

Mesures Pla de salut/ RAT en relació a l'atenció especialitzada d'aguts.

- Centrades sobre els eixos d'atenció a la cronicitat, resolució, accessibilitat i eficiència.
- L'import és variable per cada hospital, en funció de la seva posició en relació a la resta de la xarxa.
- També s'ajusta per peculiaritats del territori, i per tant no es lineal.
- S'ha plantejat des d'un punt de vista moderat i gradual amb l'objectiu d'ajustar-ho anualment..

Reordenacions assistencials i territorials (RAT)

Què és la RAT?

La RAT és una **estratègia del CatSalut** per poder desenvolupar amb èxit el **Pla de Salut**, dirigida a una **transformació important en el model de prestació de serveis a nivell territorial**, amb un màxim nivell de qualitat assistencial i eficiència.

Orientació del canvi :

- **Adaptació de les organitzacions en els mecanismes de gestió assistencial.**
- **Reassignació de la cartera de serveis territorial.**
- **Fórmules cooperatives/col·laboratives entre serveis.**
- **Premisses: Adequació, qualitat assistencial, optimització de recursos i sostenibilitat.**

Reordenacions assistencials i territorials (RAT)

Quin és l'objectiu de la RAT?

L'**objectiu** principal de la RAT és impulsar, des de una perspectiva poblacional, **una reorganització i modernització en la prestació de serveis que faciliti desenvolupar amb èxit el Pla de Salut.**

Posarà l'accent en:

- La millora dels **resultats en salut** de la població
- L'adequació** dels serveis sanitaris a les necessitats en salut de cada territori, garantint un bon nivell de **qualitat i seguretat**,
- Millora de l'**eficiència** i la **sostenibilitat del sistema sanitari**, però sempre amb un missatge ponderat i que sintonitzi amb els lideratges clínics
- Guanyar en transparència i "accountability" en resultats**

I en el canvi de paradigma en la manera de treballar:

DE

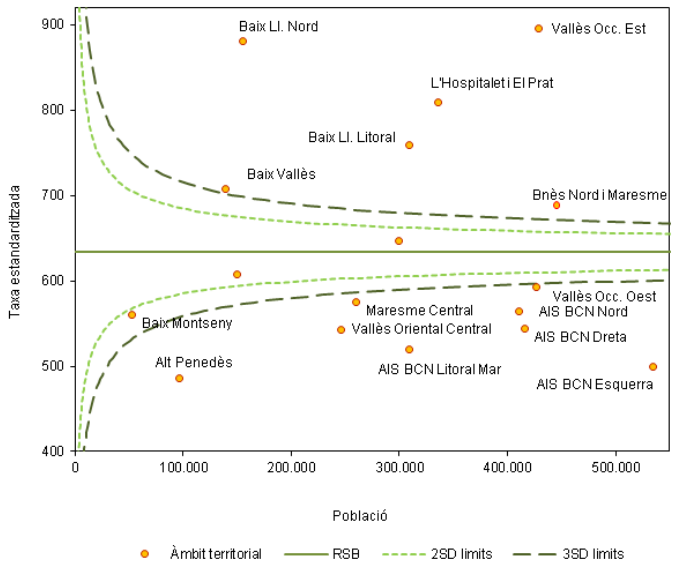
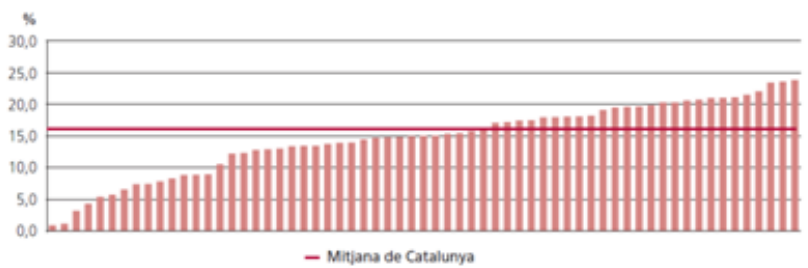
xarxa de serveis

A

serveis en xarxa

Projectes RAT 2013-2015

1	Orientar la xarxa a l'atenció a la cronicitat
2	Reordenar la xarxa sociosanitària
3	Traspassar hospitalització mèdica a quirúrgica
4	Reduir la sobreindicació quirúrgica
5	Reduir la sobreutilització i utilització inadequada de recursos hospitalaris
6	Reordenar urgències, aguts, subaguts i llarga estada de salut mental
7	Canviar el model d'atenció farmacèutica a les residències
8	Reordenar els processos assistencials relacionats amb la MHDA
9	Estalviar en les compres de les entitats proveïdores
10	Reordenar l'activitat de la conurbació de Barcelona de fora l'àmbit
11	Reordenar el terciarisme
12	Reordenar l'oncoradioteràpia
13	Reordenar territorialment el Baix Llobregat
14	Reordenar territorialment el Vallès Oriental
15	Reordenar territorialment el Vallès Occidental
16	Reordenar territorialment Tarragona
17	Altres reordenacions territorials: Lleida-Pirineu
18	Altres reordenacions territorials: Girona
19	Altres reordenacions territorials: Triangle Vic-Olot-Campdevàrol
21	Avançar en la introducció de les TIC en àmbit assistencial i no assistencial
22	Reordenar les guàrdies d'especialitats hospitalàries
23	Reduir duplicitats en especialitats bàsiques i de suport
24	Concentrar especialitats de mitjana complexitat
25	Cartera de serveis a les oficines de farmàcia
26	Revisar i conciliar els plans de medicació i desprescripció
27	2a fase Reordenació atenció urgències

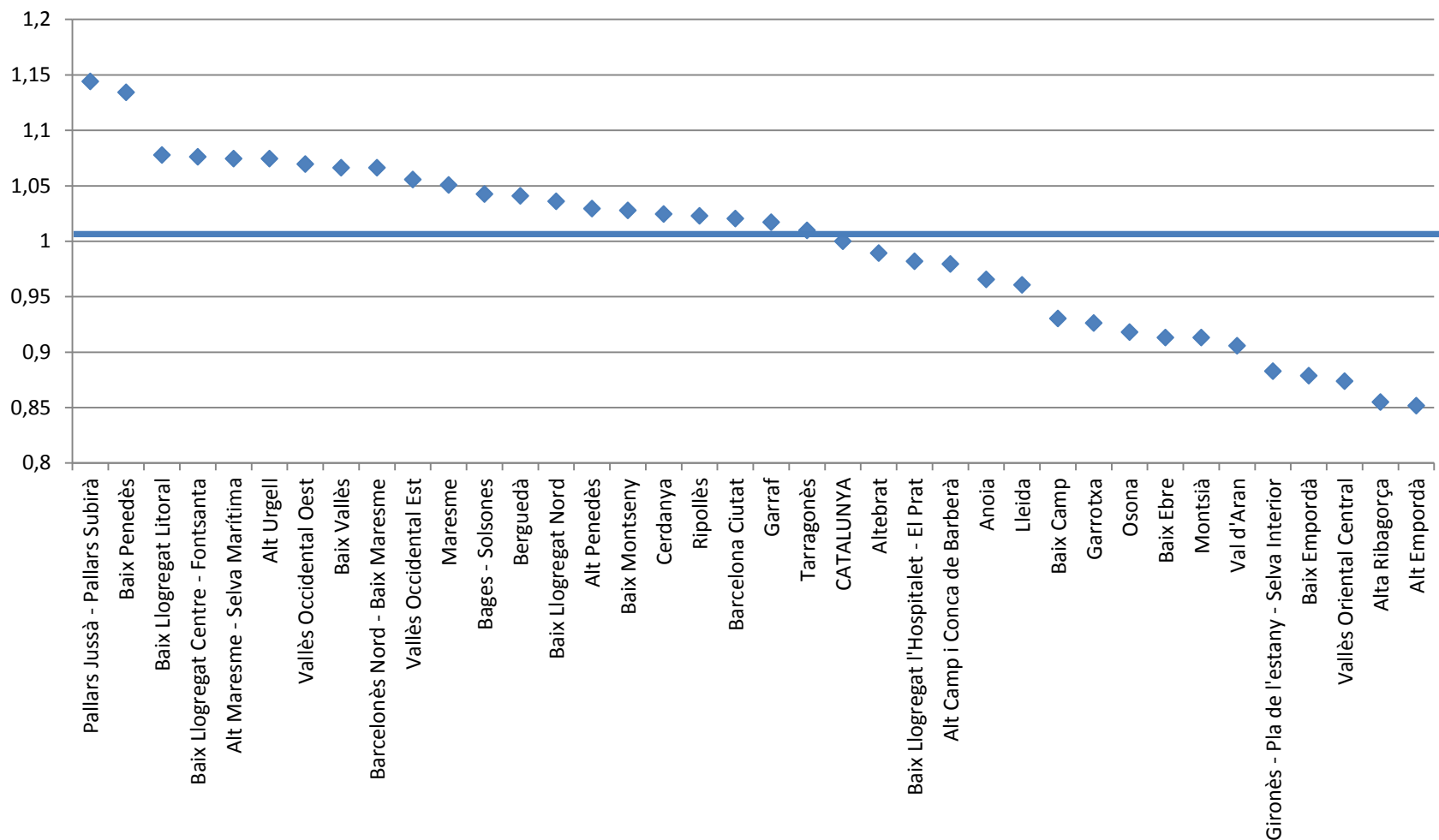
Problema VARIABILITAT	Què tenim (dades i elements de referència)	Actuacions
Variabilitat territorial en Hospitalitzacions per procediments quirúrgics		• Construir estàndard comparatiu vàlid (criteri MSIQ taxes sobreinclusió llistes d’espera). • Reducció de l’assignació (q) per altes quirúrgiques en els hospitals que cobreixen la població amb taxes més elevades (segons criteri estàndard, manteniment en la resta). • Validar aquesta actuació amb informació de llistes d’espera (sobreinclusió i activitat dels centres).
Variabilitat en Hospitalitzacions potencialment evitables (ACSC) (valors entre 0,9 % al 23,8 %)		• Reducció de l’assignació (q) per altes mèdiques en els hospitals que cobreixen la població amb taxes més elevades, manteniment en la resta. • Incentivació alternatives (hospital de dia, hospitalització a domicili, subaguts). • Objectius AP i territorials de disminució d’hospitalitzacions evitables i reingressos.

Resum d'accions

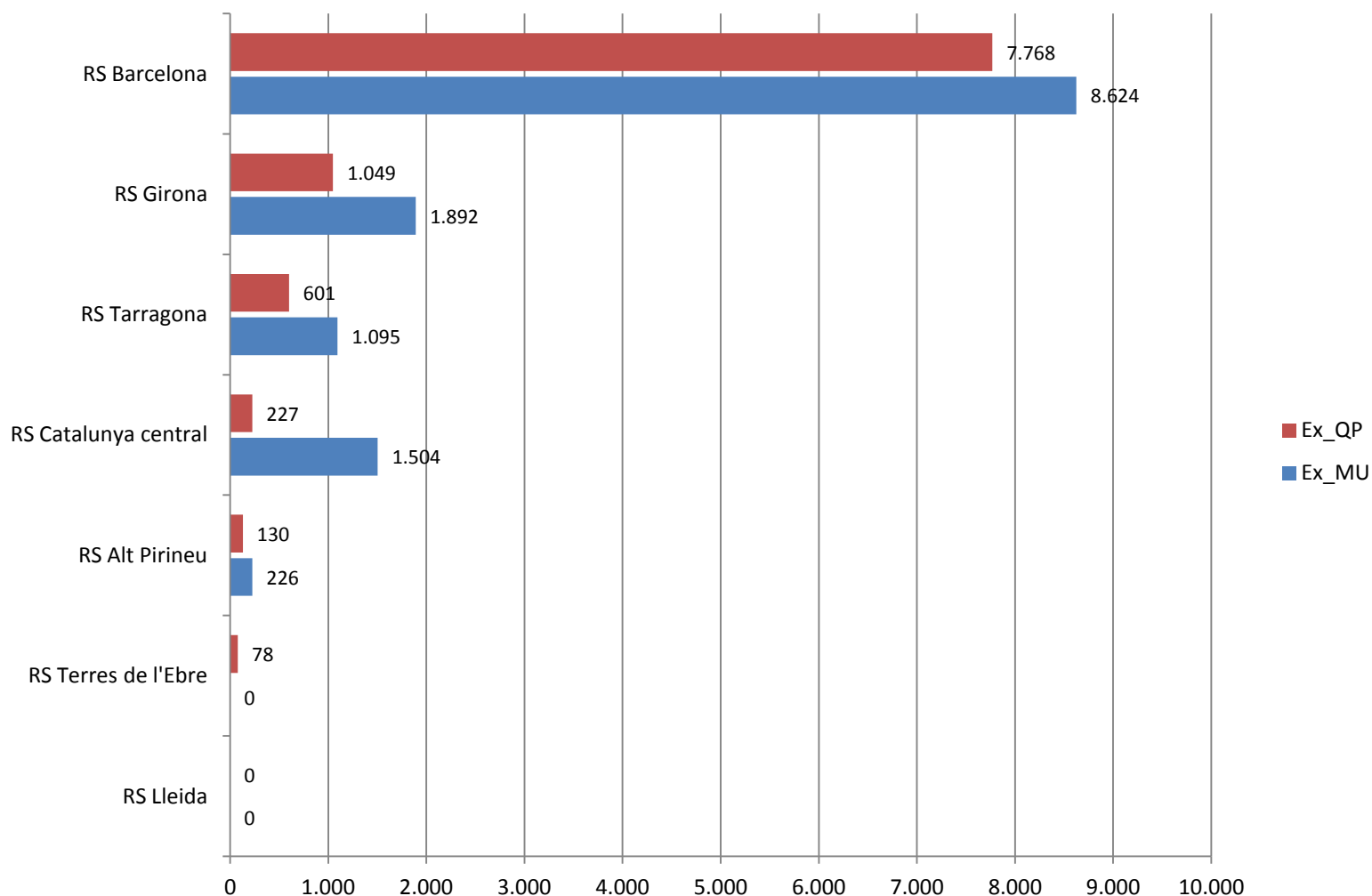
- Es centren principalment en:
 - Reducció de la sobreutilització de la CCEE: sobre 10.000.000 de CCEE, afecta a un 3'7 % de l'activitat.
 - Decrement de les Hospitalitzacions potencialment evitables: sobre 70.000 HPE, afecta a un 10%.
 - Ajustament del sobreinternament: afecta a 18.000 altes, sobre 750.000 altes. (no inclou HPE, ni RE).
 - Decrement de reingressos (7.800) en un 30%.
 - Increment CMA: un 5% sobre les 152.000 totals.
 - Redireccionament de fluxos a origen: implica a 7.500 altes.

Raó comparativa de freqüentació hospitalària sobre taxes estandarditzades per edat i sexe i corregides segons propensió d'utilització pública

Raó comparativa de freqüentació

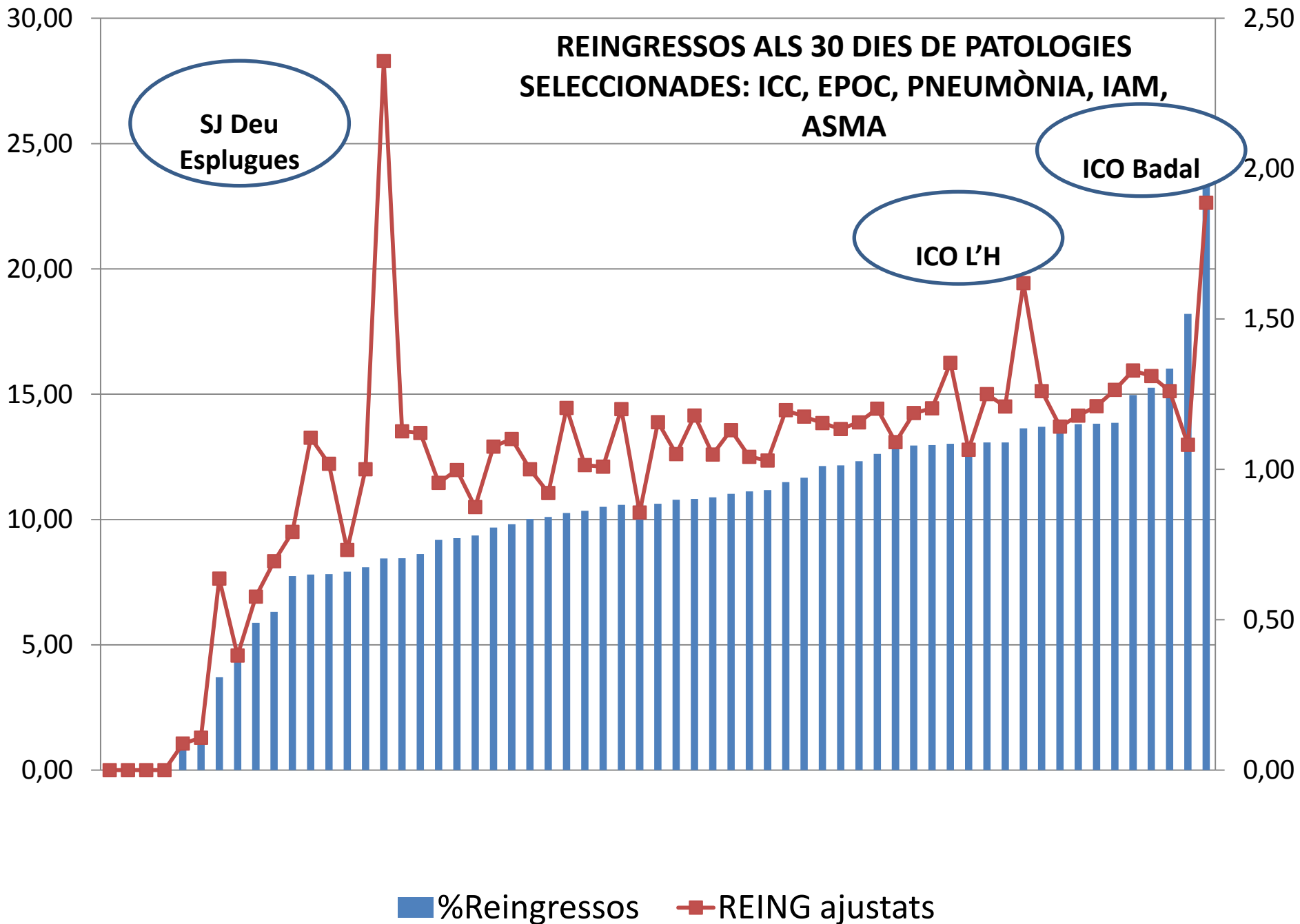


EXCÉS D'HOSPITALITZACIÓ MÈDIQUES URGENTS I QUIRÚRGIQUES PROGRAMADES SEGONS TERRITORI.

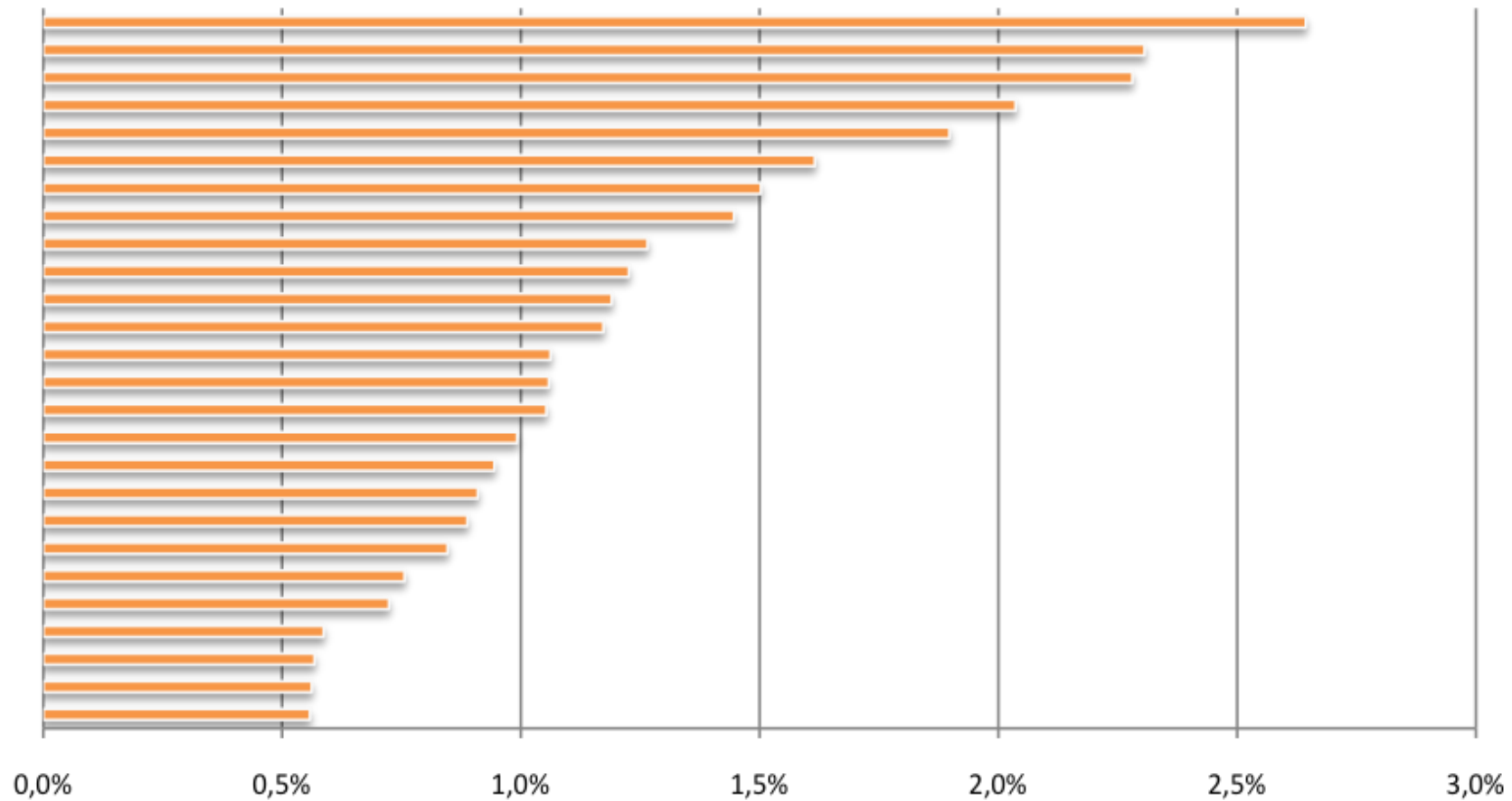


Excés hospitalització mèdica urgent (N: 13.300) i quirúrgica programada (N: 9.800)

**REINGRESSOS ALS 30 DIES DE PATOLOGIES
SELECCIONADES: ICC, EPOC, PNEUMÒNIA, IAM,
ASMA**



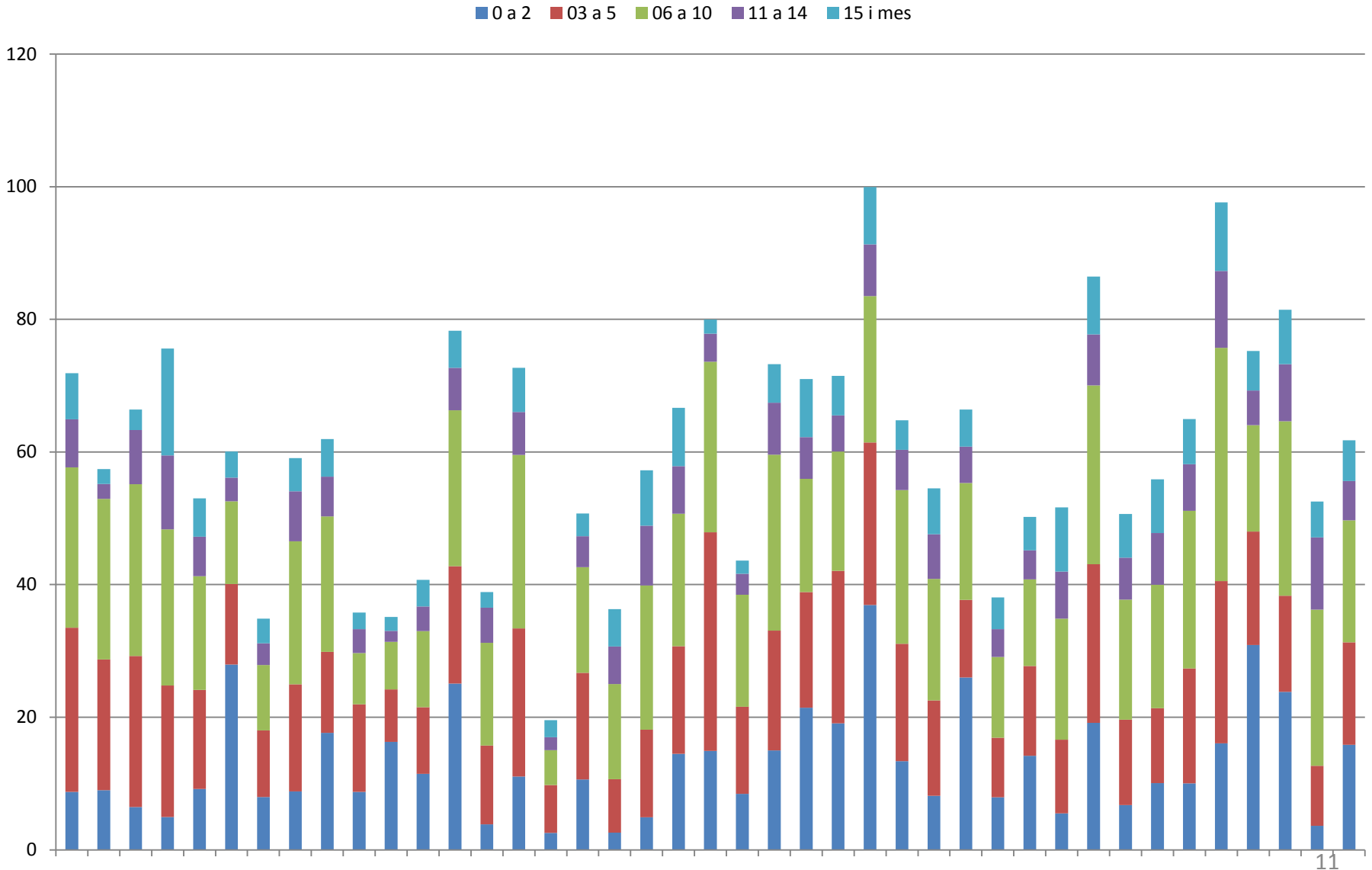
Reingressos relacionats clínicament a 30 dies de pacients que havien ingressat prèviament amb MPOC, pneumònia, asma, insuficiència cardíaca, angina de pit, infart de miocardi, infeccions urinàries, complicacions de la diabetis i fractures de fèmur. El període analitzat abasta 2011 i 2012



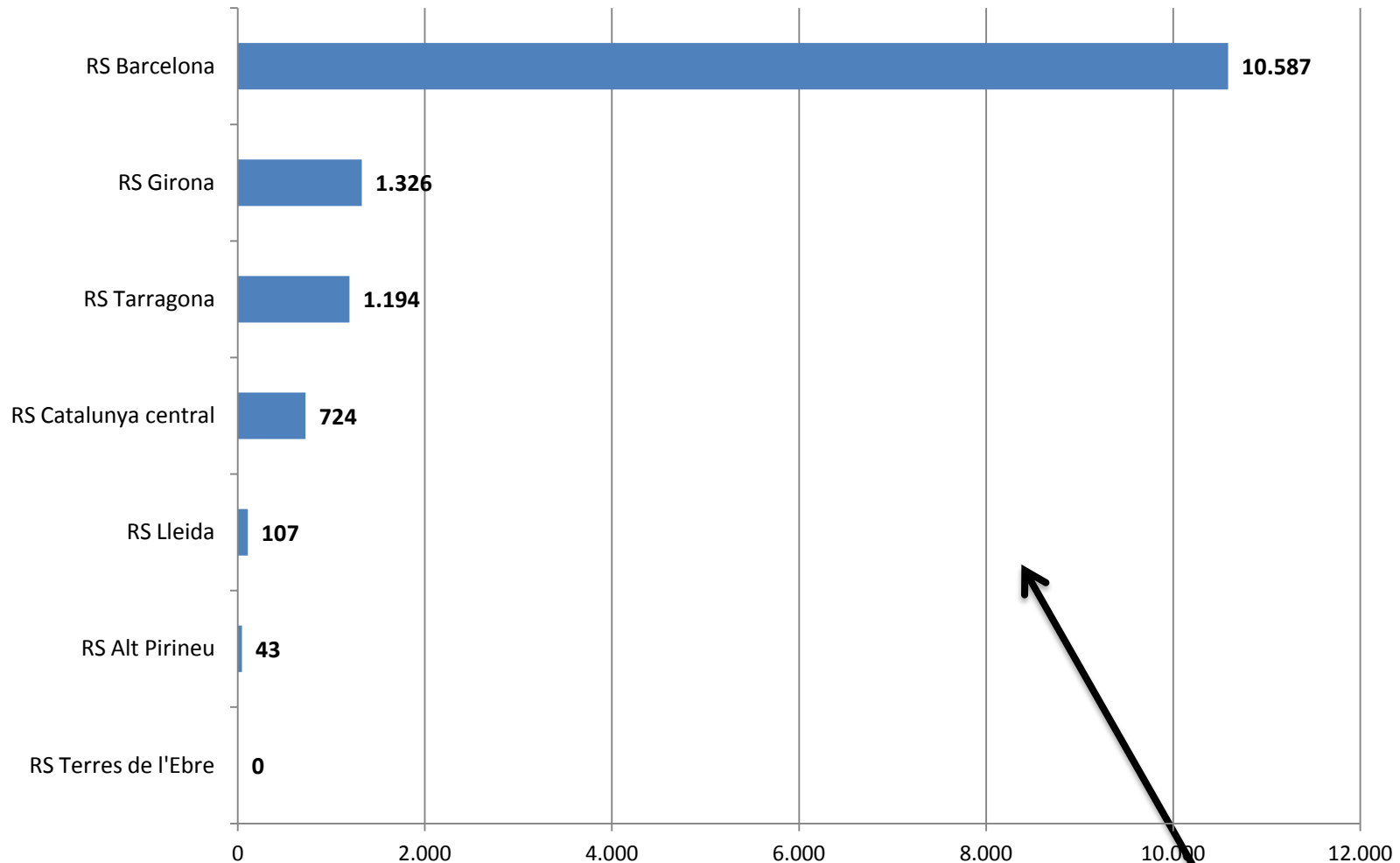
S’han observat 7.588 reingressos relacionats clínicament, el 2,1% dels ingressos mèdics no quirúrgics

Si els hospitals fossin capaços d’aconseguir deixar a zero els valors en excés, respecte del primer quartil, la capacitat d’estalvi de tota la sèrie estudiada seria de 2.471 hospitalitzacions

Taxes d'hospitalització d'aguts (x 1.000 hab.) per àmbits territorials i dies d'estada. Selecció grups diagnòstics de patologies cròniques susceptibles d'alternatives assistencials a l'internament d'aguts

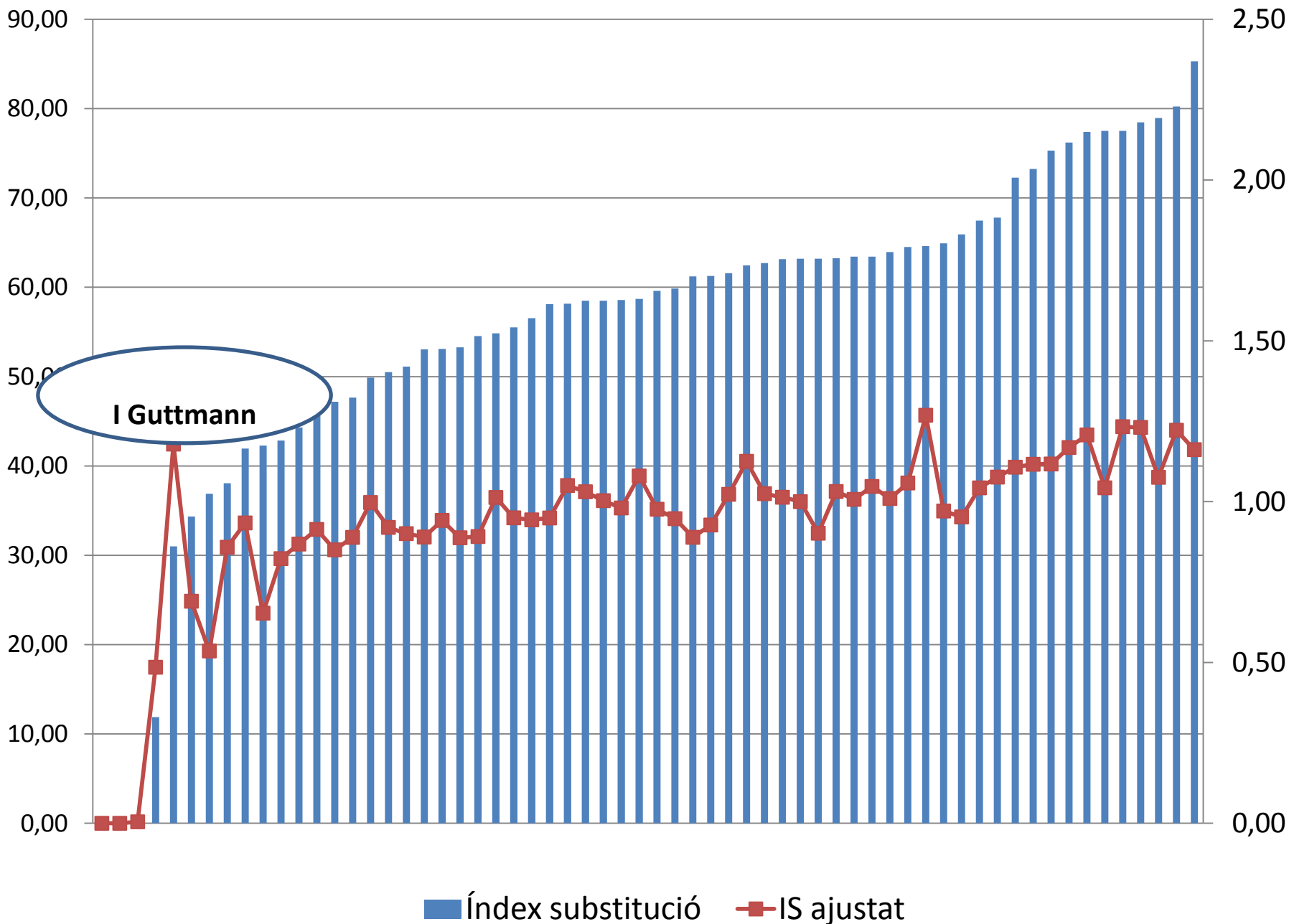


EXCÉS D'HOSPITALITZACIÓ EVITABLES SEGONS TERRITORI.



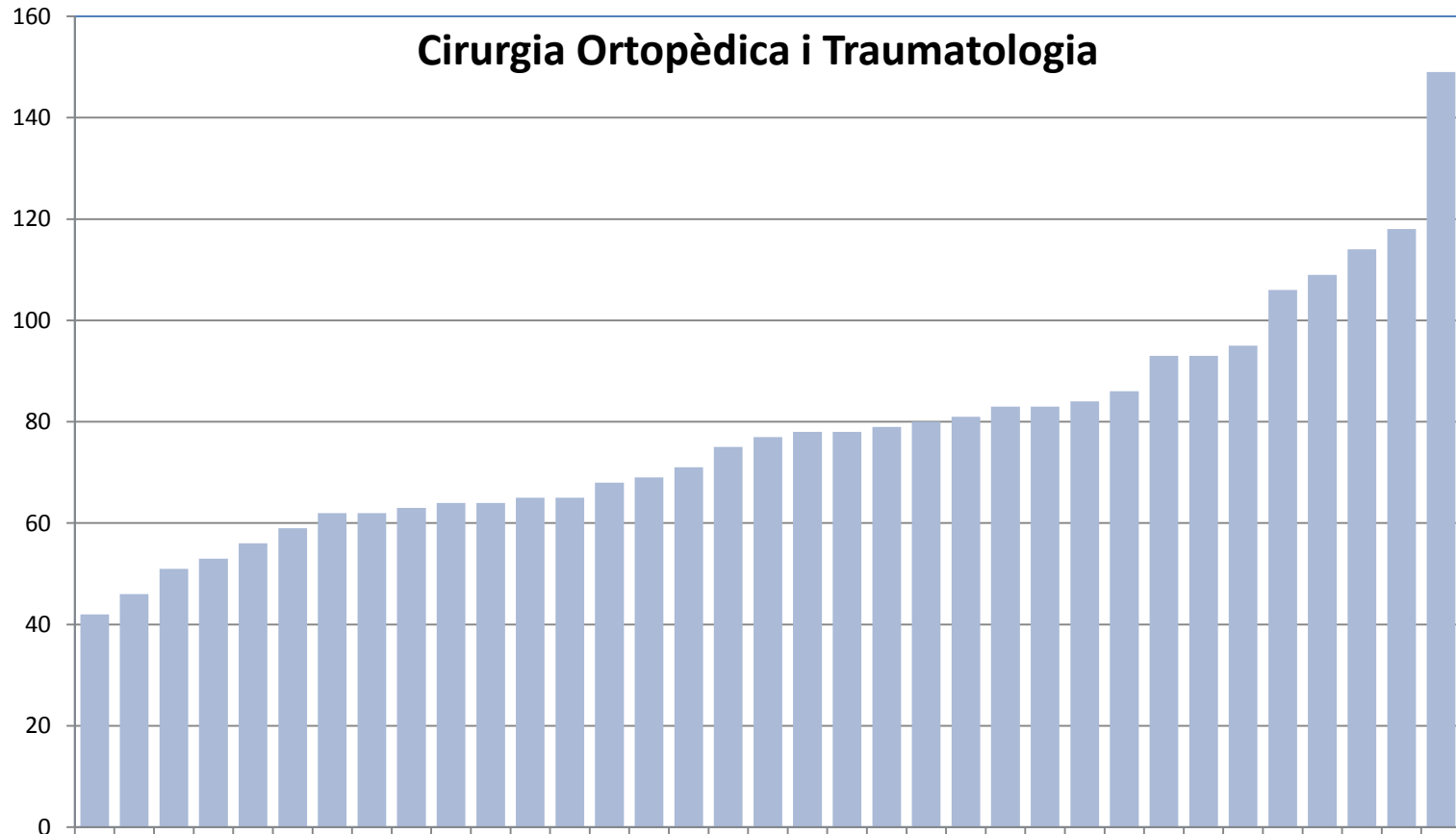
EVITABLES: N total: 69.850. Seleccionant excés segons 1-2 quartil: 14.000

ÍNDEX d'AMBULATORITZACIÓ QUIRÚRGICA AJUSTADA: CMA



Variabilitat entre territoris

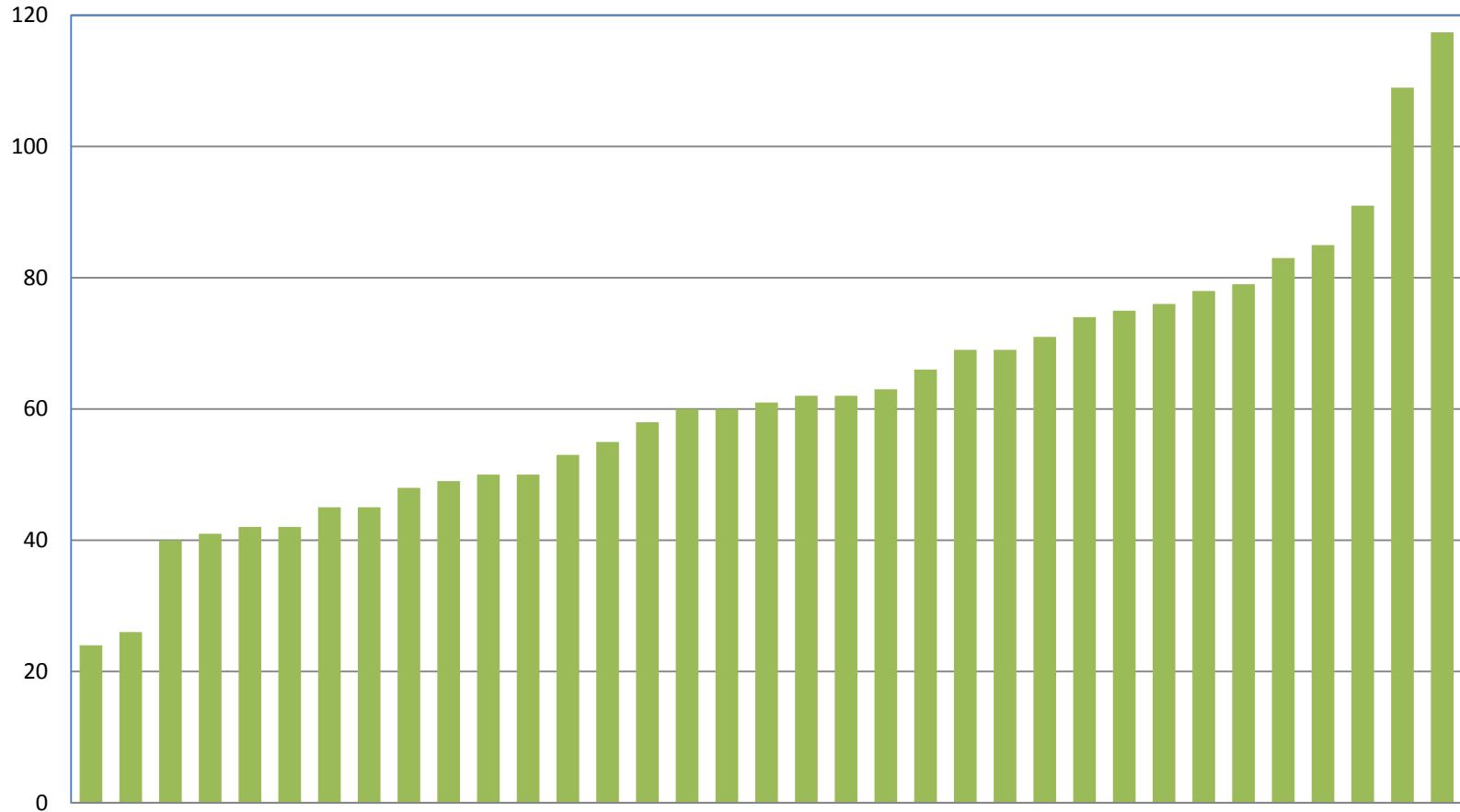
Primeres visites per 1000 habitants i any



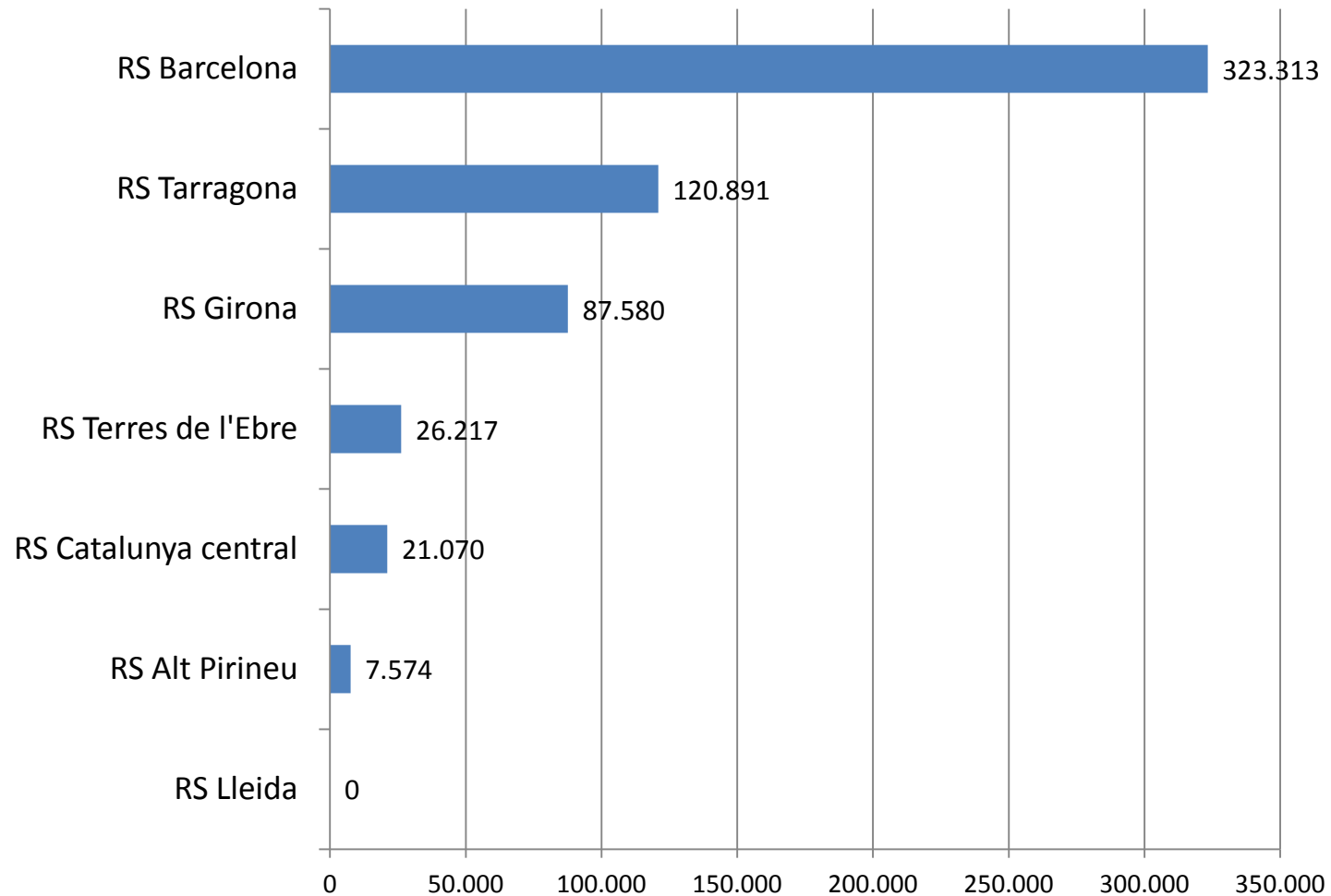
Variabilitat entre territoris

Primeres visites per 1000 habitants i any

Oftalmologia

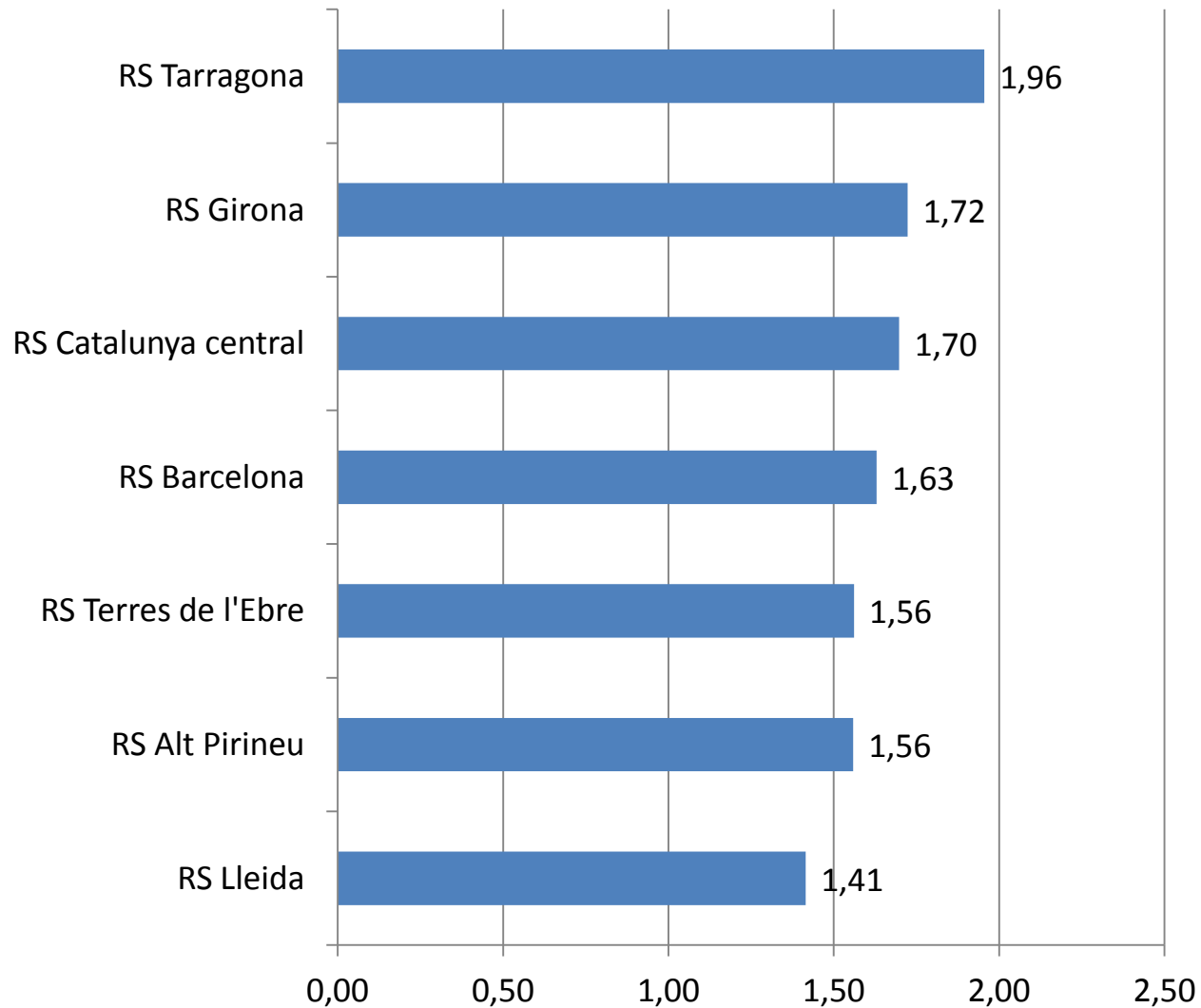


EXCÉS DE CCEE SEGONS TERRITORI



TOTAL CCEE: 9.900.000. Excés CCEE : 586.646.

ÍNDEX DE REITERACIÓ REAL SEGONS POBLACIÓ



ÍR global: 1,69

DISTRIBUCIÓ DE LES ALTES DE PACIENTS DE FORA DEL SEU ÀMBIT DE REFERÈNCIA SEGONS HOSPITAL (activitat programada de baixa complexitat)

