

MODELOS DE GESTION SANITARIA INTEGRADOS

¿MODA O NECESIDAD?



 **CONGRESO NACIONAL**
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA HOSPITALARIA
Gijón, del 4 al 7 de octubre de 2016

Mario González
Director Corporativo de Planificación y Evaluación Asistencial
Quirónsalud

Gijón, 5 de octubre de 2016



**CUALQUIER
ORGANIZACIÓN
DEBE TENER
CUERPO
PERO...SOBRE
TODO...**

CABEZA
.....

EL PACIENTE ES LO PRIMERO

...por tanto

Por y para qué lo hacemos?

*Qué beneficios y
qué repercusiones
tendremos?*

cómo lo hacemos?

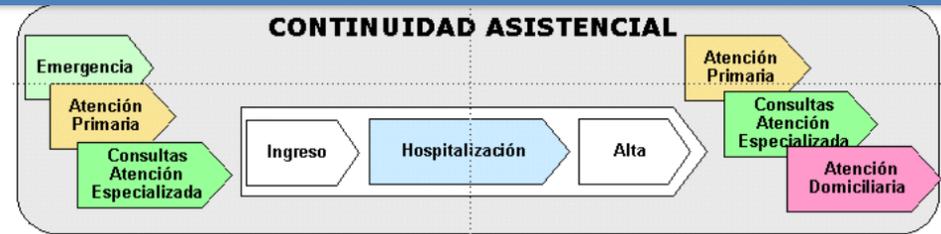
A dónde vamos y cómo haremos para llegar?

EVIDENCIA

lo que hacemos...supone mejora?

¿ Por qué la integración?

1. Porque el proceso es importante



2. La fragmentación confunde, y a determinados pacientes, aún más

3. La valoración va ligada a la satisfacción

4. Los costes nos preocupan

...en teoría todo parecen ventajas

1 Facilita la comunicación entre los profesionales

2 Mejora formas de trabajo y de atención a pacientes

3 Establece criterios comunes

4 Aumenta la eficiencia

5 Facilita la financiación capitativa



LAS DECISIONES DEL ÁREA
se toman en el mismo área

¿Qué integrar en una gerencia única?



ASPECTOS CLAVES A TENER EN CUENTA EN LA INTEGRACIÓN DE MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA



Paciente como eje central de la integración asistencial

Algunos comentarios básicos...

1. Un cambio normativo por sí solo no garantiza el desarrollo del modelo

2. Una Dirección Operativa que se encargue de todo el proceso ambulatorio puede ser un correcto planteamiento

3. No olvidemos la coordinación sociosanitaria

4. Y la financiación hacia donde debe evolucionar?



- NO USUARIO
 - SANOS
 - PARTO
- TRASTORNOS AGUDOS
 - ENFERMEDAD CRÓNICA MENOR
 - >1 ENFERMEDAD CRÓNICA MENOR
- 1 ENFERMEDAD CRÓNICA SIGNIFICATIVA
- 2 ENFERMEDADES CRÓNICAS SIGNIFICATIVAS
- >2 ENFERMEDADES CRÓNICAS SIGNIFICATIVAS
 - NEOPLASIAS
- NECESIDADES SANITARIAS SIGNIFICATIVAS

TICs claves en la integración

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA

SISTEMA DE PETICIONES DE PRUEBAS INTEGRADO

TELEMEDICINA

RECETA ELECTRÓNICA

Enero 2016

CCAA	% CS	% Cº	% H	% OF	% eReceta
Galicia	100	100	100	100	99,18
C. Valenciana	100	100	100	100	98,61
Andalucía	100	100	100	100	97,20
Cataluña	100	100	100	100	96,79
Baleares	100	100	100	100	96,75
Extremadura	100	100	100	100	95,28
Canarias	100	100	100	100	94,88
La Rioja	100	100	100	100	93,49
Navarra	100	100	100	100	91,85
País Vasco	100	100	100	100	91,03
Aragón	100	100	0	100	89,86
Castilla La Mancha	100	100	100	100	86,21
Cantabria	100	100	100	100	81,58
Asturias	100	100	0	100	62,72
INGESA	100	100	0	100	56,94
Madrid	100	100	0	100	56,94
Murcia	100	100	10	100	43,38
Castilla León	16,53	4,14	0	13,79	0,78
SNS	95,03	56,85	72,45	93,50	83,30

CS = Centro de Salud; Cº = Consultorio; H = Hospitales; OF = Oficina de Farmacia; eReceta= receta electrónica

DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA CRONICIDAD
EN UN MARCO DE COORDINACION, CONFIANZA Y COMPROMISO

ALGUNOS DATOS A TENER EN CUENTA



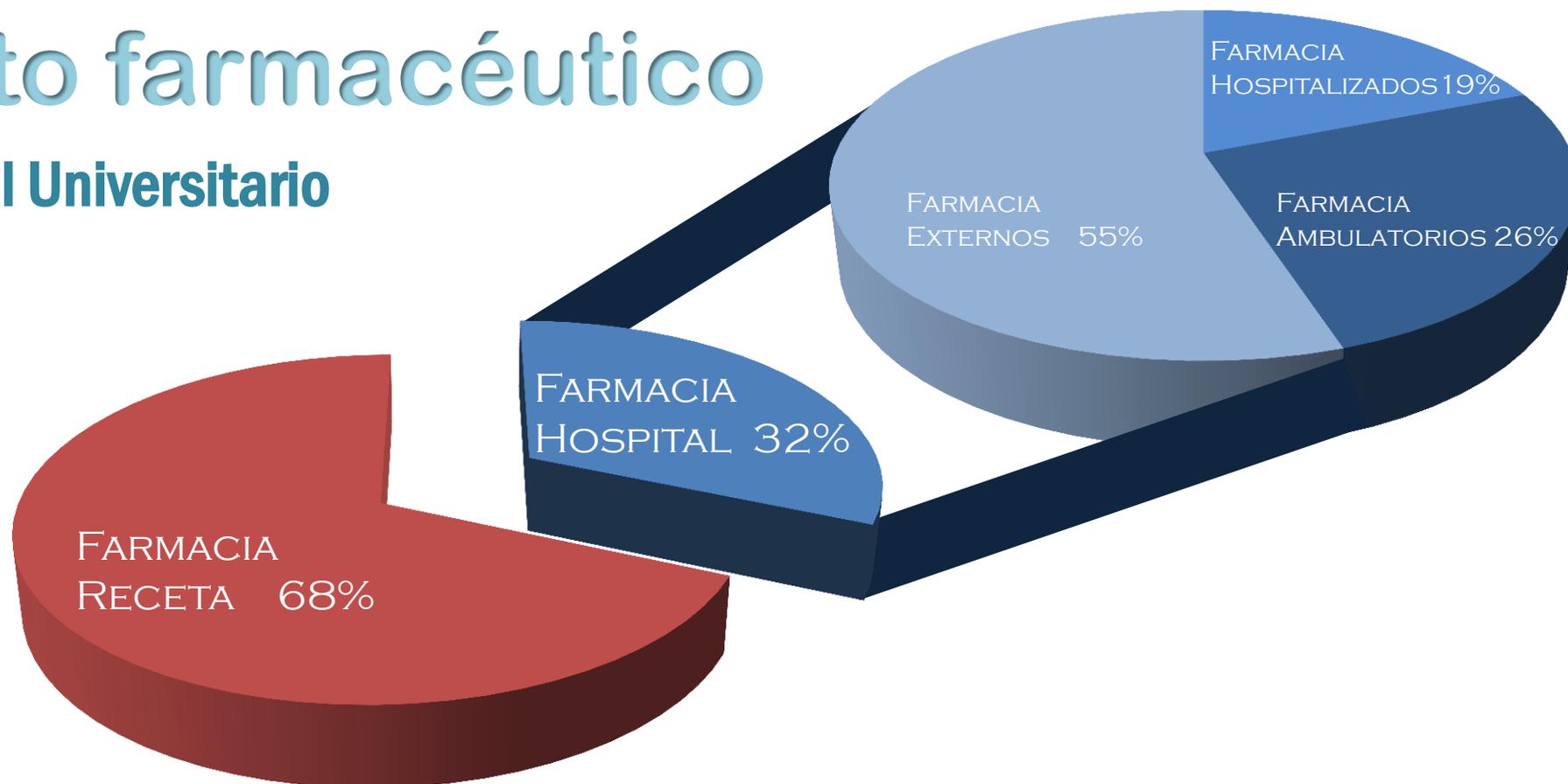
El 75% del gasto sanitario está ligado al paciente crónico

El 80% de la atención prestada en Atención Primaria es a crónicos

El 60% de los ingresos en hospitales son pacientes crónicos

Distribución gasto farmacéutico

Hospital Universitario



**...sólo algunos comentarios de temas que
realmente me parecen preocupantes**

Osteoarthritis

Care and management in adults

Issued: February 2014

NICE clinical guideline 177
guidance.nice.org.uk/cg177

NICE has accredited the process used by the Centre for Clinical Practice at NICE to produce guidelines. Accreditation is valid for 5 years from September 2009 and applies to guidelines produced since April 2007 using the processes described in NICE's 'The guidelines manual' (2007, updated 2009). More information on accreditation can be viewed at www.nice.org.uk/accreditation



© NICE 2014

Evaluación del valor terapéutico añadido y sus consecuencias. El ejemplo de Fingolimod

País y fecha de decisión	Valor terapéutico añadido	Coste por QALY	Precio de entrada al mercado (28 cápsulas, 0.5mg)	Reembolso
Australia 1/07/2011	Beneficio incremental confidencial	Entre 15.000 y 45.000 dólares	AUD 2.312,98 (2) (USD 2.478,03)	Negociaciones de precios (confidencial)
Bélgica 11/25/2011	Clase 1: Valor terapéutico añadido	18,803 euros/QALY	EUR 1.690,71 (USD 2.236,64)	Reembolso con restricciones (edad, nivel de sistema funcional)
Francia 10/12/2011	Clase 4: Mejora menor		EUR 1.739 (USD 2.393,91)	Cubierto al 65 por ciento
Alemania 3/29/2012	Beneficio adicional pequeño o nulo en función de la sub-población			
Italia 8/11/2011	Innovación potencial		EUR 1.800 (USD 2.481,84)	Sólo cubierto para pacientes específicos durante 24 meses
Países Bajos 23/01/12	El mismo valor que natalizumab y más bajo que interferon beta y Glatiramer		USD 2.379	Cubierto solo para pacientes específicos
Suecia 25/08/2011	Valor terapéutico añadido nulo		SEK 15,484 (USD 2.451,63)	Reembolso general
Reino Unido 11/04/2011	Valor incremental cifrado en 0,7 QALY	GBP 25.000-33.000	GBP 1 470 (USD 2.355,93)	Recomendado tras fallo de interferon beta

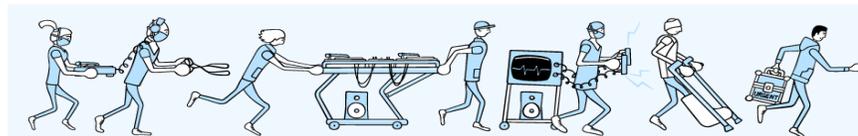




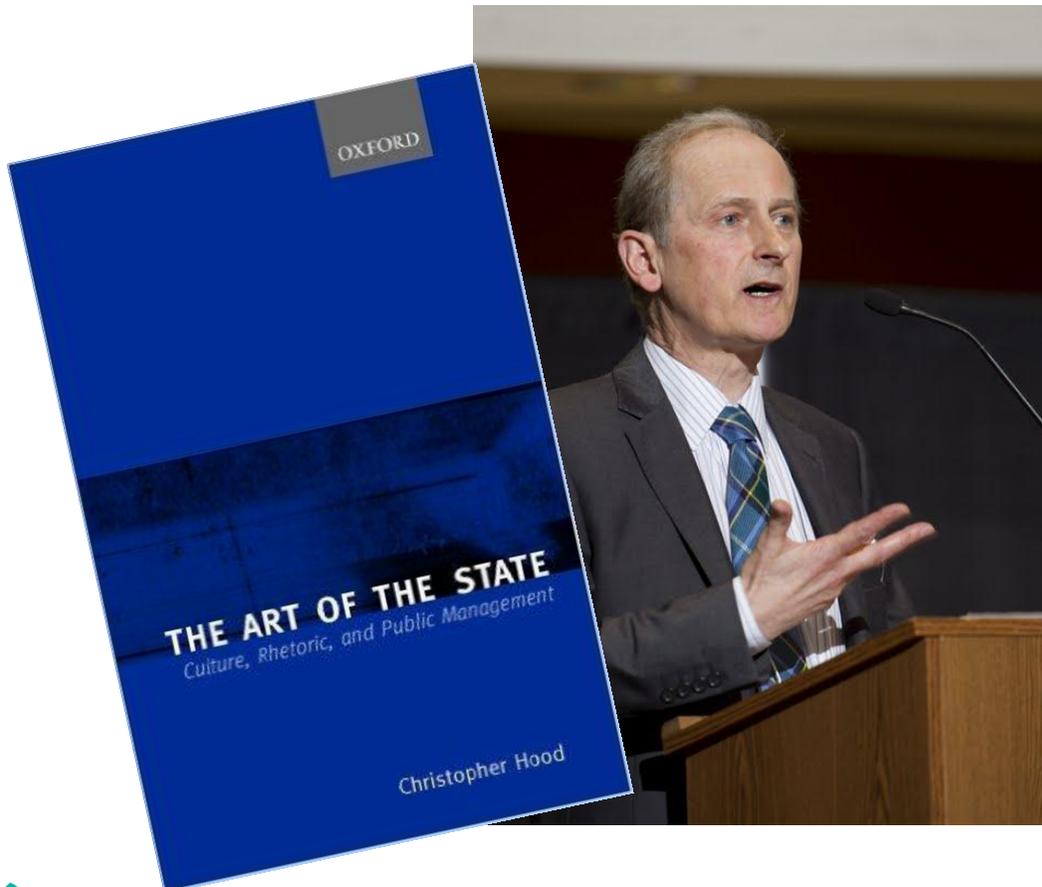
sinembargo

la realidad nos dice que...

- Son más **gerentes únicos** que gerencias únicas
- La **coordinación asistencial** está **lejos de ser una realidad**
- Sin coordinación, las disminuciones en costes son **muy tangenciales**
- **Falla la cultura** de la **organización**
- En muchas ocasiones la **atención primaria** se siente **“abandonada”**

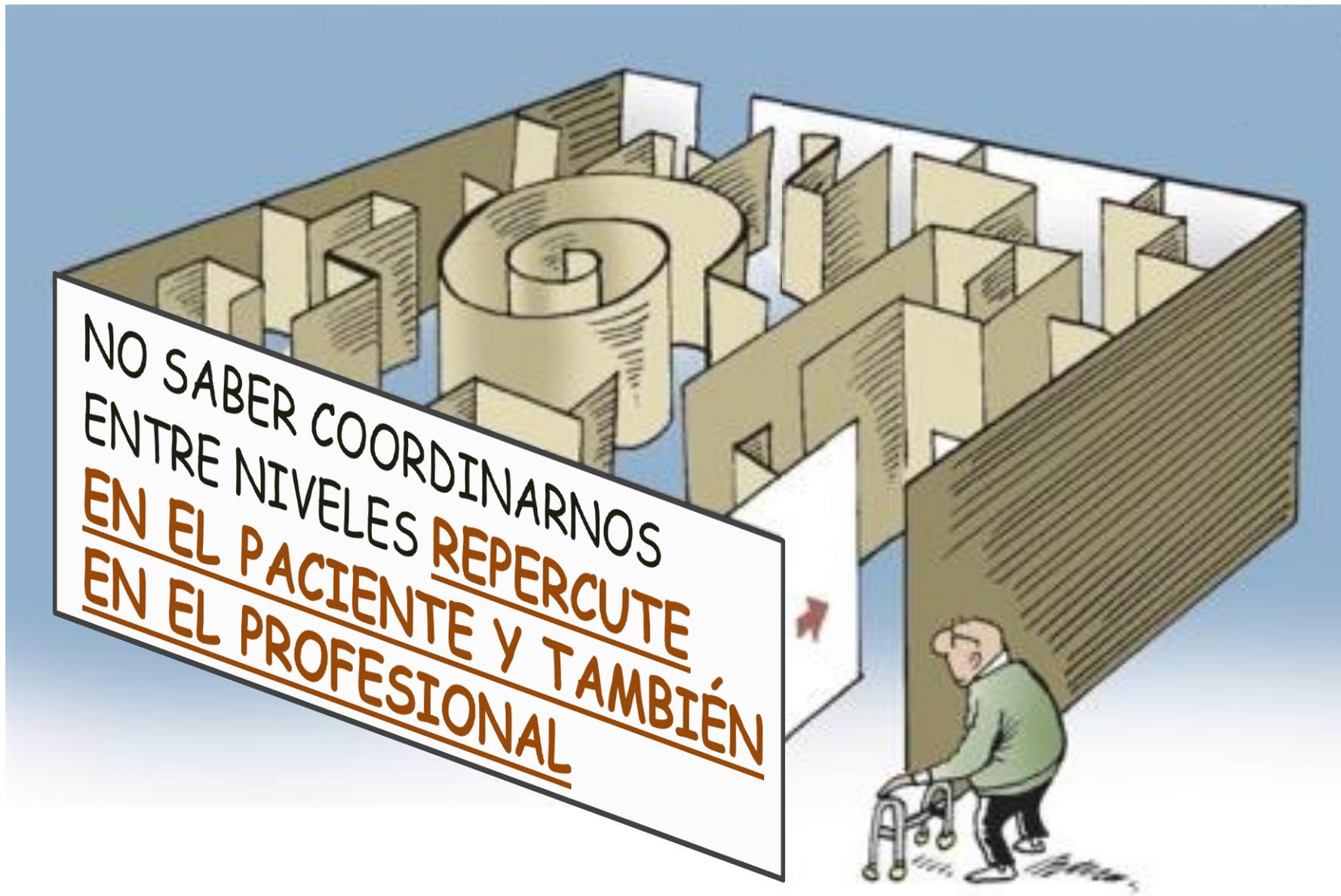


...y es que, los cambios en las formas de gestión sanitaria públicas...
¿están suficientemente contrastados?



...what counts as “received” ideas in public management works through a process of fashion and persuasion, not through “proofs” couched in strict deductive logic, controlled experiments or even systematic analysis of all individual cases

Christopher Hood



NO SABER COORDINARNOS
ENTRE NIVELES REPERCUTE
EN EL PACIENTE Y TAMBIÉN
EN EL PROFESIONAL

muchas gracias

mario.gonzalezg@quironsalud.es

