

Anàlisi i propostes  
per a una revisió constructiva  
del model sanitari català

# REPENSANT EL MODEL SANITARI



### **Equip de redacció**

Helena Ris  
Anna Riera  
Xavier Baro  
Josep Maria Bosch  
Carles Loran  
Joan Maria Ferrer  
Manel Jovells

### **Coordinació del document**

Anna Riera

### **Hi han contribuït**

Olga Pané  
Xavier Mate

### **Agraïm la seva supervisió i aportacions**

Josep Maria Via  
Enric Agustí  
Pedro Cano  
Josep Maria Ramírez  
Josep Arqués  
Martí Masferrer

# Índex

|   |    |
|---|----|
| <b>Objectius del document</b> .....   | 5  |
| <b>Metodologia d'anàlisi</b> .....  | 6  |
| <b>Revisió crítica dels principals models de sistema sanitari</b><br>en diferents països d'Europa, recollint avantatges<br>i inconvenients de reproduir determinats elements .....  | 7  |
| <b>El model català: diagnòstic i propostes</b> .....  | 11 |
| A. Planificació, ordenació dels recursos .....  | 12 |
| B. Separació de la funció de finançament i compra de serveis<br>de la funció de provisió .....  | 14 |
| C. El paper de la propietat i la funció de governança .....   | 16 |
| D. El model de RRHH i relacions laborals: lideratge, marc laboral<br>(condicionants, limitacions i millores) i el paper del professionalisme .....  | 18 |
| E. Relació comprador-proveïdor: el model de contracte i sistema de compra .....   | 21 |
| F. L'organització de la prestació dels serveis: cartera de serveis, contingut<br>i model de prestació de serveis, farmàcia, la col·laboració públic-privat .....  | 24 |
| G. Els instruments jurídics desenvolupats i la seva utilitat per als fins<br>que es pretenen: l'organització d'un model en xarxa, el model<br>de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública ..... | 28 |
| H. El finançament i el sistema de pagament .....  | 31 |
| I. Avaluació i rendició de comptes: les garanties del model,<br>qualitat i seguretat .....  | 34 |
| <b>Conclusions</b> .....  | 35 |
| <b>Annex. Repensant el model sanitari català.</b><br><b>100 propostes concretes d'actuació</b> .....  | 36 |
| <b>Abreviatures</b> .....   | 43 |



# Objectius del document

L'actual model sanitari a Catalunya és fruit de l'evolució d'una realitat històrica del nostre país i del consens polític expressat en la voluntat de donar garantia del dret a l'atenció sanitària de tots els nostres conciutadans i una resposta adequada a les necessitats sanitàries de la població. La realitat d'aquest model és fruit de l'esforç de moltes persones i inclou, tant les aportacions de l'Estat com, genuïnament, la contribució històrica de la societat civil fins a la garantia d'aquest dret.

En el seu inici es va optar per un model les línies i principis del qual es troben recollits a la Llei 9/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC). L'evolució d'aquest model al llarg del temps i la seva progressiva aplicació ens ha demostrat que alguns d'aquells principis o característiques originals i més genuïnes avui s'han perdut, d'altres s'han implementat parcialment o s'han modificat. De vegades, instruments que es consideraven com a prometedors en la línia de l'avenç i de les millors pràctiques s'han esvaït per manca de voluntat política, de compromís o estímul per part dels proveïdors. De manera molt general, s'ha fet un ús escàs de l'avaluació de les pràctiques de planificació i gestió, que frenen l'aprenentatge i la innovació.

Tot plegat, amb els seus èxits i fracassos, configura el que és la realitat actual. Aquest punt de partida se'ns mostra en l'especial context actual de crisi, amb una urgent necessitat de repensar aquest model, d'analitzar allò que funciona i el que podria millorar, de ser ambiciosos per refundar aquelles parts que han de sustentar el futur més proper: temps, doncs, de repensar, reflexionar i actuar. Des de La Unió –motivats pel nostre compromís de contribuir a la millora d'aquest sistema– volem fer, a través d'aquesta anàlisi i revisió del model, una contribució seriosa, per tal d'assenyalar aquells elements que poden perfilar el debat necessari entre tots els agents, i fer algunes propostes en la línia del que pensem que en el moment present millor pot ajudar a fer del nostre sistema un exemple d'excel·lència i sostenibilitat, no a qualsevol preu, sinó preservant els elements que han fet que fos definit com un sistema modern, de qualitat i innovador.

L'actual conjuntura econòmica empeny a repensar les formes. Però segur que cal, primer, analitzar el model i el marc, recollir els valors compartits i fer propostes que estiguin en la línia de desenvolupar el model del qual ens volem dotar, separant el que és nuclear i el que és accessori. Moment, per tant, de refundar el model, sense menystenir cap dels valors que el fan possible en la realitat actual, proposant aquells camins que puguin fer un millor servei a tots els ciutadans.

Des de la reflexió compartida, des de l'evidència d'allò que funciona i d'allò que sabem millorable, volem així contribuir positivament, constructivament, a fer possible la seva sostenibilitat i la garantia de servei i d'excel·lència.

# Metodologia d'anàlisi

Partim del text i dels principis inspiradors de la LOSC, que va configurar el model sanitari català:

- \* Separació de la funció de finançament i compra de serveis de la provisió.
- \* Diversificació de proveïdors.
- \* Mercat mixt de competència planificada i regulada.
- \* Diversitat de fórmules de gestió.
- \* Descentralització de serveis i accessibilitat.
- \* Desconcentració de l'organització.
- \* Participació comunitària.

Aquests principis ens serveixen de marc per fer l'anàlisi i les reflexions sobre aquells elements o àmbits que configuren, a la pràctica, el model.

El document conté, en primer lloc, una revisió crítica dels principals models de sistema sanitari en diferents països d'Europa, recollint avantatges i inconvenients de reproduir determinats elements. A continuació, inclou una anàlisi de l'estat actual del nostre model en relació amb els plantejaments inicials, des de l'òptica d'identificar els elements que el caracteritzen, quin és el diagnòstic de la situació actual i el desenvolupament de propostes de millora o canvi.

# Revisió crítica dels principals models de sistema sanitari

en diferents països d'Europa, recollint avantatges i inconvenients de reproduir determinats elements

Europa té una gran diversitat de solucions organitzatives entorn a dos grans models de cobertura de salut: els sistemes nacionals de salut (basats en models tipus Beveridge) i els sistemes de seguretat social (basats en models tipus Bismarck). Entre ells hi ha algunes diferències cabdals, com el finançament per impostos *versus* quotes de la seguretat social, la protecció universal *versus* cotitzants i familiars, etc. Ara bé, tots dos models es caracteritzen per la seva extensió a gairebé la totalitat de la població i per formar part d'un sistema més o menys planificat i més o menys conduït i gestionat.

Durant els darrers anys de crisi, els uns i els altres han patit considerablement problemes de finançament, la qual cosa ha obligat a prendre mesures. La diversitat de mesures és enorme i difícil de resumir en un treball com aquest. D'altra banda, els punts de partida també revelen una gran diversitat.

També hi podem trobar coincidències. Per exemple, la majoria de països de la Unió Europea tenen sistemes de copagament o taxes. Tots tenen implantats els copagaments a l'atenció primària i especialitzada (tret del Regne Unit) i tots tenen algun tipus de taxa sobre la farmàcia. Certament, tots els països tenen sistemes d'exempció de col·lectius més necessitats o amb alta càrrega de morbiditat, com es pot veure ens els quadres de la pàgina següent.

Com a conseqüència de la crisi econòmica de l'any 2008, l'OMS a Europa va convocar una conferència a Oslo celebrada l'any 2009, d'on van sortir unes conclusions i un conjunt de recomanacions anticrisi.

Les conclusions feien èmfasi en la necessitat de preservar els pressupostos sanitaris i, en especial, els dirigits als serveis més cost-efectius (primària i salut pública). Les conclusions destacaven, també, la importància de les polítiques de promoció de la medicina basada en l'evidència, l'avaluació i la transparència, així com les accions transversals que, per afavorir la salut, es duen a terme des d'altres departaments o ministeris.

Es recomanava, també, considerar la possibilitat d'incrementar les taxes en el consum de tabac, alcohol, sucre i sal.

La conferència d'Oslo conclouïa en unes recomanacions o "Pack anticrisi" que reproduïm:

- \* Establir una unitat anticrisi en col·laboració amb els agents afectats per proposar i analitzar solucions i la seva viabilitat.
- \* Mantenir un diàleg permanent amb proveïdors, sindicats, consumidors i altres entitats per buscar consensos.
- \* Millorar el diàleg i la comunicació amb els ministeris d'Economia. Defensar els pressupostos de salut i mediambientals.

## La mayoría de los países europeos disponen de tickets moderadores de la asistencia y esquemas de pago farmacéutico (1/2)

### Seguro Social Obligatorio

|                 | Asistencia Sanitaria   | Farmacia  | Exenciones  | Modelo de implantación  |
|-----------------|--|---|---|---|
| <b>Alemania</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: Ticket moderador de 10€ por la primera visita, con validez trimestral para citas restantes</li> <li>Atención Especializada: Ticket moderador fijo de 10€ por visita y 10€ por día de hospitalización, con máximo de 250€<sup>1</sup></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución variable: 10% del coste por medicamento</li> <li>Máximo de 10€</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Especializada y Farmacia: niños y enfermos graves</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo por la primera visita. El dinero recolectado se descuenta al médico de su nómina</li> </ul>         |
| <b>Bélgica</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: Ticket moderador variable de hasta 35% del coste de la visita, con un máximo</li> <li>Atención Especializada:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ticket moderador variable por visita a especialista: 40% del coste</li> <li>Ticket moderador fijo por hospitalización de 12€/día</li> </ul> </li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución variable según grupo terapéutico (25-80%) del coste</li> <li>Máximo existente</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: reducciones a rentas bajas, población pensionista y discapacitados</li> <li>Farmacia: reducción a rentas bajas</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo en el acto. En la atención hospitalaria se envía al paciente un recibo por el % a pagar</li> </ul>  |
| <b>Francia</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: Ticket moderador variable del ~30% del coste y pago de 1€ por consulta, con máximo de 50€/año</li> <li>Atención Especializada:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ticket moderador variable del 20%-25% del coste por consulta</li> <li>Ticket moderador fijo por hospitalización de 16 €/día</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución variable: 0%-35%-65% del coste según la categoría del fármaco</li> <li>Contribución fija adicional de 0,5€ por medicamento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia Sanitaria: Pensionistas, personas con renta baja, enfermos crónicos</li> <li>Farmacia: rentas bajas, enfermos crónicos, inválidos (c. variable) y rentas bajas y niños (c. fija)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo en el acto. Reembolso mediante formularios o tarjetas electrónicas a la Seguridad Social</li> </ul> |

1 Máximo gasto hospitalario

FUENTE: OMS; Observatorio Europeo; Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. Ana Tur e Iván Planas; IMS

## La mayoría de los países europeos disponen de tickets moderadores de la asistencia y esquemas de pago farmacéutico (2/2)

### Sistemas Nacionales de Salud

|                 | Asistencia Sanitaria   | Farmacia  | Exenciones  | Implantación  |
|-----------------|--|---|---|---|
| <b>Italia</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Especializada: Ticket moderador fijo de 36€/visita</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución fija por región (entre 0,5 y 4,5€ por medicamento), con posible reducción para genéricos</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia Sanitaria: niños, pensionistas renta baja, enfermos graves</li> <li>Farmacia: rentas bajas, crónicos, minusválidos y embarazadas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo o con tarjeta de crédito antes de la cita</li> </ul>                    |
| <b>Portugal</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: Ticket moderador dependiente del tipo de consulta (ej. 2€ visita, 3€ consulta domicilio)</li> <li>Atención Especializada: Ticket moderador fijo (ej. 5€ por día de hospitalización)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución variable: 15%-80% del coste por medicamento<sup>1</sup></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: embarazadas, desempleados, niños, pensionistas, crónicos</li> <li>Farmacia: rebaja para pensionistas con bajos recursos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo por visita</li> </ul>   |
| <b>Suecia</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Primaria: Ticket moderador por visita (11€-17€), con máximo de 100€</li> <li>Atención Especializada: Ticket moderador 15-30€, por tratamiento y día de hospitalización</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución variable por tramos (50%-25%-10%-0%) por el gasto que supere los 88€ anuales y con un máximo de 420€ anuales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia Sanitaria: reducción para menores de 20 años y en función de renta</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pago en efectivo por visita o mediante transferencia vía factura domiciliaria</li> </ul> |
| <b>UK</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de ticket moderador</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribución fija: 9€ por medicamento, con bonos anuales/ cuatrimestrales para pacientes en tratamiento regular</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Farmacia: niños, rentas bajas, enfermos crónicos y embarazadas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>n.a.</li> </ul>  |

1 Categorías de productos según gravedad de la patología que tratan

FUENTE: OMS; Observatorio Europeo; Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. Ana Tur e Iván Planas; IMS



- \* Revisar els plans i programes per reduir la inversió en equipaments i estructures sofisticades.
- \* Donar suport a la formació continuada del personal.
- \* Tractar de mantenir els llocs de treball del sector. Si el cost-benefici és positiu, involucrar el seu personal en activitats de prevenció.
- \* Promoure l'autocuració de les persones i l'atenció mèdica des de casa i altres serveis per a la gent gran i els grups vulnerables.
- \* Preparar una redistribució dels recursos a les activitats més cost-efectives (prevenció).
- \* Preparar els proveïdors per racionalitzar i millorar el rendiment amb menys recursos econòmics.
- \* Evitar las duplicacions, explorar les economies d'escala i esforços coordinats.
- \* Donar suport a l'establiment o reforçar el paper d'agències independents que elaboren guies clíniques i ajuden els líders clínics dels hospitals, CAP, etc. perquè s'ajustin al nou context protegint la qualitat i la seguretat.

Mentrestant, alguns països han aprofitat aquest període de necessaris reajustaments per introduir reformes significatives al seu sistema de provisió: França ha posat en marxa la Llei Bachelot (2009), i ha creat organismes territorials receptors unificats dels fons de les caixes d'assegurament, ha creat les comunitats hospitalàries territorials, entitats que agreguen i ordenen hospitals de diferent nivell dins d'un territori, ha promogut un increment de l'autonomia de gestió dels directors que han de ser experts en gestió (i també metges). En definitiva, tracten d'integrar finançament, descentralitzar la gestió i alhora planificar la xarxa hospitalària.

La mateixa idea de centralitzar els fluxos econòmics de les diverses caixes s'ha desenvolupat a Alemanya.

Altres reformes, que han estat comunes a més d'un país, posen en evidència un moviment organitzatiu tendent a recentralitzar models molt descentralitzats, retorn de competències municipals a nivells regionals, i reformes orientades a facultar més professionals per substituir els metges, és el cas de les infermeres i farmacèutics, que, en molts països, s'ha acreditat per poder receptar una gamma determinada de fàrmacs.

Menció a part ha suposat la reforma anglesa proposada pel Govern Cameron, en l'actualitat en fase de consultes (White Paper). Aquest Llibre Blanc preveu un retorn a les polítiques d'*empowerment* de l'atenció primària, promovent la constitució de consorcis de metges de família que haurien de contractar i dirigir tots els serveis d'atenció als seus pacients (incloses les emergències). Es flexibilitzen les limitacions existents fins ara per a la constitució d'associacions de metges de capçalera. La idea és que el metge de família actuï com a agent del pacient en tot el sistema i, per aconseguir això, s'enforteix el paper dels metges de capçalera com a porta d'entrada i compradors de serveis i com a responsables de conduir els malalts a través de la xarxa assistencial i com a agents determinants de la direccionalitat dels fluxos assistencials.

Així mateix, el Llibre Blanc planteja la competència en preus entre els hospitals i centres diagnòstics per captar l'activitat dirigida des de l'atenció primària, i la possibilitat de rebaixar les tarifes per sota dels preus públics del National Health Service (NHS). Es preveu un calendari de posada en marxa que culminaria l'any 2013 amb la transferència als consorcis de metges de família de la quasi totalitat dels fons per contractar. En l'actualitat hi ha una gran contestació a la reforma provinent dels professionals mèdics, visible en diverses editorials al *BMJ* signats per metges de gran reputació, reticents especialment a la competència en preus que consideren que pot comportar una pèrdua molt important de la qualitat del sistema.

La majoria de països europeus han afrontat la crisi aprofitant per introduir reformes profundes en els seus sistemes de salut. De tot això, en podem treure algunes conclusions que podrien ajudar-nos a avançar, en el nostre cas:

1. Cada sistema ha de trobar el seu propi camí d'avenç. No hi ha solucions úniques.
2. Hi ha un alt grau de confluència en les polítiques sobre copagaments i/o taxes.
3. Hi ha una tendència a concentrar la capacitat de "compra", generant organismes que agreguen, quan estan dispersos, els fons de finançament dels sistemes de salut.
4. Hi ha, en molts casos, un reforçament de l'autonomia de gestió dels proveïdors .
5. En èpoques de crisi és rellevant l'acostament als ministeris i departaments d'Economia, que amb facilitat tenen desconfiança en la capacitat de redreçar els pressupostos dels sistemes de salut.

# El model català: diagnòstic i propostes

El sistema sanitari té sentit i existeix en tant que dóna resposta a les necessitats de salut de la població, que el finança amb els seus impostos. El ciutadà, com a agent del sistema, ha de:

- \* Poder participar, aportant la seva visió.
- \* Tenir capacitat de lliure elecció.
- \* Disposar de la informació necessària, amb transparència, per poder-ho fer.
- \* Coresponsabilitzar-se del seu ús.
- \* Ser determinant per al disseny dels models de prestació.
- \* El sistema li ha de rendir comptes.

Aquest document és una reflexió sobre el model sanitari català des d'aquesta perspectiva.

Els elements o àmbits analitzats són:

- A. Planificació, ordenació dels recursos.
- B. Separació de la funció de finançament i compra de serveis de la funció de provisió.
- C. El paper de la propietat i la funció de governança.
- D. El model de RRHH i relacions laborals: lideratge, marc laboral (condicionants, limitacions i millores) i paper del professionalisme.
- E. Relació comprador-proveïdor: el model de contracte i sistema de compra.
- F. L'organització de la prestació dels serveis: cartera de serveis, contingut i model de prestació de serveis, farmàcia, la col·laboració públic-privat.
- G. Els instruments jurídics desenvolupats i la seva utilitat per als fins que es pretenen: l'organització d'un model en xarxa, el model de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública.
- H. El finançament i el sistema de pagament.
- I. Avaluació i rendició de comptes: les garanties del model, qualitat i seguretat.

El document pretén explicar de manera planera com es veu des de La Unió la situació de l'entorn i apuntar propostes de millora o canvi, moltes de les quals requeriran un major desenvolupament i detall.

I cadascun d'aquests ha estat analitzat des del punt de vista següent:

1. Model, elements que el definien en el seu origen.
2. Diagnòstic, desenvolupament actual d'aquests elements.
3. Propostes de millora i/o canvi.

# A

## Planificació, ordenació dels recursos

### MODEL

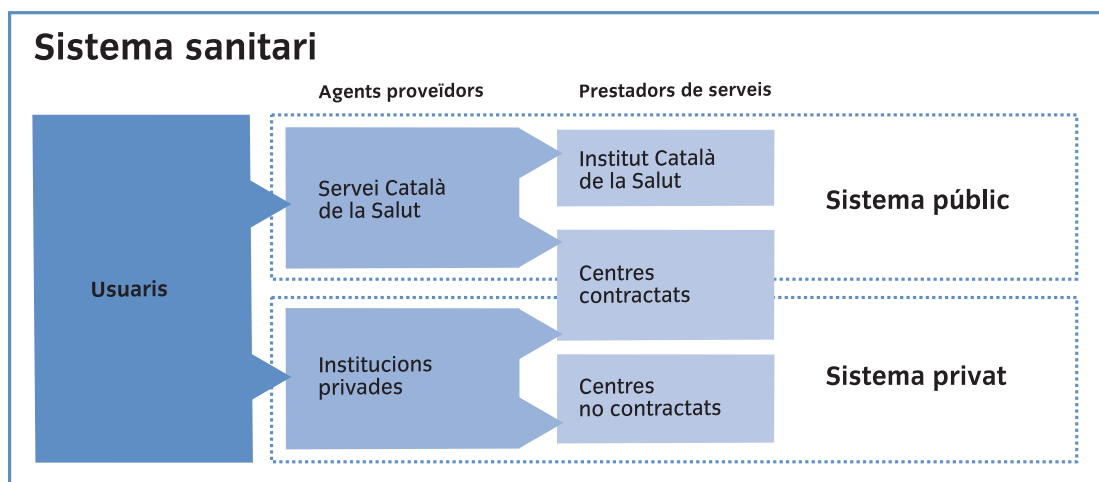
Model planificat en resposta a les necessitats de la població i per àmbit territorial, identificant objectius de salut i ordenant l'oferta assistencial per donar-hi resposta.

### DIAGNÒSTIC

- \* La voluntat política de respectar la situació de l'oferta establerta en cada territori ha evidenciat la manca de veritables directrius en l'ordenació de serveis des de la planificació. Això ha condicionat un excés d'oferta i una distribució irregular dels recursos, que a hores d'ara genera oportunitats per a la simplificació amb arguments d'eficiència i de volums mínims per a certs procediments i patologies.
- \* Implementació parcial (i no avaluada) d'instruments que van ser proposats per incentivar el comportament dels proveïdors i per ajustar-ne l'oferta (excepció feta de la marginalitat com ajustament dels contractes) s'han desvirtuat instruments com per exemple l'IRE en el sistema de pagament d'aguts, els objectius de la part variable del contracte o el model de coresponsabilització de la despesa de farmàcia en atenció primària (la regularització del qual segueix fent-se *contra* el contracte de compra de serveis...).
- \* El mix de l'oferta de serveis no s'ha fet sempre des de la planificació amb criteris d'eficiència, sinó que, en ocasions, ha estat articulada des de la provisió (tant des de la seva part gestora com dels òrgans de govern, excessivament polititzats en els darrers anys).
- \* Pocs elements de competència ni entre nivells ni entre proveïdors.
- \* Desenvolupament d'una oferta excessiva i no planificada de procediments d'alta tecnologia i alta complexitat emparada per la voluntat de creixement tècnic i una visió poc definida de l'alta tecnologia diagnòstica.
- \* Manca d'integralitat en l'atenció del malalt fràgil, crònic i dependent.

## PROPOSTES

- \* Planificar efectivament en funció de necessitats assistencials de la població a atendre, partint de la base de l'evidència científica i del cost-efectivitat de les accions o serveis a desenvolupar.
- \* Fomentar aliances estratègiques a través del contracte i del model de compra, que afavoreixi una estructuració de l'oferta d'acord amb les necessitats sanitàries establertes per la planificació, de forma eficient i evitant duplicitat de recursos i estructures i afavorint unes expectatives adequades en els proveïdors.
- \* Adequar el model de contractació per incentivar l'ordenació de l'oferta en resposta a les necessitats de cada àmbit poblacional, garantint l'equitat d'accés i resultat.
- \* Centralitzar l'atenció de la complexitat garantint resultats de qualitat, vetllant per l'equilibri amb l'accessibilitat.
- \* Exigir-se l'avaluació pública, crítica i transparent de la planificació i prendre decisions en conseqüència.
- \* Incentivar la coordinació/cooperació per a l'atenció dels pacients fràgils i crònics dels serveis d'atenció sanitària i els serveis d'atenció a la dependència, així com desenvolupar nous models organitzatius d'atenció per a aquests pacients.
- \* Conceptualment, tenir present que el sistema sanitari a Catalunya està format pel sistema de provisió públic i el privat, i que hi ha un 25% de doble cobertura.



# B Separació de la funció de finançament i compra de serveis de la funció de provisió

## MODEL

Aquest és un element clau del model que garanteix, amb la separació de rols, que cada agent dugui a terme la seva funció de forma efectiva: l'Administració, que ha de planificar i assignar els recursos sobre la base d'objectius de salut. Els proveïdors, desplegant al màxim la seva capacitat d'autonomia, els elements de gestió necessaris i gestionant els recursos de la manera més eficient. Tot plegat garantit per les condicions del contracte i els objectius a assolir i mitjançant la funció avaluadora, reguladora i de control de l'autoritat sanitària que ha de vetllar per l'excel·lència del model.

## DIAGNÒSTIC

- \* La realitat demostra que la separació és més formal que real. Hi ha hagut una progressiva substitució dels membres de la societat civil per càrrecs de l'Administració com a representants del comprador en els òrgans de govern de les entitats proveïdores. Aquesta presència obeeix a raons diverses, però ha anat conformant un biaix en el model de separació entre compra i provisió.
  - Quan jurídicament està justificada la presència de l'Administració als òrgans de govern (EPIC), si el perfil dels representants designats són polítics o directament càrrecs de l'estructura del Departament, suposa, de fet, que el comprador conforma la voluntat de l'òrgan de govern de l'entitat proveïdora.
  - En altres figures jurídiques, s'ha operat la tendència –no justificada jurídicament– que el comprador situï representants en els òrgans de govern (singularment en les fundacions), en una percepció errònia de l'exercici del control sobre aportacions públiques, menystenint els instruments legals de supervisió, per exemple, de les subvencions per inversió.
  - Una altra línia de presència del comprador en els òrgans de govern de la provisió resulta també de l'errònia percepció de sustentar la defensa dels drets del propietari patrimonial (quan aquest és la Generalitat) a través de la participació en l'òrgan de govern de l'entitat que en té encarregada la gestió quan aquests drets són idòniament protegits a través de les fórmules jurídiques que articulen l'atribució patrimonial (arrendament, cessió d'ús, etc.).
  - La conseqüència d'aquestes formes de participació decisiva o significativa del comprador en l'òrgan de govern genera una tendència a la politització dels òrgans de govern, un inevitable conflicte de rols, una laminació greu de l'autonomia de gestió de les organitzacions, suposa una manca de confiança en els instruments d'avaluació i desvaloritza la gestió. Per contra, i sorprenentment, no ha evitat un increment dels mecanismes de la fiscalització pública.
- \* Com a efecte contrari, la professionalització dels òrgans de govern ha estat escassa, amb la qual cosa resulta aconsellable una major *accountability*, obligació de retre comptes i més transparència en tots els àmbits.

- \* Cal recordar que els instruments jurídics emprats (sobretot les EPIC) responien a aquest eix central del model; per tant, l'alteració del seu règim jurídic a partir de les modificacions de la legislació comuna (contractació pública, finances públiques, SEC95...) no hauria d'haver afectat el model, sinó que hauria d'haver conduït a revisar-los i, si és el cas, substituir-los per tal de preservar el model. No s'ha fet.

## PROPOSTES

- \* Articular òrgans de govern independents i compromesos i que vetllin per la missió de la institució, per la correcta separació entre la funció de finançament i de provisió, que coneguin el risc i l'assumeixin.
- \* Revisar els instruments jurídics emprats; verificar-ne l'adequació al principi de separació analitzat, valorant quin marge de recuperació d'aquest objectiu és assumible adaptant la legislació que depèn de les competències autonòmiques.
- \* Valorar la necessitat de substituir els instruments jurídics, especialment en les empreses públiques i consorcis, estudiant formes de separació de la titularitat del patrimoni de la gestió de les institucions proveïdores de serveis de salut, si s'escau.
- \* Revisar la política de participació de l'Administració en els òrgans de govern de les entitats de dret privat, tant per preservar la separació finançament/compra com per l'impacte que té en el règim de fiscalització d'aquestes entitats.
- \* L'instrument bàsic i fonamental per articular la relació entre el proveïdor i el comprador és el contracte de serveis. Revisar el paper del contracte, implementar-hi l'ús d'instruments d'avaluació, de control del seu compliment i de fiscalització de la gestió.
- \* Garantir l'autonomia de gestió de les entitats proveïdores.
- \* Generar instruments d'avaluació i rendiment de comptes que premiïn l'eficiència del sistema.

# C El paper de la propietat i la funció de governança

## MODEL

Diversificació de titularitats, amb consells de govern forts que exerceixin la propietat i la funció de governança amb autonomia i responsabilitat.

## DIAGNÒSTIC

- \* Hi ha pocs operadors al sistema que conservin el concepte de propietat clàssic –dels mitjans de producció–. En el cas de moltes de les organitzacions que gestionen patrimoni aliè, o bé pel seu caràcter públic o bé pel seu caràcter de “sense ànim de lucre, *non profit*” (fundacions, mutualitats) ha comportat, moltes vegades, que als seus òrgans de govern no s’hi situïn persones que sentin que assumeixen aquesta funció com a veritables *propietaris* o *representants dels propietaris*. Aquest fenomen altera el joc d’interessos contraposats que configuren el govern de les organitzacions i les allunya del concepte de *risc empresarial*.
- \* En els òrgans de govern de les entitats resulta imprescindible la presència d’entitats, empreses i persones d’aquell àmbit territorial. Però quan aquesta representació s’exerceix a través de l’Administració local, hi ha un risc evident de politització. Cal no oblidar que aquesta participació dels ajuntaments es troba a bastament reconeguda per la mateixa LOSC als diferents nivells de descentralització del Servei Català de la Salut i potser és un mitjà més idoni que la participació directa de l’Administració local en els òrgans de govern.
- \* La veritable governança demana professionalitat dels òrgans de govern i implicació/compromís en les funcions de govern. L’altruisme que en moltes ocasions guia la cooptació de membres independents minva l’exigència de les esmentades implicació i compromís.
- \* La mateixa actuació o presència en molts casos de l’Administració reguladora-compradora als òrgans de govern implica que de manera directa o indirecta tot el risc sigui assumit en molts casos, o així es percep, pel mateix Servei Català de la Salut o fins i tot per la Generalitat.
- \* La governança, entesa com un “bon govern”, no resulta especialment estimulada en el sistema, ja que la gestió eficient no sempre comporta un reconeixement en el procés de compra.



## PROPOSTES

- \* Explicitar el paper de la propietat i la governança a les institucions tant internament com externa.
- \* Les institucions han de retre comptes a la comunitat a la qual donen servei, com a resultat de fomentar la professionalització i una més gran exigència d'implicació i compromís dels membres dels òrgans de govern.
- \* Vetllar per una autonomia de gestió i actuació reals. Recuperar en el contracte elements que estimulin el bon govern de les entitats.
- \* Promoure que la necessària representació territorial es faci a través d'entitats, empreses i persones del territori, evitant la politització dels òrgans de govern, fomentant la participació prevista de l'Administració local en els òrgans de participació i de direcció del Cat-Salut.
- \* El model de participació dels ciutadans s'ha d'adaptar al que preveu la LOSC. A aquests els correspon fer balanç social, però són els membres de l'òrgan de govern els que han de vetllar per l'acompliment de la missió de la institució.
- \* Revisar la necessitat i funcionalitat dels governs territorials de salut.

# D El model de RRHH i relacions laborals: lideratge, marc laboral (condicionants, limitacions i millores) i el paper del professionalisme

## MODEL

Model basat en el professionalisme, la implicació i autonomia dels professionals, en un marc de conveni laboral adaptat a les necessitats i especificitats del sector.

## DIAGNÒSTIC

- \* Convenis sectorials i d'empresa equiparats als que estableix el règim estatutari, per mandat de la disposició transitòria 5a de la LOSC.
  - Continguts quantitius i deterministes.
  - Estructuració rígida de les condicions organitzatives del treball.
  - Marges limitats per a la creació de conceptes salarials i per a la individualització de les condicions.
  - Model de convenis que generen acumulativament drets adquirits, sense contraprestacions.
  - Sovint, la percepció amb caràcter general de la part variable fa que hagi perdut potència com a instrument d'avaluació de resultats per objectius.
  - Influència excessiva de l'Administració en les negociacions amb els sindicats en els dos darrers convenis.
- \* Fiscalització de la Intervenció a les EPIC, cosa que genera un marc rígid per a la gestió i té com a conseqüència un impacte en l'eficiència (exemple: no es respecta l'autonomia gestora de la institució).
- \* El paper dels metges i infermeres queda poc reflectit en els convenis del sector i genera insatisfacció, ara agreujat, en el cas dels metges, per la manca de representativitat en la mesa del conveni.
- \* El procés d'acreditació i desenvolupament professional ha quedat limitat a l'aplicació variable de la carrera professional, instrument que, a més, sovint no ha servit per plasmar els fets diferencials (i l'aplicació ha estat en format "café para todos").
- \* L'aplicació del darrers convenis ha representat una disminució progressiva de la productivitat que ja per si mateixa és baixa comparada amb la d'altres professionals de països europeus (on hi ha menys professionals i més ben retribuïts). S'ha frenat l'estímul a una major autonomia de gestió. No s'han incentivat les fórmules que representen una major autonomia de gestió per als professionals (EBA i similars).

- \* Canvi de paradigma econòmic (reducció de recursos) i canvi de paradigma del model empresarial, que comporta la necessitat de major compromís dels professionals amb el futur i amb els resultats de l'empresa. Risc de fragmentació del sector pel fet d'haver d'aplicar criteris remuneratius diferents per sentències judicials, en funció de la diferent titularitat jurídica dels centres.

## PROPOSTES

### Plantejament estratègic

El conveni ha de constituir un instrument de relacions fluides entre les parts, que generi l'eficiència de l'actiu més ben preuat, i que en el sector sanitari és personal d'alta qualificació. El conveni ha de ser sensible a les realitats pressupostàries i al mercat, deixant marge per millorar-lo en funció de les característiques i gestió de cada centre.

Per això és imprescindible comptar amb el compromís dels professionals, per assolir les exigències de la societat (qualitat total, innovació permanent, alta productivitat i orientació al malalt).

Com a contrapartida, les empreses hauran de ser transparents en la divulgació i informació de les seves dades, tant assistencials com econòmiques.

El lideratge clínic i organitzacional esdevindran imprescindibles.

### Plantejament operatiu

L'enfocament i el resultat del terme *negociació* ha de fer un gir de 180°. Avui l'acord és possible únicament si una de les parts (patronal) fa concessions a la plataforma que presenta la part sindical. Els convenis es converteixen en fons de drets acumulatius, sense que es plantejegin contraprestacions. En els darrers anys es pot afirmar que el comú denominador dels acords assolits s'ha basat en el decrement de la jornada i l'increment dels salaris. No hi ha cap matèria de les incloses en el conveni que hagi significat cap compromís per la part sindical. Aspectes com la productivitat, l'absentisme, la flexibilitat d'horaris, els resultats empresarials i la formació compartida són ignorats o rebutjats del contracte col·lectiu de treball.

Per dur a terme l'estratègia esmentada és necessari efectuar modificacions a les condicions fins ara conegudes i aplicades.

Els aspectes més rellevants que cal revisar són els següents:

- \* Desregulació de les condicions organitzatives de l'organització de la jornada laboral i la d'atenció continuada, que promoguin la flexibilitat i l'adaptació als canvis.
- \* Vinculació de la part salarial a la productivitat individual i als resultats de les empreses.
- \* Potenciació del desenvolupament professional vinculat a la gestió pragmàtica de les competències i als resultats assolits.

- \* Avenç en sistemes de retribució basats en la coresponsabilització i l'emprenedoria, que fomentin el creixement professional i la rendició de comptes. Dissenyar una cadena d'incentius que atengui a:
  - Resultats clínics (responsabilitat dels professionals)
  - Resultats empresarials (nivell institucional o de l'organització)
  - Resultats de salut (nivell comunitari o territorial: impacte en la salut de les persones)
- \* Inclusió en el conveni de la singularització de les condicions específiques per a cada col·lectiu.
- \* Potenciació als centres del contracte de gestió clínica/assistencial.
- \* Rendició de comptes periòdica dels resultats de l'empresa davant dels treballadors.

# E

## Relació comprador-proveïdor: el model de contracte i sistema de compra

### MODEL

#### Relació comprador-proveïdor

El model de relació comprador-proveïdor buscava:

- \* Garantir la continuïtat de l'assistència al ciutadà i cobrir les seves necessitats en matèria d'assistència sanitària.
- \* Ser un model equitatiu i permetre la implantació i desenvolupament dels objectius de la planificació dels serveis en l'àmbit local, sectorial, regional i nacional i la seva sostenibilitat en el temps.
- \* Basar-se en l'autonomia de gestió de les entitats proveïdores de serveis i, sobretot, basar-se en el control de l'assoliment dels resultats pactats, no en la fiscalització del procés. És en el marc del contracte on s'ha d'establir el control i l'avaluació de l'Administració sanitària responsable a través del rendiment de comptes de resultats.
- \* Facilitar l'eficiència del sistema sanitari a Catalunya. L'eficiència interna de cada organització ha de revertir en ella mateixa.
- \* Basar-se en la confiança entre l'Administració i els prestadors de serveis. Relació basada en el concepte de sistema: cada una de les parts realitza una funció pròpia que complementa la de les altres, i és imprescindible la interrelació entre elles per a l'eficiència global.
- \* Havia de ser adaptable en el territori. No es pot pretendre que el model de relació sigui mimèticament igual a tot arreu, perquè les realitats i les especificitats de cada àmbit són diverses.

#### Contracte

- \* Pretenia ser una relació documentada i basada en la transparència per generar estabilitat empresarial i confiança mútua.
- \* Havia de fixar bé els drets i deures de cada una de les parts.
- \* Havia de disposar de sistemes de control acceptats per les dues parts.
- \* Pretenia reflectir què espera l'Administració de les entitats proveïdores de serveis i quina serà la contraprestació que es compromet a fer.
- \* Les modificacions en el model de relació havien de ser conegudes i acceptades per les parts.

Per tant, el contracte havia de definir:

- \* El tipus, el nivell i la quantitat d'activitat que ha de realitzar una entitat proveïdora.
- \* El mínim de qualitat exigible.
- \* Les obligacions a les quals es comprometen les parts.
- \* Els drets que es reconeixen les parts.
- \* Els seus mecanismes de modificació i de rescissió.
- \* Havia de basar-se en l'autonomia de gestió de les entitats proveïdores de serveis i en el control dels resultats.

### Relació comprador-proveïdor

- \* El model no afavoreix la visió integral del pacient amb unes necessitats de salut i socials, que es tradueix en manca de coordinació efectiva i en serveis que entren en competència. S'afavoreix el segrest del pacient a cada nivell assistencial (especialment de l'atenció especialitzada). De fet, els incentius divergeixen, i es fomenta l'activitat descoordinada.
- \* No s'incentiva el comportament esperat dels proveïdors (per exemple, es vol una coordinació entre nivells i, en canvi, el sistema de pagament de CCEE i atenció primària van en la direcció contrària).
- \* El sistema de regulació no és en base a la rendició de comptes dels resultats obtinguts.
- \* No es fomenta el discurs assistencial en el contracte de compra, i l'incentiu no se situa al nivell d'obtenir resultats en salut. El Pla de salut i els seus objectius, que constitueixen la part variable, han quedat "desprestigiats" en els contractes, on tenen poc pes específic i no han mostrat cap evolució ni adaptació als canvis de la realitat.
- \* Es posa en marxa l'activitat no planificada i es genera, posteriorment, la necessitat de finançament.
- \* El sistema de pagament és l'incentiu més potent que afecta la relació comprador-proveïdor i el comportament dels proveïdors i no s'ha revisat durant un període massa llarg de temps.
- \* Paper del proveïdor ICS: malgrat els esforços que s'han fet per fer evolucionar el model de gestió de l'ICS, no s'ha assolit la transformació necessària per dotar-lo dels instruments adequats per tal de contribuir a la millora de la seva eficiència.

(Vegeu l'apartat H. El sistema de pagament.)

### Contracte

Els contractes no se signen amb temps i les tarifes no s'estableixen amb l'antelació necessària perquè els proveïdors puguin planificar la seva activitat, sinó que sovint ja han fet part o tota l'activitat abans de signar-lo.

- \* Les tarifes no es fixen a partir de l'estructura de costos del sistema.
- \* Els contractes sovint han estat artefactats, tant en volum d'activitat com en tarifes, per fer front a inversions d'estructura o tecnològiques, per manca de conceptes específics o voluntat d'explicitar-los.
- \* El contracte té excessives clàusules i és d'una alta complexitat de gestió.
- \* S'hauria de millorar les potencialitats de l'existència de la part variable dels contractes.

### Relació comprador-proveïdor

- \* Regles conegudes i compartides prèviament.
- \* Incentivació de models d'integralitat a través de la implementació de sistemes de contractació adequats: assignació capitativa sobre la base de les característiques de la població a atendre (morbidity atesa i necessitats assistencials de la població) i pagament per l'activitat que se'n deriva, tendint a comprar serveis per resultats assistencials, fomentant el discurs clínic dins de les organitzacions.
- \* Assignació prospectiva dels recursos, que pugui corregir-se retrospectivament si s'incorre en costos no gestionables o no previsibles per part del proveïdor.
- \* Fer transparent el sistema, publicant contractes i avaluacions de resultats clínics i assistencials dels centres (Central de Resultats).
- \* Facilitar la facturació i compra de serveis entre proveïdors de nivells diferents per afavorir la continuïtat assistencial.
- \* Impulsar canvis a l'ICS perquè pugui actuar en igualtat de condicions que la resta de proveïdors: desplegar la llei de l'ICS i desenvolupar la seva transformació en empreses públiques, amb igualtat de condicions que la resta de proveïdors, i que el sistema pugui sortir beneficiat dels avantatges de la coresponsabilització que representa un model de contractació comú a tots els proveïdors.

### Contracte

L'estructuració del contracte és l'element clau per regular les relacions entre comprador i prestadors de serveis, garantir l'eficàcia i eficiència de les actuacions en relació amb els objectius sanitaris.

- \* Cal formalitzar contractes abans de l'inici de l'activitat regulada per aquests i valorar l'oportunitat d'una contractació plurianual que permeti una estabilitat i plantejament empresarial.
- \* Actualitzar conceptes del contracte: tarifes ajustades a les noves realitats, que cobreixin els costos de l'activitat assistencial i permetin la reposició i les inversions. Redefinició del concepte de programa i definir i abordar de forma independent el reconeixement a la inversió tant estructural com tecnològica si no ho permet la tarifa.
- \* Potenciar en el contracte els mecanismes que garanteixin l'assoliment dels resultats assistencials. El concepte de part variable del contracte necessita ser potenciat com un instrument efectiu per garantir l'assoliment dels objectius, tenint en compte que, des del punt de vista qualitatiu, cal revisar els indicadors demanats i que, des del punt de vista quantitatiu, ha de tenir més pes. Pel que fa a la seva formulació, la part variable hauria de ser una quantitat per sobre de la del contracte bàsic.
- \* Models de compartir risc, transparents i justos.
- \* El resultat en eficiència han de revertir en les organitzacions que els assoleixen.
- \* Cal que el contracte atorgui valor i conseqüències als instruments d'avaluació de resultats.

# F L'organització de la prestació dels serveis: cartera de serveis, contingut i model de prestació de serveis, farmàcia, la col·laboració públic-privat

## MODEL

### Organització del model de provisió de serveis

- \* Provisió mixta.
- \* Configuració de xarxes d'utilització pública.
- \* Proximitat i descentralització.

### Cartera de serveis

- \* Catàleg de prestacions definit però molt extens.

### Farmàcia

- \* La prestació farmacèutica segueix un model de seguretat social, per a pensionistes i actius, que actualment inclou un copagament del 40%.
- \* El model de prestació de la farmàcia dels serveis d'atenció especialitzada és de dos tipus: la farmàcia hospitalària i la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria.

**Preveu la col·laboració públic-privat, en molts aspectes**

## DIAGNÒSTIC

### Organització del model de provisió de serveis

- \* El sistema ha evolucionat (malgrat que no està recollit específicament a la LOSC) cap a un model de xarxes de provisió estables en el temps que garanteixen a la població els serveis, a l'Administració la qualitat de la prestació i la garantia d'estabilitat i perdurabilitat, i a les entitats proveïdores una sostenibilitat a mig-llarg termini.
- \* No hi ha una uniformitat de resultats en els diferents territoris, fruit de la variabilitat clínica i d'un desenvolupament divers de les xarxes en els diferents àmbits territorials.
- \* El paper de la contribució de la diversitat dels models de provisió es desvirtua quan, malgrat que hi ha resultats d'avaluació que avalen models més eficients que altres, no s'han pres mesures per desenvolupar-los (per exemple, el model de les EBA).



## Cartera de serveis

- \* Cartera de màxims i sempre en creixement sense límit amb incorporació continuada de noves prestacions diagnòstiques i terapèutiques i serveis, no avalades per argumentacions tècniques o econòmiques solvents.
- \* Introducció de prestacions sense dotació econòmica prevista (per normativa de la nostra CCAA i/o de l'Estat).

## Farmàcia

- \* Catàleg il·limitat, sense limitacions a l'entrada. S'aproven i introdueixen medicaments que no aporten valor terapèutic afegit i, una vegada acceptats, es demana que siguin les institucions i els professionals qui controlin la despesa.
- \* Models de coresponsabilització: MHDA, DMA de la farmàcia d'atenció primària millorables.

## Col·laboració públic-privat

- \* La relació entre les empreses prestadores de serveis sanitaris i l'Administració està subjecta a instruments tan rígids que dificulten les oportunitats de col·laboració i l'assumpció de risc empresarial i genera, de facto, una posició de monopoli dels proveïdors instal·lats al territori.
- \* La col·laboració públic-privat està subjecte a la rigidesa dels instruments de l'Administració que no fan excepcions ni valoren escenaris territorials ni idoneïtats assistencials i es veuen amb desconfiança pels mecanismes de control de l'Administració (intervenció...).
- \* La col·laboració públic-privat és freqüent en el sector en forma d'aliança estratègica, que han estat desenvolupades per cercar l'eficiència i, també, per generar nous serveis i captar professionals. Aquestes aliances tenen dificultats jurídiques i solen basar-se en suports personals i amb el voluntarisme de les organitzacions i, per tant, poden ser fràgils.
- \* Els models de col·laboració públic-privat, pel que fa a les inversions en infraestructures i tecnologia, estan poc desenvolupats.

## PROPOSTES

- \* Creació d'una agència independent, no vinculada a l'Administració sanitària, d'avaluació de noves prestacions sanitàries de finançament públic. Aquesta agència analitzaria aquelles noves prestacions per valorar el seu cost-efectivitat, tant pel que fa als serveis, com la tecnologia i els fàrmacs i en defensa de la sostenibilitat del sistema. Els informes de l'agència han de ser vinculants.

### Organització del model de provisió de serveis

- \* L'organització del model de provisió de serveis s'ha de centrar en les necessitats del ciutadà i en els seus problemes de salut, tenint en compte que l'envelliment i les malalties cròniques seran un dels principals problemes de salut de la nostra societat.
- \* Fomentar la coresponsabilització i l'emprenedoria. Per això creiem important desenvolupar models tipus EBA (per a la gestió de l'atenció primària) i traslladar a altres línies d'activitat (per exemple, el malalt crònic) aquesta dinàmica, pel que representa de compromís i autonomia per als professionals.
- \* Dotar de capacitat de compra l'atenció primària, els serveis d'atenció especialitzada i proves diagnòstiques i facilitar que sigui l'atenció primària qui dirigeixi els fluxos de pacients per al sistema.
- \* Competència en igualtat de condicions entre tots els diversos proveïdors.
- \* Lliure elecció. Que el model de pagament permeti que "l'assignació de recursos segueixi als pacients".
- \* Coordinar els serveis, a part dels bàsics, en funció de la massa crítica adequada (cirurgia i terciarisme mèdic) per tal de garantir la seguretat de les intervencions i la qualitat assistencial.
- \* Afavorir un sistema de serveis a la cronicitat que integri l'abordatge sanitari amb els de la dependència i optimitzi el recursos per fer-hi front.
- \* Potenciar l'ús operatiu de les TIC per tal de millorar la coordinació, la informació relativa als pacients i reforçar la capacitat de lliure elecció. Alhora, les TIC tenen un paper preponderant en la transformació de determinats serveis assistencials, facilitant el treball en xarxa i millorant extraordinàriament l'accessibilitat.

### Cartera de serveis

- \* Revisar i limitar la cartera de serveis i el catàleg de prestacions:
  - Retirar del catàleg públic aquelles prestacions no cost-eficients.
  - Només introduir tractaments i intervencions noves partint de criteris clínics i científics contrastats i quan es demostrï el seu cost-eficiència.
- \* Explicitar clarament la cartera de serveis no coberta pel sistema sanitari públic. Així es garantiria que altres empreses de serveis sanitaris puguin plantejar un model empresarial complementari que doni cobertura a aquest serveis, afavorint la col·laboració públic-privat.
- \* Reordenar el terciarisme i dimensionar l'oferta d'acord amb les necessitats de la població i garantir l'equitat en els resultats, mantenint l'equilibri entre accessibilitat i qualitat. Els serveis acreditats han de vetllar per l'expertesa i competència dels seus professionals.
- \* Reordenar els punts d'urgències partint d'una anàlisi d'activitat objectiva per territori (atenció primària i especialitzada) i dotar-los per millorar-ne el nivell de resolució.

## Farmàcia

- \* No acceptar nous fàrmacs al catàleg sense evidència de millora respecte als actuals.
- \* Revisar el model de seguretat social en aquesta prestació, és a dir, el sistema de copagament hauria d'estar vinculat al nivell de renda i no a l'estat d'actiu o pensionista com actualment.
  - Buscar sistemes de copagament vinculats directament amb el nivell de renda (amb percentatge variable en funció del nivell de renda de cada usuari).
  - I/o revisar el percentatge de copagament per a la farmàcia de recepta.
- \* Models de coresponsabilització: MHDA, DMA de la farmàcia d'atenció primària incentiva-dors:
  - El model d'assignació ha de ser ajustat, reflex de la realitat.
  - Ha de reconèixer l'eficiència i incentivar-la, de manera que els mecanismes de risc siguin justos.
  - L'estalvi ha de revertir en les entitats, per poder continuar millorant en eficiència.
- \* L'ICS s'ha de dotar dels mateixos sistemes de coresponsabilització, tant pel que fa a l'a-tenció primària com a l'atenció especialitzada.

## Col·laboració públic-privat

- \* Definir o valorar nous instruments que permetin fomentar escenaris d'estabilitat temporal i atreure capacitat inversora i assumptió de riscos empresarials per a nous proveïdors de serveis sanitaris.
- \* Fomentar projectes estables de col·laboració als territoris entre proveïdors, independentment de la seva naturalesa jurídica, que permetin estabilitat i que es basin en criteris de necessitat, planificació i eficiència, i respecte a la competència efectiva, sota una regulació específica a l'efecte.
- \* Desenvolupar sistemes de relació estable que tinguin en compte les diferents possibilitats de col·laboració:
  - Entitats de capital majoritàriament privat que poden establir una col·laboració pun-tual amb el sistema públic o acords puntuals amb un proveïdor que ja ho és del sis-tema públic.
  - Entitats de capital majoritàriament privat que volen formar part de la xarxa de pro-veïdors del sistema públic per a algunes de les seves activitats.
  - Entitats proveïdores del sistema públic que volen desenvolupar una oferta de serveis privats a les seves estructures, directament o mitjançant acords amb entitats priva-des.
- \* Desenvolupar fórmules de col·laboració públic-privat per a la inversió en infraestructures i/o actualitzacions tecnològiques dels serveis sanitaris públics.
- \* Facilitar l'assegurament complementari com a sistema de millora d'oportunitats, de com-plementació i suport al sistema públic de salut.



# Els instruments jurídics desenvolupats i la seva utilitat per als fins que es pretenen: l'organització d'un model en xarxa, el model de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública

## MODEL

El sistema ha evolucionat (malgrat que no està recollit específicament a la LOSC) cap a un model de xarxes de provisió estables en el temps que garanteixen a la població els serveis, a l'Administració la qualitat de la prestació i la garantia d'estabilitat i perdurabilitat i a les entitats proveïdores una sostenibilitat a mig-llarg termini.

### L'organització d'un model en xarxa

- \* La pertinença a la xarxa implica una relació contractual idèntica per a tots els proveïdors, amb total independència de la seva naturalesa jurídica.
- \* El treball en xarxa preveu la coresponsabilització dels integrants de la xarxa amb els objectius de salut del sistema.
- \* El paradigma del treball en xarxa està representat per una política de promoció de les aliances entre els proveïdors.
- \* La diversitat de proveïdors implica complexitat en l'establiment d'aliances, però resulta alhora estimulant i dinàmica. Han de ser els seus agents, però, els que han de regir, amb autonomia de gestió, aquestes actuacions.

### El model de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública

- \* La XHUP, de creació prèvia a la LOSC, va ser recollida en aquesta amb vocació d'assolir una òptima ordenació hospitalària que permetés una homogeneïtzació de les prestacions.
- \* Aquest objectiu de planificació a través de les xarxes s'ha perseguit assolir-lo en els àmbits de la salut mental i l'atenció socio sanitària.

### L'organització d'un model en xarxa

- \* No s'ha afavorit que els agents de la provisió disposin de mecanismes promoguts des de l'Administració que facilitin l'establiment de les actuacions cooperatives. En termes d'estricta lectura jurídica de la legislació de contractes del sector públic, des de la mateixa Administració sanitària es discuteix la viabilitat jurídica de les aliances estratègiques.
- \* La regulació sobre convenis i contractes en l'àmbit del Servei Català de la Salut no ha fet menció mai, en els diversos redactats, a aquesta possibilitat.
- \* La dificultat, creixent, de participació de les EPIC en els processos de coordinació o cooperació per raó de l'evolució del seu règim jurídic no ha obtingut resposta adequada, en el sentit de revisar els models jurídics emprats i plantejar la seva novació o canvi.
- \* En no poques ocasions s'ha desviat la natura del treball en xarxa, quan el finançador en lloc de demandar resultats a les aliances ha optat per participar-hi, alterant novament la separació finançament-provisió.
- \* S'ha desaprofitat molt de temps en no analitzar els resultats de les múltiples actuacions de col·laboració existents al sector, ja sigui per corregir-ne hipotètiques disfuncions o per validar-ne el model.
- \* El treball en xarxa entre proveïdors de naturalesa diversa és un dels elements singulars del nostre sistema: el continu assistencial del sistema públic entre titularitats jurídiques diferenciades resulta eficient des de l'òptica de la gestió, però la seva complexitat jurídica (des de gestió conjunta de logística, al règim de protecció de dades per posar dos exemples) s'ha viscut com una feblesa.

### El model de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública

- \* Les xarxes d'utilització pública han assolit segurament un dels seus objectius: l'estabilitat de relació dels seus components amb el Servei Català de la Salut.
- \* Malauradament la XHUP ha estat una xarxa excessivament rígida mentre que les xarxes de Salut Mental i Sociosanitària han posat de manifest fins a quin punt la realitat preexistent ha dominat les polítiques de planificació: mai van poder ser desplegadas.
- \* Les modificacions normatives, especialment la contractació pública, han incidit directament en el model de xarxes d'utilització pública. No s'ha aconseguit, per part del sector, introduir en el camp legislatiu elements que moderin la singularitat d'un sector com el nostre; l'estabilitat de la xarxa hospitalària la preservem sobre arguments legals extrets de la Llei general de sanitat de l'any 1986.
- \* El decret del SISCAT no ha incorporat com a valors per afavorir la permanència a la xarxa comunitària elements com la necessària continuïtat en la relació professional-usuari o l'estabilitat en els equips professionals.
- \* L'alteració creixent de la regulació jurídica de les EPIC ha suposat que la "igualtat de tracte" que implicava la pertinença a la xarxa s'hagi vist alterada introduint elements que han generat disfuncions en el funcionament homogeni dels seus integrants (règim laboral i risc de trencament d'unitat de conveni, règim de compres i contractació, règim de finances públiques i fiscalització de la gestió).

### L'organització d'un model en xarxa

- \* El disseny d'un model cooperatiu, de treball en xarxa ha de permetre una bona planificació sanitària i l'optimització dels recursos disponibles. Per tant, s'ha d'incentivar des de la planificació i els mecanismes de compra de serveis.
- \* Cal desenvolupar preceptes normatius que donin carta de naturalesa en el procés d'establiment dels instruments de compra al treball en xarxa i les aliances estratègiques.
- \* Afavorir la gestió conjunta en els territoris, respectant l'individualitat, el patrimoni i el govern de cada centre, però permetent, a la vegada, una gestió amb visió de territori i integral, sense crear supraestructures (institució de referència que assumeixi el lideratge, a nivell tècnic i de gestió, de forma singular en cada àmbit territorial en funció de les seves particularitats i condicions concretes).
- \* Revisar el règim jurídic de les EPIC per tal de concloure si es tracta de fórmules jurídiques que avui donen encara la resposta que en el seu moment se'ls demanava i, en darrer terme, adoptar decisions sobre ajustar la normativa que les regula o adoptar noves fórmules jurídiques de gestió.
- \* S'han de promoure mecanismes d'avaluació de les aliances. S'ha d'evidenciar en cada cas si són eficients o no des de l'anàlisi dels resultats i no des del control del seu funcionament intern, que ha de respondre als principis de l'autonomia de gestió.
- \* Per evitar un debat tècnic (d'acord amb el règim general de contractació administrativa) sobre si determinades aliances entre proveïdors vulneren les normes de subcontractació dels serveis sanitaris concertats, la pròpia LOSC hauria d'establir un reconeixement explícit a aquestes fórmules de gestió de col·laboració dels recursos del sistema.

### El model de participació dels diferents proveïdors en la xarxa d'utilització pública

- \* El procés d'establiment de diverses xarxes ha de permetre un nivell de coordinació entre aquestes que ofereixi una atenció integral a la ciutadania.
- \* El decret del SISCAT ha de ser desplegat i hi ha marge per fer-ho, preservant elements que han de facilitar estabilitat, no l'estancament, en la provisió, segons necessitats de planificació. La necessitat del marc estable de relació resulta determinant considerant la naturalesa dels serveis sanitaris i el cost de la seva implementació, i la configuració de la relació amb l'usuari que demana estabilitat d'equips professionals.
- \* Introduir en la legislació sanitària una configuració de les particularitats de les xarxes d'utilització pública que afegiria singularitat jurídica al sistema sanitari català.
- \* El decret del SISCAT no ha incorporat com a valors per afavorir la permanència a la xarxa comunitària elements com la necessària continuïtat en la relació professional-usuari o l'estabilitat en els equips professionals.
- \* De la xarxa s'ha de poder sortir i/o entrar-hi partint de criteris de qualitat i eficiència, coneguts i compartits i aquest fet dotaria el sistema de veritable transparència. L'establiment de xarxes ha de permetre una relació estable dels proveïdors amb el Servei Català de la Salut, amb independència de la seva naturalesa, garantint la qualitat del servei a través de l'acreditació i preveient les condicions d'incorporació i exclusió.



# El finançament i el sistema de pagament

## MODEL

El sistema sanitari català és un sistema nacional de salut basat en un model Beveridge universal i finançat a través dels impostos.

### Sistema de pagament per línia assistencial

Com a resum, i per donar una idea de la diversitat de fórmules emprades:

- \* El de l'atenció especialitzada d'aguts, vigent des de l'any 1997, és un sistema que retribueix per procés en el cas de les altes hospitalàries, amb una valoració de la complexitat atesa (conceptes que es recullen en l'índex IRR) i té en compte l'estructura instal·lada (conceptes que es recullen en l'índex IRE). Altres serveis es retribueixen per tarifes diferenciades segons el nivell de l'hospital i per procediment, a part de l'existència de programes.
- \* L'activitat sociosanitària té en compte la complexitat, amb tres nivells de tarifes que s'apliquen a partir d'una valoració prèvia de les entitats en base al CMBD-SS, pel que fa a l'internament i per tarifes o estructura per altres serveis.
- \* En el cas de la salut mental es paguen serveis (tarifats), estades i estructura en el cas de l'atenció ambulatoria especialitzada, a part dels programes assistencials.
- \* A atenció primària es fa un pagament per estructura (que retribueix l'estructura necessària per atendre una població amb unes característiques).
- \* Tots els sistemes preveuen una part variable, basada en objectius de salut.

### El sistema de compra en base poblacional

L'any 2002 es van posar en marxa unes proves pilot per tal de validar un nou model de sistema de pagament. La proposta comprenia un sistema d'assignació de base poblacional (per càpita) i inicialment, la prova es va dur a terme en cinc àmbits territorials.

## DIAGNÒSTIC

### Sistema de pagament per línia assistencial

#### Punts forts de l'actual sistema de pagament

- \* En el cas del pagament als hospitals, pagar per alta va representar un incentiu potent per implementar alternatives a l'hospitalització convencional.
- \* La introducció d'una part variable en el contracte de compra, que ha influït en l'assoliment d'objectius plantejats.
- \* En el cas d'algunes prestacions (per exemple: la farmàcia, tant en atenció primària com hospitalària), la introducció d'elements de coresponsabilització de la despesa i compartir risc, han estat elements incentivadors per a la gestió d'aquesta despesa.
- \* El sistema de pagament en l'atenció primària té relació amb la població atesa, encara que sigui a través de pagar estructura.

- \* Sistemes d'informació potents, encara que inicialment fossin creats, de dalt a baix (més en funció d'objectius de contracte, de necessitats de la facturació, etc.) i no tenint en compte les necessitats de coneixement dels indicadors de resultats clínics i assistencials. S'ha avançat suficientment en el desenvolupament de sistemes d'informació útils per mesurar l'activitat assistencial i per avaluar resultats.

#### Punts febles de l'actual sistema de pagament

- \* El sistema de pagament actual posa més l'incentiu en el procés i l'activitat que en l'obtenció de resultats assistencials i de salut.
- \* Aquest sistema de pagament actual, desenvolupat fa anys (el més recent és el dels hospitals i és de l'any 1997), no ha evolucionat i no s'han corregit les desviacions de comportament que ha generat. Per exemple, en el model IRE-IRR, el component principal que es retribueix és la part estructural (representa el 65% del preu de l'alta) i el percentatge no s'ha modificat mai més des de l'any 2000. Molts models són obsolets o han anat patint modificacions i no se n'han corregit les desviacions.
- \* Escassa utilització de la potència que representa la gestió de la part variable en el contracte, habitualment poc significatives i/o sense variació en el temps.
- \* No faciliten la coordinació entre línies assistencials.
- \* S'utilitza la compra d'activitat per finançar inversions o estructures, i de forma no transparent.
- \* S'han incorporat programes i conceptes facturables que no tenen a veure amb l'activitat que suposadament es compra (exemple: clàusula de política retributiva, programa d'integració assistencial, etc.), i això distorsiona el model.
- \* No han resultat un incentiu per al desenvolupament de la comptabilitat analítica en els centres.

#### El sistema de compra en base poblacional

- \* La fórmula capítativa desenvolupada no s'ha fet servir com un índex per ajustar l'assignació capítativa a les necessitats de la població, sinó que la càpita es basa en la suma dels contractes de tots els proveïdors. La fórmula tampoc aconsegueix reflectir els canvis en la població del territori. Per tant, el pressupost no acompanya conseqüentment el creixement de població. A més, el sistema d'assignació que s'aplica a cada zona (cartera de serveis inclosa a la càpita, etc.) és heterogènia i independent del volum de recursos assignat.

#### Finançament

- \* Cal avançar i treballar per tal de millorar el finançament del nostre sistema sanitari, que va vinculat a assolir un finançament just i relacionat amb la riquesa que és capaç de generar el nostre país. L'actual despesa per càpita en sanitat és inferior a la que li correspon en relació a la seva capacitat de generar riquesa, a causa d'un finançament injust i crònicament insuficient. La despesa per càpita en sanitat de Catalunya és de 1.355,22 € (2010) i ha baixat a 1.219,70 € després dels ajustaments, i encara ha passat de ser la setena a ser la quarta CCAA en menor disponibilitat de recursos per càpita. La despesa sanitària de Catalunya representa el 4,8% del PIB, inferior a l'espanyola (que és del 5,4%) i al que és habitual en els països europeus (que estan per sobre del 6,5%), també pel fet que el PIB de Catalunya és superior a la mitjana espanyola. Un altre factor que ha contribuït a aquest infrafinançament ha estat un increment important de la població, superior al milió de persones en els darrers deu anys, sense que s'hagi reflectit de manera apropiada en el finançament autonòmic.



## PROPOSTES\*

- \* Cal revisar el sistema de pagament actual.
- \* Qualsevol sistema de compra de serveis ha de ser transparent, objectiu i equitatiu per tal d'aconseguir l'òptima assignació i utilització dels recursos. Ha d'estar vinculat als resultats assistencials obtinguts per garantir que el sistema de pagament que s'adopti tendeixi a incentivar els resultats buscats, i s'ha d'avaluar i revisar periòdicament per analitzar la seva efectivitat i la necessitat de canvis o progrés si s'escau.
- \* Ha de garantir la suficiència econòmica i l'autonomia financera dels proveïdors de serveis sanitaris. El finançament de l'activitat pròpia dels centres sanitaris hauria de provenir via compra d'activitat i no mitjançant subvencions o altres vies no directament relacionades amb la pròpia activitat.
- \* El sistema de pagament que s'utilitzi per remunerar els diferents nivells assistencials ha de promoure la coordinació assistencial, la continuïtat i l'eficiència global a la xarxa de proveïdors.
- \* Ha de fomentar l'eficiència, la productivitat dels centres sanitaris i aconseguir una millora de la qualitat d'acord amb els estàndards consensuats en el sistema i de forma equitativa.
- \* Ha d'evitar l'atomització excessiva en els sistemes de compra de serveis, que haurien d'adreçar-se a abastir globalment el procés assistencial del pacient com a objectiu final.
- \* Ha de basar-se en sistemes d'informació clars, transparents, suficients i dinàmics, com a base de comparació i d'avaluació de compradors i proveïdors de serveis, tant des de la vessant clínica com econòmica.
- \* És imprescindible tornar a avaluar l'actual sistema capitatiu (avaluat la darrera vegada al 2006) llargament pilotat i decidir si implantar-lo o no en funció de si s'ha demostrat útil per induir canvis en el comportament esperat dels proveïdors i dels objectius assistencials, en funció dels resultats d'aquesta avaluació.

### Finançament

- \* Els esforços per assolir una major eficiència no haurien de fer oblidar que el nostre sistema està infrafinançat.
- \* Caldria incrementar els ingressos, en el marc de la millora del model de finançament global del país. No obstant, cal explorar, també, la implantació de models de copagament i/o taxes per alguns serveis, amb ajustaments vinculats a nivells de renda. El copagament no només pot servir per augmentar el finançament, sinó que també serà un element coresponsabilitzador de l'usuari amb la seva despesa sanitària.

\* Font: documents de treball de la Comissió de sistema de pagament de La Unió.



# Avaluació i rendició de comptes: les garanties del model, qualitat i seguretat

## MODEL

Preveu l'elaboració d'un Pla de salut i un Pla de serveis i es feia èmfasi en la necessitat de desenvolupar els instruments d'avaluació corresponents.

## DIAGNÒSTIC

- \* Model d'acreditació (XHUP, en desenvolupament els d'atenció primària, sociosanitari i salut mental). Requisit de pertinença a la xarxa de provisió pública. No condiciona nivell qualitatiu ni reconeixement específic del grau assolit.
- \* La Central de Resultats està en fase incipient i poc avaluada.
- \* La Central de Balanços és sòlida, dona informació i permet conèixer la realitat però no s'utilitza per prendre decisions en conseqüència.
- \* Hi ha informació, però s'utilitza de manera insuficient per a la presa de decisions.
  - Pla de salut (objectius de la part variables)
  - Enquestes de satisfacció
  - Salut pública
  - Contractació de serveis: activitat, CMBD (complexitat), objectius
- \* L'avaluació i la rendició de comptes estan fortament condicionats pel desenvolupament dels sistemes dels proveïdors. Hem avançat força en registres i dades clíniques però molt poc en sistemes d'anàlisi de costos i preus reals dels productes. Caldria estimular el desenvolupament de sistemes de comptabilitat analítica. Si no hi avancen els proveïdors, la compra de serveis mai respondrà als costos reals.

## PROPOSTES

- \* Avaluació objectiva i comparada de resultats a través de la Central de Resultats, per tal de retre comptes.
- \* Presa de decisions d'acord amb els resultats d'aquesta avaluació.
- \* Introducció de mecanismes d'incentivació dels bons resultats.
- \* Reconeixement dels nivells d'excel·lència.

# Conclusions

## MODEL EFICIENT

El model sanitari català és vigent i ha demostrat, malgrat el seu desenvolupament imperfecte, moltes virtuts que li han permès assolir elevats nivells d'eficiència i qualitat.

## CENTRAT EN EL CIUTADÀ

El sistema sanitari s'ha de centrar a donar resposta a les necessitats de salut del ciutadà, essent aquest l'eix on han de pivotar totes les actuacions, garantint la lliure elecció, també com a mecanisme de millora de la qualitat.

## CRITERI CLÍNIC

Per afavorir l'evolució del model, cal avançar cap a una visió integral i integrada dels problemes de salut i que l'ordenació i el suport assistencial girin entorn al criteri clínic per a l'abordatge de les necessitats de salut de la gent.

## ABORDATGE AMB BENESTAR SOCIAL

D'altra banda, l'envelliment i les malalties cròniques de la població fan imprescindible l'abordatge conjunt i cooperatiu de Salut i Benestar Social i Família en l'atenció als ciutadans.

## ASSUMPCIÓ DE RISC, RENDICIÓ DE COMPTES

És imprescindible posar especial atenció a les polítiques de recursos humans. L'adequació de les condicions i aspiracions dels professionals han de ser atractives però han de poder ser sostenibles en el marc de les possibilitats del sector. La desitjable autonomia professional comporta l'assumpció de responsabilitat i la rendició consegüent de comptes.

## AUTONOMIA EMPRESARIAL

Cal que es potenciï l'autonomia empresarial com a garantia per a l'obtenció dels millors resultats i, en conseqüència, un instrument imprescindible com a motor de la satisfacció dels professionals de les organitzacions i dels usuaris.

## INCREMENT D'INGRESSOS, RESPONSABILITAT D'ÚS

És necessari incrementar el nivell d'ingressos i també introduir mecanismes de copagament i/o taxes que millorin el nivell de responsabilització de la ciutadania sobre el finançament de determinades prestacions i l'ús d'alguns serveis.

## CREADOR DE RIQUESA

El valor del sector sanitari és que és un sector d'activitat econòmica generador de riquesa, impulsor de l'economia productiva, innovador i que fomenta el desenvolupament tecnològic, genera ocupació qualificada i du a terme una activitat arrelada a la comunitat i no deslocalitzable.

Per preservar el model i fer-lo sostenible, cal reordenar el sistema i millorar-ne alguns dels instruments: des de la cartera de serveis al contracte, des dels sistemes de pagament als mecanismes d'avaluació i incentivació, la col·laboració públicoprivada, la flexibilitat dels instruments jurídics, la garantia de la separació de funcions, etc. D'aquesta manera podrem abordar ajustos raonables de la despesa que perdurin en el temps i que el nostre sistema mantingui els nivells de qualitat esperables.

Només així podrem seguir gaudint d'un sistema sanitari d'excel·lència i sostenible, preservant els elements que l'han fet modern, de qualitat i innovador.

# Annex. REPENSANT EL MODEL SANITARI CATALÀ

## 100 propostes concretes d'actuació

### A PLANIFICACIÓ I ORDENACIÓ DE RECURSOS

- 1 Revisar i explicitar la cartera de serveis de finançament públic.
- 2 Revisar l'evidència científica que sustenta la planificació sanitària.
- 3 Analitzar el cost-efectivitat de les actuacions i prendre decisions de correcció.
- 4 Avaluar la planificació sanitària.
- 5 Reordenar l'oferta a partir de la planificació.
- 6 Revisar el contracte per incentivar resultats i pràctiques d'excel·lència i cost-eficients.
- 7 Definir, implantar i avaluar els processos d'atenció als problemes de salut que necessiten una visió integral entre nivells.
- 8 Garantir l'accessibilitat territorial de l'atenció a l'alta complexitat.
- 9 Avaluar i publicar els resultats de qualitat de l'atenció a l'alta complexitat.
- 10 Autoexigir-se l'avaluació pública crítica i periòdica, retent comptes de forma transparent als professionals i la ciutadania.

### B SEPARACIÓ DE LA FUNCIO DE FINANÇAMENT I COMPRA DE SERVEIS DE LA DE PROVISIÓ

- 11 Garantir la separació de funcions modificant, si escau, la legislació de competència autonòmica.
- 12 Revisar els instruments jurídics de les EPIC per assegurar aquesta separació de funcions.
- 13 Preservar la separació de les funcions de finançament/compra evitant la participació de l'Administració en els òrgans de govern de les entitats de dret privat.
- 14 Afiançar el paper del contracte com l'instrument més important que assegura la separació de funcions.
- 15 Dissenyar un nou model de contracte que expliciti els resultats esperats, sense interferència en l'autonomia de gestió del proveïdor.
- 16 Controlar els resultats esperats, sense pretendre arribar als detalls de la microgestió, eliminant la demanda innecessària d'informació.
- 17 Simplificar la demanda continuada, descoordinada i indiscriminada d'informació als proveïdors des de diferents instàncies de la mateixa Administració.
- 18 Introduir instruments d'avaluació i control de compliment per premiar l'eficiència assistencial i econòmica.

## C EL PAPER DE LA PROPIETAT I LA FUNCIÓ DE GOVERNANÇA

- 19 Fer pedagogia tant internament com externa del paper de la propietat i la governança.
- 20 Revisar i limitar la presència de representants polítics en els òrgans de govern.
- 21 Atorgar la representació territorial en els òrgans de govern de les entitats sanitàries a les entitats, empreses i persones del territori (societat civil).
- 22 Situar la participació de l'Administració local en els òrgans de participació i de direcció del CatSalut.
- 23 Dotar els òrgans de govern d'un codi ètic que prevegi la implicació i el compromís dels seus membres i vetlli per la missió institucional.
- 24 Retre comptes a la comunitat a la qual serveix (donant informació, amb transparència i dins d'una política d'atenció a la ciutadania) com a resultat d'una major professionalització del govern de les institucions.
- 25 Revisar la necessitat dels governs territorials de salut.
- 26 Adaptar el model de participació dels ciutadans al que es preveu a la LOSC.

## D EL MODEL DE RECURSOS HUMANS I RELACIONS LABORALS

- 27 Desregular condicions de l'organització de la jornada laboral i de l'atenció continuada, promovent la flexibilització i l'adaptació als canvis necessaris.
- 28 Vincular els salaris a la productivitat i qualitat individuals, així com als resultats de les empreses proveïdores.
- 29 Modificar les regles convenials per no permetre pactar condicions per a un col·lectiu sense la seva participació i adequada representativitat.
- 30 Vetllar pel desenvolupament professional de les persones dins les organitzacions a partir d'un exercici que inclogui l'avaluació de les competències i els resultats assolits.
- 31 Identificar talents, desenvolupant programes per donar suport al lideratge clínic i als directius del futur.
- 32 Permetre sistemes retributius que premiïn la implicació, els resultats de qualitat i l'adopció de bones pràctiques.
- 33 Fomentar la coresponsabilització i l'emprenedoria dins la professió mèdica (models tipus EBA, per exemple).
- 34 Estudiar un contracte de gestió clínica que podria incloure incentius per a la consecució de resultats excel·lents, la gestió de recursos i el lideratge d'equips.
- 35 Participar i debatre amb els treballadors objectius i resultats aconseguits, fomentant espais oberts de debat dins les organitzacions sanitàries.

## Relació comprador-proveïdor

- 36** Incentivar models d'integralitat, dissenyant i implantant sistemes de contraprestació adequats que afavoreixin l'assignació de recursos en funció de les característiques de la població a atendre i la seva morbiditat.
- 37** Assignar prospectivament els recursos, amb possibilitat de correcció retrospectiva d'incórrer en costos no gestionables o no previsibles per part del proveïdor.
- 38** Plantejar sistemes de pagament de l'activitat per cada proveïdor en funció de resultats, i que ajudin a potenciar el discurs clínic i les bones pràctiques professionals.
- 39** Avaluar els resultats dels centres i publicitar-los de forma transparent (Central de Resultats).
- 40** Permetre la facturació entre proveïdors del mateix o diferent territori, en aliança o en xarxes d'atenció, del mateix nivell o entre diferents nivells assistencials.
- 41** Desplegar la llei de l'ICS i desenvolupar la seva transformació en empresa pública.

## Contracte

- 42** Formalitzar els contractes abans de l'inici de l'activitat regulada per aquests, adequant el calendari a la lògica contractual.
- 43** Plantejar l'adopció de compromisos contractuals plurianuals.
- 44** Proposar tarifes ajustades a les noves realitats que cobreixin els costos de l'activitat assistencial i permetin la reposició i les inversions.
- 45** Redefinir i clarificar el concepte contractual de Programa.
- 46** Aprofitar les potencialitats dels objectius de Pla de salut en la part variable dels contractes com a instrument que fomenta el discurs clínic.
- 47** Revisar i potenciar el concepte de part variable en el contracte com a instrument efectiu per garantir l'assoliment d'objectius.
- 48** La part variable dels contractes hauria de representar un percentatge per sobre del 100% del contracte bàsic.
- 49** Dissenyar indicadors oportuns per avaluar la part variable dels contractes.
- 50** Els resultats d'eficiència han de revertir en les organitzacions que els assoleixen.
- 51** Fer del benchmarking entre entitats una necessitat i cultura d'aprenentatge i millora.

## F L'ORGANITZACIÓ DE LA PRESTACIÓ DE SERVEIS

- 52** Per decidir la introducció de noves prestacions amb càrrec al finançament públic, cal constituir una agència independent, no vinculada a l'Administració sanitària, que analitzi el cost-efectivitat de nous serveis, tecnologies i fàrmacs en defensa de la sostenibilitat del sistema. Les decisions d'aquesta agència haurien de ser vinculants.

### Organització del model de provisió

- 53** Potenciar i generalitzar l'ús operatiu de les TIC.
- 54** Fomentar models d'autonomia i coresponsabilització professional (tipus EBA) en totes les línies d'activitat.
- 55** Dotar l'atenció primària de capacitat de compra de determinats serveis especialitzats per potenciar el seu paper d'agent del ciutadà dins del sistema.
- 56** Aprofundir en la lliure elecció, fomentant models de pagament basats en el criteri que els recursos econòmics segueixin al pacient.

### Quant al terciarisme

- 57** Determinar la concentració de la provisió de determinats processos quirúrgics i de terciarisme mèdic per guanyar la necessària massa crítica, que garanteixi la seguretat i la qualitat assistencial.
- 58** Redimensionar l'oferta de terciarisme a les necessitats de la població i donar garantia d'equitat d'accés i de resultats pels procediments inclosos dins el concepte de terciarisme
- 59** Establir criteris explícits que assenyalin els centres acreditats.
- 60** Els serveis acreditats han de vetllar per l'adequada competència i expertesa dels seus professionals.
- 61** Tancar i/o fusionar i/o adequar els serveis que no han de continuar la seva activitat de terciarisme segons la planificació.

### Quant a l'atenció a la cronicitat

- 62** Afavorir un sistema de serveis a la cronicitat que integri l'abordatge sanitari amb l'atenció a la dependència, coordinant i optimitzant els recursos per afrontar-la i desenvolupant nous serveis d'atenció.

### Cartera de serveis

- 63** Revisar i limitar la cartera de serveis, eliminant del catàleg públic aquelles prestacions no cost-eficients.
- 64** Explicitar la cartera de serveis coberta amb finançament públic i la no coberta.
- 65** Oferir oportunitats a empreses proveïdores públiques i privades per oferir serveis no finançats públicament, de manera complementària.

## Quant a la reordenació d'urgències

- 66 Analitzar objectivament l'activitat d'urgències d'atenció primària i d'atenció especialitzada en cada territori i reordenar els fluxos d'atenció.
- 67 Garantir l'accessibilitat a aquesta oferta mitjançant un transport sanitari eficient.
- 68 Dotar adequadament els punts d'atenció primària per tal de millorar el seu nivell resolutiu, i assegurar la seva coordinació amb l'hospital de referència.

## Farmàcia

- 69 Sotmetre les propostes de nous fàrmacs a l'avaluació de la seva cost-eficàcia i cost-efectivitat, abans d'incloure'ls en el catàleg de finançament públic.
- 70 Abandonar el criteri de treballador actiu o pensionista per al copagament de la farmàcia, per passar a un de vinculat amb el nivell de renda.
- 71 Reconèixer i incentivar l'eficiència en els models de coresponsabilització de farmàcia (MHDA i DMA) establint nivells d'assignació ajustats a la realitat i justos, que representin percentatges per sobre del 100% de la prestació bàsica.
- 72 Dotar l'ICS dels mateixos sistemes de coresponsabilització tant a l'atenció primària com a l'especialitzada.
- 73 Revertir a les entitats proveïdores l'estalvi aconseguit dins un sistema just de coresponsabilització, de tal forma que puguin seguir millorant en eficiència.
- 74 Avaluar la utilització de medicaments i establir una política de revisió, avaluació i gestió de l'excessiva medicalització de l'assistència i la sobreutilització inapropiada.

## Col·laboració públic-privat

- 75 Estimular projectes assistencials entre proveïdors, independentment de la seva naturalesa jurídica, basats en criteris de necessitat, planificació i eficiència, i amb un horitzó d'estabilitat.
- 76 Possibilitar contractes on es permeti una major assumpció de risc compartit entre diferents organitzacions proveïdores.
- 77 Permetre que entitats privades estableixin col·laboracions puntuals amb el sistema públic o amb algun proveïdor en concret.
- 78 Possibilitar que entitats proveïdores del sistema públic que volen desenvolupar una oferta de serveis privats a les seves estructures, puguin fer-ho directament o mitjançant acords amb entitats privades.



**79** Desenvolupar fórmules de col·laboració públic-privat per a la inversió en infraestructures i/o actualitzacions tecnològiques dels serveis sanitaris públics.

**80** Facilitar l'assegurament complementari com a sistema de millora d'oportunitats, de complementació i suport al sistema públic de salut.

### L'organització d'un model en xarxa

**81** Revisar i elaborar la normativa específica que permeti un reconeixement formal de:

- El model cooperatiu de treball en xarxa
- La gestió integral de la provisió de serveis
- Les fórmules de gestió col·laborativa
- Les aliances estratègiques en el territori
- El règim jurídic de les empreses públiques

**82** Designar institucions de referència territorial per exercir un lideratge tècnic i de gestió del volum de serveis a escala territorial que explori conjuntament amb tots els proveïdors les oportunitats de major cost-eficiència i qualitat per a la seva població, defugint la creació de superestructures territorials per a aquestes iniciatives.

**83** Dotar de les mateixes regles de funcionament i compromís tots els proveïdors de la xarxa, independentment de la seva titularitat jurídica.

**84** Promoure l'avaluació de les aliances estratègiques des de l'anàlisi dels seus resultats, evidenciant la seva eficiència, i no des d'un control del seu funcionament intern.

### Model de participació en la xarxa d'utilització pública

**85** Desplegar el decret del SISCAT preservant elements que facilitin l'estabilitat en la provisió, segons necessitats de planificació.

**86** Incloure en el corpus jurídic la configuració de les particularitats de les xarxes sanitàries d'utilització pública.

**87** Definir els criteris per a l'accés o sortida de la xarxa, de forma transparent.

**88** Exigir l'acreditació en totes les xarxes assistencials com a requisit de contractació.

## H EL FINANÇAMENT I EL SISTEMA DE PAGAMENT

- 89 Revisar els sistemes de pagament actuals i dotar-los de major transparència, objectivitat i equitat.
- 90 Avaluar el model d'assignació capítativa per decidir si és un bon sistema de pagament o no, i actuar en conseqüència.
- 91 Vincular a resultats assistencials el sistema de pagament que s'adopti.
- 92 Estudiar sistemes de compra que incentivin l'adopció d'una visió integral del pacient i financin resultats en salut i de qualitat.
- 93 Establir en el sistema de pagament tarifes adequades als costos reals de producció, i que garanteixin la suficiència econòmica i autonomia financera de les entitats proveïdores.
- 94 Pautar l'avaluació i revisió periòdica, analitzant l'efectivitat i la necessitat de canvi o progrés del propi sistema de pagament.

### Quant a l'increment del **finançament**

- 95 Treballar per incrementar ingressos a través d'un finançament més just. Explorar la possibilitat de la introducció d'un model de copagament i/o taxa sanitària per a determinats serveis, amb ajustament vinculats a nivells de renda.

## I AVALUACIÓ I RENDICIÓ DE COMPTES

- 96 Avaluar els resultats, analitzar-los conjuntament amb els agents del sistema, i extreure'n conclusions i coneixement a partir de la Central de Resultats.
- 97 Els resultats d'aquesta avaluació han d'utilitzar-se per a la presa de decisions en tots els nivells del sistema.
- 98 Reconèixer els bons resultats de les organitzacions proveïdores, a partir d'un exercici de benchmarking a tots els nivells, on les organitzacions patronals poden col·laborar.
- 99 Fomentar sistemes de reconeixement del rendiment, de l'aportació i del mèrit professional.
- 100 Definir conjuntament amb els col·legis professionals, societats científiques i consells de la professió els sistemes de reconeixement d'excel·lència professional.

# Abreviatures

|         |   |
|---------|---|
| BMJ     | <i>British Medical Journal</i>                    |
| CAP     | Centre ambulatori d'atenció primària              |
| CCEE    | Consultes externes                                |
| CMBD    | Conjunt mínim bàsic de dades                      |
| CMBD-SS | Conjunt mínim bàsic de dades socio sanitàries     |
| DMA     | Despesa màxima assumible                          |
| EBA     | Empreses de base associativa                      |
| EPIC    | Empreses públiques i consorcis                    |
| ICS     | Institut Català de la Salut                       |
| IRE     | Índex relatiu d'estructura                        |
| IRR     | Índex relatiu de recursos                         |
| LOSC    | Llei 9/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya    |
| MHDA    | Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria |
| OMS     | Organització Mundial de la Salut                  |
| SEC95   | Sistema europeu de comptes econòmiques integrades |
| SISCAT  | Sistema sanitari integral de Catalunya            |
| TIC     | Tecnologia de la informació i la comunicació      |
| XHUP    | Xarxa hospitalària d'utilització pública          |



[www.uch.cat](http://www.uch.cat)