una intervención crearán sus propios efectos, dando vueltas para modificar la dinámica del mercado una vez más y, por lo tanto, crear más oportunidades.

En la siguiente sección, exploramos a través de estudios de casos cómo se desarrolla esta dinámica y destacamos dónde se instituyen los aspectos de nuestro marco propuesto.

---

Pag. 21

# 3. Enfoques a la reforma de pagos - estudios de caso

## El programa de reforma de pagos de Medicaid del estado de Nueva York

El sistema de salud de los Estados Unidos es uno de los más caros del mundo, aunque se queda atrás de la mayoría de los demás países occidentales en cuanto a calidad.

Alrededor del 40 por ciento del gasto total en atención médica en los Estados Unidos se atribuye al programa de Medicaid financiado por el gobierno federal y estatal (para personas y familias con bajos ingresos) y al programa de Medicare financiado con fondos federales (para personas mayores de 65 años). Dentro de Medicaid, el estado de Nueva York tiene algunos de los costos más altos en el país, con solo resultados de salud promedio, y un desempeño inferior al promedio en la prevención y el uso y los costos evitables en el hospital. Nueva York atiende a la segunda población de Medicaid en el país (aproximadamente seis millones de beneficiarios), y gasta alrededor de \$ 60 mil millones anuales en su atención médica, lo que hace que Medicaid sea el mayor pagador en el estado.

Después de implementar una serie de políticas de control de presupuesto exitosas en 2010, el Estado de Nueva York dirigió su atención al rediseño del sistema de entrega y la reforma de pagos en 2014. Para ese momento, los costos de Medicaid se habían reducido como resultado de las políticas presupuestarias, pero los desafíos permanecieron. Por un lado, el sistema de entrega estaba muy fragmentado, con un énfasis excesivo en la infraestructura hospitalaria y una clara subinversión en un entorno sólido de atención primaria y comunitaria. Por otro lado, la calidad de la atención se mantuvo en la mitad inferior de las clasificaciones nacionales en muchas

áreas. Las Organizaciones de Atención Administrada de Medicaid (MCO, planes de salud que contratan atención para sus miembros) del estado de Nueva York continuaron pagando a sus proveedores contratados en un esquema de tarifa por servicio, con algunos ejemplos de acuerdos más avanzados agrupados o capitulados que se encuentran en todo el estado.

Muchos de los problemas actuales del estado (fragmentación de la atención, altas tasas de readmisión) están arraigados en la estructura del sistema de entrega, que a su vez es una consecuencia de la estructura de pago de tarifa por servicio. Siempre que una readmisión evitable sea recompensada más que una transición exitosa a la atención domiciliaria integrada, y mientras los proveedores dependan principalmente del volumen de servicios que prestan para mantener sus flujos de ingresos, la atención eficiente y de alta calidad sigue siendo una batalla cuesta arriba.

Además de la desafiante estructura del sistema de entrega y el sistema de pago de tarifa por servicio, Nueva York enfrenta otros desafíos prácticos:

### **Distribución desigual de la población.**

La población de Medicaid en el estado no se distribuye igualmente. Aproximadamente la mitad de los seis millones de beneficiarios viven en el área de la ciudad de Nueva York. El resto de los beneficiarios se distribuyen en el resto del estado donde las densidades de población son más bajas y la distribución de los servicios a menudo es más escasa.

### **Resultados deficientes de salud**

La población de Medicaid se caracteriza típicamente por altas tasas de enfermedades crónicas, salud del comportamiento y problemas de abuso de sustancias en todo el mundo, aunque existen muchas variaciones a lo que principalmente impulsa los costos de atención médica entre regiones e incluso entre vecindarios en las áreas más densamente pobladas.

### **Distribuciones sesgadas de proveedores**

La densidad y la especificidad de las organizaciones proveedoras emulan la de la población: en áreas escasamente pobladas áreas, como es el caso de la montañosa North Country, existe una relativa falta de recursos de atención médica en comparación con la abundancia relativa en el área metropolitana de la ciudad de Nueva York. La distribución sesgada de proveedores y población caracteriza la necesidad de enfoques de reforma a medida, ya que las necesidades del paciente y la capacidad para adaptar las redes de atención variarán enormemente según la geografía.

# El programa de reforma de pagos de Medicaid del estado de Nueva York

(Continuación.)

Como parte de su Programa de Pago de Incentivos para la Reforma del Sistema de Entrega (DSRIP, por sus siglas en inglés), que se inició en 2014, Nueva York se comprometió a transformar el 80-90% de sus pagos de Medicaid MCO en sistemas sin cargo por servicio que recompensa el valor sobre el volumen mediante 2020. Los detalles del plan de transformación se presentaron en un plan de valor de cinco años. La Hoja de Ruta de la Reforma de Pagos basada en junio de 2015.<sup>5</sup> Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y las principales partes interesadas (MCO, proveedores, sindicatos y organizaciones de pacientes) colaboraron activamente en su creación. Esto ayudó a asegurar la participación en el proceso de reforma desde el principio, al tiempo que abordaba las inquietudes de los proveedores y MCO con respecto a la velocidad y la escala de los impactos de la reforma.

Hay al menos tres ingredientes clave incorporados en la Hoja de ruta del estado de Nueva York que caracterizan el enfoque de la reforma de pago.

## **1. La Hoja de ruta no presenta un único enfoque de la reforma de pago**

La Hoja de ruta comienza con una visión clara de las funciones que una entrega integrada debería poder proporcionar a su población junto con un conjunto claro de resultados por función, que posteriormente se traducen en acuerdos VBP relevantes. Como se sugirió anteriormente, las definiciones de estos acuerdos de VBP están estandarizadas y son independientes de los silos de proveedores existentes. Ejemplo de acuerdos VBP incluyen:

### – **Cuidado de maternidad**

Atención de maternidad Medicaid paga el 50 por ciento de todos los nacimientos en el estado. Para mejorar la atención de maternidad (al lograr una reducción en la mortalidad materna y neonatal, menos nacimientos prematuros, embarazos mínimos en la adolescencia, mejor acceso a la atención prenatal y educación), se creó un paquete de maternidad para cubrir la atención durante el embarazo, el parto y el primer mes de vida del recién nacido.

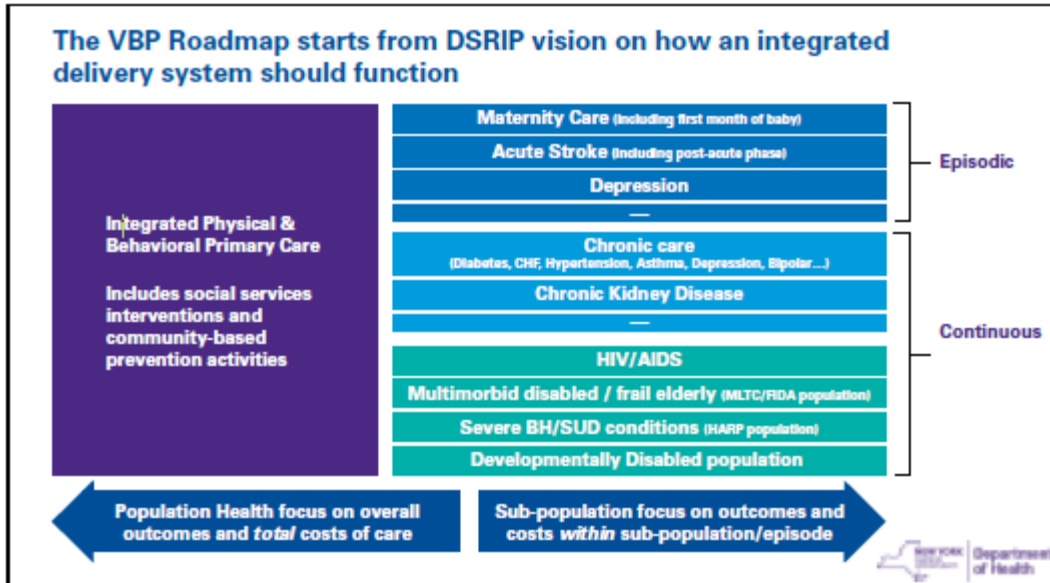
– **Cuidado Crónico**

Las condiciones crónicas son altamente prevalentes entre los beneficiarios de Medicaid. Existe la necesidad de integrar la atención crónica, reducir las exacerbaciones y las complicaciones a través del manejo de la enfermedad, la coordinación de la atención, el mejor cumplimiento de la medicación y las intervenciones relacionadas con las malas condiciones de la vivienda. Con este fin, el programa DSRIP ideó una lista de episodios crónicos específicos (ambos comportamientos físicos). Como la morbilidad múltiple es la norma, los episodios múltiples se tratan, de forma predeterminada, con un precio como un paquete crónico integrado. Finalmente, como parte de la estrategia más amplia de NYS Medicaid para fortalecer la atención primaria, el paquete crónico se incluirá en el contrato de atención primaria integrada.

– **VIH / SIDA**

La prevalencia del VIH / SIDA en Nueva York sigue siendo relativamente alta, aunque el número de pacientes que han mantenido su carga viral baja ha mejorado, para realmente terminar la epidemia se requiere de una aplicación agresiva de principios de atención óptima: seguimiento de casos no detectados, asegurar que los pacientes con VIH estén en la forma adecuada en los regímenes de medicamentos, y el aumento del uso de pre-exposición profilaxis (PrEP) para aquellos que están en mayor riesgo. Para estimular un mayor desarrollo de un sistema integrado de distribución, una subpoblación de VIH / SIDA fue definida, para servir a esta subpoblación implica asumir riesgo por su costo total de atención, por ejemplo, a través del VIH / ACO del SIDA con incentivos separados para reducir la incidencia de nuevos casos de VIH / SIDA.

*Figura 3 - Marco de la Hoja de ruta del pago basado en el valor de Nueva York*



# El programa de reforma de pagos de Medicaid del estado de Nueva York

(Continuación.)

**2. La hoja de ruta permite que las organizaciones de atención administrada “MCO” y los proveedores elijan el nivel de riesgo que los proveedores implicados pueden asumir.** Dada la gran variación en la madurez y los niveles de integración entre los proveedores estatales de Medicaid, no todos los proveedores pueden iniciar el viaje de pago basado en el valor con el mismo riesgo. Al ofrecer opciones, las MCO y los grupos de proveedores podrán organizar sus propias rutas exitosas de reformas. Al final de la transformación de cinco años para 2020, más del 80 por ciento de los pagos de MCO a los grupos de proveedores deberían ser capturados por los acuerdos de Nivel 1, y más del 35 por ciento por los acuerdos de nivel 2 o superior (consulte la Figura 4 a continuación).

**3. La Hoja de ruta aborda la totalidad de los Programas de Medicaid de una manera holística, en lugar de crear piezas para enfocarse primero.** Parte de la razón por la que el Estado de Nueva York puede adoptar este enfoque es porque es la única entidad que financia todas las MCO de Medicaid y tiene la autoridad reguladora para especificar los principios y objetivos de VBP en sus contratos con estos planes de salud. Dirigiendo el programa completo, el proceso de reforma en realidad se vuelve menos complejo para los proveedores y los planes para administrar, ya que elimina la necesidad de dos administraciones diferentes (una para la antigua y otra para la nueva).

En el primer trimestre de 2016, el Departamento de Salud las MCO y los proveedores de todo el estado iniciaron los primeros proyectos piloto a gran escala para probar el proceso de reforma de pagos y ayudar a ajustar los diversos parámetros financieros y las medidas de calidad. La implementación a gran escala comienza en 2017.

### Acceso a los datos de Medicaid

Dada la naturaleza fragmentada del mercado de Medicaid en Nueva York, el estado determinó que existe una necesidad apremiante de que desempeñen un papel central en el intercambio de datos. La Hoja de ruta de VBP presenta un plan para una plataforma de análisis y datos administrados por el estado, que brindará a los proveedores y MCO acceso directo y seguro a los datos más recientes en el almacén de datos de Medicaid del estado. Hará que la información del valor (costo y calidad) de la atención prestada en todos los acuerdos de VBP instalados sea transparente. Debido a la importancia de esta información para los pacientes y otras partes interesadas, el estado no solo proporcionará esta información a los contratistas de VBP y a las MCO que contratan estos acuerdos de VBP, sino a todos los proveedores y MCO.

*Figura 4 - Niveles de pago basados en el valor del estado de Nueva York*

Nivel 0 VBP No cuenta como VBP en el NYS Medicaid VBP Roadmap	Nivel 1 VBP	Nivel 2 VBP	Nivel 3 VBP (solo posible después de la experiencia con Nivel 2; requiere PPS maduro)
FFS con bonificación y / o retención basada en la calidad puntuaciones	FFS con ahorros compartidos solo al alza disponible cuando las puntuaciones de resultados son suficiente	FFS con riesgo compartido (alza disponible cuando puntajes de resultados son suficiente)	Capitación prospectiva PMPM o Bundle (con componente basado en resultados)

	(Para PCMH / APC, FFS puede ser complementado con subsidio PMPM 7)		
--	--	--	--

Habilitación de la reforma del sistema en Alzira, España.

Las presiones financieras de España comenzaron a impactar su sistema de salud en la década de 1990.

El país tenía un sistema de atención médica universal difícil de manejar y financiado con fondos públicos, que se brindaba a través de una infraestructura envejecida. En algunos casos, como en el distrito de Alzira en Valencia, no existía una infraestructura física para la atención aguda y especializada, ni había vínculos entre los proveedores de atención primaria, aguda y especializada, lo que hacía que los pacientes se auto-navegaran.

En el sistema de libre acceso encargado de mantener la integridad de un sistema universal y de acceso público, a la vez que se mitigaba el riesgo financiero a la baja frente al aumento de los costos de entrega, los formuladores de políticas promulgaron una reforma reguladora que separaba el financiamiento, la compra y la provisión de servicios de salud. Esta separación permitió la participación del sector privado con el sistema administrado por una asociación pública / privada que brindaría servicios bajo acuerdos de financiamiento con límite máximo vinculados con indicadores de calidad. El distrito de Alzira fue uno de los primeros en aprovechar estas oportunidades de asociación público-privada invitando a un consorcio privado no solo a construir un nuevo hospital, sino también a administrarlo.

Ribera Salud, la compañía de gestión de la salud detrás del modelo Alzira, estableció un modelo P3 que facilitó un mejor acceso a la atención, costos sostenibles, mejores resultados de salud y un rendimiento más eficiente del sistema. El modelo fue diseñado en base a cuatro pilares clave:

– **Financiación pública**

El distrito paga una tasa anual con límite máximo per cápita a Ribera, que luego contrata con proveedores (muchos de los cuales son empleados del gobierno) y cubre todos los costos de tratamiento para la población designada.

– **Propiedad pública**

La red de distribución de servicios y la infraestructura (incluido el hospital que se está construyendo) son propiedad del público y se encuentran en propiedad pública.



– **Control público**

Ribera es responsable ante el acuerdo de asociación, que incluye un límite de ganancias del 7,5 por ciento de los ingresos con el resto regresó al gobierno para su reinversión. Se realiza un seguimiento del desempeño del sistema, la salud de la población y las medidas de resultado, y Ribera también es responsable de la atención brindada a la población designada fuera de la red de Alzira contratada.

– **Entrega privada**

A través de la contratación a largo plazo de 15 a 20 años y la promoción de la responsabilidad por los costos y resultados, Ribera funciona como un proveedor único e integrado en todo el proceso. La entrega efectiva se habilita mediante la creación de vías clínicas, EMR integrados, equipos multidisciplinarios y medición del desempeño del proveedor.

En general, el modelo P3 establecido en Alzira ofreció un nuevo método para mejorar la atención, el acceso y la infraestructura en toda España, y se expandió a otros distritos dentro y fuera de la región. El modelo P3 fue atractivo, ya que demostró que la capitación puede generar múltiples beneficios simultáneos que alguna vez se consideraron mutuamente exclusivos: certeza de costos; gestión de sistemas rentable; y supervisión gubernamental de calidad y acceso a la atención.

Si bien el modelo P3 funciona bien en España para ayudar a combatir los efectos de la presión económica, hay elementos que pueden no funcionar bien en otras situaciones o en el caso de que el clima económico y las necesidades de salud de España evolucionen. Por ejemplo, el modelo de Alzira utiliza un método de poblaciones de pacientes designadas para bloquear el acuerdo capitado para el sistema del proveedor contratante. Tal método de "asignación forzada" puede ser menos atractivo para los residentes en áreas metropolitanas con redes de proveedores superpuestas y más opciones. Además, a medida que las necesidades de la población cambian, puede haber una razón para las "exenciones" especializadas que puedan gestionar de manera más eficiente y efectiva las necesidades específicas de la población que una sola organización. Las limitaciones del modelo P3 son paralelas en estructuras como el modelo de Organización de Atención Responsable (ACO). Si bien ambos están bajo modelos de financiamiento capitados, la entidad administradora única es a menudo demasiado grande y difícil de manejar para realizar verdaderamente atención primaria basada. Al mismo tiempo, generalmente son demasiado pequeños para incluir la capacidad sistémica para abordar las necesidades de servicios altamente especializados (como el cáncer pediátrico) donde las economías de escala y calidad requieren una expansión más allá de la red.

# Farma y pagos basados en el valor.

**Los costos cada vez mayores de la atención médica, los presupuestos presionados y la eficacia adicional reducida de los medicamentos más nuevos y más caros están comenzando a desafiar el "Status Quo" de pagar a las compañías farmacéuticas por cada pastilla o prótesis.**

En muchos países, observamos ejemplos de gobiernos que controlan los costos totales de farmacia a nivel nacional estableciendo los precios máximos permitidos, llevando a cabo negociaciones colectivas, creando formularios y haciendo hincapié en los genéricos sobre productos especializados. Incluso Estados Unidos podría estar ingresando a sus últimos años como el único país occidental que ha rechazado las regulaciones de precios dirigidas por el gobierno nacional.

## **La dinámica regulatoria y de mercado que conforma el poder del mercado farmacéutico.**

Para los productos farmacéuticos, la aprobación y el acceso al mercado de la salud dependen en gran medida de los estudios que muestran resultados mejorados para los pacientes en un entorno de investigación. En algunos casos, como el programa del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE) del Reino Unido, se requiere evidencia de costo-efectividad marginal sobre los medicamentos existentes para obtener la aprobación y el ingreso al mercado nacional.

Sin embargo, una vez otorgada la inclusión en un formulario, el enfoque en el valor se elimina y la medicación se convierte en parte de su propio ciclo de pago por servicio, basado en el volumen, con presupuestos, pagadores y regulaciones relacionados. Si hubo un impulso para mostrar la eficacia en función de los costos en la etapa de investigación, esto tiende a no tener en cuenta la situación real del mercado, ya que las mejoras en medidas como los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC, utilizados por NICE en el Reino Unido) no constituyen un efecto directo en la línea de fondo del pagador público o privado que se refiere a la factura del paciente medicado.

En los EE. UU., La llegada de nuevos medicamentos caros y costosos, el aumento de los precios de los medicamentos genéricos y el récord en el gasto de medicamentos recetados han indignado a los legisladores a lo largo de las líneas partidarias y pueden llevar a intervenciones gubernamentales que habrían parecido imposibles hace unos años. Ya, el Pago de Medicare para Reemplazo de Cadera o Rodilla incluye el costo de la prótesis como parte del episodio de atención contratada por los proveedores. Dado que los cirujanos u hospitales ortopédicos generan ahorros que Medicare comparte con ellos, renegociar el costo de las prótesis es un objetivo obvio.

Otra innovación incluye al paciente en la ecuación. Por ejemplo, *Blue Cross Blue Shield* de Massachusetts ha introducido lo que denomina Diseño de Beneficios Basado en el Valor, lo que reduce los copagos de los pacientes por medicamentos esenciales a casi cero en un esfuerzo por fomentar el cumplimiento y, en última instancia, mejores resultados. Es importante tener en cuenta que estos modelos a menudo conducen a una mayor utilización de medicamentos inicialmente, pero al asegurar el cumplimiento para maximizar los resultados, los costos generales de la atención eventualmente deberían disminuir.

Ambos enfoques se basan en la posibilidad de transferir el riesgo financiero a los proveedores y / o al paciente. Sin embargo, en muchos sistemas de atención médica organizados públicamente, los proveedores no pueden asumir riesgos y la elasticidad de la oferta es inexistente; de manera similar, los países o gobiernos que hacen hincapié en el derecho al acceso óptimo a la atención a menudo prohíben el uso de incentivos financieros para influir en la demanda o prohibir el acceso a medicamentos o dispositivos.

Sin embargo, incluso cuando la dinámica del mercado, el entorno regulatorio y la capacidad de transferir el riesgo están alineados, la limitación de los proveedores es controlar el costo de la atención. Se vuelve difícil, por ejemplo, cuando los medicamentos especiales caros entran en escena. En tales casos, los costos farmacéuticos minimizan todos los demás costos de atención, y un paciente más que requiere el medicamento puede marcar la diferencia entre ahorros o pérdidas. Del mismo modo, el poder de mercado de una gran compañía farmacéutica empequeñece cualquier poder de negociación que pudieran tener los contratistas de VBP. Los contratistas de VBP no deben estar expuestos a ese "riesgo de seguro", y los medicamentos especializados de alto costo a menudo se excluyen de los acuerdos de VBP basados en episodios o en la población.

Una solución en tales casos es incluir directamente a los fabricantes de productos farmacéuticos y dispositivos en la creación de esquemas de precios basados en el valor. Este concepto aún se encuentra en sus primeras etapas, pero como se explicó anteriormente, la idea clave es que el valor de un medicamento está determinado en última instancia por el impacto que tiene en los resultados generales y los costos de la atención para el paciente. Sin embargo, aquí no es un grupo de profesionales o proveedores los que sopesan los costos en comparación con los beneficios de incorporar un medicamento en sus vías de atención. En estos casos, el fabricante negocia directamente con los pagadores públicos o privados, tomando una participación financiera en la realización de los resultados que promete.

# Farma y pagos basados en valor

(continuación)

## **Difundir el riesgo a los proveedores farmacéuticos**

Esto se puede hacer, por ejemplo, a través de la capitación: limitación del costo total del tratamiento de un individuo para llegar a un resultado con los costos excesivos a cargo de la compañía farmacéutica. En el Reino Unido, por ejemplo, el uso de Lucentis de Novartis para la degeneración macular está limitado a 14 inyecciones. Cuando se requieren o aplican más inyecciones, Novartis asume los costos adicionales de cualquier tratamiento en exceso.

Otra forma de vincular el precio del medicamento directamente a los resultados es pagar los resultados, en los cuales los contratos vinculan directamente el pago con la capacidad de respuesta / efectividad del medicamento sobre el resultado del paciente. En Italia, por ejemplo, Nexavar para el cáncer renal no se reembolsa si el tumor renal progresa durante el tratamiento del carcinoma hepatocelular. Esta es una ruptura crucial con el enfoque de "tarifa por servicio" que caracteriza gran parte de la atención de la salud, pero sigue siendo omnipresente. El mundo farmacéutico y de dispositivos.

El pago aquí está vinculado a los resultados del proceso de atención general: si el Januvia de Merck no mejora adecuadamente la HbA1c, por ejemplo, podría deberse a que el paciente no esté usando el medicamento adecuadamente. En este caso, el fabricante asume la responsabilidad de la eficacia del medicamento. Producto en el ciclo total de atención para lograr una atención de alto valor (alta calidad y eficiencia).

Estos ejemplos demuestran la necesidad de expandir el sobre de los pagos basados en el valor a todos los contribuyentes al resultado de un paciente. Si bien las regulaciones históricamente han atado las manos a los pagadores en la negociación de los precios de los medicamentos, las reformas han empoderado a los pagadores al discernir quién tendrá acceso a su mercado en función de la eficacia clínica y económica, además de su disposición a correr el riesgo del resultado del paciente.

**El sistema de salud de la India revela un mercado de proveedores y pagadores altamente fragmentado, con un papel insignificante para el gobierno, un número muy pequeño de personas cubiertas por el gobierno, proveedores pagados, y muy pocas regulaciones que rigen el sistema.**

En otras palabras, el sistema de salud de la India muestra lo mejor y lo peor de las fuerzas "puras" del mercado en el trabajo, con consumidores individuales que soportan la mayor parte del costo de la atención y muy poco de la dinámica de terceros pagadores que afecta a la mayoría de los sistemas de salud de otros países.

El fracaso del mercado clásico debido a la asimetría de la información aquí predeciblemente destruye el valor. El paciente / consumidor tiene poca información sobre el costo o la calidad de los servicios prestados. Peor aún, la fuente principal de esta información es el proveedor que se beneficia al vender sus servicios al paciente / Consumidor que a menudo debe acudir al proveedor en momentos de angustia. Además de esto, la mayoría de los hindúes no pueden pagar los tipos de tratamientos para cualquier otra cosa que no sean condiciones menores.

El lado positivo de la situación del "mercado libre" en la India es que los proveedores se han organizado para satisfacer las necesidades de una población muy diversa y grande porque es esa población la que paga directamente por los servicios de atención médica. Por ejemplo, existen clínicas móviles de salud que extienden el alcance de los hospitales a las áreas rurales en las que la selección de proveedores suele ser muy limitada.

Esto ofrece a los residentes de aldeas que de otro modo tendrían que cubrir largas distancias para llegar a un hospital con acceso directo a médicos mejor capacitados. Y dado que los proveedores de clínicas de salud móviles deben competir tanto en precio como en calidad percibida, la difusión de estos proveedores no es simplemente un esquema para cobrar más, sino para aumentar el área de subtítulos para la participación de mercado.

Del mismo modo, hay varias cadenas de hospitales privados que han surgido para especializarse en ciertos procedimientos. Por ejemplo, *Apollo Hospitals* se ha convertido en uno de los principales Centros de Excelencia en la India que ofrece procedimientos cardíacos, ortopédicos y otros a un solo precio, con un período de garantía. Además, los pacientes con ciertas afecciones crónicas o agudas también pueden recibir atención integral en las instalaciones de *Apollo*, todos a precios publicados previamente.

Según muchos informes, los resultados del actual sistema de salud de la India están quedando a la zaga de otros países. Si el gobierno decidiera mejorar ciertos resultados de salud para ciertas poblaciones, nuestro marco propuesto sugeriría un enfoque altamente específico, esto se debe a que la falta de poder regulatorio actual y la

fragmentación del sistema de entrega junto con un acceso deficiente reduce la capacidad de realizar cambios a gran escala.

Sin embargo, el gobierno podría concentrarse en las necesidades específicas de la población, definir la función deseada del sistema de entrega para satisfacer esas necesidades y luego desarrollar un conjunto claro de incentivos financieros y métricas para monitorear el éxito. Por ejemplo, ampliando el alcance de las clínicas de salud móviles para cubrir un alcance más amplio de la atención primaria, o instituyendo clínicas de atención primaria como se hizo en Singapur.

Esto sería cierto para cualquier estado de la India. El desafío será construir una infraestructura de atención primaria y comunitaria de bajo costo para permitir la sostenibilidad y mantener la dependencia baja en los servicios hospitalarios de alta tecnología más costosos. Además, el gobierno podría aprovechar la infraestructura existente del sector privado para comprar ciertos servicios de atención secundaria y terciaria con un descuento negociado a nivel nacional. Por ejemplo, podría negociar con los hospitales *Apollo* y otros hospitales una tarifa única para todos los procedimientos ortopédicos para ciertas poblaciones desfavorecidas.

En última instancia, el ejemplo de la India demuestra los resultados generados por un sistema de salud de alto pago y en gran parte no regulado. Los proveedores tenderán a elegir a los clientes y los tipos de atención que brindan, lo que dejará vacíos, tanto brechas sistémicas como de cobertura, aunque la atención que se brinda puede hacerse de manera eficiente. Los gobiernos que se encuentran en una situación como la India deben tratar de desarrollar el sistema que está presente para llenar los vacíos en la gestión de salud de la población.

## Conclusión

**No existe una solución única para reformar un sistema de prestación de asistencia sanitaria y producir una asistencia sanitaria más asequible y de mayor calidad, ni tampoco lo debería esperar ningún creador de políticas.** Sin embargo, existen enfoques comprobados para lograr estos objetivos, y este informe presenta un marco que puede aumentar la probabilidad de éxito de la reforma.

Los pilares del éxito son los principios de (1) permitir que la función se desarrolle en el diseño de un modelo de pago basado en el valor; (2) comprender el impacto de los beneficios del pago del proveedor y del plan de salud en el equilibrio de la oferta y la demanda de los servicios; (3) identificar oportunidades de mejora a través de la medición y la comprensión de su población mediante análisis innovadores; y (4) adaptar sus modelos de pago alternativos y programas de incentivos a la dinámica del mercado subyacente a su sistema.

Además, la probabilidad de éxito se verá afectada por el grado en que los responsables de las políticas adapten sus esfuerzos de reforma al influir en la transferencia de riesgo, la regulación de los diversos actores del sistema y el uso de otras palancas regulatorias para crear las condiciones para la factibilidad del VBP.

Este informe proporciona tanto un marco teórico como estudios de caso que ilustran cómo las autoridades gubernamentales han implementado cambios en los sistemas de pago y entrega. Los obstáculos son reales, pero las posibles recompensas en términos de salud de la población, los beneficios económicos que se derivan de eso y el crecimiento de los costos manejables son un resultado que vale la pena enfrentar.

#### Notas finales

- I. Markus, Anne Rossier et al. "Medicaid Covered Births, 2008 through 2010, in the Context of the Implementation of Health Reform" *Women's Health Issues*, Volume 23, Issue 5, e273 - e280, 2013.
- II. KPMG/Nielsen Consumer Insights Medicare Advantage Strategies Study, 2015
- III. "Employer-sponsored Health Insurance Premiums and Deadlines", The Commonwealth Fund, 2016 (URL: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/maps-and-data/employer-health-insurance-premiums>)
- IV. "State & Local Public Health: An Overview of Regulatory Authority", Public Health Law Center at William Mitchell College of Law, 2015 (URL: [http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/phlc-fs-state-local-reg-authority-publichealth-2015\\_0.pdf](http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/phlc-fs-state-local-reg-authority-publichealth-2015_0.pdf))
- V. Rand Corporation. "Analysis of High Deductible Health Plans" (URL: [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR562z4/analysis-of-high-deductible-health-plans.html#spending2Radley](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR562z4/analysis-of-high-deductible-health-plans.html#spending2Radley))
- VI. Rand Corporation. "Analysis of High Deductible Health Plans" (URL: [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR562z4/analysis-of-high-deductible-health-plans.html#spending2Radley](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR562z4/analysis-of-high-deductible-health-plans.html#spending2Radley)), David et al.

- VII. "The Commonwealth Fund, Aiming higher: Results from a Scorecard on State Health System Performance, 2014", 2014. (URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/apr/2014-state-scorecard>)
- VIII. Pugatch, Healy and Chu. "Sharing the Burden: Could risk-sharing change the way we pay for healthcare?" 2010.
- IX. Espin, Jaime et al. "Experiences and Impact of European Risk-Sharing Schemes Focusing on Oncology Medicines" 2011.
- X. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes. "Risk-sharing Schemes Worldwide: A Landscape Analysis of Health Outcomes-based Reimbursement Agreements" 2010. (URL: [https://www.ispor.org/research\\_pdfs/35/pdffiles/PHP15.pdf](https://www.ispor.org/research_pdfs/35/pdffiles/PHP15.pdf))
- XI. Mohanan, Manoj et al. "Quality of Health Care In India: Challenges, Priorities, And The Road Ahead" Health Affairs. 2016. (URL: <http://content.healthaffairs.org/content/35/10/1753.full>)
- XII. Ibid

**Contacto en Colombia**  
**Traducción y adaptación**



**Omar Arteaga Hernandez**

Lider HCLC & Farma

KPMG Colombia

T: +57 3152963170

E: [oarteaga@kpmg.com](mailto:oarteaga@kpmg.com)