

IvieLAB

Laboratorio de
Análisis y Evaluación
de Políticas

Conferencias y seminarios 2019

Evaluación de la
sostenibilidad de las
políticas de bienestar
en el siglo XXI

Conferencia
Innovación en
sanidad: Hacia
un sistema sanitario
basado en el valor

Beatriz González



Beatriz G Lopez-Valcarcel
Universidad de Las Palmas de GC
beatriz.lopezvalcvarcel@ulpgc.es

Valencia, 9 julio 2019

1. Valores. SSBV	2. QUÉ Sostenibilidad	3. Nuevas tecnologías, gasto y valor	4. Innovación organizativa	Conclusión
------------------	------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	------------

Las **lógicas** del **valor**: privado vs social

Privado: maximizar valor para el accionista

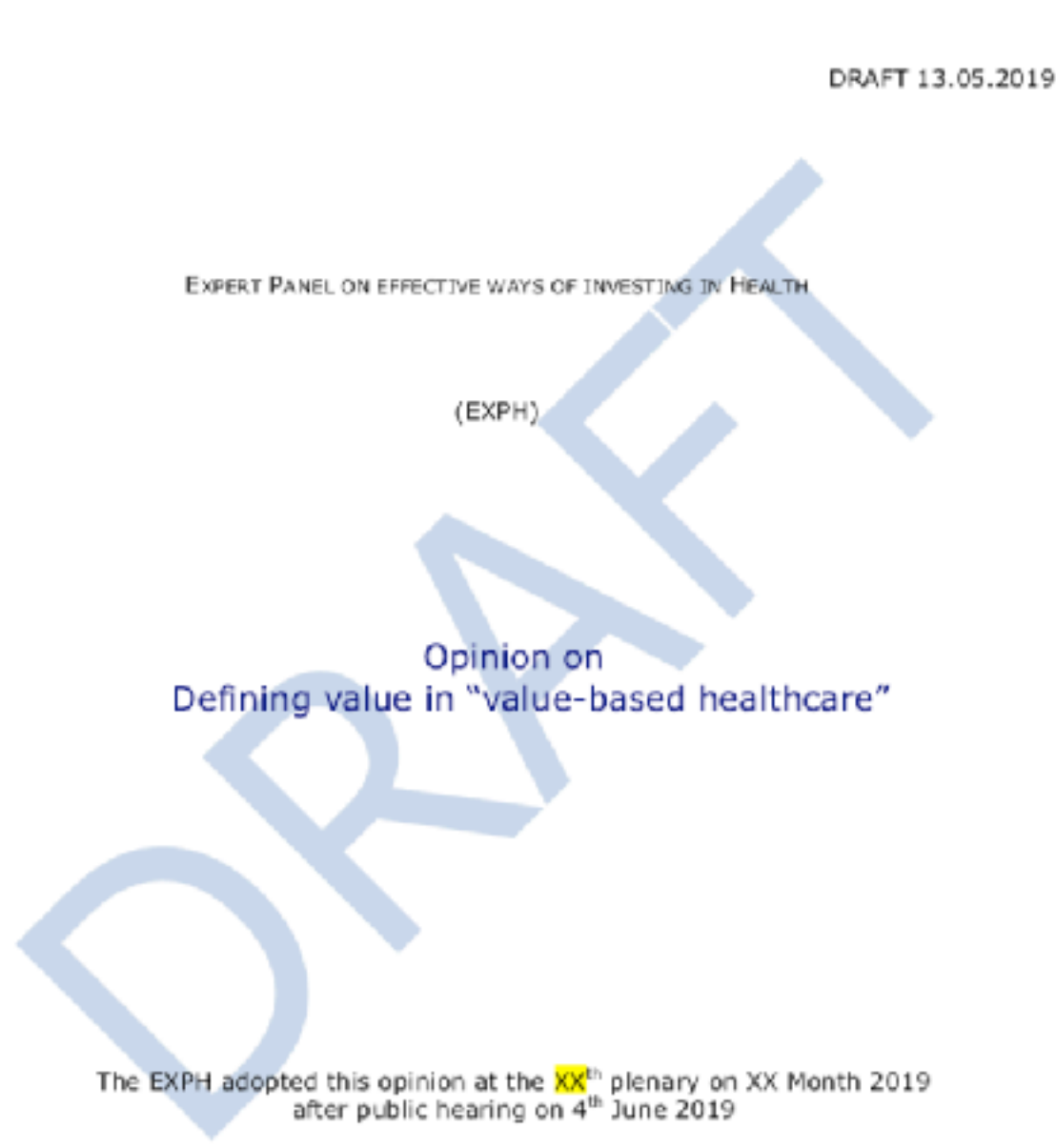
Social: maximizar salud (AVACs) de la población

Individuos y poblaciones



Hoy hay consenso SOCIAL acerca de ciertos VALORES:

- ! Equidad
- ! La inmoralidad del despilfarro
- ! El principio de coste-efectividad para asignar recursos colectivos



El Análisis Coste-efectividad (ACE) se ha convertido en

Un método fiable (estandarizado) de análisis y comparación de tecnologías sanitarias

Utilizado para priorizar y decidir financiación y cobertura (cuarta barrera)

Autorización

Comercialización
(precios)

Condiciones de
reembolso
y cobertura

1. Valores. SSBV	2. QUÉ Sostenibilidad	3. Nuevas tecnologías, gasto y valor	4. Innovación organizativa	Conclusión
------------------	-----------------------	--------------------------------------	----------------------------	------------

Pero el coste-efectividad no es el
único valor

- ❗ ¿Cómo medir el valor terapéutico incorporando **otros valores**?
[Ej. ESMO valor en oncología]
- ❗ ¿Cómo tratar la **incertidumbre**?

A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS)

N. I. Cherny^{1*}, R. Sullivan², U. Dafni³, J. M. Kerst⁴, A. Sobrero⁵, C. Zielinski⁶, E. G. E. de Vries⁷ & M. J. Piccart^{8,9}

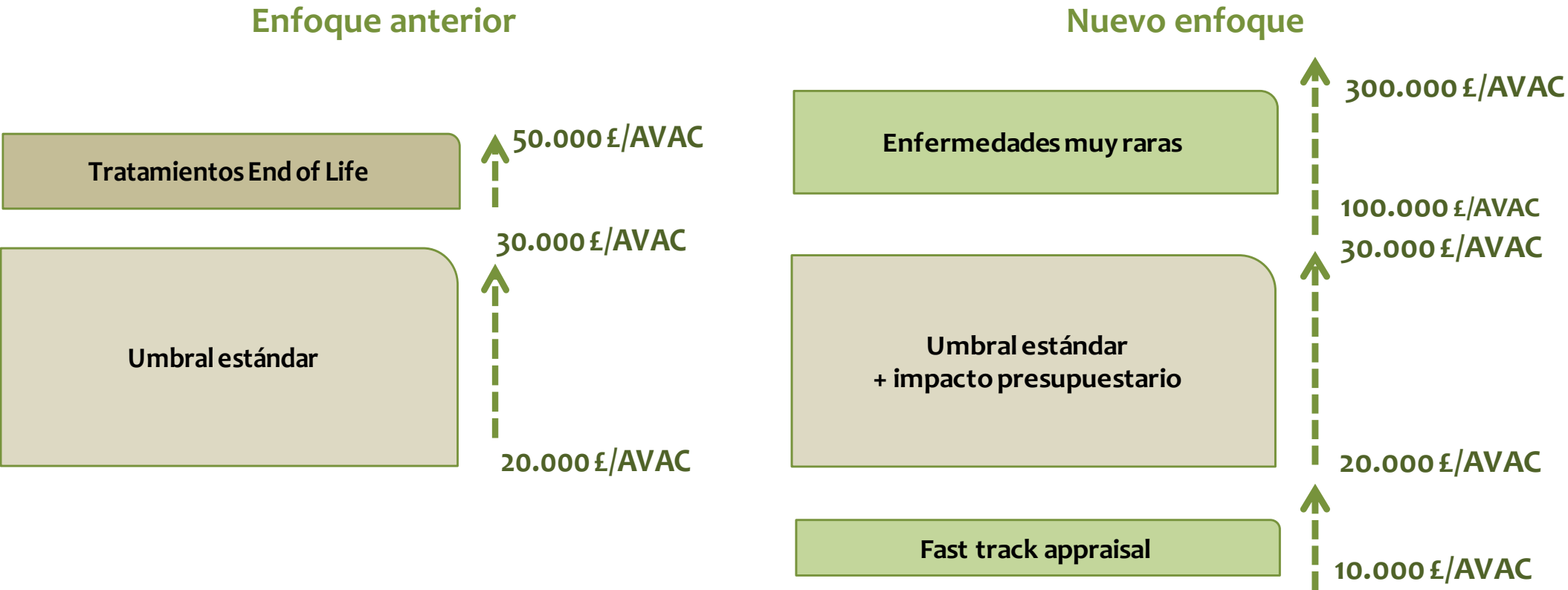
¹Cancer Pain and Palliative Medicine Service, Department of Medical Oncology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem, Israel; ²Kings Health Partners Integrated Cancer Centre, King's College London, Institute of Cancer Policy, London, UK; ³University of Athens and Frontiers of Science Foundation-Hellas, Athens, Greece; ⁴Department of Medical Oncology, Antoni van Leeuwenhoek Hospital; ⁵Department of Medical Oncology, IRCCS San Martino IST, Genova, Italy; ⁶Division of Oncology, Medical University Vienna, Vienna, Austria; ⁷Department of Medical Oncology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; ⁸Jules Bordet Institute, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium; ⁹Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, The Netherlands

Received 22 May 2015; accepted 22 May 2015

Tendencia hacia enfoques más basados en el valor

UK

Cambios en el marco de financiación del NICE

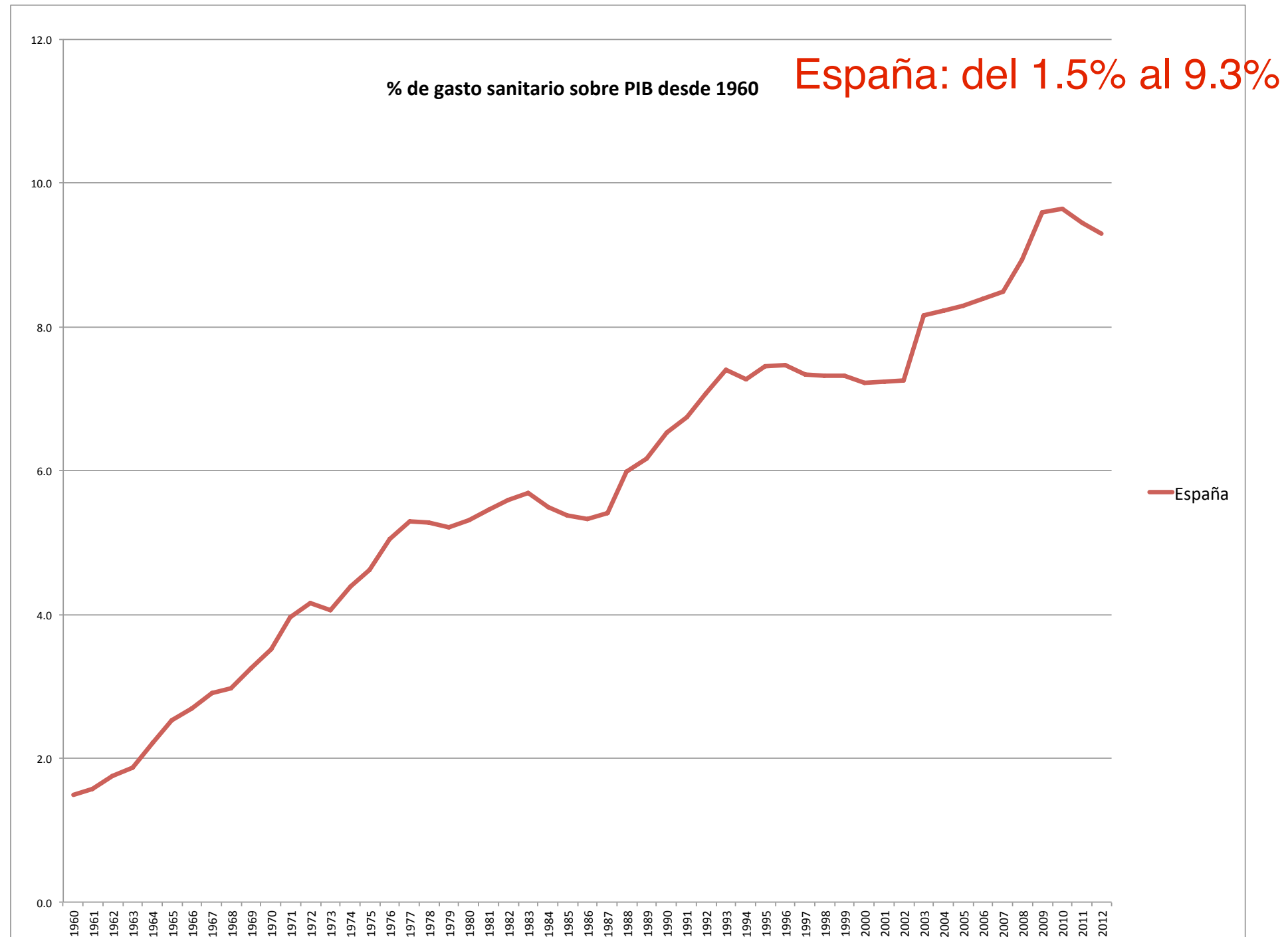


Operativo desde abril 2017

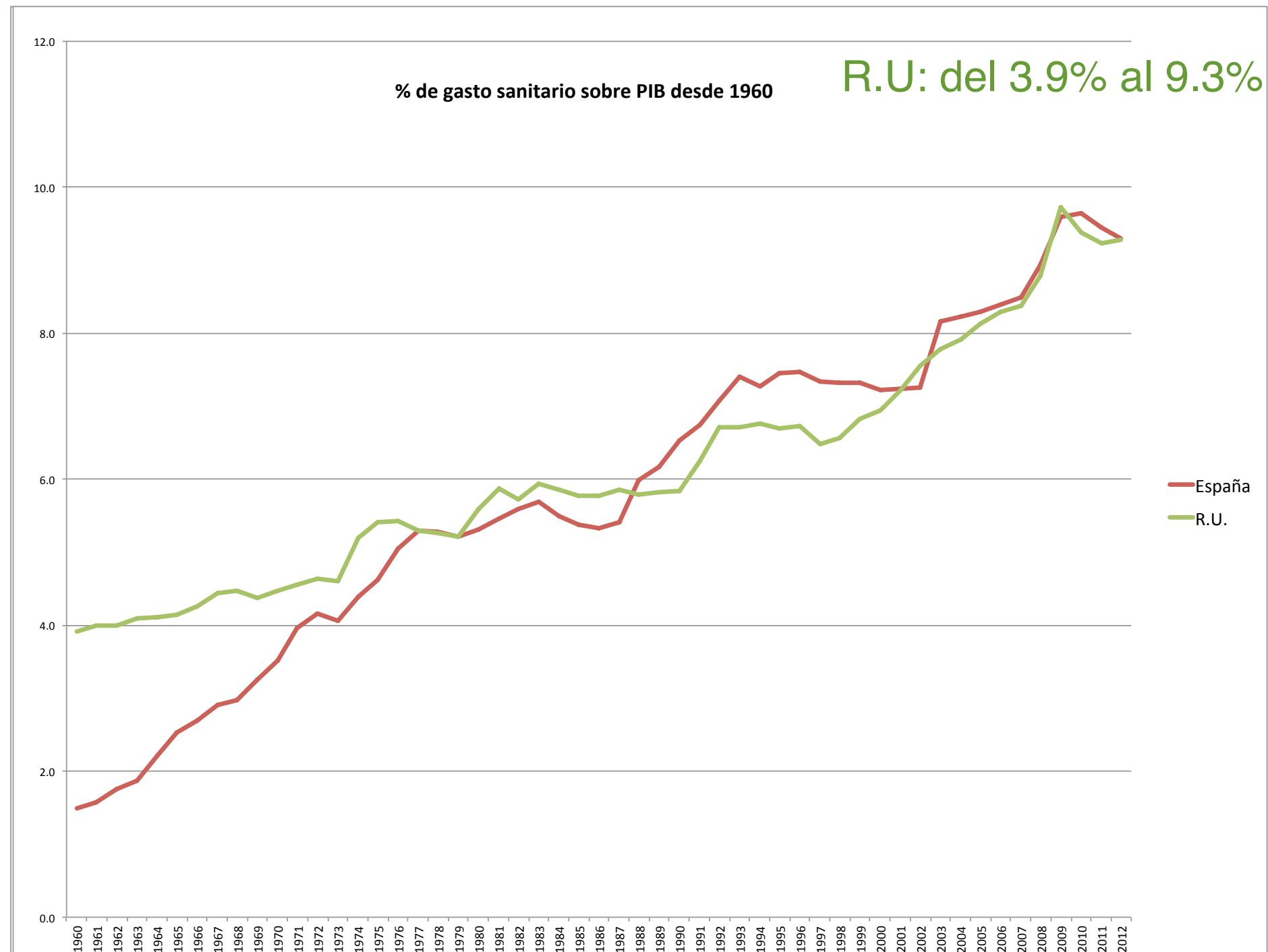
Precisando el marco

¿Qué sostenibilidad?

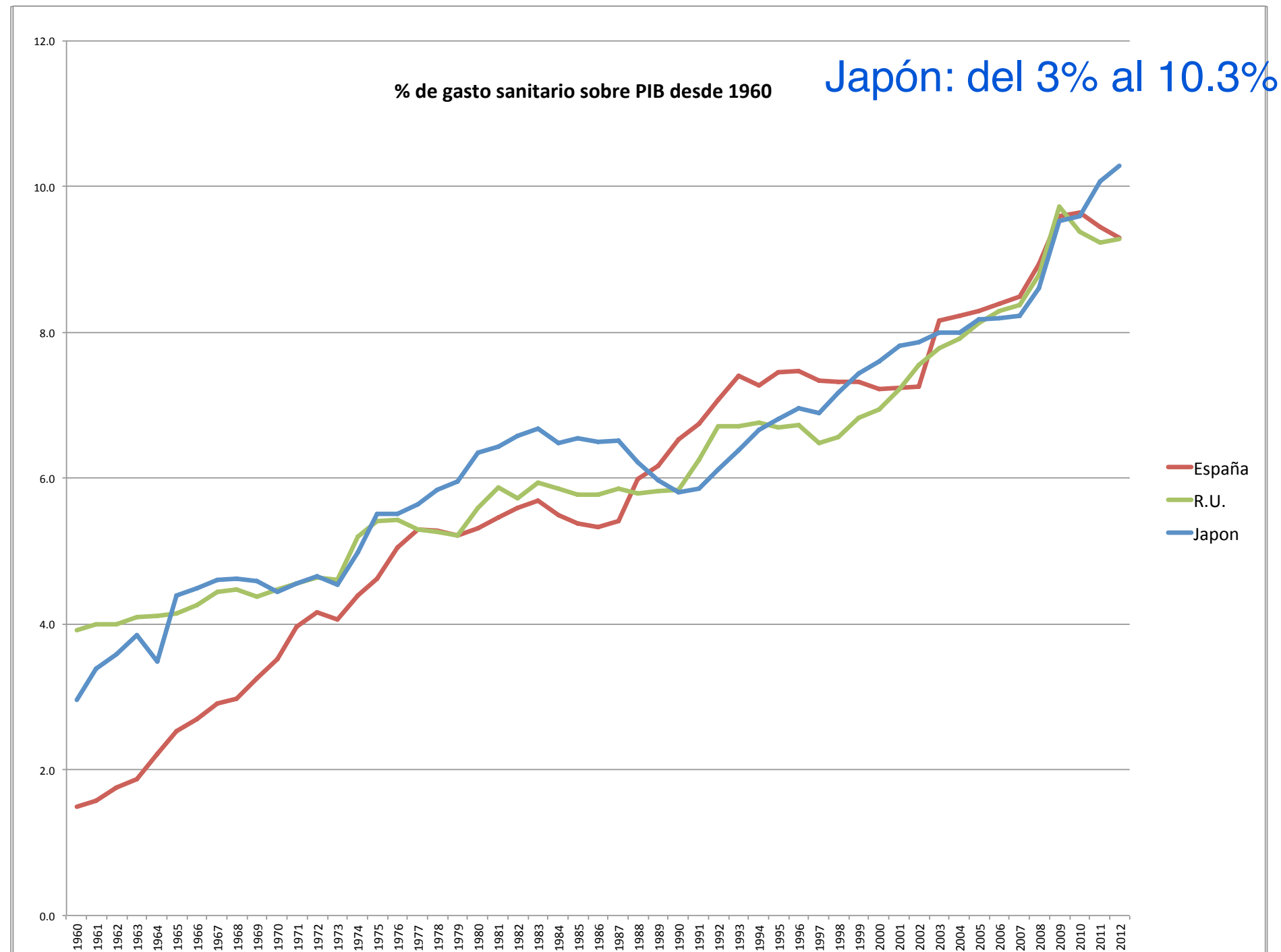
Inercial (¿Podremos seguir así?)



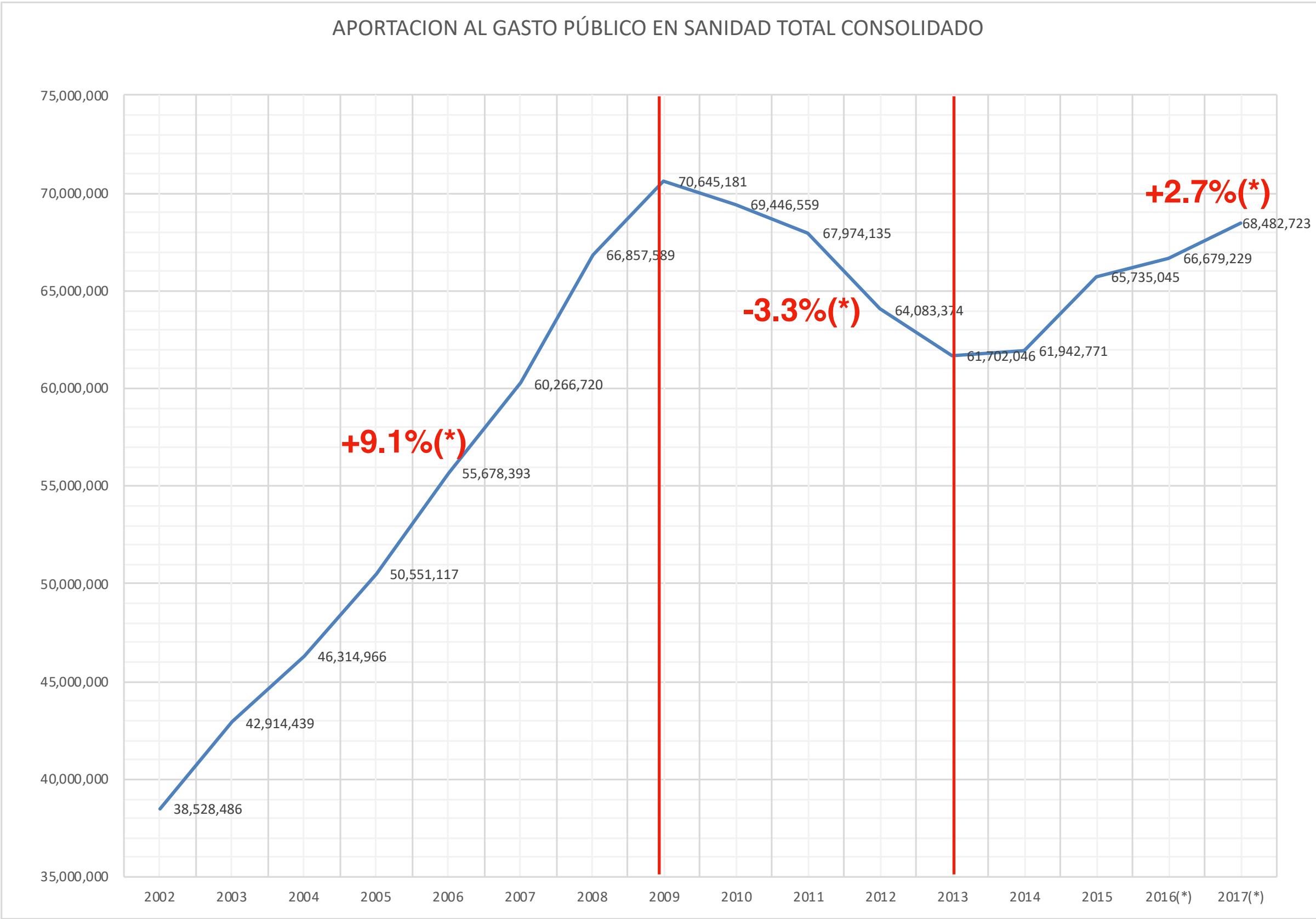
El gasto sanitario ha aumentado más que el PIB en los países desarrollados. Bien “*de lujo*”



El gasto sanitario ha aumentado más que el PIB en los países desarrollados, Bien “*de lujo*”



El gasto sanitario ha aumentado más que el PIB en los países desarrollados. Bien “*de lujo*”



(*) incremento anual medio

Fuente: MSCBS Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls>

Sostenibilidad inercial (¿Podremos seguir así?)

Sostenibilidad inercial (¿Podremos seguir así?)

Propulsores “exógenos” del gasto sanitario:

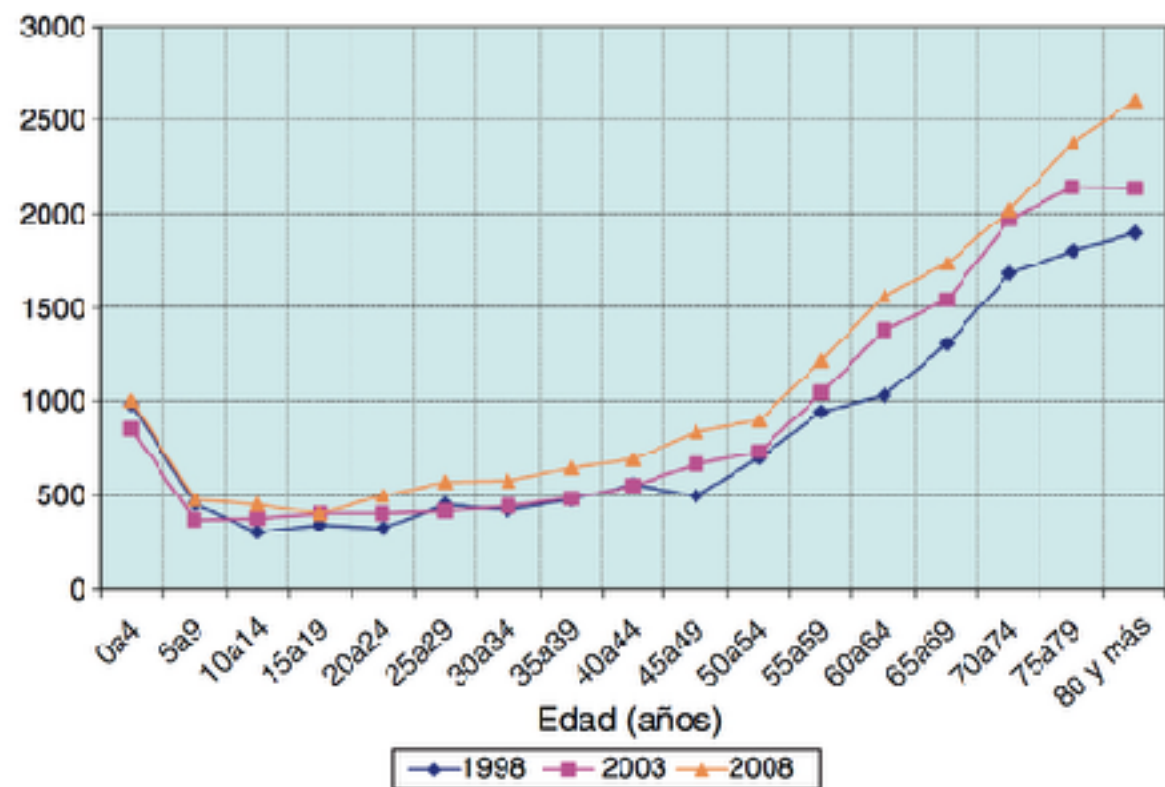


Figura 4. Evolución de los perfiles de gasto sanitario público, 1998-2008. Euros constantes de 1998 per cápita. Ambos sexos. Fuente: elaboración propia.

1. **Envejecimiento** de la población(1)
2. **Cronicidad** (16.400 millones € evitables con cambios en estilos de vida)(2)
3. **Tecnologías**

(1) Blanco et al (2013) Gac Sanit. 2013;27(3):220–225

(2) G Lopez-Valcarcel et al (2017) Coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España

I. Valores. SSBV	2. QUÉ Sostenibilidad	3. Nuevas tecnologías, gasto y valor	4. Innovación organizativa	Conclusión
------------------	------------------------------	---	-------------------------------	------------

Precisando el marco

La pregunta correcta:

**¿Cómo hacer sostenible el
SNS?**

**Nos referimos a
sostenibilidad del SNS
(sanidad “pública”)**

Nos referimos a sostenibilidad del SNS (sanidad “pública”)

El genoma del SNS es

Financiación pública, principalmente con cargo a impuestos. **Aseguramiento** público

Cobertura con **criterios de salud poblacional**

Sostenibilidad social

Pacientes de lista espera:
+43% (2009-2012)



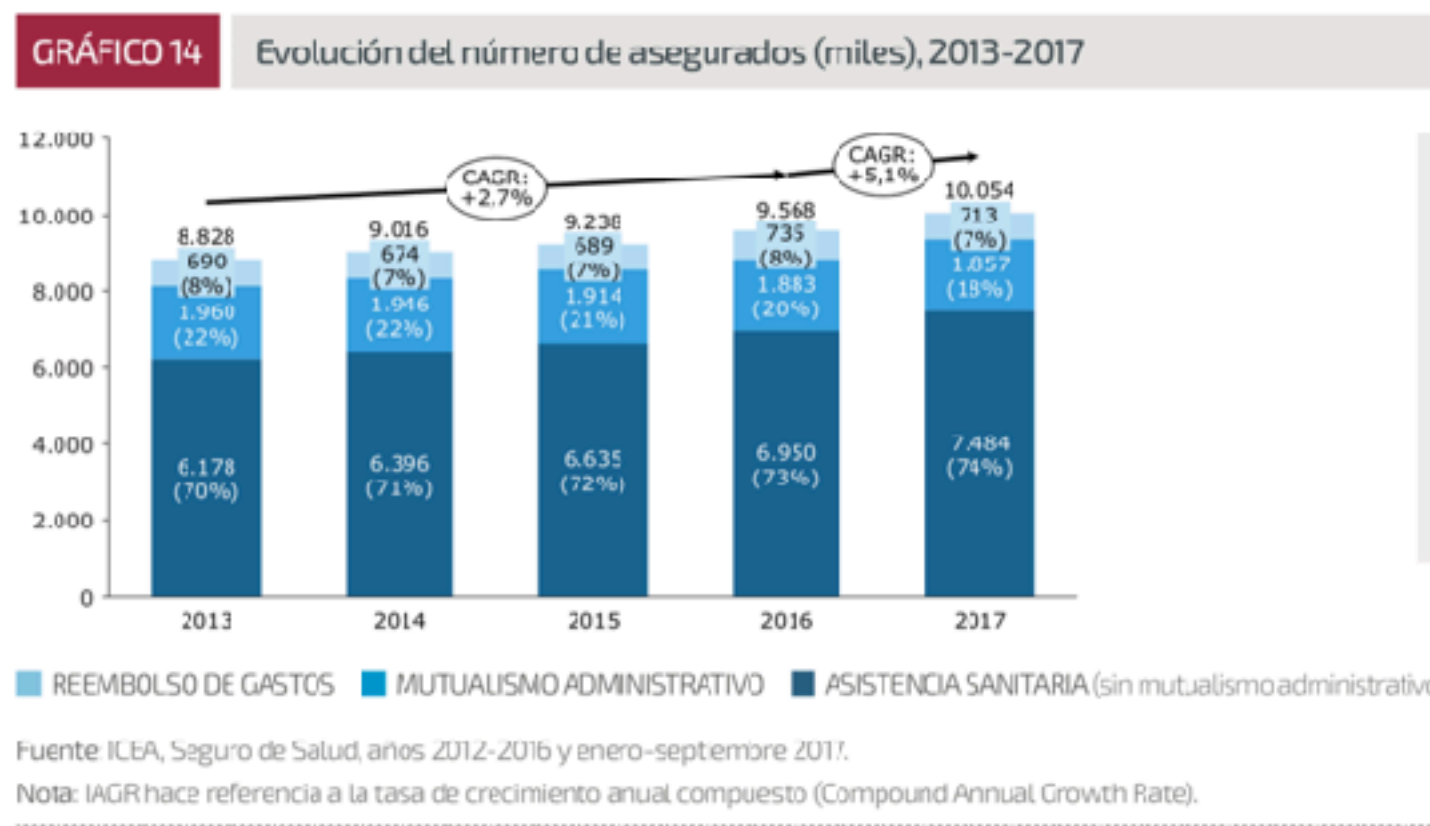
Las **clases medias**
abandonan la sanidad
pública por la privada

¿**Latinoamericanización**
de la sanidad?

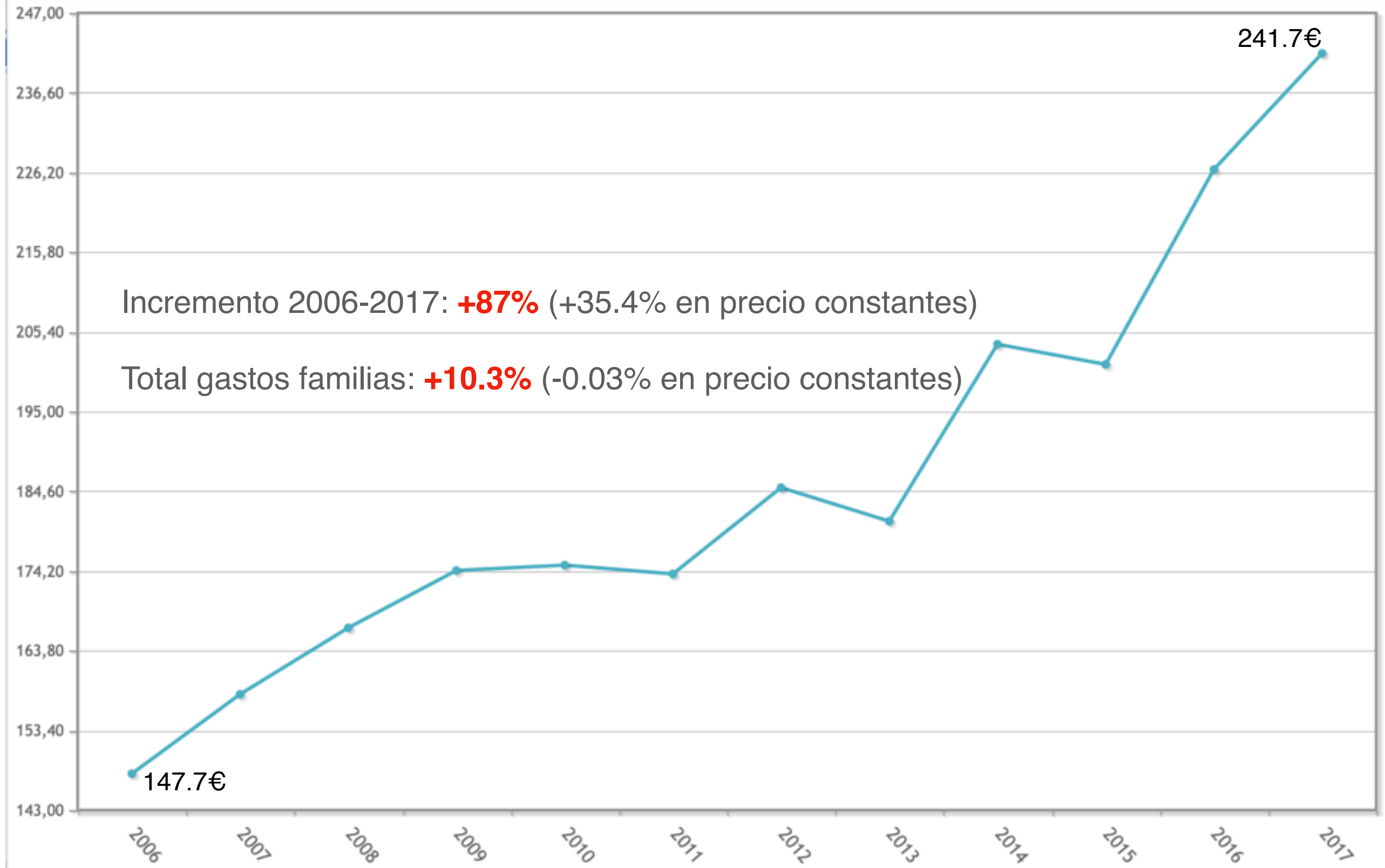
**Amenaza la sostenibilidad social y
política del SNS**

Aumento del aseguramiento privado voluntario

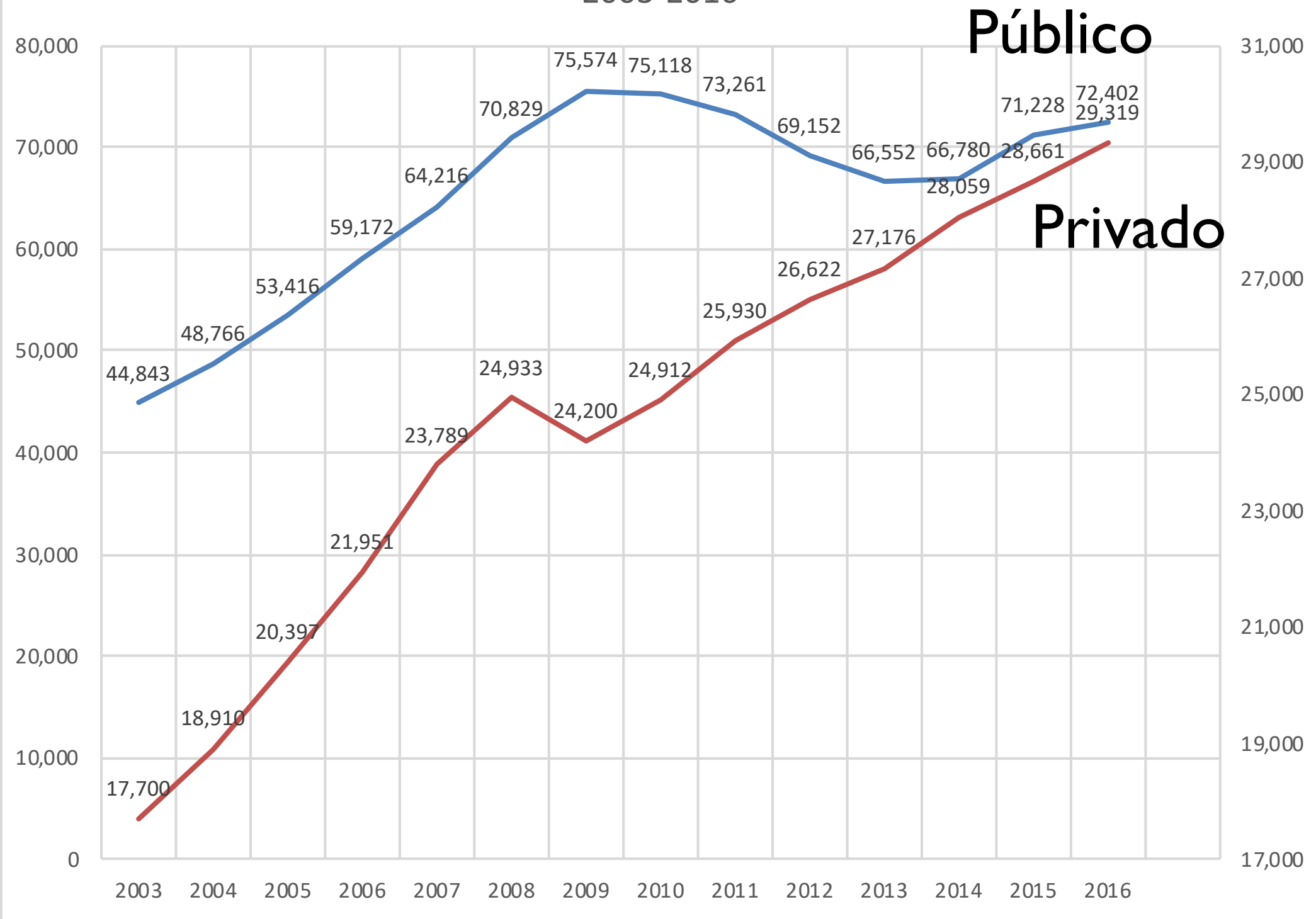
Aumento del aseguramiento privado voluntario en la última década. Mayor demanda de servicios privados



Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), 12532 Seguros privados relacionados con la salud, Gasto medio por hogar, Precios corrientes, Gasto total



Evolución gasto sanitario público y privado España
2003-2016



Durante la crisis: reducción del gasto público, aumento del gasto privado

Tabla 3																
Sistema de Cuentas de Salud																
España, 2003-2017																
Gasto sanitario total según agente de financiación																
Millones de euros corrientes																
AGENTE DE FINANCIACIÓN		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
HF.1	Administraciones públicas	44.814	43.729	51.357	59.116	64.055	70.796	75.500	74.969	73.086	69.099	66.480	66.757	71.136	72.259	74.156
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	41.783	40.431	48.761	55.221	60.034	66.590	71.403	70.821	69.005	65.032	62.371	62.091	66.855	67.898	69.804
HF.1.1.1	Administración central	737	764	758	894	928	925	1.266	983	928	839	796	806	845	853	917
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales	48.220	43.800	48.082	53.340	58.026	64.487	68.860	68.840	67.162	63.400	60.881	61.134	65.318	66.384	68.270
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales	820	865	921	987	1.079	1.154	1.277	1.008	915	793	694	656	688	672	617
HF.1.2	Administraciones de seguridad social	3.031	3.298	3.606	3.895	4.021	4.231	4.097	4.138	4.061	4.067	4.109	4.166	4.281	4.370	4.346
HF.2	Sector privado	11.709	13.511	20.297	21.951	23.789	24.953	24.291	24.912	25.930	26.011	27.177	28.060	28.720	29.475	30.779
HF.2.1, HF.2.2	Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	3.268	3.520	3.671	4.347	4.715	4.628	4.632	4.034	4.561	4.362	4.301	4.565	4.573	4.633	5.634
HF.2.3	Pagos directos de los hogares	13.840	14.655	15,679	16,625	17,809	19,444	18,907	20,221	20,575	21,545	22,189	22,817	23,421	24,127	24,398
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	489	486	680	605	610	341	375	406	385	432	412	408	387	380	430
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)	311	250	258	374	646	520	287	251	368	272	275	275	333	426	327
HF.3	Reste del mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HF.1-HF.3	GASTO TOTAL	62.514	67.640	73.754	81.067	87.844	95.730	99.791	99.881	99.017	95.110	93.657	94.817	99.856	101.734	104.928

.. No disponible
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de Cuentas de Salud.

- Comparado con 2009, en 2017 el gasto sanitario total ha aumentado (5.2%) pero con una desigual evolución. El gasto público ha caído un 1.8% (-1,350 m€), el privado ha crecido un +27.2% (+6,578m€)
- El gasto privado representaba en 2009 el 24% del total, en 2017 el 29%

Carga ideológica en el debate de la sostenibilidad

Mezcla con el debate sobre
“**modelo**” y *público vs privado*





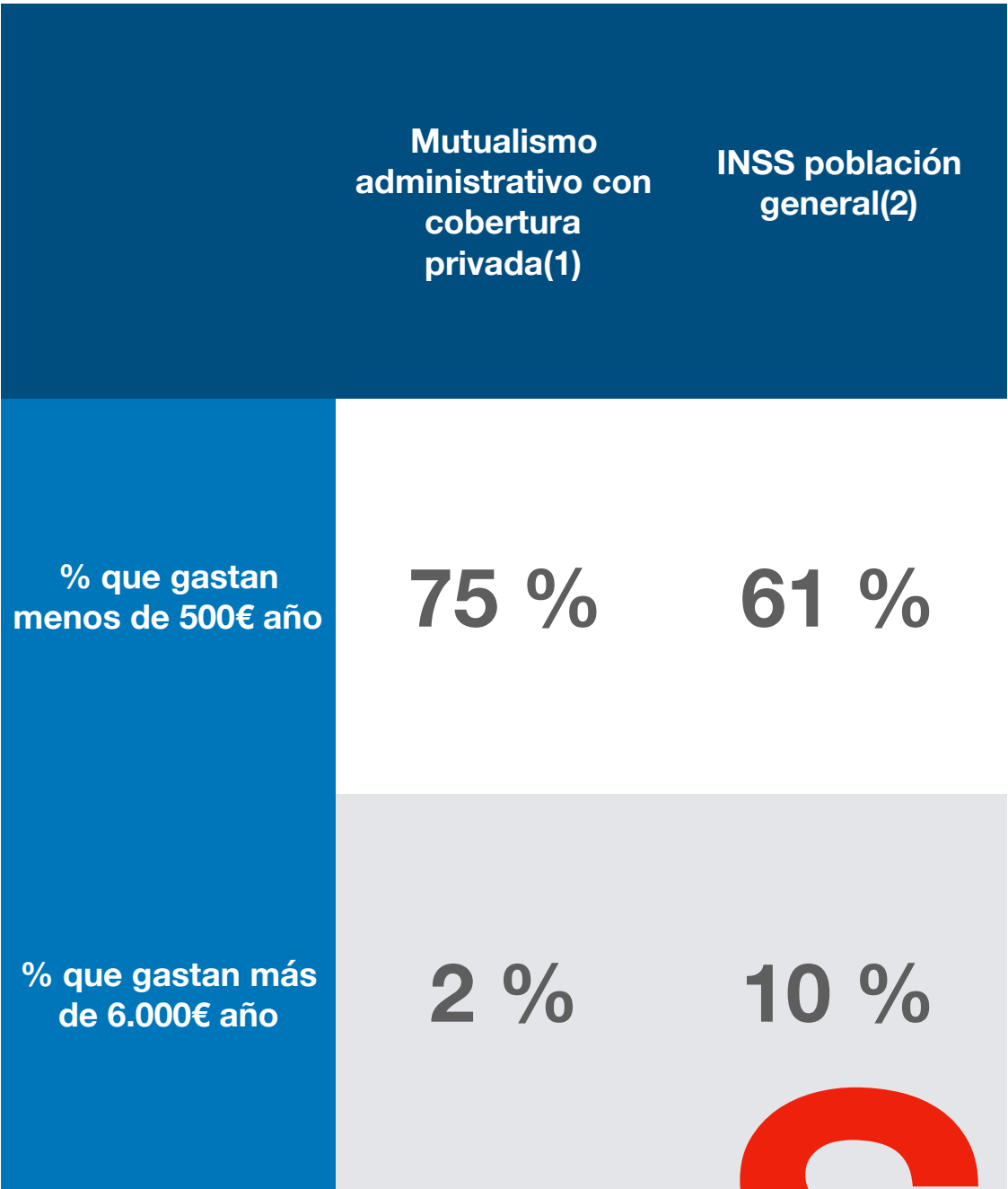


Coventry, Reino Unido (1946)

La huida hacia el aseguramiento privado no es parte de la solución, más bien es parte del problema.

La generalización del “modelo MUFACE”, tampoco es solución

¿Selección de riesgos?



(1) Elaboración propia con datos de UNESPA Memoria social del seguro 2018 [https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2019/05/Informe+Estamos+Seguros+2018+\(Version+integra\).pdf](https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2019/05/Informe+Estamos+Seguros+2018+(Version+integra).pdf) y memorias MUFACE

(2) Caballer Tarazona V, Guadalajara Olmeda N, Vivas Consuelo D, Clemente Collado A. Impacto de la morbilidad en los costes asistencia- les de un Depart. de Salud de la Comunidad Valenciana a través de estudio de Grupos de Riesgo Clínico. Rev Esp Salud Pública. 2016;Vol. 90: 8 de junio: e1-e15.

¿Cómo hacer sostenible el SNS?

1. Redirigiendo el **foco** hacia el **valor**

2. Con **innovación organizativa**

Nuevas
Tecnologías

El avance en
tecnologías
médicas explica
entre el 33% y el
50% del
aumento del
gasto sanitario

Salud

Gasto



En 1836, Nathan Rothschild, era el hombre más rico del mundo...



Tenía 59 años y una salud excelente

Durante el viaje de Londres a Frankfurt para la boda de su hijo, sufre un **absceso** en la espalda, muy doloroso. Contrata uno de los mejores cirujanos del mundo, que abre el bulto y cura la herida.

Pero unas semanas mas tarde **muere**.

Tenía una infección que hoy en día se curaría con **antibióticos** por unos pocos pesos, incluso en los países más pobres del planeta

En 1836, Nathan Rothschild, era el hombre más rico del mundo...

Dr. Jeckyl

o

Mr. Hyde?

Dr. Jeckyl

y

Mr. Hyde?

Nunca ha habido una época de evolución tan acelerada de innovaciones tecnológicas (medicamentos)

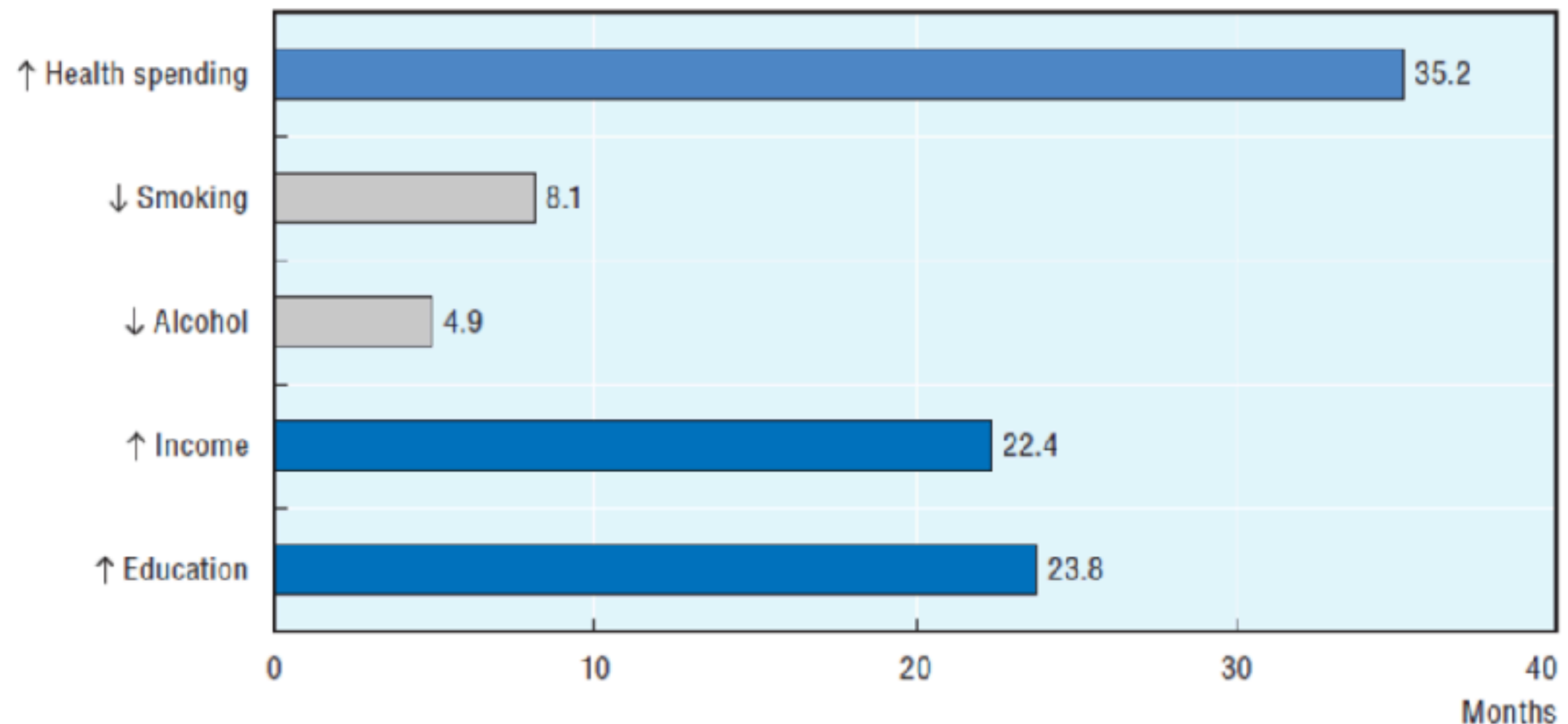
- ▶ Medicamentos vs otros inputs (RRHH)
- ▶ AP vs AE
- ▶ Sanidad vs STP



Healthier lifestyles, higher incomes and better education have all contributed to boost life expectancy in recent decades

However not just spending per se, but also how resources are used, that makes the difference in life expectancy

Analysis based on 35 OECD countries for the time period 1995-2015



Note: Figures represent the gains in life expectancy that could be expected with doubling health spending, doubling income, reaching 100% of tertiary education, and halving smoking and alcohol use.

Source: Health at a Glance 2017.

<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>

Journal of Economic Literature 2012, 50(3), 645–680
<http://dx.doi.org/10.1257/jel.50.3.645>

Valor

Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care

AMITABH CHANDRA AND JONATHAN SKINNER*

In the United States, health care technology has contributed to rising survival rates, yet health care spending relative to GDP has also grown more rapidly than in any other country. We develop a model of patient demand and supplier behavior to explain these parallel trends in technology growth and cost growth. We show that health care productivity depends on the heterogeneity of treatment effects across patients, the shape of the health production function, and the cost structure of procedures such as MRIs with high fixed costs and low marginal costs. The model implies a typology of medical technology productivity: (I) highly cost-effective “home run” innovations with little chance of overuse, such as anti-retroviral therapy for HIV, (II) treatments highly effective for some but not for all (e.g., stents), and (III) “gray area” treatments with uncertain clinical value such as ICU days among chronically ill patients. Not surprisingly, countries adopting Category I and effective Category II treatments gain the greatest health improvements, while countries adopting ineffective Category II and Category III treatments experience the most rapid cost growth. Ultimately, economic and political resistance in the United States to ever-rising tax rates will likely slow cost growth, with uncertain effects on technology growth. (JEL H51, I11, I18, O31)

AMITABH CHANDRA AND JONATHAN SKINNER*

In the United States, health care technology has contributed to rising survival rates, yet health care spending relative to GDP has also grown more rapidly than in any other country. We develop a model of patient demand and supplier behavior to explain these parallel trends in technology growth and cost growth. We show that health care productivity depends on the heterogeneity of treatment effects across patients, the shape of the health production function, and the cost structure of procedures such as MRIs with high fixed costs and low marginal costs. The model implies a typology of medical technology productivity: (I) highly cost-effective "home run" innovations with little chance of overuse, such as anti-retroviral therapy for HIV, (II) treatments highly effective for some but not for all (e.g., stents), and (III) "gray area" treatments with uncertain clinical value such as ICU days among chronically ill patients. Not surprisingly, countries adopting Category I treatments gain the greatest health improvements, countries adopting ineffective Category II and Category III treatments experience the most rapid cost growth. Ultimately, economic and political resistance in the United States to ever-rising tax rates will likely slow cost growth, with uncertain effects on technology growth. (JEL H51, I11, I18, O31)

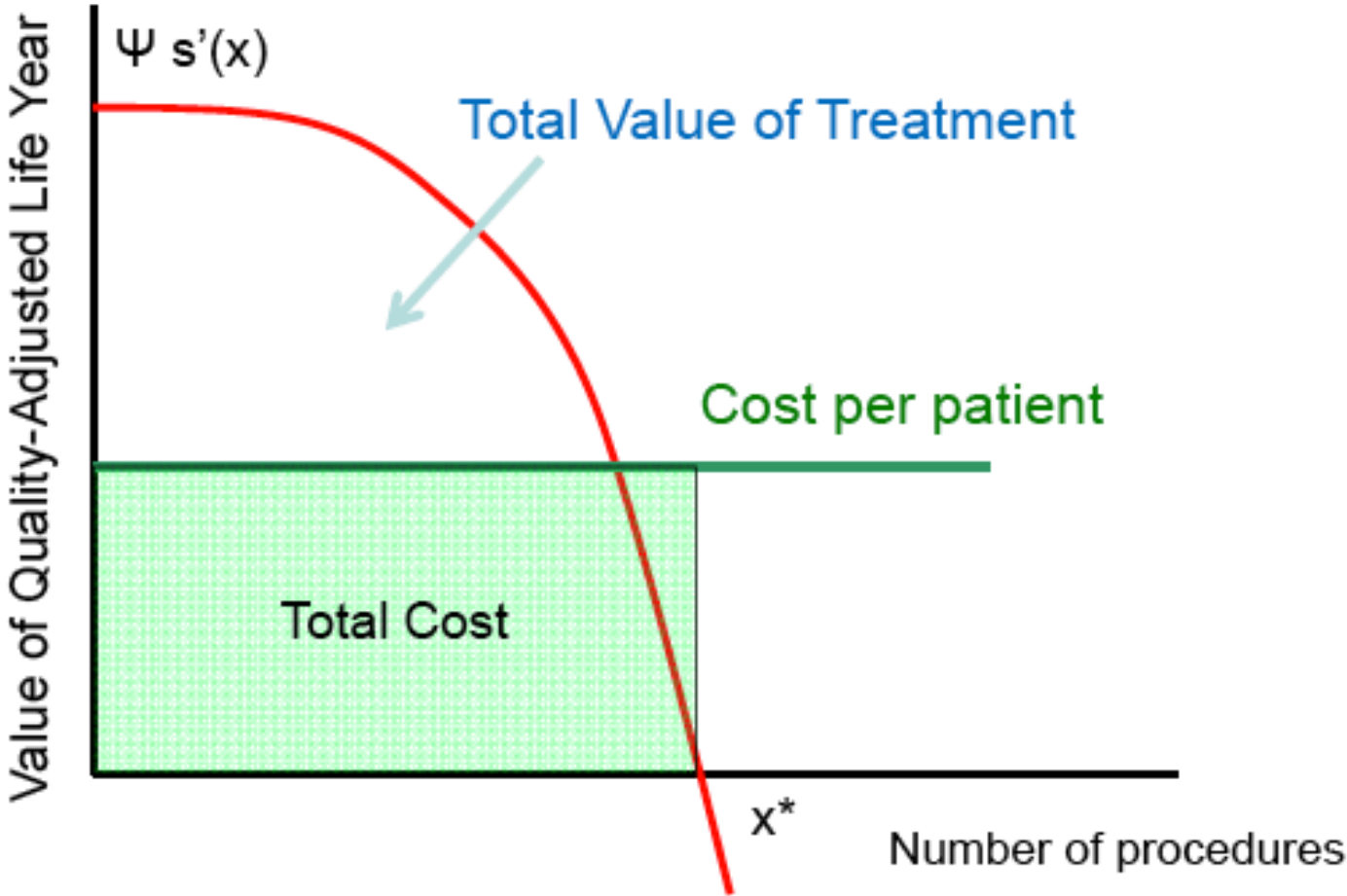


Figure 4: Benefits (area under the curve) and Costs of Category I Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care

AMITABH CHANDRA AND JONATHAN SKINNER*

In the United States, health care technology has contributed to rising survival rates, yet health care spending relative to GDP has also grown more rapidly than in any other country. We develop a model of patient demand and supplier behavior to explain these parallel trends in technology growth and cost growth. We show that health care productivity depends on the heterogeneity of treatment effects across patients, the shape of the health production function, and the cost structure of procedures such as MRIs with high fixed costs and low marginal costs. The model implies a typology of medical technology productivity: (I) highly cost-effective "home run" innovations with little chance of overuse, such as anti-retroviral therapy for HIV, (II) treatments highly effective for some but not for all (e.g., stents), and (III) "gray area" treatments with uncertain clinical value such as ICU days among chronically ill patients. Not surprisingly, countries adopting Category I and effective Category II treatments gain the greatest health improvements, while countries adopting ineffective Category II and Category III treatments experience the most rapid cost growth. Ultimately, economic and political resistance in the United States to ever-rising tax rates will likely slow cost growth, with uncertain effects on technology growth. (JEL H51, I11, I18, O31)

Tipología de tratamientos por orden de su contribución a la **productividad** de la atención sanitaria(*)

1. **Tecnologías Run Home:** altamente efectivas para todos (ej: cirujanos lavar manos; antibióticos; aspirina post-infarto;)
2. **Tecnologías tipo II:** Tecnologías con gran heterogeneidad individual de efectividad. Muchos pacientes tratados consiguen bajos resultados de salud
3. **Tecnologías tipo III:** Tecnologías de eficacia (efectividad) no demostrada

(*) Mejora de resultados de salud por \$ de aumento de coste

AMITABH CHANDRA AND JONATHAN SKINNER*

In the United States, health care technology has contributed to rising survival rates, yet health care spending relative to GDP has also grown more rapidly than in any other country. We develop a model of patient demand and supplier behavior to explain these parallel trends in technology growth and cost growth. We show that health care productivity depends on the heterogeneity of treatment effects across patients, the shape of the health production function, and the cost structure of procedures such as MRIs with high fixed costs and low marginal costs. The model implies a typology of medical technology productivity: (I) highly cost-effective “home run” innovations with little chance of overuse, such as anti-retroviral therapy for HIV, (II) treatments highly effective for some but not for all (e.g., stents), and (III) “gray area” treatments with uncertain clinical value such as ICU days among chronically ill patients. Not surprisingly, countries adopting Category I and effective Category II treatments gain the greatest health improvements, while countries adopting ineffective Category II and Category III treatments experience the most rapid cost growth. Ultimately, economic and political resistance in the United States to ever-rising tax rates will likely slow cost growth effects on technology growth. (JEL H51, I11, I18, O31)

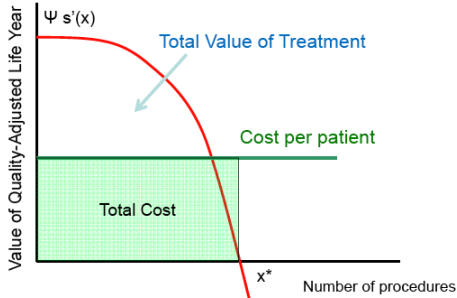


Figure 4: Benefits (area under the curve) and Costs of Category I Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

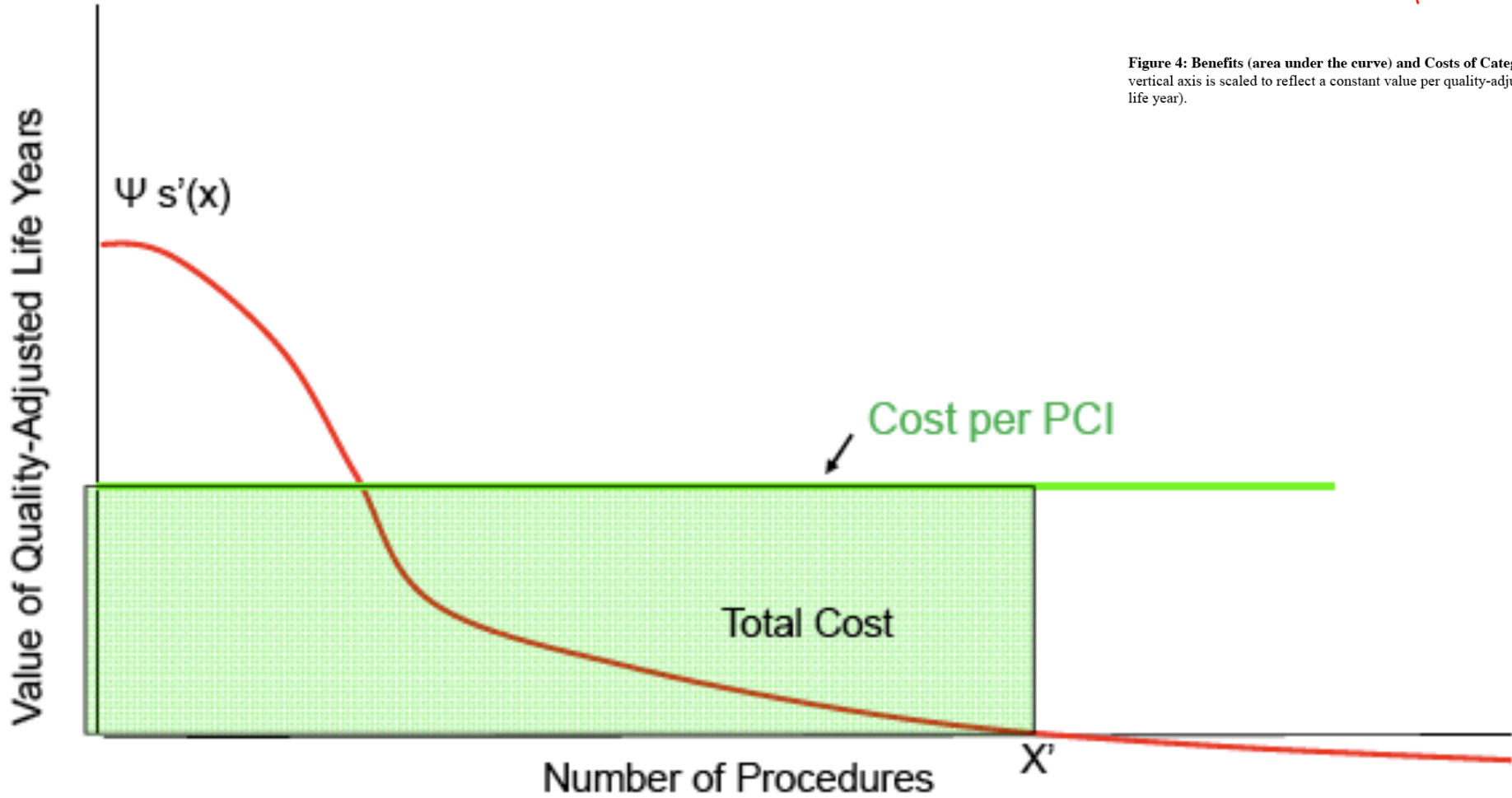


Figure 5: Benefits (area under the curve) and Costs of Category II Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

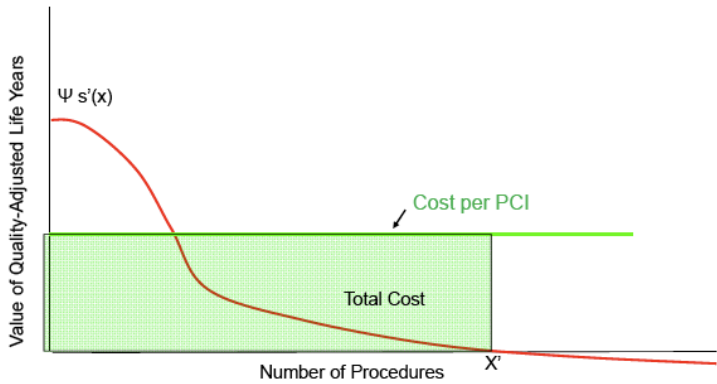


Figure 5: Benefits (area under the curve) and Costs of Category II Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

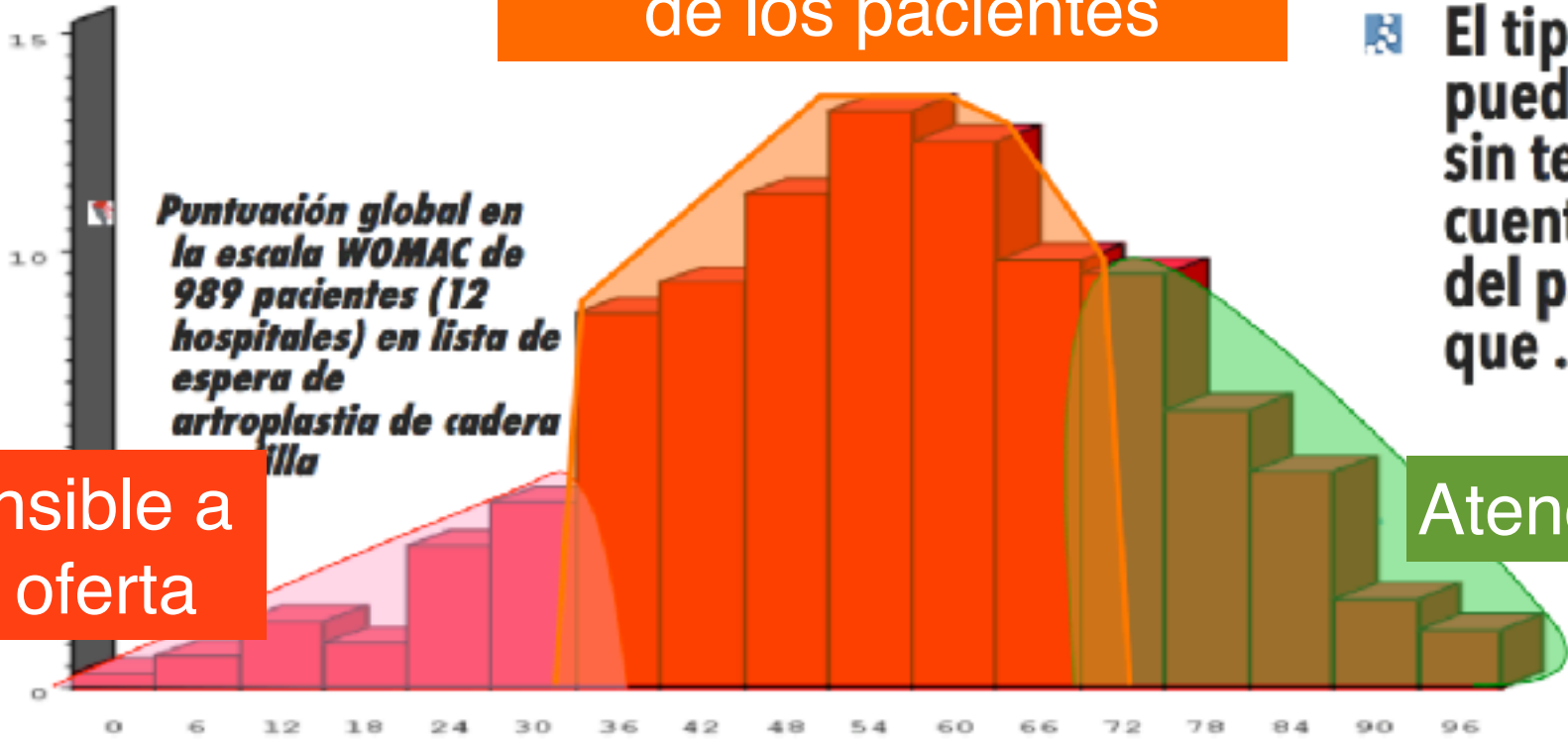
Pacientes en **lista de espera de artroplastia** de rodilla o cadera. Muestra de 12 hospitales (n=989 pacientes)

Sensible a preferencias de los pacientes

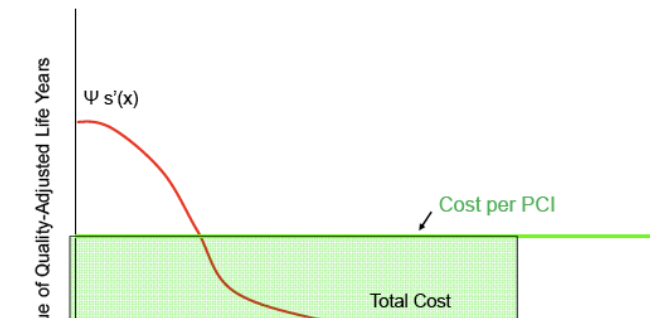
El tipo de VPM no puede definirse sin tener en cuenta el estado del paciente, ya que ...

Sensible a la oferta

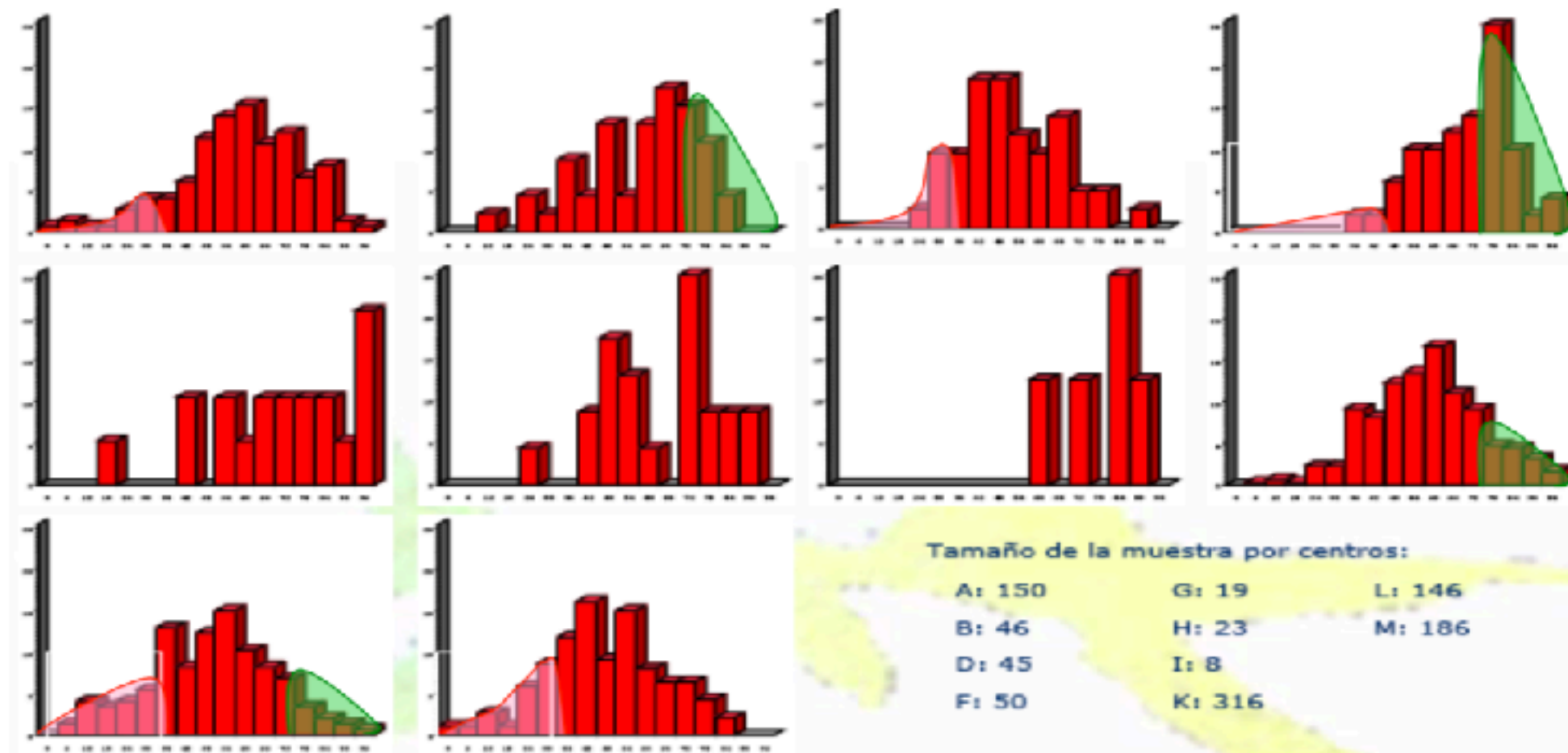
Atención efectiva



Espartero M. Necesidades y priorización. Jornada sobre artroplastias: perspectivas clinicas, de gestión y de investigación en servicios sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo y Red IRYSS. Madrid, 2 de junio 2005.



Pacientes en **lista de espera** de **artroplastia** de rodilla o cadera.



Espallargues M. Necesidades y priorización. Jornada sobre artroplastias: perspectivas clínicas, de gestión y de investigación en servicios sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo y Red IRYSS. Madrid, 2 de junio 2005.

In the United States, however, health care spending is higher than in other countries. We devote explain these parallel to health care productivity patients, the shape of procedures such as MR implies a typology of "home run" innovation therapy for HIV, (II) the and (III) "gray area" among chronically ill and effective Category countries adopting ineff the most rapid cost gr United States to ever-ri effects on technology gr

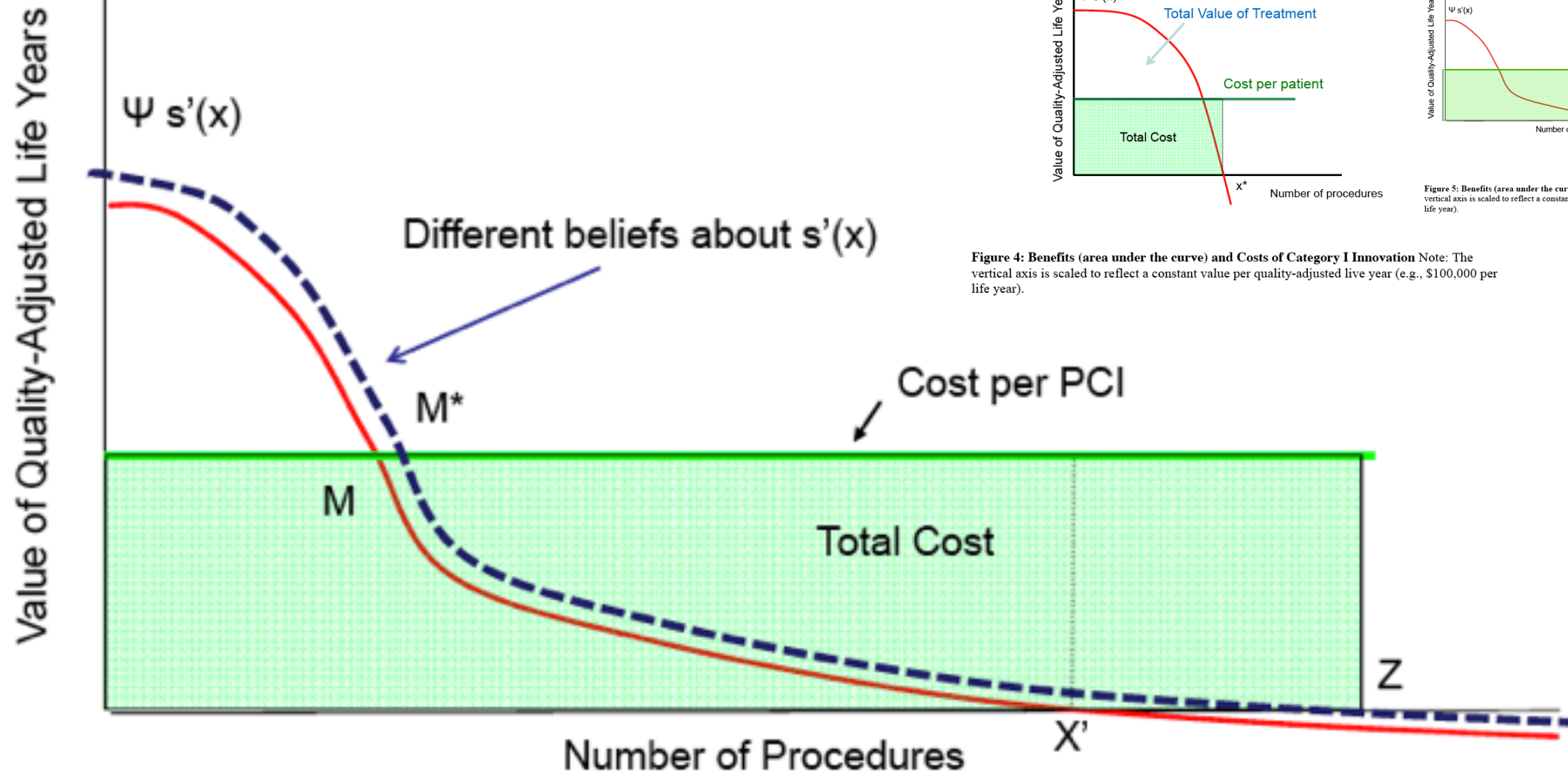


Figure 6: Differences in Utilization arising from Variation in Physician Beliefs or in Demand. The dotted line represents a higher perceived benefit schedule from the procedure, whether because of physician belief or patient demand. Differences in utilization widen where the $-s''$ is small (i.e., between X' and Z) compared to steeper sections of the marginal productivity curve (M versus M'). The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

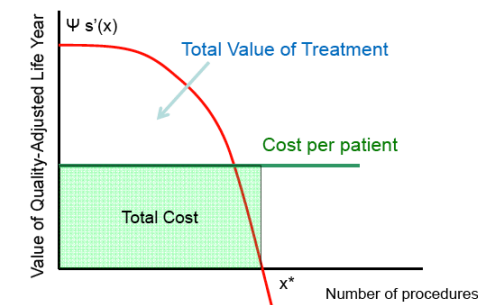


Figure 4: Benefits (area under the curve) and Costs of Category I Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

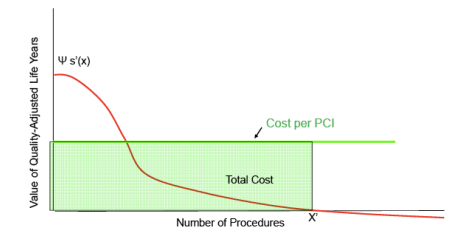


Figure 5: Benefits (area under the curve) and Costs of Category II Innovation Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).

El caso de los medicamentos hospitalarios

Entre 2014 y 2018 el gasto en farmacia hospitalaria sube su participacion en el gasto farmaceutico del 35% al 38%

	Gasto farmaceutico hospitalario (mm€)	Incremento (%)
2014	5.254	
2018	6.864	31 %
2019 (enero-marzo)		9.4 %

Gasto sanitario público de las CCAA 2009-2017

GASTO SANITARIO PÚBLICO 2002-2017 CLASIFICACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA COMUNIDADES AUTÓNOMAS									
	Miles de euros / Porcentaje sobre el total								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016(*)	2017(*)
Remuneración del personal	29,361,216 45.4	29,072,656 45.4	28,530,262 45.4	26,281,031 44.4	26,128,262 45.9	26,245,028 45.8	27,326,359 44.9	28,041,267 45.4	28,658,869 45.0
Consumo intermedio	13,628,681 21.1	13,395,987 20.9	14,383,915 22.9	15,052,002 25.4	13,751,631 24.2	13,998,741 24.5	16,065,090 26.4	16,105,600 26.1	16,518,569 25.9
Consumo de capital fijo	259,691 0.4	270,632 0.4	294,705 0.5	293,286 0.5	283,663 0.5	266,753 0.5	263,304 0.4	251,163 0.4	242,556 0.4
Conciertos	5,907,438 9.1	5,867,109 9.2	5,890,445 9.4	5,773,874 9.8	5,521,571 9.7	5,568,462 9.7	5,837,027 9.6	5,719,961 9.3	6,030,019 9.5
Transferencias corrientes	13,529,335 20.9	13,543,904 21.1	12,427,844 19.8	10,896,219 18.4	10,526,062 18.5	10,404,593 18.2	10,482,480 17.2	10,862,137 17.6	11,270,379 17.7
Gasto de capital	2,039,798 3.2	1,920,402 3.0	1,270,277 2.0	910,996 1.5	715,591 1.3	760,640 1.3	912,032 1.5	813,703 1.3	977,670 1.5
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR	64,726,160	64,070,688	62,797,446	59,207,408	56,926,778	57,244,216	60,886,291	61,793,832	63,698,062
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	225,244	222,965	181,793	172,933	167,105	143,755	137,425	150,603	204,180
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	64,500,916	63,847,723	62,615,653	59,034,475	56,759,673	57,100,461	60,748,866	61,643,229	63,493,882

Incremento 2009-2017
-2.4%
+21.2%

Los gastos de personal, que representan el 45% del gasto sanitario público de las CCAA en el SNS, han caído un 2.4% desde 2009. Los consumos intermedios han subido un 21.2%

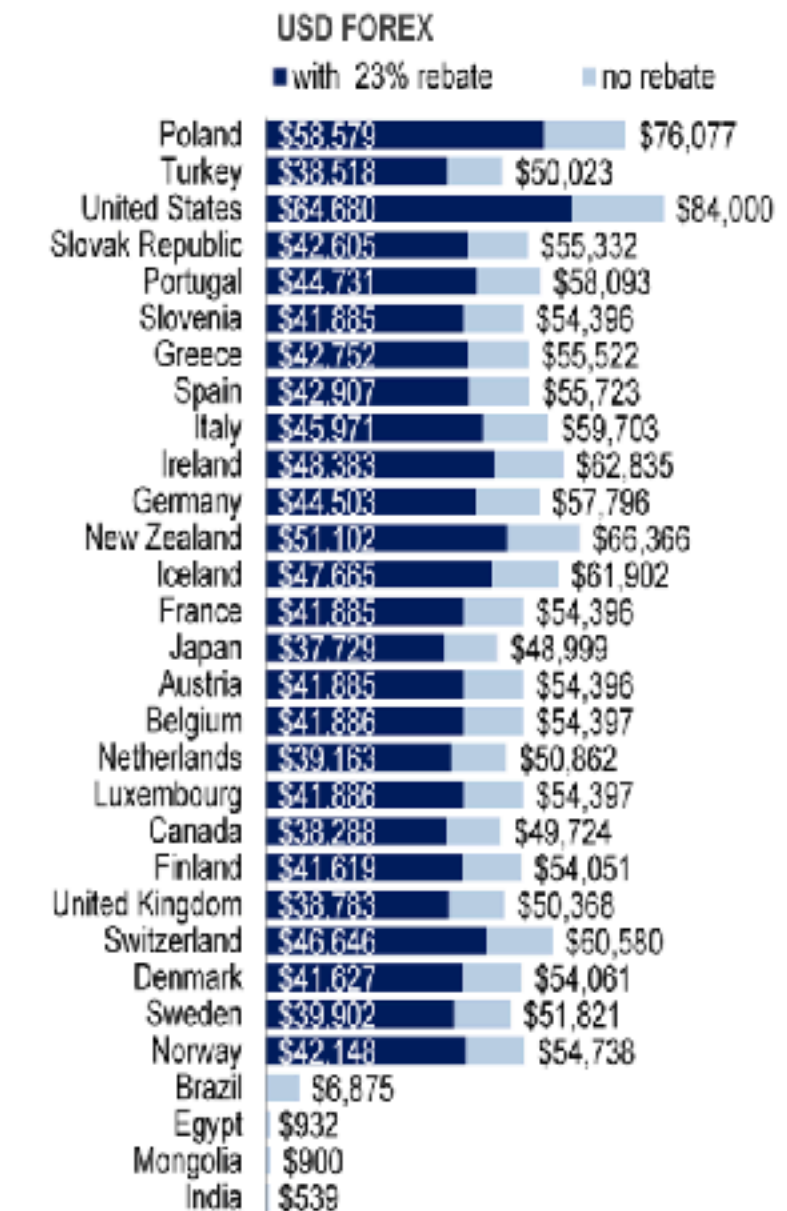
RESEARCH ARTICLE

Prices, Costs, and Affordability of New Medicines for Hepatitis C in 30 Countries: An Economic Analysis

Swathi Iyengar¹, Kiu Tay-Teo¹, Sabine Vogler², Peter Beyer¹, Stefan Wiktor¹, Kees de Joncheere¹, Suzanne Hill^{1*}

¹ World Health Organization, Geneva, Switzerland, ² WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, Health Economics Department, Gesundheit Österreich GmbH, Vienna, Austria

(a) sofosbuvir price



... pero alta variabilidad de precios entre países (y opacidad)

The high price of anticancer drugs: origins, implications, barriers, solutions

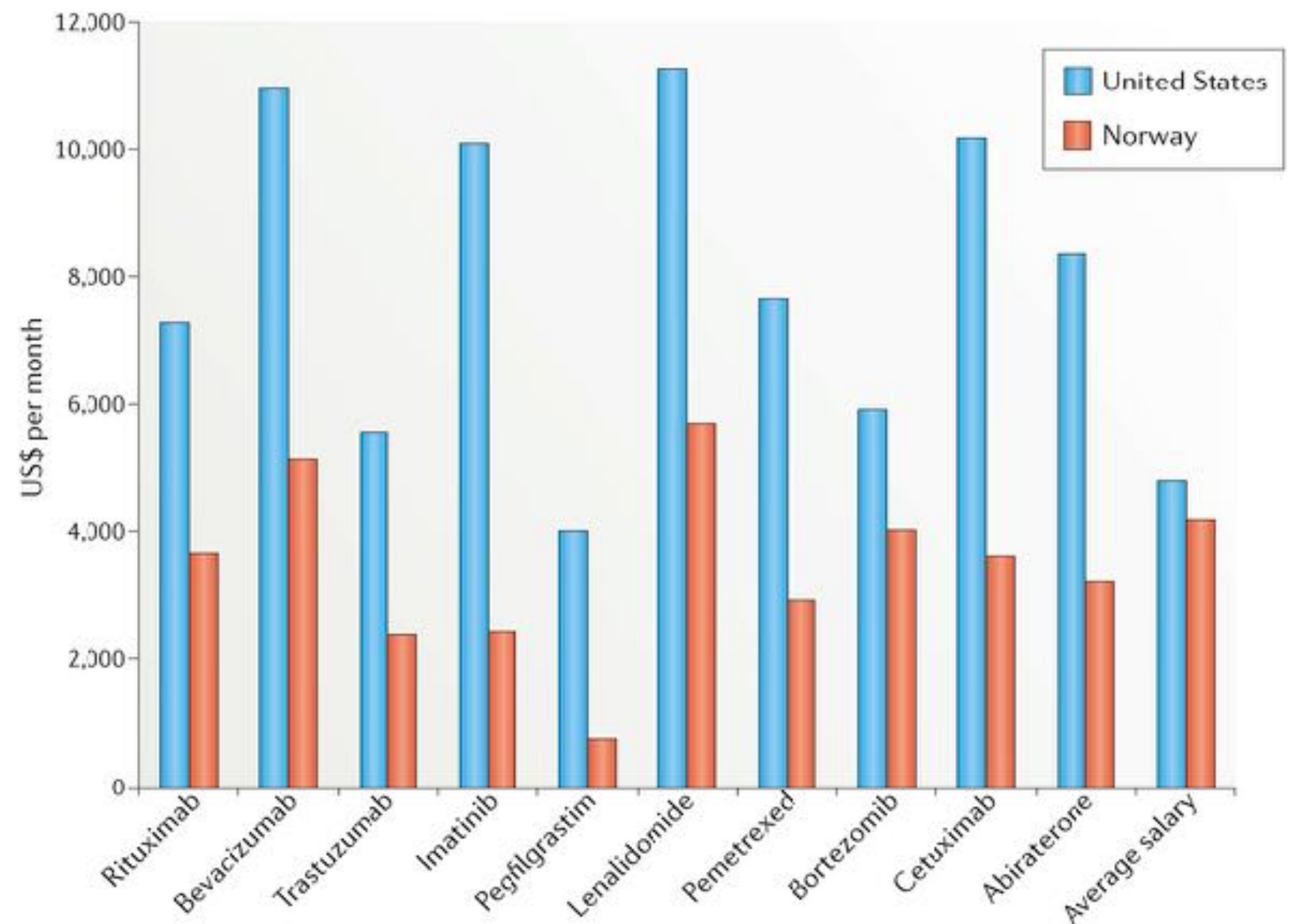
Vinay Prasad, Kevin De Jesús & Sham Mailankody

Affiliations | Contributions | Corresponding author

Nature Reviews Clinical Oncology (2017) | doi:10.1038/nrclinonc.2017.31
Published online 14 March 2017

Precios varían entre países

Figure 1 Cost of one month of treatment with the top 10 bestselling anticancer drugs in the USA and Norway



Nature Reviews | Clinical Oncology

The high price of anticancer drugs: origins, implications, barriers, solutions

Vinay Prasad, Kevin De Jesús & Sham Mailankody

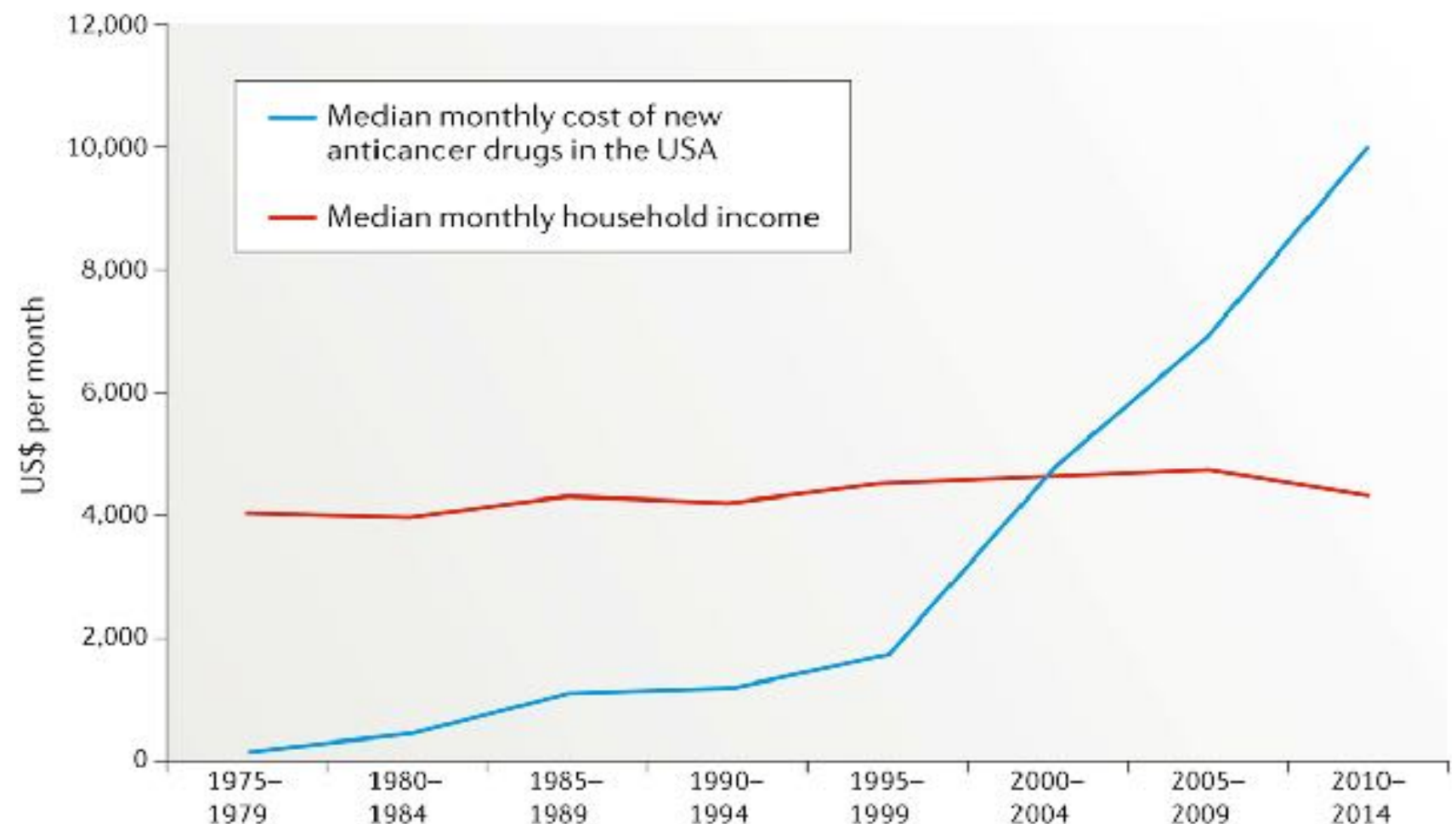
Affiliations | Contributions | Corresponding author

Nature Reviews Clinical Oncology (2017) | doi:10.1038/nrclinonc.2017.31

Published online 14 March 2017

Precios excesivos

Figure 2 Median monthly launch price of a new anticancer drug, compared with median monthly household income from 1975–2014 in the USA

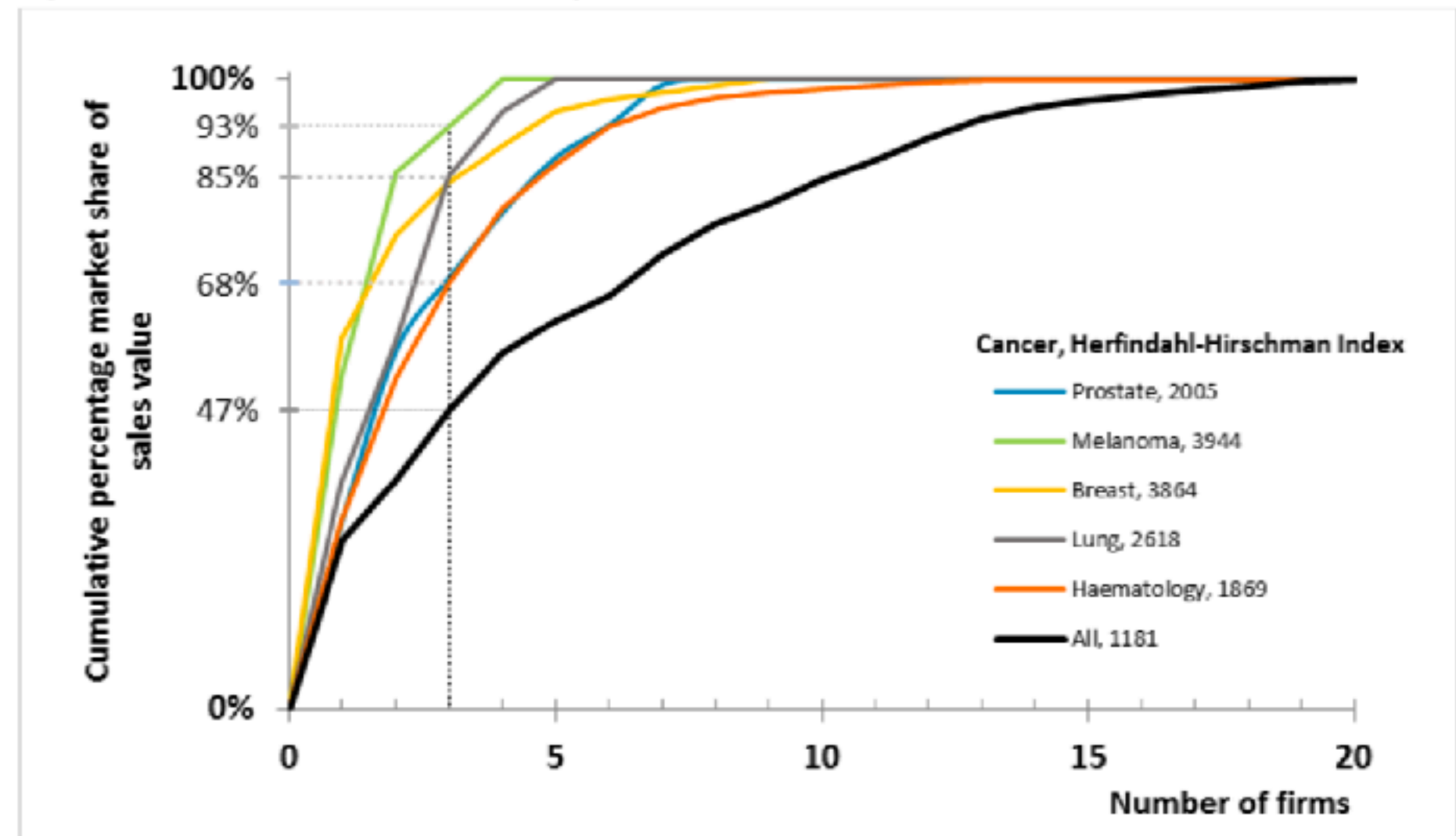


Nature Reviews | Clinical Oncology

Una Ley económica: mercado mas concentrado lleva a precios mas altos

El mercado de medicamentos bajo patente está muy concentrado

Fig. 3.6: Distribution of market share by 2017 sales value and Herfindahl-Hirschman Index



Source: Author's calculation based on 2017 sales figures of products presented in companies' annual reports

(*)WHO (2018) TECHNICAL REPORT. Pricing of cancer medicines and its impacts

1. Valores. SSBV	2. QUÉ Sostenibilidad	3. Nuevas tecnologías, gasto y valor	4. Innovación organizativa	Conclusión
------------------	------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	------------

Sistemas
Sanitarios
Basados en el
Valor

Tiene sentido fijar
precios diferentes
según indicación,
pero lo importante es
¿qué precio?

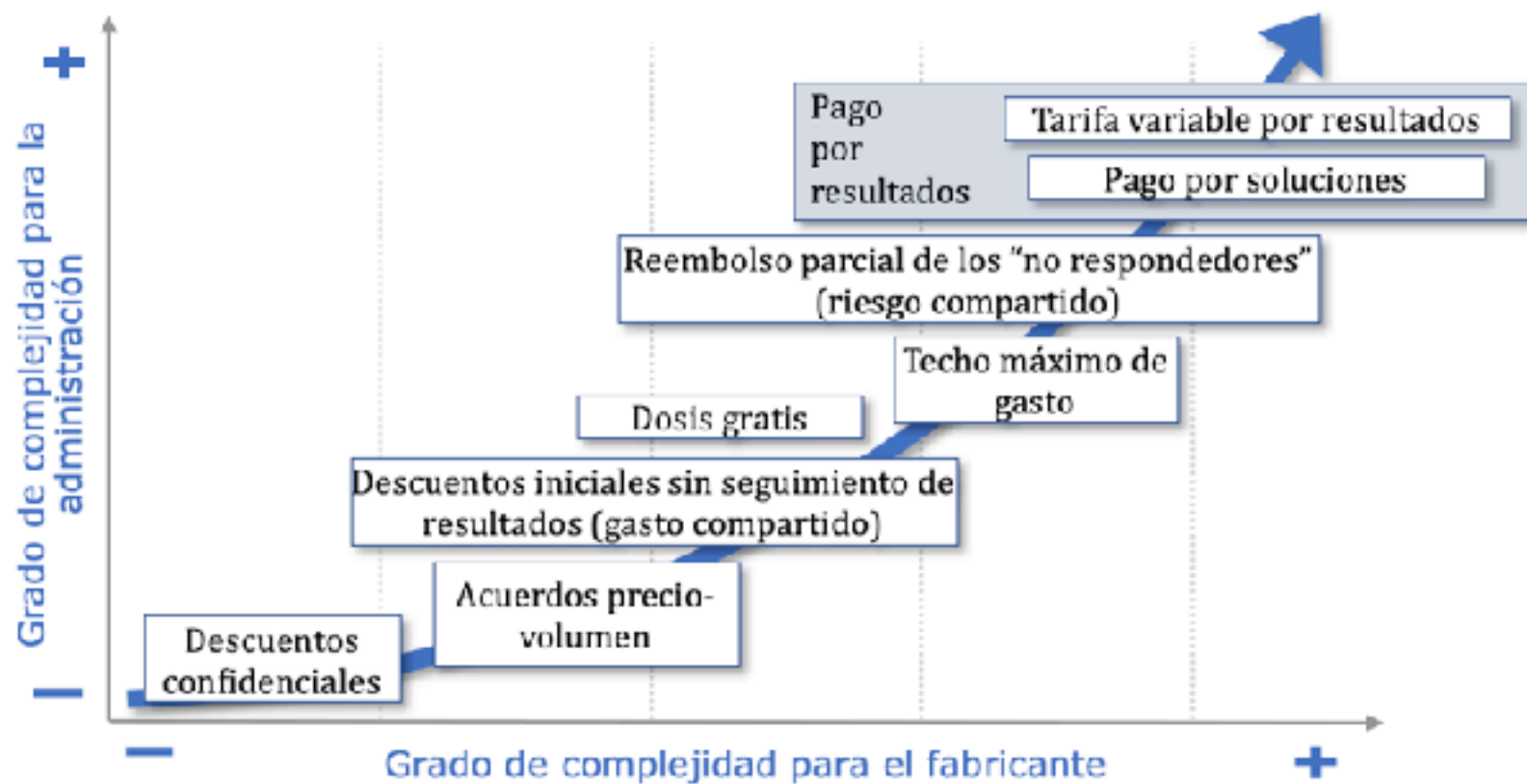
Fármacos para tratar distintos
problemas, distinta eficacia/efectividad
....

¿Por qué un solo precio?

Fármacos oncológicos y otros
innovadores: sus precios se sitúan en
los **límites de la disposición social a
pagar**

Los precios altos son **efecto
secundario de la falta de
competencia** y de la debilidad
negociadora del comprador público,
atomizado y desinformado (**opacidad**)

Modelos de pago y financiación según distribución de riesgo entre las partes



Enorme potencial de los **Acuerdos de Riesgo Compartido o Acuerdos Basados en Resultados... resultados en salud**

[Participación del paciente]

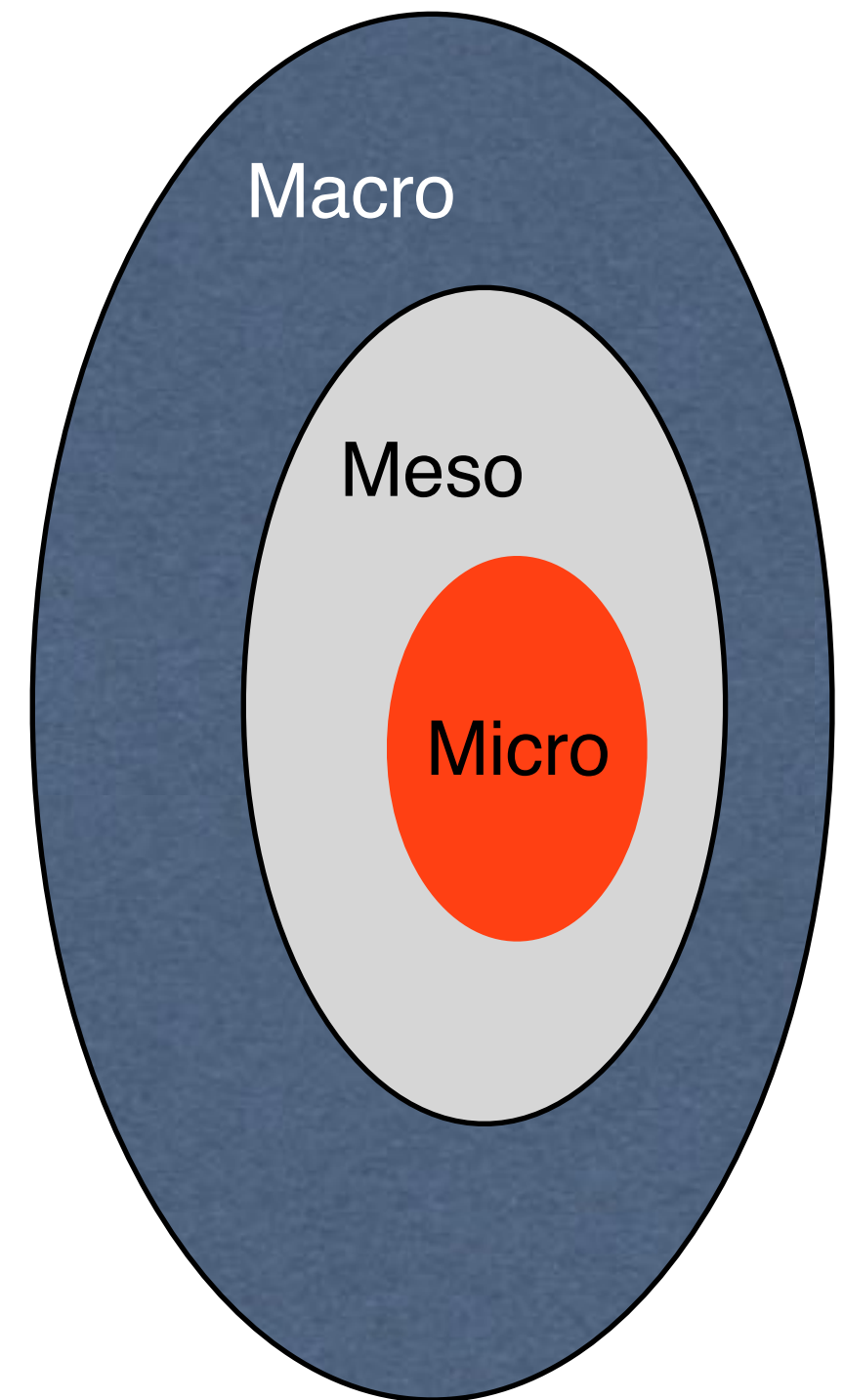
¿Cómo hacer sostenible el SNS?

1. Redirigiendo el **foco** hacia el **valor**

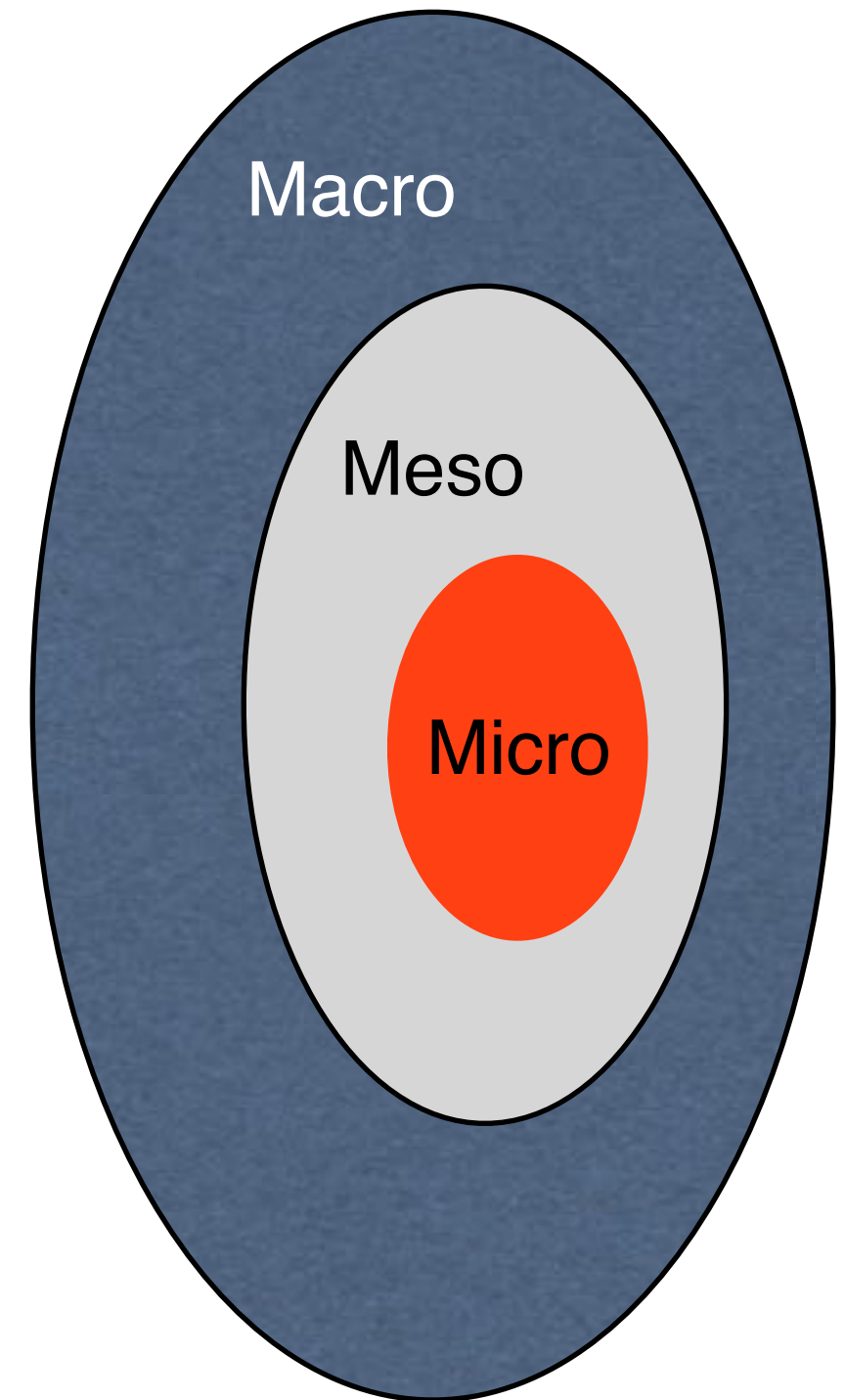
2. Con **innovación organizativa**

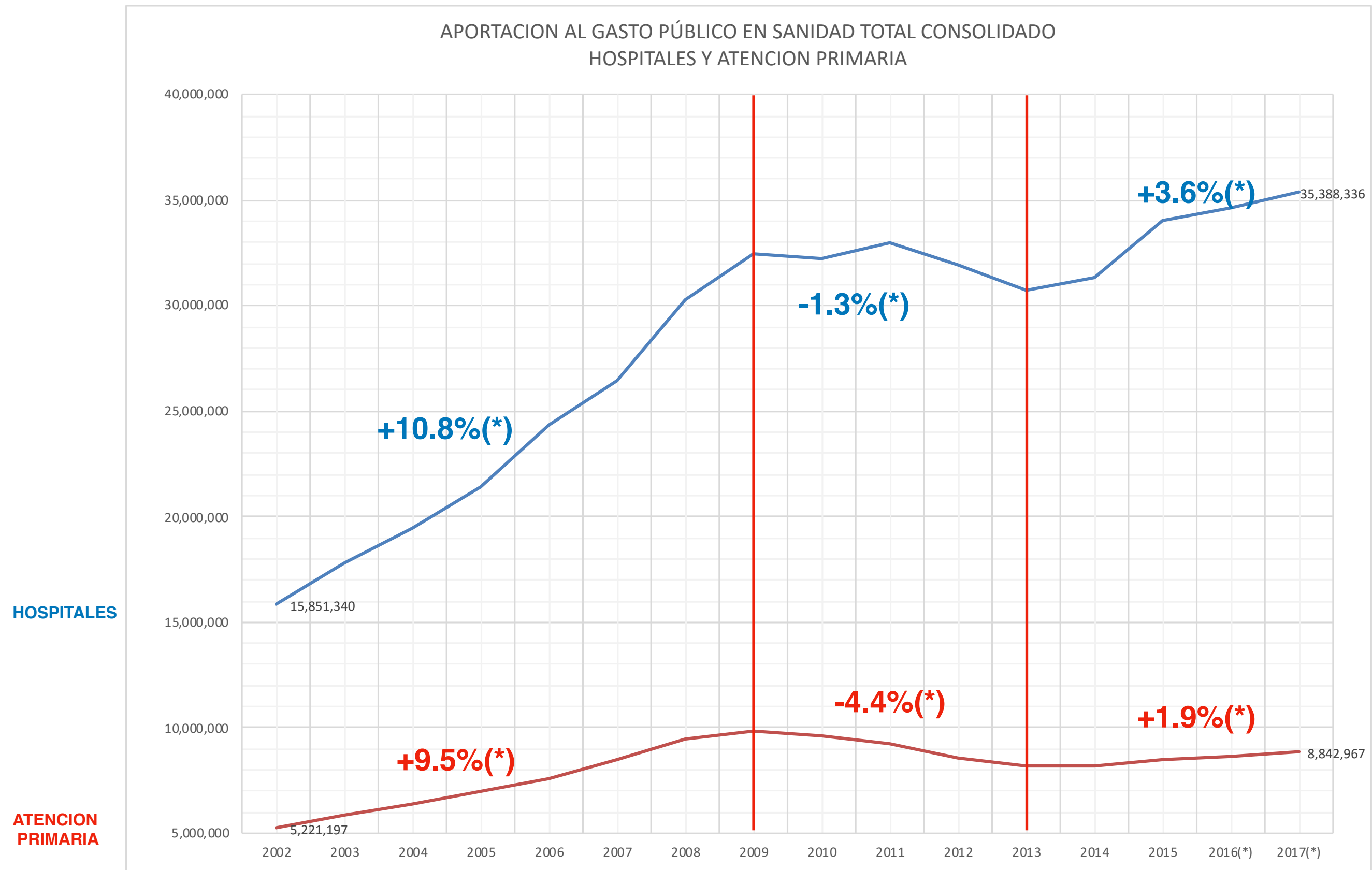
La **lógica** de la microeficiencia puede llevar a la **ineficiencia** global: Las externalidades

Ejemplo. Medicamentos **gratis** para los pacientes ingresados en tu servicio: **mayor coste** futuro en AP!



Cómo hacer sostenible el
SNS: actuando en los tres
niveles

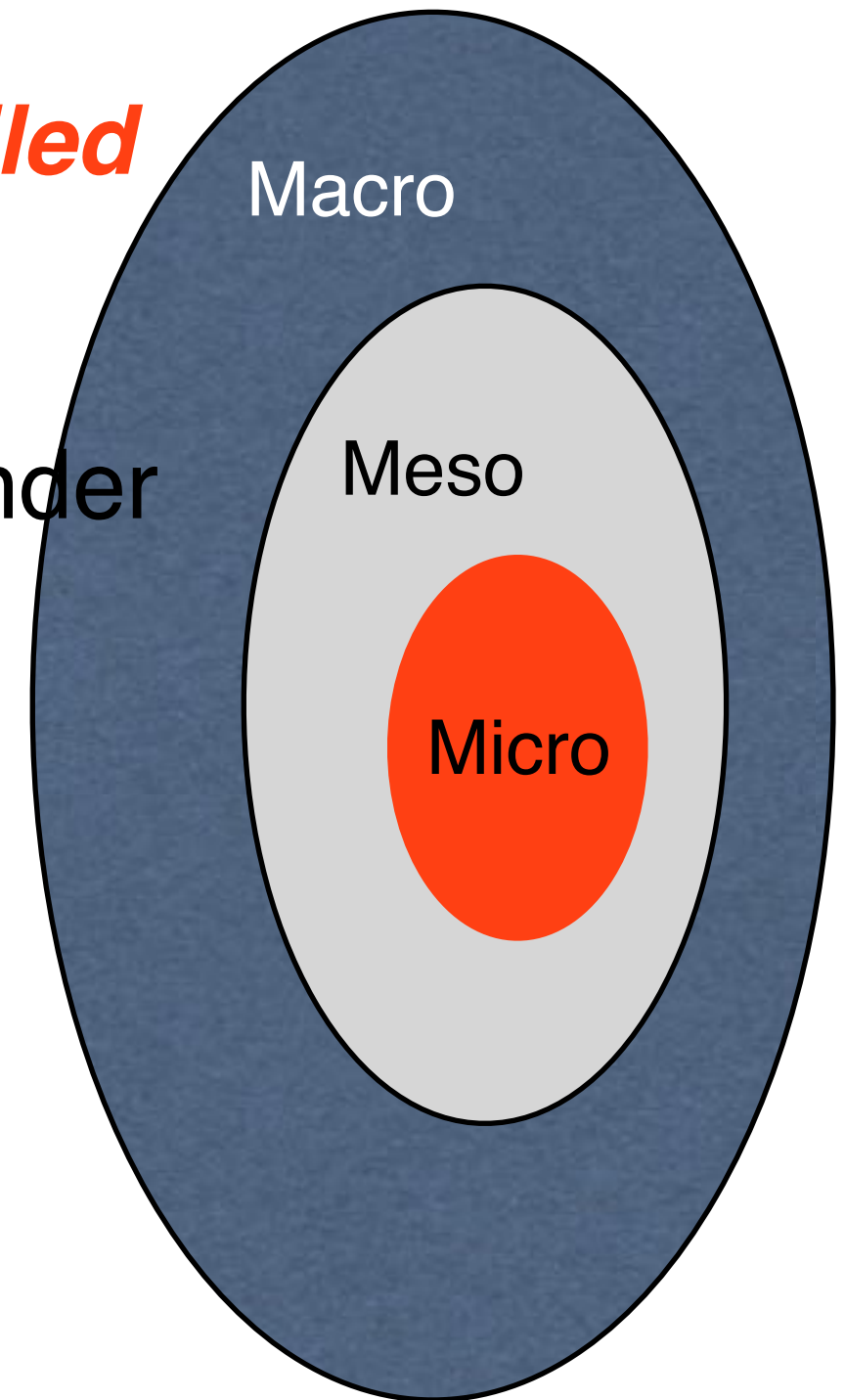




(*) incremento anual medio

Fuente: MSCBS Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls>

- 1.El **hospital-centrismo es un lastre** del sistema
- 2.Buque insignia, pero no aislado (**walled citadel**) sino **integrado**
- 3.Hospitales en España: enorme capacidad de **atracción**. Reto: aprender a gestionar sus “encantos” con mentalidad de valor social



Enorme potencial de los cambios
organizativos para mejorar la eficiencia

La integración, potente antídoto

I. Valores. SSBV

2. **QUÉ** Sostenibilidad

3. Nuevas tecnologías,
gasto y valor

4. Innovación
organizativa

Conclusión



En clave macro: regulación y gestión de los recursos humanos es una de las claves de sostenibilidad y calidad del SNS

Recursos Humanos: el capital más valioso del sistema

¿Sabotaje?



Estatuto marco: dualización; privatización; incentivos inadecuados

Todo Superman tiene su Criptonita



HSR: Health Services Research

Macro

Hospital Surgical Volumes and Mortality after Coronary Artery Bypass Grafting: Using International Comparisons to Determine a Safe Threshold

Nils Gutacker,
Alan Maynard,
Enrique Bernabeu

Objective. To estimate the relationship between hospital volume and mortality for coronary artery bypass grafting (CABG) surgery.

Data Source. Hospital surgical volumes and mortality data from five countries, 2007–2009 (106,149 procedures).

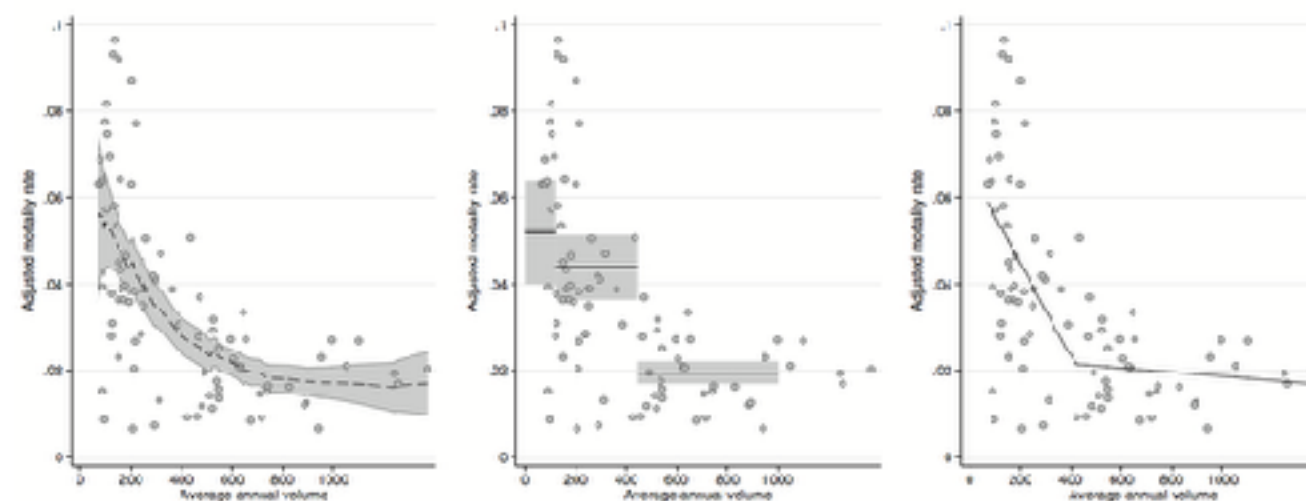
Design. Hierarchical regression analysis to estimate a threshold.

Findings. The 30-day in-hospital mortality rate was overall 5.2 percent (95 percent CI: 4.0–6.4) in low-volume hospitals and 1.8–2.3 percent (95 percent CI: 1.8–2.3) in high-volume hospitals. A nonlinear relationship between volume and mortality, flattening after 415 procedures per hospital per year.

Conclusions. There is a clear relationship between hospital CABG volume and mortality in Europe, implying a “safe” threshold volume of 415 cases per year.

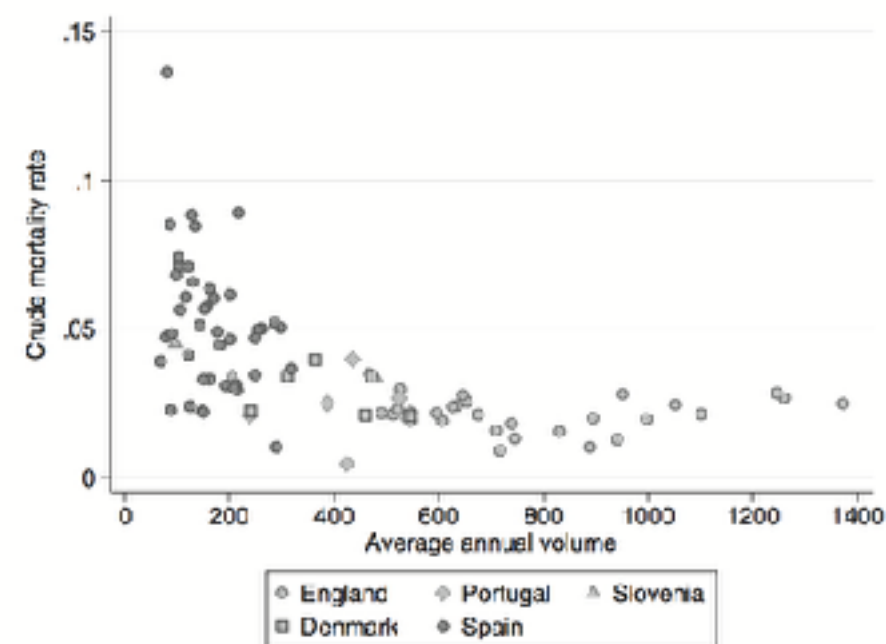
Key Words. Coronary artery bypass surgery, center-volume, mortality, international comparisons

Figure 2: Adjusted 30-day In-Hospital Mortality Rate and Hospital Annual Volume, All Five Countries Pooled



Notes. LOWESS plot (left panel), average mortality by volume group (middle panel), and segmented regression line (right panel). Estimated threshold volume: 415 procedures per hospital per year.

Figure 1: Unadjusted 30-day In-Hospital Mortality Rates and Hospital Annual Volume by Country



Recentralización

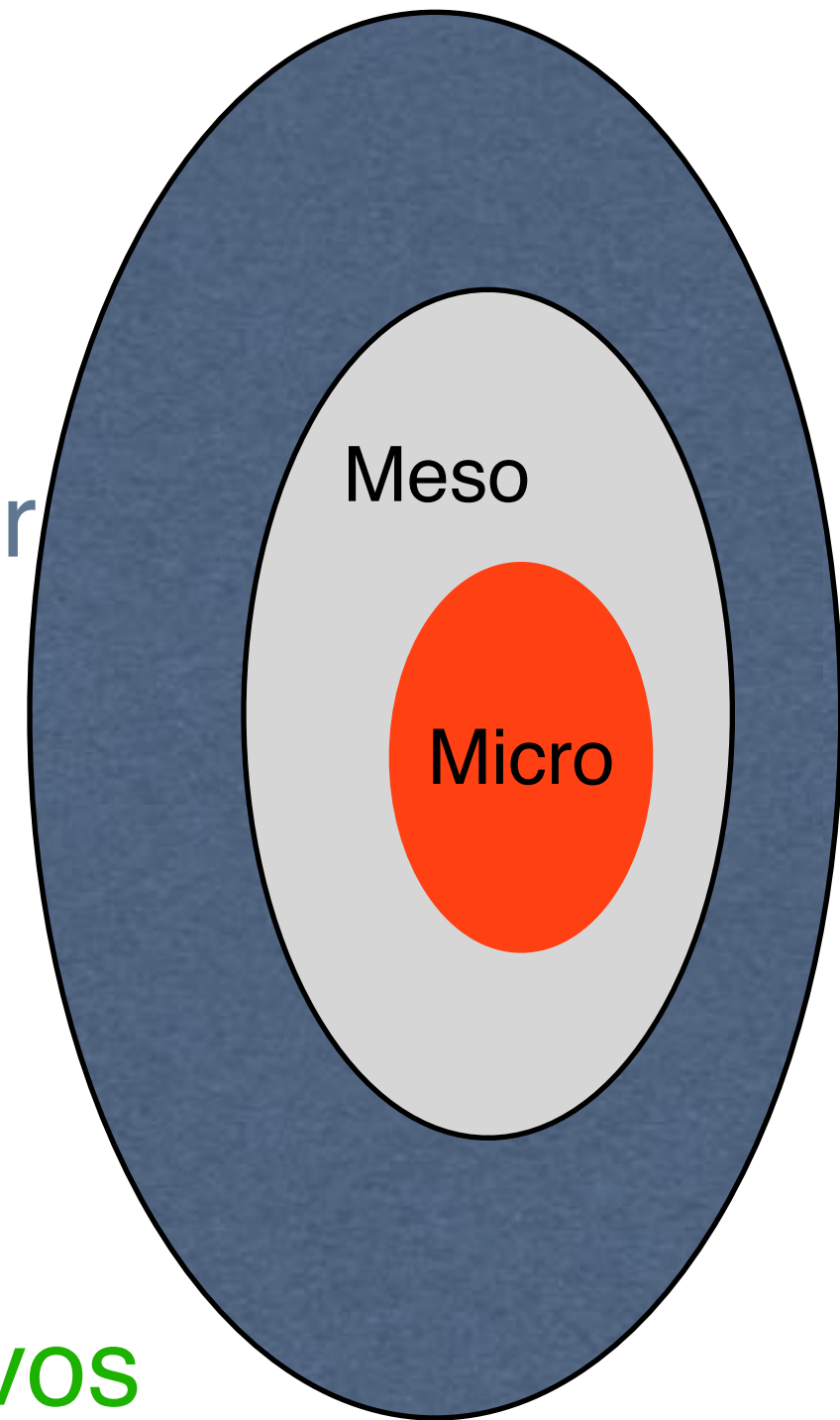
Tasas de mortalidad ajustadas por riesgo para distintos cánceres. Comparación por complejidad de hospitales

Tumor	< 500 camas	> 500 camas e institutos oncológicos	p
Esófago	21,5%	20,9%	,007
Colon	25,2%	22,5%	<0,001
Recto y ano	22,9%	20,3%	<0,001
Hígado y canal <u>intrahepático</u>	18,7%	13,9%	<0,001
Vesícula y vías biliares	23,9%	23,5%	,003
Páncreas	26,2%	25,6%	,003
Tráquea, bronquio y pulmón	27,9%	26,5%	<0,001
Mama	30%	23,1%	<0,001
Próstata	27,9%	17,7%	<0,001

Fuente: Pilar Garrido en XII Reunion Científica de ETS y Efectividad Comparada, 2016.

En clave meso y micro:

- ▶ Hacer + con -
- ▶ Hacer - (procedimientos de bajo valor sobreutilización y sobrediagnóstico)
- ▶ Hacer + con + (inyectar recursos al sistema)



Innovación organizativa + Incentivos
+ sistemas de información (benckmarking)

Entre el 10% y el 34% del gasto sanitario



Tackling Wasteful Spending on Health

Choosing Wisely Not to Do

Table 1.1. Who, why and what to do? Summary of findings on wasteful clinical care

Category of waste	Actors	Main drivers	Information systems required	Policy levers	Policy impact	Country examples
-------------------	--------	--------------	------------------------------	---------------	---------------	------------------

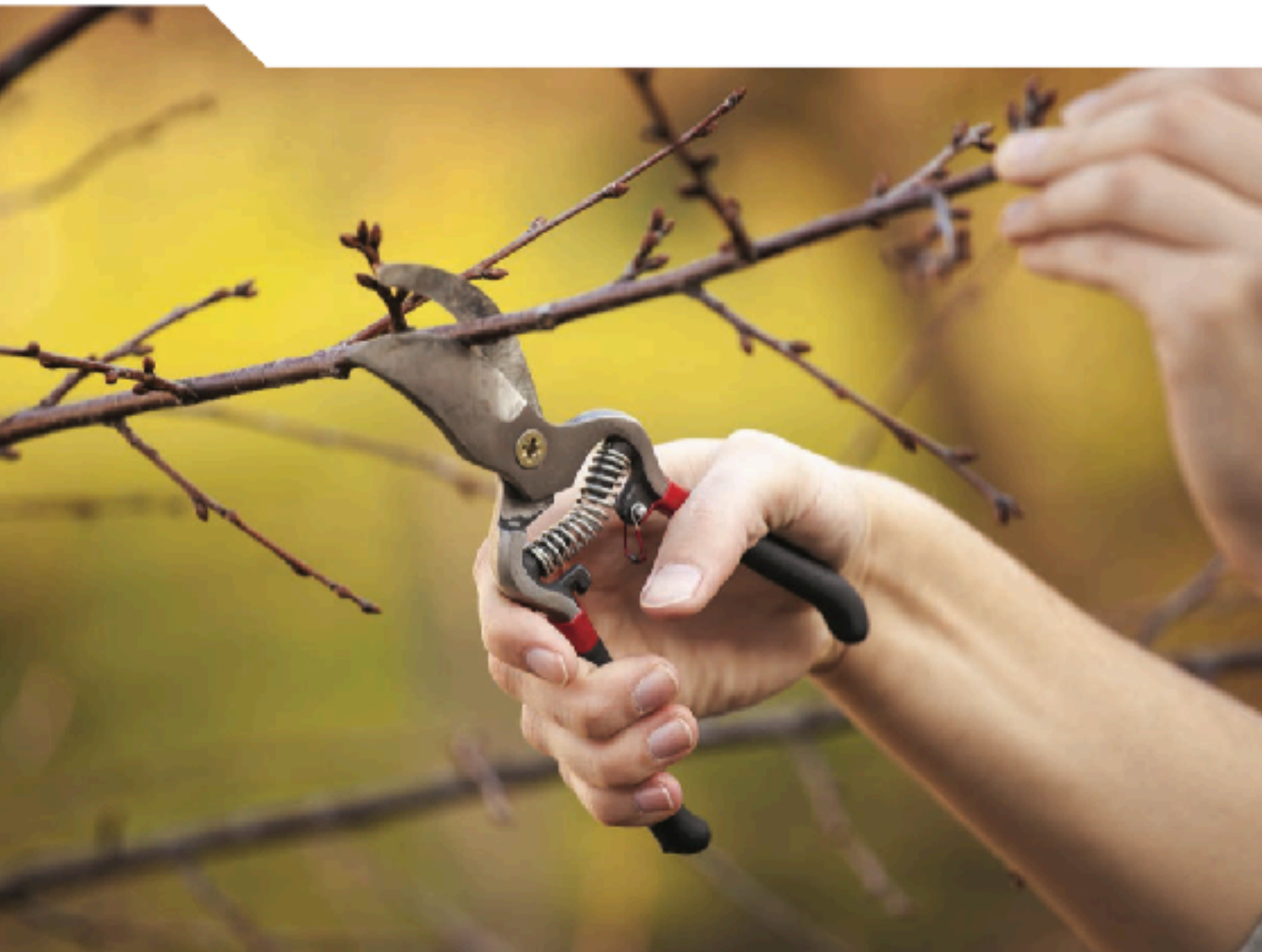




Table 1.1. Who, why and what to do? Summary of findings on wasteful clinical care

Category of waste	Actors	Main drivers	Information systems required	Policy levers	Policy impact	Country examples
Low-value care		Suboptimal decisions, poor incentives		Behaviour change: audit and feedback, guidelines (do-not-do lists), campaigns promoting dialogue between patient and clinician (Choosing Wisely®, advanced directives, decision aids)	+	United States, Netherlands, Italy, Canada, Australia, New Zealand, United Kingdom (and others): Choosing Wisely® campaign
		Suboptimal decisions, poor incentives	Atlases of health care variation, PREMs and PROMs	Incentives: bundled, performance- and value-based payments, patient co-payments for low-value interventions, disinvestment from low-value care, change in tort law towards no-fault systems	?	England: Maternity Pathway Payment removed the financial incentive for caesarean section United States: Value-based programmes link payment to quality and value France: Rates of reimbursements for drugs based on their effectiveness for a given indication and condition severity
		Poor incentives		Regulation: systematic HTA, pre-authorisation of certain procedures	+	Israel: Pre-authorisation centre for heart catheterisation reduced unnecessary stenting

El papel de los clínicos es esencial.
Solo se podrá avanzar con
implicación y liderazgo clínico

► **sobreutilización**



**PREVENTING
OVERDIAGNOSIS**
5-7 December 2019 **SYDNEY**

preventingoverdiagnosis.net



Medicina defensiva en España:
según una encuesta a médicos
de urgencias hospital (n=1449)

- ➔ Se piden pruebas dx innecesarias (90%)
- ➔ Se prolonga la estancia en urgencias (63%)

Exceso de casos de cesáreas en bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo en mujeres entre 15 y 55 años en 2015

Exceso de casos de cesáreas en bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

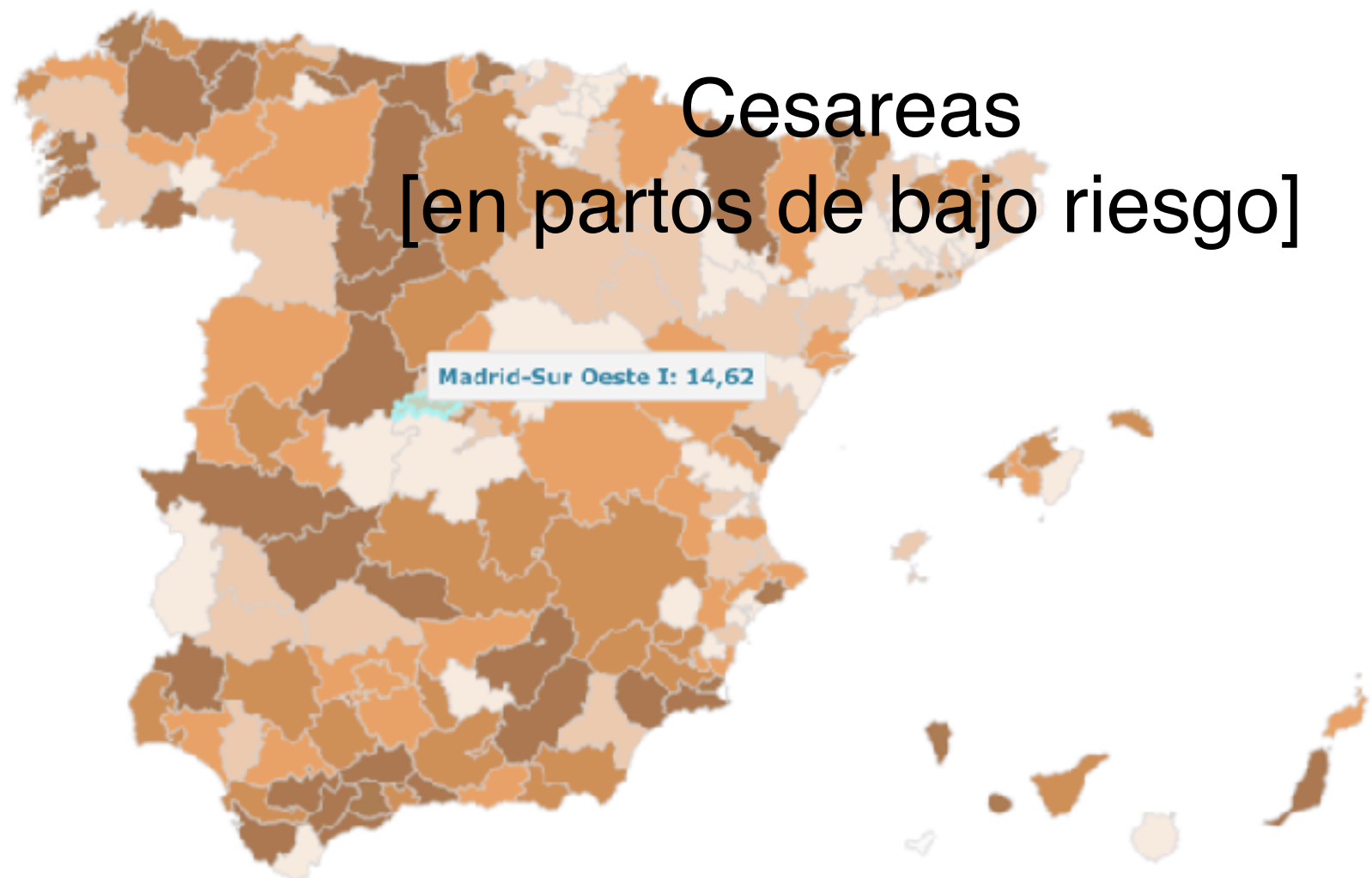
Porcentaje de episiotomías respecto al total de partos vaginales en mujeres entre 15 y 55 años en 2015

Exceso de episiotomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2015

- ▶ PEDIATRÍA
- ▶ CIRUGÍA DE LA MANO
- ▶ GINECOLOGÍA
- ▶ CIRUGÍA CARDIACA

▶ procedimientos de bajo valor

Cesareas
[en partos de bajo riesgo]



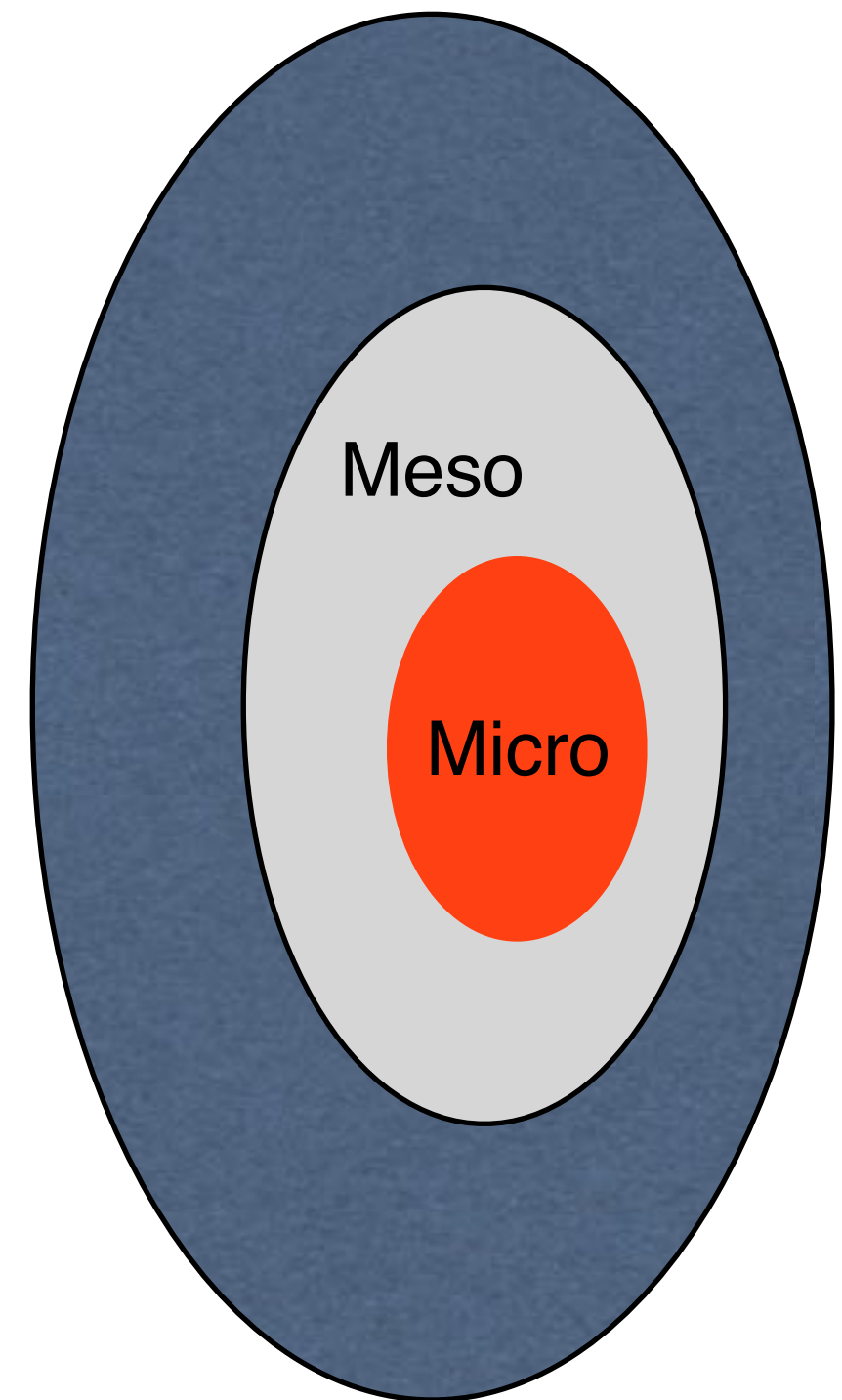
- ☒ a203e.shp
- ☐ Sin casos
- ☐ Q1 (2,34-10,11)
- ☐ Q2 (10,38-13,91)
- ☒ Q3 (13,99-18,58)
- ☐ Q4 (18,67-21,95)
- ☐ Q5 (22,07-63,62)



16 Edición
Premios
Profesor
Barea
2018

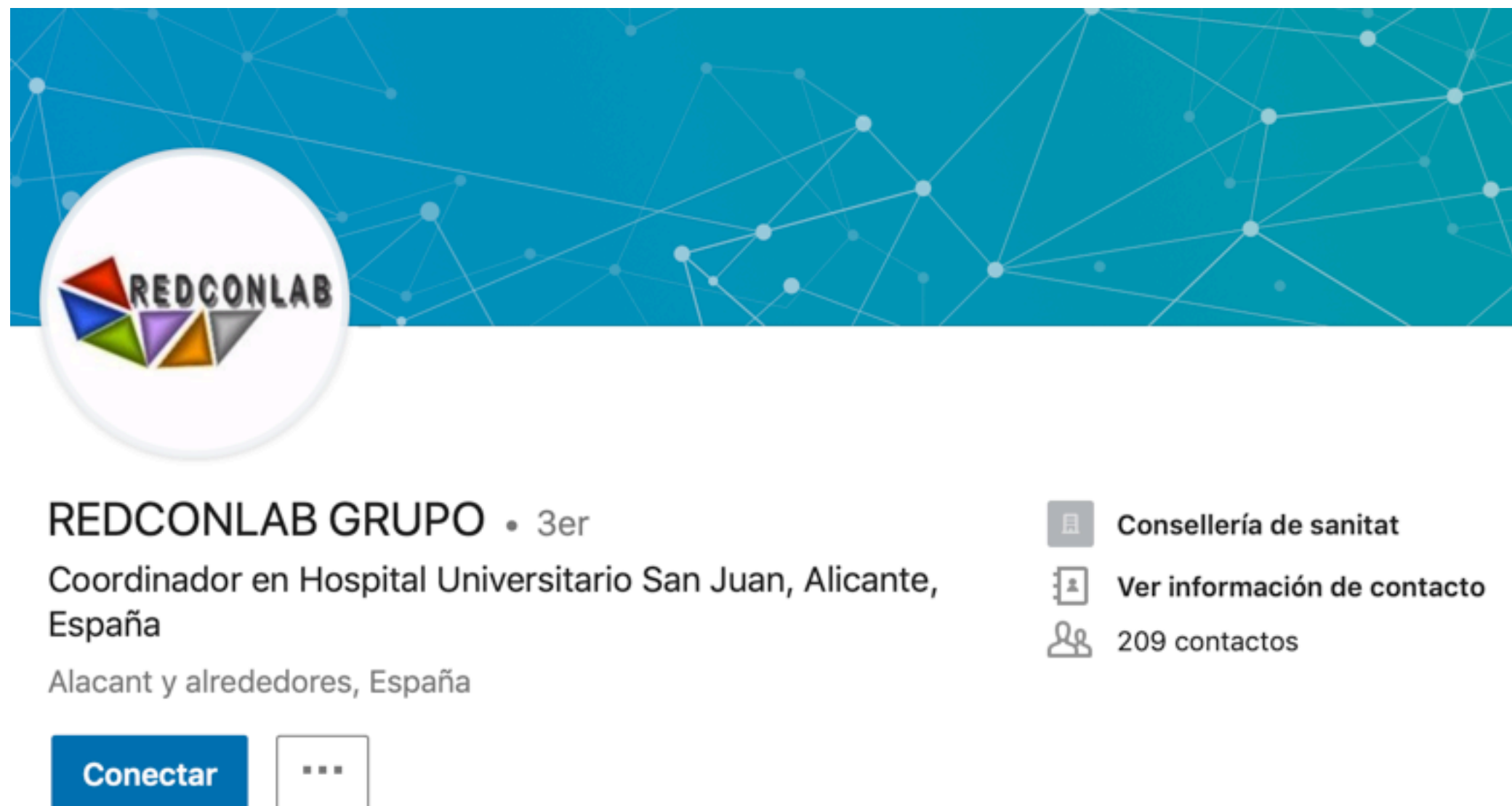


España, gran laboratorio de experiencias de innovación en gestión.
Pero hay que mejorar la evaluación



Un ejemplo de buena práctica para terminar:

Servicio de Análisis Clínicos del Hospital
Universitario de San Juan (Alicante) Alicante. María
Salinas lidera **REDCONLAB**



Conclusión

valor social

aporta, no tanto el valor privado. El criterio de **coste-efectividad** es una guía

2. Importa la **sostenibilidad social** del SNS, no solo la sostenibilidad inercia. La pregunta es cómo hacer sostenible el sistema. Con la crisis, gran aumento del gasto privado y riesgo de latinoamericanización
3. Las **nuevas tecnologías** propulsan el gasto sanitario. Farmacia hospitalaria en el punto de mira. Es esencial decidir qué tecnologías se incorporan al sistema con criterios de valor. En situaciones de gran incertidumbre clínica, los **Acuerdos de Riesgo Compartido** tienen gran potencial para alinear incentivos
4. Una **lógica** estrecha de la **micro-eficiencia** puede llevar a la **ineficiencia** global. Antídoto: la integración
5. La innovación organizativa tiene un gran potencial de contribución a la sostenibilidad. Hay que saber qué y cómo hacerla, y evaluarla
6. Es posible ganar eficiencia monitorizando y actuando sobre

bajo valor. clínicos

1. Valores. SSBV	2. QUÉ Sostenibilidad	3. Nuevas tecnologías, gasto y valor	4. Innovación organizativa	Conclusión
------------------	------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	------------

1. En el contexto del SNS, lo que importa es el **valor social** que se aporta, no tanto el valor privado. El criterio de **coste-efectividad** es una guía
2. Importa la **sostenibilidad social** del SNS, no solo la sostenibilidad inercia. La pregunta es cómo hacer sostenible el sistema. Con la crisis, gran aumento del gasto privado y riesgo de latinoamericanización
3. Las **nuevas tecnologías** propulsan el gasto sanitario. Farmacia hospitalaria en el punto de mira. Es esencial decidir qué tecnologías se incorporan al sistema con criterios de valor. En situaciones de gran incertidumbre clínica, los **Acuerdos de Riesgo Compartido** tienen gran potencial para alinear incentivos
4. Una **lógica** estrecha de la **micro-eficiencia** puede llevar a la **ineficiencia** global. Antídoto: la integración
5. La innovación organizativa tiene un gran potencial de contribución a la sostenibilidad. Hay que saber qué y cómo hacerla, y evaluarla
6. Es posible ganar eficiencia monitorizando y actuando sobre procedimientos de **bajo valor**. Los **clínicos** son esenciales para liderar esos procesos

beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

