

NYC STUDY TOUR. IHF

Wagner School of Public Services, NYU, Escola de Salut pública de la Universitat de NY
Health Policy and Management Department, Mailman School, Columbia University

El "sistema" sanitari americà.

No existeix un sistema estrictament com nosaltres l'entendem. L'atenció sanitària a US parteix del model en el que els individus han d'assegurar-se la seva atenció sanitària. L'origen està en la vinculació amb el treball i part del benefici de les empreses als treballadors consistia en cobrir-los amb una prima sanitària com a part del sou. Depenent de les capacitats de les empreses i la capacitat de negociació del treballador, la prima satisfeta i la cobertura de risc és diferent. Les persones poden complementar aquest assegurament. La cobertura, doncs, et pot canviar quan canvis de feina. Els professionals autònoms han d'assegurar-se ells individualment i les persones sense recursos poden no tenir assegurança (ni les persones amb recursos si decideixen que no volen gastar-se els diners...). Culturalment, ells troben "normal" les exclusions degudes a la incapacitat de fer front a determinats costos: si no tens recursos per a una prima millor, accepten les limitacions de les cobertures com una conseqüència lògica. Cal incorporar aquesta lògica a l'hora d'analitzar i entendre el seu comportament respecte de la sanitat. Se sustenta sobre el valor de la llibertat individual.

Per a la gent sense recursos existeix una asseguradora pública (del govern federal) que és Medicaid. I per la gent gran, una asseguradora Medicare que pots contractar, sempre de forma voluntària. No tothom està assegurat per tenir més de 65 anys de forma automàtica. Les persones poden optar per assegurances diferents si així volen. Sol existir copagament.

La ACA (Affordable Care Act, o reforma Obama) té com a objectiu augmentar la cobertura dels americans (cobrir l'assegurança de més gent (hi ha 45M sense cobertura sanitària) i ampliar els riscos coberts. Després de la seva posada en marxa queden encara **28M** sense cobertura. Com ho ha fet l'ACA?

Estratègies establertes a la llei per millorar la cobertura sanitària (no assegurats i infrassegurats (cosa que Trump tirarà enrere si guanya, perquè creu que la millor regulació ha de ser la del mercat):

1. **Amplia la cobertura Medicaid** (amplia la cobertura a 11-12M), a través de disminuir el dintell del nivell renda per poder accedir-hi). Medicaid, també ha estat adoptat cada cop per més estats (és un tema del govern federal i no tots els estats l'apliquen...). El cost de Medicaid és compartit pel govern federal i el dels estats.
2. **Treballadors a temps parcial, autònoms o treballadors de petites empreses**, tenen cobertures dolentes. **ACA subvenciona 40% de les primes de les asseguradores privades** per incentivar assegurament millor d'aquestes persones. **Subsidized Private insurance**, depenent del nivell renda, ha millorat la cobertura d'aproximadament 13M de persones.
3. Obligació de millorar la cobertura de les empreses (**regulació de les condicions de les primes**).

Regulació del govern sobre els beneficis, cobertura, millora de l'assegurament,... per exemple obligació de mantenir l'assegurament dels nens fins a una edat superior a la que actualment és vigent, etc., obligatorietat de cobertura, no exclusió per condicions prèvies...

5. Obligació d'assegurar a tothom, nens **Children's Health Insurance Program (CHIP)** i també especialment joves i gent sana que ara tendeixen a no voler pagar-se assegurament: tens una penalització si no t'assegures (young adults) tot i que hi ha moltes excepcions a la penalització.

Aquestes són les 4 estratègies principals desplegades per la reforma Obama per tal de millorar l'atenció sanitària de la població a US però fixeu-vos que mantenint els "valors" sobre la que se sustenta la societat americana: l'individualisme i l'esforç individual, la mínima regulació possible, la llibertat d'elecció.

Com dèiem, després de l'ACA hi ha 28M no assegurats, abans n'eren 45. La majoria d'aquests 28M són susceptibles d'algun tipus d'assegurament segons la nova regulació, però no ho saben, no han fet els tràmits, no volen,... i pensen que a mida que s'estengui la llei aquest número disminuirà.

La ACA té com a primer objectiu augmentar la cobertura de no assegurats i ha fet menys èmfasi en el cost de la provisió i en l'organització de la mateixa. No obstant, en el cas dels programes públics Medicare i Medicaid, el govern intenta establir condicions als proveïdors sanitaris d'aquestes programes per tal de millorar l'eficiència, tenint en compte el tipus de població que cobreixen i la particular necessitat assistencial d'aquests pacients. Per això fomenten el que ells anomenen:

ACO Accountable Care Organizations: (ACOs) són grups de metges, hospitals i altres proveïdors de serveis (fixeu-vos en metges+hospitals+altres proveïdors de serveis...) que es posen d'acord voluntàriament per a donar una atenció coordinada i de qualitat als pacients de Medicare.

L'objectiu és assegurar que els pacients, especialment els crònics, tinguin l'atenció sanitària que els correspon, al moment adequat i en el recurs més eficient, evitant duplicitats i prevenint errors mèdics (penseu que els errors mèdics i els efectes secundaris de les intervencions sanitàries representen, a la vegada el 20% de les necessitats d'atenció mèdica). Quan una ACO aconsegueix una atenció sanitària de qualitat i estalvia recursos, comparteix l'estalvi amb Medicare.

Segons ells, la diferència entre una ACO i una HMO és que en aquest segon cas, el model de coresponsabilització, no era compartir estalvi o penalització en relació al cost previst, sinó el traspàs de risc al proveïdor.

Per altra banda, a través de la ACA, també intenten incidir en el model de pagament a proveïdors, especialment les ACO, com a sistema per a afavorir un comportament eficient i integrat. Per això la ACA va establir també **Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)**, a iniciativa del Center for Medicare and Medicaid Innovation (Innovation Center) que va ser creat per la ACA Affordable Care Act per provar models de pagament i de provisió de serveis innovadors amb potencial per a reduir la despesa de Medicare, Medicaid, o la Children's Health Insurance Program (CHIP) i, a la vegada, preservar i mantenir la qualitat de l'atenció sanitària d'aquests beneficiaris. Fins ara, Medicare

pagava a cada proveïdor per cada servei individual que feia a cada beneficiari per cada malaltia o procés d'atenció o tractament. Como no, se'n adonen que això produeix una atenció fragmentada, sense coordinació entre dispositius i serveis perquè es paga la quantitat de serveis prestats i no la qualitat dels mateixos i així, amb estratègies de BPCI, alineen incentius dels diferents proveïdors (de nou, metges, hospitals, proveïdors de serveis post-aguts i altres...) per a una atenció més integrada. Fins aquí han arribat.

Mount Sinai Health Network & Ichan School of Medicine

Mount Sinai, considerat un sistema de salut, centrat a NYC. Té 3535 llits, 138 quiròfans i fan 2,9 M CCEE. Cap perspectiva poblacional, prevenció ni promoció. MS és una organització non profit (com a institució non profit no paguen real state taxes (IBI) ni impostos sobre l'activitat econòmica), però els metges (aclareixen) sí són for profit. Té 7 hospitals i centres que ells diuen d'atenció primària però que són d'atenció ambulatoria, i una escola de Medicina (Ichan School of Medicine). Cobreixen una població de 7 milions de persones: incentiu és tractar el màxim nombre possible de persones, i l'organització s'espavila per cobrar de les companyies asseguradores l'atenció prestada, la facturació individual (fee for service). El sistema sanitari, per ells, són els metges i els pacients. No hem vist en cap visita projectes o organitzacions amb suport d'infermeria. Per això competeixen per la qualitat tècnica dels mateixos i tenir bons metges és un actiu per a atreure pacients. El concepte de la qualitat fa referència a la qualitat mèdica-tècnica. No ens han presentat des de la perspectiva del procés assistencial, l'únic que valoren és la satisfacció del client.

MS és Institució líder en recerca, amb un per càpita per recerca important. Als US fan rankings de tot, i és molt competitiu el sector sanitari. Missió es voler donar oportunitats a la recerca per contribuir a una assistència mèdica de qualitat. Un altre component de la recerca, és l'oportunitat d'atraure fons via filantropia i fons de recerca del Govern federal, que fomenta la creació de patents i start-ups. És una altra línia de negoci.

També estableixen diferents programes de col·laboració internacional, diferents segons el partner i l'objectiu de la possible aliança o col·laboració. Sistema de partenariat, individualitzat, en quant a la relació i en quant als objectius de la col·laboració. Actualment la Xina és un gran focus d'atenció.

Desenvolupen activitat relacional, amb les administracions públiques també, que es contemplen com a programes de col·laboració públicoprivada. Però són per projectes concrets, no abasten tota la perspectiva ni necessitats de la població com a global. Tenen els problemes derivats de la desigualtat social i l'impacte que té això en l'atenció sanitària però la seva perspectiva de població és les persones assegurades.

En relació a Medicare intenten treballar com una ACO (veure presentació). Quan els parles de Kaiser Permanente, els neoyorquesos fan una mitja rialleta... Però Kaiser Permanente és una fundació i actua com a asseguradora i com a proveïdora de serveis. De manera, que actua més clarament com una sistema sanitari semblant als nostres, amb estratègies de promoció prevenció i gestió de l'atenció sanitària integrada. Això sí, també per a la seva població assegurada (7M).

New York Academy of Medicine

Estableix programes de CPP entre els proveïdors de serveis sanitaris a la ciutat i l'administració local. Mig acadèmia professional (professionals relacionats amb salut), mig institut acadèmic de recerca en salut i entorn (envelliment, salut en entorns urbans, innovació) . Editen revistes internacional de la Societat for Urban Health, Journal of Urban Health. <http://www.isuh.org/> Això és el que ells consideren “a population Health approach”

Se'n adonen que gasten més en sanitat que la resta de països i tenen els pitjors outcomes. Això, conjuntament amb que els determinants de la salut no depenen de sanitat, els porta a concloure que cal un increment de l'esforç personal però, també, polítiques que impactin en el comportament de la població. 4/5 ciutadans americans viuen en ciutats, per això enfoquen l'approach a la "salut urbana". Primer cop que veiem un “enfocament” poblacional (urbà) i que es parla de governança!

Situació de NYC. Ens expliquen diferents projectes (tot molt puntual): projecte envelliment saludable, model de CPP per afavorir interacció entre diferents agents per assolir això. 2007, **Age-friendly NYC** es un partenariat públic privat amb l'acadèmia i l'ajuntament. Van fer focus grups, consultar gent gran que volien, entrevistes, ... Es va fer una comissió mixta diferents responsables per a desenvolupar actuacions com: posar bancs als carrers per a que la gent gran s'animi a sortir a caminar i quan es cansi pugui seure, posar mampares opaques a les parades d'autobús (per comptes de ser de vidre transparent) perquè això augmenta la sensació de seguretat i la gent agafa més el transport públic... (tal qual)

Presentació de la Commonwealth Fund, organització sense ànim de lucre.

Fundació creada per a promoure l'atenció sanitària de qualitat als exclosos, tenen un programa d'estudi i benchmarking de models d'altres països, per comparar-se i aprendre, altre cop conscients de que tenen el sistema més car del món i el que té pitjors resultats! Fan estudis de benchmarking, anàlisis de polítiques d'altres països , gestió coneixement (per aplicar-ho?) i identificar (constatar dèficits) oportunitats.

Identifiquen problemes, exemple la fragmentació del sistema de provisió. Les comparacions d'indicadors que ens van presentar (adjunto ppt) tinc certs dubtes de si són comparables. I arriben a conclusions de dubtosa realitat, aquesta és la meva impressió.

Algunes valoracions com a conclusió:

- Els valors sobre els que se sustenta qualsevol societats, que són, també, fruit de la història col·lectiva dels països, determina la configuració dels sistema sanitari, tant més quan un sistema sanitari és un actiu col·lectiu i un element de cohesió social bàsic en les societats modernes.
- El sistema americà parteix del valor de l'individualisme i l'esforç personal, assumeix com a

inevitable que si tu no tens els recursos per a fer front a les teves necessitats és la teva responsabilitat i, per tant, la manca d'accés es considera inevitable i s'assumeix. A diferència dels països europeus on és un valor la solidaritat col·lectiva i l'ajuda al necessitat, si ha tingut menys sort i menys oportunitats, que ha estat la base de l'estat del benestar.

- La incorporació dels més necessitats, dels no coberts a una atenció sanitària moltes vegades passa per la caritat. Per altra banda, en la contribució de la societat té un pes important la filantropia, de nou en base individual i per a institucions concretes. I, per exemple, com en el cas de NYC, les xarxes de proveïdors sanitaris estan basades amb religions: Mount Sinai fàcilment deduïble <http://www.mountsinai.org> , Presbyterian Hospital <http://www.nyp.org> , Columbia <http://www.cumc.columbia.edu> (*Controversy preceded the founding of the College, with various groups competing to determine its location and religious affiliation. Advocates of New York City met with success on the first point, while the Anglicans prevailed on the latter. However, all constituencies agreed to commit themselves to principles of religious liberty in establishing the policies of the College.*)
- La singularitat de cada sistema o model introdueix incentius diferents. Com veieu, en el cas americà són a fer el màxim d'activitat, no importa el cost.
- Els incentius que té cada sistema són claus per a avaluar el comportament dels proveïdors i els resultats que tindrem en la salut. El focus o l'objectiu dels sistemes també.
- En cap moment vam sentir parlar de planificació (des d'una perspectiva poblacional), promoció (realment) i poc de prevenció.
- Malgrat tot, els nostres sistemes són extraordinàriament més madurs, més complexes i més segurs per a la gent.

I sobretot, compartir aquestes coses amb altres persones dóna un valor intangible i de més a llarg termini: ens dóna relacions i oportunitat de tenir coneixement per poder fer coses que ens puguin interessar en un futur i oferir-ne, ja que serem referents per ells i ells per nosaltres, per identificar oportunitats de coneixement i aprenentatge i poder-les posar a la pràctica.



6 de juliol 2016