

ELS ENS TERRITORIALS A CATALUNYA.

Document de reflexió

Consorci Hospitalari de Catalunya

- Esborrany -

16 Juny 2004

Índex

0. Introducció	3
1.- El canvi de paradigma.....	3
2.- On estem	7
2.1. Ens de gestió.....	7
Mollet del Vallès	7
El Baix Montseny.....	8
El Baix Llobregat	8
2.2. Ens de govern o sistema de salut integrat tipus pur.....	9
Osona.....	9
2.3. Ens mixts o sistemes de salut integrats de tipus mixt	10
Corporació de Salut de la Garrotxa	10
L'Alt Camp i la Conca del Barberà	11
3. La proposta de model d'ens territorials del Consorci Hospitalari de Catalunya.....	11
a. Aspectes estratègics del model.....	13
b. Aspectes operatius del model	14
4. Conseqüències de l'aplicació del model	15
5. Bibliografia	16

0. Introducció

L'interès per part del Departament de Salut de promoure la creació d'ens territorials de govern a Catalunya, i els diversos encàrrecs d'assessoria per a la creació d'aquests ens que ha rebut el CHC de part d'alguns associats, ha originat l'elaboració del present document de reflexió.

L'objectiu és per tant doble: en primer lloc, recollir breument les diverses experiències de creació d'ens territorials en les que el CHC està participant i, en segon lloc, fer una proposta de model amb el dibuix organitzatiu, el repartiment de funcions i algunes idees sobre els elements estratègics i operatius en què s'ha de basar el model.

Per tant, aquest document s'estructura en tres parts fonamentals. En la primera, es fa una breu reflexió sobre l'evolució del model de pensament en polítiques sanitàries que servirà per contextualitzar la proposta. En la segona part, es presenta un resum de les diferents experiències per a la constitució d'ens territorials a vàries comarques i municipis de Catalunya. I, finalment, es proposa el model d'ens territorials assenyalant els elements estratègics, operatius i les conseqüències que portaria l'aplicació del model.

1.- El canvi de paradigma

En les dècades dels vuitanta i noranta, la separació de funcions i la introducció de mercats interns o quasi-mercats va jugar un rol rellevant en les reformes del sistema nacional de salut a Suècia, Regne Unit, Finlàndia, Itàlia i Espanya, entre altres (Saltman, RB & Figueres, J).

La contractació de serveis es va veure a aquest país com una alternativa al model tradicional de comandament i control dels sistemes finançats públicament per tal de fer-los més competitius (Van de Ven W.P et al. 1994). La combinació d'únic ens integrant la provisió i la compra portava el perill de la "captura del proveïdor", és a dir, que com a resultat, el sistema s'orientés més cap al proveïdor que al pacient i conseqüentment es debilités la eficiència i la responsabilitat. La solució semblava consistir en la creació d'una organització compradora de serveis amb la principal responsabilitat de defensar clarament el pacient i tenir incentius per fer-ho. La separació de funcions permetria la negociació de preus, volum i qualitat i l'acompliment dels objectius per part dels proveïdors.

No obstant això, al mateix temps es va observar l'estratègia oposada a països com els Estats Units o Holanda, on l'èmfasi no es feia tant en la formació de mercats sinó en la reformulació dels mateixos. En aquests sistemes es van promoure reformes per a la integració de proveïdors i compradors a organitzacions de *managed care*, que competien entre si per l'afiliació dels assegurats. Aquestes xarxes d'organitzacions responsables de cobrir un rang de serveis per a una població determinada van tenir com objectiu el control dels costos sanitaris, mitjançant la potenciació de l'atenció primària com porta d'entrada al sistema, i la implementació d'instruments com la selecció i organització de proveïdors, la utilització de sistemes de pagament prospectius i la utilització de mètodes per a la gestió de la utilització.

Per tant, la recerca de l'eficiència mitjançant els incentius adients va convertir-se, en l'un i l'altre cas, en el motiu principal de la reforma.

Catalunya va adoptar, a grans trets, el model de separació de funcions com el model que millor podia introduir elements que impulsessin l'eficiència al sistema de salut. Addicionalment, i per bé que sense que una conceptualització prèvia aportés base teòrica al desenvolupament del sistema de salut a casa nostra, la separació de funcions era la fórmula de funcionament per a la majoria dels equipaments hospitalaris del país i, per tant, un model relativament senzill d'entendre's i òbviament d'adaptar-se.

A Catalunya, com en d'altres entorns, la clau de l'èxit de la separació de funcions no residia tant en perfeccionar els instruments (que eren molt perfeccionables com s'ha demostrat) amb què es regulava el sector concertat, sinó en promoure la inclusió al sector concertat, de l'ICS. És a dir, identificar-lo com un proveïdor més, sotmetre'l a les mateixes regles de contractació i dotar-lo d'una capacitat de gestió més àgil, resultava cabdal per el bon funcionament del model (Ris i Pané, 1997). Però ha estat especialment per la insuficiència en aquest aspecte, que el model de separació de funcions no s'ha desenvolupat correctament a Catalunya.

Els sistemes de salut integrats en base territorial.

Durant els últims anys, s'ha produït un canvi substancial en el discurs de política sanitària, fins i tot en aquells països que van promoure la competència amb la introducció de mercats interns, en favor de les estratègies d'integració i col·laboració de serveis de salut.

Aquest canvi de paradigma respon a l'aparició d'una sèrie d'experiències d'integració de serveis sanitaris en països diferents però amb elements

comuns com són la recerca d'una major continuïtat assistencial i de l'eficiència.

Un dels eixos d'aquests canvis és la conformació del que s'ha anomenat *Sistemes de Salut Integrats* (SSI), i que es defineix com l'ens responsable de cobrir un rang de serveis per a una població definida, durant un període de temps determinat, ja sigui mitjançant la provisió directa o la compra de serveis a altres proveïdors. A canvi, aquests SSI reben una quantitat monetària per persona o càpita. Els SSI poden ser d'afiliació en base territorial o voluntària. En el primer cas, la població es defineix geogràficament, i en el segon a partir dels individus que han escollit lliurament els SSI. Els SSI amb afiliació en base territorial, coincideixen amb una autoritat territorial desconcentrada, com per exemple, una regió sanitària o un municipi. Els SSI amb afiliació voluntària poden adoptar formes més variades: des d'un proveïdor d'atenció primària, a una administradora de fons, o una xarxa de proveïdors coordinats.

És important destacar el caràcter assegurador de la salut de la població dels SSI en la mesura que són *garants* de la cobertura dels serveis de la població assignada. Aquests ens es corresponsabilitzen dels resultats de salut i socials i del costos derivats dels serveis que proveeixen a la població del territori.

La implicació municipal al govern dels serveis personals

Existeix un consens important entre els experts sobre els vectors que determinaran les necessitats de salut de la població durant les properes dècades als països de la OCDE: l'increment de la prevalència de les situacions de dependència i de morbiditat crònica, de l'accés a la informació gràcies a les noves tecnologies, l'augment de les desigualtats socials, i la insuficiència financera del sistema. Aquests condicionants requereixen un nou escenari amb un espai destinat tant a millorar la qualitat de vida com a curar-la, la focalització dels programes de salut i el seu oferiment a domicili, sistemes de finançament de manera que "el diner segueixi el pacient", i models de participació com un valor emergent per adaptar i legitimar els serveis i garantir el seu finançament.

Aquest escenari fa veure la necessitat de comptar amb organitzacions capaces d'atendre una demanda creixent d'un tipus de assistència integral (social i sanitària) que, fins ara, ha estat resolta amb deficiències de coordinació, per línies de serveis governades per entitats diferents. Aquestes organitzacions hauran de respondre a les peculiaritats locals, així com disposar de sistemes de participació propers al ciutadà, on

aquest pugui exercir no solament un paper consultiu sinó també de govern dels serveis.

S'han proposat diverses fórmules (Pané, 2002; Moreu, 2001; CHC, 2000), però totes convergeixen en la necessitat de que aquest model d'atenció sigui d'àmbit local i en que es creï una entitat territorial que rebi el finançament procedent de diferents organismes finançadors i efectui la compra dels serveis personals (sanitaris i socials).

En aquest entorn, on desenvolupar polítiques de proximitat i estimular la participació del ciutadà es converteix en un dels vectors centrals de les noves estratègies, els municipis i les administracions locals esdevenen espais de govern dels serveis personals idonis.

Ja hi ha experiències consolidades de govern i gestió des de els nivells locals dels serveis de salut i els serveis socials . Els països Escandinaus que comparteixen amb nosaltres el disposar de un Sistema nacional de Salut, son un bon exemple.

En qualsevol cas, la necessitat de que els ciutadans obtinguin els serveis de les administracions mes properes (principi de subsidiarietat), i que son mes sensibles al seu vot, enforteix decididament la voluntat de que el sistema s'orienti cap el client.

La promoció d'aliances de proveïdors.

La desarticulació entre els nivells assistencials i falta de continuïtat en l'atenció és un dels problemes de la majoria de sistemes de salut, entre ells del català. La integració dels processos assistencials al llarg del continu es pot dur a terme des d'una entitat amb titularitat jurídica única que gestioni tots els nivells assistencials del territori, o bé per una xarxa de proveïdors amb propietat diversa que ofereixi una atenció coordinada per a una població definida.

L'avaluació de les experiències que s'han desenvolupat en diversos entorns no són concloents en relació a quina de les dues fórmules, la integració sota la mateixa entitat o la coexistència de múltiples proveïdors dins una xarxa coordinada, assoleix nivells més elevats d'integració clínica. El que sí sembla cert és que en tots els casos la integració del continu requereix, per part dels proveïdors, la recerca de fórmules de cooperació que ajudin a la definició d'objectius i estratègies globals per els nivells assistencials a nivell territorial, una cultura comú i un lideratge

orientat a la integració, un disseny organitzatiu basat en la coordinació al llarg del procés assistencial i la integració de les funcions i activitats de suport assistencial. I per part del comprador, l'assignació de recursos mitjançant fórmules que incentiven la coordinació i l'eficiència com els mecanismes de finançament per càpita

2.- On estem

El CHC ha rebut diversos encàrrecs d'assessoria per a la constitució d'ens territorials a vàries comarques i municipis de Catalunya. La naturalesa d'aquests ens és diversa, però en general es podrien agrupar en tres tipus: ens de gestió, ens de govern o sistemes de salut integrats de tipus pur i ens mixts o sistemes de salut integrats de tipus mixt. Els ens de gestió serien proveïdors integrats verticalment que donen atenció al llarg del continu assistencial. En alguns casos també es planteja que puguin donar serveis de salut pública i socials. Els ens territorials de govern o sistemes de salut integrats de tipus pur serien organitzacions responsables de cobrir una cartera de serveis sanitaris i socials per a una població mitjançant la compra d'aquests serveis. Per últim, els ens territorials de govern o sistemes de salut integrats de tipus mixt, són organitzacions responsables de cobrir la cartera de serveis per a una població mitjançant la provisió directe dels mateixos.

A continuació es presenta un resum de l'estat actual de cadascuna de les experiències, la qual cosa no significa que poden evolucionar cap a una altra categoria en un futur.

2.1. Ens de gestió

Mollet del Vallès

En el municipi de Mollet del Vallès es va constituir el 21 d'octubre de 2003 el Consorci Sanitari de Mollet del Vallès. Aquest ens de gestió presenta la novetat, que si més no, des de el punt de vista estatutari pot integrar, a més de l'atenció primària, l'atenció hospitalària i sociosanitària, els serveis de salut pública del territori.

En aquest consorci hi participa el Servei Català de la Salut, l'Ajuntament de Mollet del Vallès i la Fundació Privada Hospital de Mollet del Vallès.

El Baix Montseny

Com a conseqüència de la política del Departament de Salut d'impulsar la creació d'ens territorials a Catalunya, la Fundació Hospital de Sant Celoni ha obert un debat intern amb la assessoria externa de CHC, CiG, per tal de reflexionar sobre el projecte de creació d'un ens territorial al Baix Montseny.

La comissió interna proposa que en aquest ens, amb titularitat jurídica pròpia, hi participi l'Ajuntament de Sant Celoni (i altres ajuntaments de la zona) i representants de les diferents entitats proveïdores del territori, especialment l'ICS i la Fundació.

Les funcions que es proposen per aquest tipus d'ens són: garantir la prestació de serveis en l'àmbit de la salut i l'atenció a la dependència, fixar objectius comuns a les entitats proveïdores de serveis, planificar les actuacions i els serveis,- d'acord amb les polítiques del Departament de Salut -, i avaluar els resultats de la provisió.

El Baix Llobregat

Al Baix Llobregat es planteja la creació de dos consorcis que estan en una fase preliminar de definició d'objectius i, per tant, de discussió del caràcter que ha d'assolir l'ens que es creï.

Baix Llobregat Nord:

El seu àmbit territorial estaria determinat pel municipi de Martorell, on hi ha un Hospital, i pels municipis veïns que formen part de l'àrea d'influència d'aquest hospital. L'hospital de Martorell està gestionat per.....

L'atenció primària d'aquest territori és íntegrament ICS.

Baix Llobregat Litoral:

Abastaria l'àmbit territorial emmarcat entre Castelldefels i St. Boi, incorporant a més els municipis de Gavà, Viladecans, Begues, St. Climent, St. Vicenç del Horts, Torrelles de Ll. i Sta. Coloma de Cervelló.

És un dels àmbits territorials que registra un creixement poblacional més elevat de Catalunya en els darrers 15 anys.

En aquest territori existeixen en l'actualitat 2 centres hospitalaris d'aguts i 2 centres hospitalaris de salut mental.

Els recursos d'aguts existents: l'Hospital de Viladecans, gestionat per l'ICS, i l'Hospital de St. Boi, gestionat per una entitat privada, són clarament insuficients per el nombre de població que atenen. Els centres monogràfics de salut mental estan ambdós situats al municipi de St. Boi i gestionats per ordres religioses.

L'atenció primària de la zona està igual que l'anterior íntegrament gestionada per l'ICS.

2.2. Ens de govern o sistema de salut integrat tipus pur

Osona

El model de descentralització que es planteja a Osona¹ parteix dels principis bàsics de separació de les funcions de finançament i provisió, la diversitat de proveïdors i fórmules jurídiques, l'autonomia de gestió, i la participació comunitària.

A nivell local queda clarament diferenciat *l'àmbit de govern*, representat per un ens públic de base associativa (en endavant Corporació de Benestar i Salut d'Osona), i *l'àmbit de gestió*, representat pel grup de proveïdors que operen al territori. L'ens de govern, que podria prendre la fórmula d'un consorci, quedaria constituït pels ajuntaments de la Comarca, el Consell Comarcal d'Osona, el Departament de Salut, el Departament de Benestar Social i Família i l'associació de proveïdors de la comarca. A l'àmbit de gestió es proposa l'agrupació dels proveïdors dins una Associació de proveïdors sense ànim de lucre o bé d'una Agrupació d'Interès Econòmic, per tal d'integrar determinats serveis i funcions per obtenir economies d'escala, defensar interessos comuns i compartir estratègies i recursos.

En aquest model queden per tant separades les funcions de planificació, finançament i compra, compartides entre el nivell autonòmic (Departament de Benestar i Família, Departament de Salut i CatSalut) i el nivell local (Corporació de Benestar i Salut d'Osona), i la funció de provisió. Entre les funcions que es proposen per la Corporació estarien les de planificació, ordenació, coordinació, avaluació, i distribució dels recursos

¹ Aquest model és el resultat de les reunions realitzades en el marc de l'encàrrec d'assessoria que el Consorci Hospitalari de Vic i el Hospital de la Santa Creu de Vic van fer al Consorci Hospitalari de Catalunya.

econòmics. Per tant, l'ens territorial assumiria funcions de compra de serveis del territori, que en una primera etapa es podrien limitar a la fixació de criteris de repartiment de la càpita.

Com a funció subsidiària d'aquest ens també es planteja la gestió de centres de nova creació, o bé directament o mitjançant un ens instrumental de gestió que passaria a formar part de l'associació.

En aquesta proposta queden molts aspectes per desenvolupar, com són les fórmules jurídiques definitives de l'ens de govern i de gestió, composició i òrgans de govern dels ens, les funcions exactes que la Generalitat descentralitzarà i els ajuntaments encomanaran a l'ens territorial, i els àmbits que quedaran sota aquest nivell (salut pública, atenció sanitària, suport a la dependència i serveis socials).

2.3. Ens mixts o sistemes de salut integrats de tipus mixt

Corporació de Salut de la Garrotxa

Fruit dels Pactes per a la Salut i el Benestar de la Comarca de la Garrotxa signats per l'Ajuntament d'Olot i el Departament de Salut, es va proposar la creació de la Corporació de Salut de la Garrotxa. Aquest ens representa la voluntat de les diferents administracions que la constitueixen d'avançar en la coordinació de la planificació i la gestió dels serveis socials i sanitaris de la comarca.

Es proposa² que aquest ens tingui les funcions de planificació, ordenació, avaluació, coordinació i distribució de recursos als serveis sanitaris i socials, així com la de gestió dels centres sanitaris i socials situats a la comarca de la Garrotxa.

Per tant, el model que es planteja es basaria en la descentralització de determinades funcions de planificació i finançament i compra a l'ens territorial, d'una banda, i en la integració de aquestes funcions amb la de provisió en el nivell local, de l'altra.

En el Consorci hi participarien l'Ajuntament d'Olot, el Departament de Salut, el Consell Comarcal de la Garrotxa, l'Institut Català de la Salut, l'Institut d'Assistència Sanitària, quedant oberta la possibilitat d'incorporar

² CHC (2004). Proposta d'Estatuts de la Corporació de Salut de la Garrotxa. 29 de Febrer de 2004.

al Consorci de Benestar de la Garrotxa i el Consorci de Medi Ambient i Salut Pública (SIGMA).

Malgrat la proposta s'ha concretat en uns estatuts específics, queden aspectes per desenvolupar com les funcions pròpies de la Corporació com a conseqüència de la descentralització de competències des del nivell autonòmic.

L'Alt Camp i la Conca del Barberà

L'Ajuntament de Valls també ha encarregat a CHC, SA l'assessoria i l'acompanyament de la formulació conceptual d'un ens territorial de govern en l'àmbit de la Salut (Atenció Sanitària i Salut Pública) i en l'àmbit de la dependència, per el territori integrat a les comarques de l'Alt Camp i la Conca de Barberà. Aquesta formulació està en procés d'elaboració.

3. La proposta de model d'ens territorials del Consorci Hospitalari de Catalunya

La nostra proposta consistiria en avançar en la creació de Sistemes de Salut Integrats en base territorial, conformats pels Consorcis Públics territorials amb representació de la Generalitat, l'administració local i participació minoritària (o no participació) dels proveïdors de salut del territori. Aquests SSI en base territorial serien els responsables de cobrir una cartera de serveis sanitaris i socials per a una població definida mitjançant la compra o la provisió directa dels serveis. A canvi, aquests ens territorials rebrien una assignació per càpita per la cobertura dels serveis.

Depenent de les voluntats de les diferents administracions i del grau de diversitat en la provisió, en el territori es podria desenvolupar o bé un *model pur*, on el SSI compraria els serveis que ha de cobrir per la població assignada, i els proveïdors del territori mantindrien la titularitat pròpia, o bé un *model mixt*, on el SSI proveiria directament el nucli dels serveis del qual és responsable, o part del mateix.

Cada nivell assumiria unes funcions. Dins aquest repartiment, els Departaments de Salut i Benestar i Família i les diferents agències de compra que es creen els hi correspondrien les següents funcions:

- La planificació de salut i l'acreditació de centres
- La definició i actualització del mapa sanitari a Catalunya (planificació de serveis)
- La definició de la població de cobertura de l'ens territorial.
- La definició de la cartera de serveis que ha de cobrir l'ens territorial.
- La definició de l'assignació per càpita que rebria l'ens.
- La compra d'aquells serveis d'alta tecnologia que no és eficient descentralitzar al territori.
- Avaluar l'ens territorial en funció dels objectius de salut i socials fixats.

Les funcions de l'ens territorial serien:

- La cobertura dels serveis socials i sanitaris per a la població del territori, d'acord amb els objectius pactats per a la població mitjançant la compra o la provisió directa dels serveis.
- Assignació dels recursos dins el territori.
- Coordinar la xarxa de serveis socials i sanitaris del territori
- Proposta de desplegament del mapa sanitari al territori.

El model implica la devolució de les competències en matèria de salut i de serveis socials a nivells d'administració pública més pròxims a la ciutadania. Aquesta descentralització suposa la novetat més importat que porta el nou model organitzatiu. El seu principal objectiu és impulsar la col·laboració entre les administracions públiques, així com el paper dels municipis en el desenvolupament i execució de les competències – pròpies, compartides o delegades – per a una millor implantació de polítiques de proximitat en els camps de salut i benestar de les persones. D'aquesta manera, els ens territorials es converteixen en el lloc de trobada institucional de l'administració autonòmica i local.

L'orientació del model cap a les necessitats que en matèria de salut i de serveis socials presenti la població significa una visió territorial en la planificació, assignació de recursos i prestació de serveis.

La promoció d'aliances de proveïdors als territoris per afavorir la integració i coordinació dels serveis sanitaris i socials al llarg del continu assistencial sociosanitari és, conjuntament amb la creació d'aquests ens territorials, l'altre eix del model que proposem. Aliances que podran basar-se en formes de relació inter-organitzatives entre proveïdors com fusions, convenis, contractes de gestió o consorcis de gestió, així com en

mecanismes de coordinació assistencial com el desplegament de programes de gestió de malalties i de casos en el territori, sistemes d'informació vertical en base poblacional, etc.

La integració d'estructures i de funcions assistencials i de suport al territori han de tenir com objectius finals l'accessibilitat als serveis, la continuïtat assistencial i l'eficiència. Per tant, els ens territorials han de promoure clarament la substitució de serveis de manera tal que el conjunt del sistema s'orienti definitivament a donar més pes a les atencions de primer nivell i properes al domicili del ciutadà.

El model d'ens territorial que definitivament s'implanti ha de basar-se en uns elements bàsics que constitueixin un mínim comú denominador a tots els territoris. Alguns d'aquests elements es refereixen a aspectes de política sanitària de caràcter més estratègic, i els altres a instruments operatius per implantar el model. A continuació aportem algunes idees per a la reflexió.

a. Aspectes estratègics del model

1. Àmbits de responsabilitat dels ens territorials (cartera de serveis):

Salut pública, serveis d'atenció sanitària (atenció primària, especialitzada, alta tecnologia, salut mental, sociosanitària) i serveis socials. S'ha de definir la cartera de serveis de la qual és responsabilitza l'ens territorial i que s'ha de referir als àmbits anteriors. Som partidaris de que es fixi una cartera de serveis mínima comuna a tots els territoris amb la possibilitat d'ampliació. En tot cas, l'administració autonòmica i l'administració local ha de seguir assumint les competències que li són pròpies en el cas de que l'ens territorial no les accepti (per falta de voluntat o falta de mitjans).

2. Fórmula jurídica dels ens territorials: la fórmula jurídica que sembla més adient per a la personificació dels ens territorials és el consorci. Aquesta fórmula de col·laboració interadministrativa permet compartir amb altres administracions la responsabilitat de la cobertura d'uns serveis sanitaris i socials. En tot cas, és imprescindible que aquests ens territorials tinguin una personalitat jurídica pròpia que els permeti actuar.

3. Composició. L'ens territorial ha d'estar compost, amb *caràcter indispensable*, per representants de l'àmbit local (ajuntaments i Consell Comarcal), Departament de Salut, Departament de Benestar i Família, i amb *caràcter ocasional* i atenent als objectius específics que es marqui l'ens territorial, representants de proveïdors amb l'ICS inclòs.

4. Forma de finançament: la fórmula més adient per finançar els serveis sanitaris i socials d'un territori és l'assignació per càpita ajustada per les necessitats. Aquesta fórmula apareix vinculada a la devolució de la responsabilitat de l'organització dels serveis per a una població als sistemes integrats de salut. En el cas dels SSI en base territorial com els que proposem, l'assignació per càpita s'ha de fer servir per redistribuir els recursos entre els territoris segons la seva població i les necessitats socials i de salut. Aquesta assignació s'ha d'ajustar per tal de garantir l'equitat d'accés, de manera que comarques amb necessitats socials i de salut semblants perceben els mateixos recursos. L'assignació capitativa pot donar lloc a l'interior del SSI a d'altres formes d'assignació (mecanismes de pagament), depenent de la naturalesa de cada proveïdor i a la necessitat o no d'establir incentius o senyals financeres en una direcció o altra. Aquests mecanismes de pagament han de facilitar les modificacions d'oferta necessàries, garantint els objectius generals fixats pels ens.

5. Territoris inclosos: Un dels factors a tenir en compte a l'hora de definir el territori de cada ens és la grandària òptima de la població de cobertura. L'assignació d'uns recursos fixos, independentment dels costos futurs, suposa la transferència d'un risc considerable a l'ens territorial. Com major és la població menor és la variabilitat de la despesa i, per tant, més poder predictiu tindrà la fórmula d'ajust de la càpita. Alguns autors situen el volum òptim de la població de cobertura d'una assignació per càpita aproximadament en 100.000 habitants (Bojke et al., 2001). Tanmateix, tant important com la dimensió d'habitants ha de ser la voluntat dels diferents territoris per agrupar-se amb finalitats comunes.

b. Aspectes operatius del model

0. El debat, informació i comunicació del model proposat als agents implicats. Aquest debat ha d'incorporar el canvi de funcions en relació amb el model sanitari dels càrrecs electes municipals, de les funcions dels consells comarcals i, especialment, docència a aquests col·lectius del rol que s'espera d'ells (deixant de costat la gestió directa de determinats serveis i vigilant l'intervencionisme en els aspectes més operatius).

1. La transferència de la capacitat de compra als ens territorials
La responsabilitat de la cobertura dels serveis per part dels ens territorials s'ha de acompanyar de la transferència de la capacitat de compra de serveis per a la població de referència als ens territorials.

2. El mecanisme d'assignació per càpita:

- La integració dels fons de salut i socials a descentralitzar en una caixa única a distribuir en diversos territoris.
- La fórmula d'ajust de la càpita.

3. La planificació de necessitats i de serveis ascendent (des dels ens territorials als Departaments).

4. La dotació d'una estructura mínima als ens territorials evitant la duplicació d'estructures i funcions dins el sistema.

5. La definició d'un marc per a la gestió de les relacions laborals dins un tipus d'organitzacions d'aquestes característiques que integren múltiples situacions laborals (funcionaris, estatutaris, laborals, etc.).

6. Desenvolupar els instruments jurídics que calguin per tal d'incorporar l'ICS dins els ens territorials de gestió que es creïn . El model no serà real si l'ICS queda al marge del sistema i no es sotmet als mateixos criteris que qualsevol altre proveïdor de la comarca.

7. Obrir el debat de la utilització dels ens de gestió existents com la “plataforma” per a la creació dels ens territorials de tipus mixt.

4. Conseqüències de l'aplicació del model

L'aplicació del model que es proposa portarà com a conseqüència els següents canvis al model sanitari a Catalunya:

- Replanteig de les funcions i estructures que actualment desenvolupen les Regions Sanitàries i els sectors del CatSalut.
- Reformulació de la Llei d'Ordenació Sanitària amb els canvis necessaris per a la implantació del model.
- Aquest debat ha d'incorporar el canvi de funcions en relació amb el model sanitari dels càrrecs electes municipals, de les funcions dels consells comarcals i especialment docència a aquests col·lectius del rol que s'espera d'ells (deixant de costat la gestió directa de determinats serveis i vigilant l'intervencionisme en els aspectes més operatius).

5. Bibliografia

Bojke C, Gravelle H, Wilkin D, Is bigger better for primary care groups and trusts?. National Primary Care Research and Development Centre. Manchester: NPCRDC. 2001

Consorci Hospitalari de Catalunya. Pla Estratègic. CHC: Barcelona; 2000.

Moreu F. El espacio sociosanitario no existe, es tan solo virtual. Diario Médico. 19 de Enero de 2001.

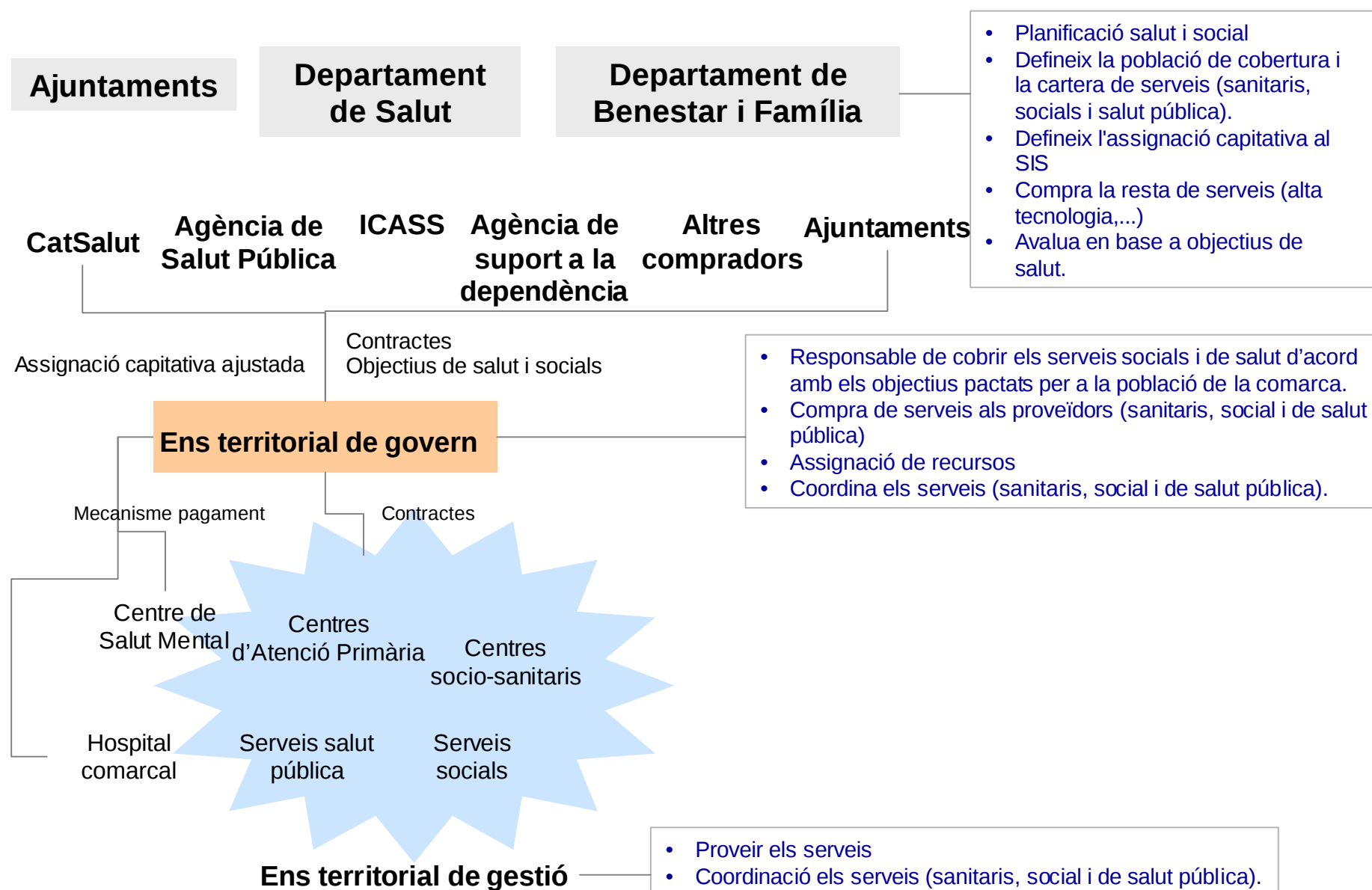
Pané O, Vargas I. La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España la implicación municipal en el gobierno de la atención primaria de salud?. Atención Primaria 2002; 30(9): 581-588.

Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls econòmics del sistema sanitari 1997; 30: 7-11.

Saltman RB & Figueras J. Analyzing the evidence on European Health Care Reforms. Health Affairs 1998;17(2): 85-105.

Van de Ven WPM. Market – oriented health care reforms: trends and future options. Social Sciences and Medicine 1996; 43(5): 655-666.

Descentralització als ens territorials (model pur)



Descentralització als ens territorials (model mixt)

