

Factors que afavoreixen i obstaculitzen la implantació d'un sistema de compra en base poblacional a Catalunya

**Avaluació qualitativa de la prova pilot del Servei Català de la Salut
(CatSalut)**

M^a Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Rebeca Terraza Núñez

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
Consorti Hospitalari de Catalunya
Octubre de 2006



Av. Tibidabo, 21

08022 Barcelona

Tel. 932 531 820

Fax 932 111 428

www.chc.es

Índex

RESUM EXECUTIU	3
1 Introducció.....	7
2 Antecedents	9
2.1 L'assignació capitativa en el context internacional.....	9
2.2 Les estratègies per a la integració assistencial.....	12
2.3 Prova pilot d'un sistema de compra en base poblacional a Catalunya.....	16
3 Avaluació de la prova pilot: justificació de l'enfocament.....	19
4 Objectius de l'estudi.....	21
5 Metodologia	22
5.1 Disseny de l'estudi.....	22
5.2 Àrea d'estudi.....	22
5.3 Mostra	23
5.3.1 Mostra de documents	23
5.3.2 Mostra d'informants	24
5.4 Tècniques de recollida de dades.....	25
5.4.1 Anàlisi de documents.....	25
5.4.2 Entrevistes individuals	25
5.4.3 Anàlisi de dades	26
5.4.4 Rigor i qualitat de la informació	26
5.5 Limitacions de l'estudi.....	26
6 Resultats.....	28
6.1 Aliances introduïdes en les zones d'avaluació capitativa	28
6.1.1 Aliances entre els proveïdors del territori.....	28
6.1.2 Opinions sobre la implementació d'aliances.....	29
6.1.3 Instrument de la prova: el conveni conjunt proveïdors i comprador.....	30
6.2 Canvis introduïts en els proveïdors del territori	31
6.2.1 Dimensió estratègica.....	31
6.2.2 Estructura organitzativa	32
6.2.3 Mecanismes de coordinació entre proveïdors.....	33
6.3 Coneixement i difusió de la prova	35
6.4 Opinions dels actors clau	37
6.4.1 Prova pilot en general.....	37
6.4.2 Elements de la prova.....	45
6.4.3 Col·laboració entre els proveïdors del territori.....	51
6.4.4 Paper del comprador	53
6.5 Canvis proposats en el sistema de pagament.....	54
7 Discussió i conclusions.....	56
8 Recomanacions	62

RESUM EXECUTIU

L'any 2001, el CatSalut va impulsar una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional (finançament per càpita) en cinc àrees de Catalunya amb l'objectiu de millorar l'equitat d'accés, la qualitat i l'eficiència dels serveis, mitjançant la promoció de la creació d'aliances entre els proveïdors que operen en un territori. L'any 2005, es va iniciar l'avaluació dels cinc anys d'experiència amb l'objectiu de valorar l'extensió d'aquest sistema de compra a la resta de territori català. Aquesta avaluació s'està realitzant en tres vessants: l'avaluació econòmica, l'avaluació de resultats en salut i l'avaluació qualitativa des del punt de vista dels agents involucrats, objecte d'aquest informe.

Els sistemes de pagament prospectius serveis de salut, i dins d'aquests, el finançament per càpita, s'ha utilitzat en el context dels sistemes nacional i internacional de salut d'una banda, com una manera de corresponsabilitzar als proveïdors en la despesa sanitària i de l'altra, com a instrument que fomenta la cooperació entre proveïdors contribuint a la transició cap a un sistema més integrat. Aquesta integració de la xarxa de proveïdors estaria influïda per alguns elements externs –característiques dels proveïdors, població i territori-, i d'elements interns –dimensió estratègica, objectius i estratègies comuns-.

Per a l'anàlisi del procés des del punt de vista dels principals agents involucrats s'ha realitzat un estudi qualitatiu, descriptiu, de caràcter exploratori mitjançant l'aplicació de dues tècniques qualitatives de recollida de dades: l'anàlisi documental i l'entrevista individual. Per les entrevistes individuals semiestructurades s'ha definit una mostra teòrica d'agents que han intervingut directament en la prova. a) directius dels proveïdors (territorials i multiterritori de nivell central, regional i local), b) professionals de la salut c) directius del comprador - serveis centrals i regionals-. La mostra final eren 49 informants (25 directius dels proveïdors, 16 professionals i 8 directius del comprador). S'ha fet una anàlisi narrativa dels continguts de les entrevistes, segmentades per grup d'informants i temes, i dels documents, segmentats per temes i territoris.

En un únic territori, els proveïdors involucrats van establir una aliança formal. Tres dels altres, havien ratificat el conveni amb el comprador, mitjançant l'elaboració d'un conveni propi el primer any. Els entrevistats identifiquen com a possibles factors dificultadors la por de perdre les identitats pròpies de les entitats, les personalitats jurídiques i l'interès dels directius en participar. Altres factors que semblen influir en l'establiment d'aliances són: el nombre i la grandària de proveïdors al territori, l'experiència prèvia.

Quan als canvis en els proveïdors, en relació a la dimensió estratègica, estructura organitzativa i mecanismes de coordinació han estat limitats. Només en un territori es van elaborar una missió, visió i línies d'acció comunes. Territori que també va introduir canvis en l'estructura organitzativa. En la resta de territoris no es va desenvolupar una dimensió

estratègica comuna, ni es van introduir canvis organitzatius. No obstant això, en tots els territoris s'han introduït alguns mecanismes per a la coordinació entre proveïdors, principalment per al seguiment de la prova (comissions permanents) i en relació a la gestió de mancomunada del risc, per al control de la despesa farmacèutica (guies farmacològiques, objectius als professionals, formació en l'ús de fàrmacs). En canvi, el desenvolupament i implementació conjunts de mecanismes per a la millora de la coordinació assistencial ha estat variable i limitada segons el territori. Principalment es va fer intercanvi o incorporació dels altres proveïdors als mecanismes que ja existien. Segons els informants, si bé s'hauria millorat la comunicació, la percepció de temporalitat de la prova hauria limitat un major desenvolupament.

El coneixement dels aspectes teòrics del capítatiu només es troba en el discurs de directius, tant del proveïdor com de comprador. Les accions conjuntes desenvolupades en els territoris tan sols les coneixen específicament els directius del territori, mentre que tant comprador com directius de proveïdors multiterritori i professionals no mostren tenir-ne un coneixement molt específic. La difusió de la prova als professionals de les institucions ha estat, en general, deficient.

Els entrevistats coincideixen en considerar el sistema de pagament en base capítativa com una bona alternativa al sistema actual de pagament del sistema de salut català. Consideren que la prova, en termes generals, pesen que ha iniciat un canvi de paradigma i ha estat un estímul al diàleg, fent que tots els proveïdors primer, s'orientin cap al territori i, en segon lloc, cap a la col·laboració. Ha millorat la confiança i transparència entre els proveïdors. El comprador destaca com avantatge el fet de tenir un únic interlocutor en el territori. No obstant identifiquen nombroses debilitats, en relació a diversos aspectes de la prova.

Els entrevistats coincideixen en considerar que la prova pilot es va implementar amb unes bases metodològiques dèbils que han dificultat el desenvolupament: absència d'una definició comuna de conceptes, insuficient claredat quan a la finalitat i limitat suport tècnic. Identifiquen factors que en faciliten i dificulten l'evolució. La voluntat de col·laborar i la bona relació entre les persones que representen a les entitats proveïdores és l'element facilitador identificat. Es troben factors dificultadors relatius al context (la reforma incompleta de l'atenció primària amb les seves limitacions, les característiques del sistema de salut amb multiplicitat de proveïdors i un model d'atenció segmentat, concomitància d'altres programes i el canvi de govern), als proveïdors (limitada difusió als professionals, territoris capítatius no coincidents amb les demarcacions territorials d'algun proveïdor, accions contràries a la prova, cultures institucionals diferents, impossibilitat de traspasar recursos i professionals...), i al comprador (canvis en les regions, territoris pertanyents a dues regions,...).

Comprador i proveïdors coincideixen en algunes aspectes sobre els elements de la prova, però també discrepen. Comprador i proveïdors destaquen la voluntat de participar com a criteri per a la selecció del territori. Mentre que el comprador afegeix les característiques dels proveïdors del territori, els proveïdors mencionen les bones relacions amb el comprador.

Quan a la fórmula de càlcul de la càpita, comprador i proveïdors coincideixen en que era una fórmula possibilista basada en el pressupost històric i que penalitzava als territoris més eficients. Els proveïdors a més consideren que la fórmula no era adequada, ni transparent, ni sensible als canvis poblacionals.

Sobre la gestió mancomunada de risc hi ha divergència d'opinions. Mentre que el comprador considera que van a risc en tot el que és gestionable, els proveïdors troben que una part de les partides a risc no ho són (medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, riscos catastròfics). Ambdós grups d'informants identifiquen límits per a la gestió de les partides relatives al transport i desplaçats. També existeix coincidència en el fet que es penalitza els territoris més eficients en el capítol de farmàcia i que no es disposa a temps de la informació necessària per corregir els problemes. Entre els límits a la gestió mancomunada del risc identifiquen interferències dels polítics locals (transport), l'escassa capacitat per repercutir els resultats en algunes de les institucions participants i dificultats en la assignació dels usuaris a les organitzacions.

La majoria dels proveïdors considera els objectius marcats pel comprador com un bon punt de partida. No obstant això, ambdós grup d'informants troben problemes. Mentre que els proveïdors destaquen l'escassa negociació semblança entre territoris, la limitada evolució durant la prova i la coexistència de dos tipus diferents d'objectius (per línia de serveis i per al conjunt de proveïdors), el comprador va considerar com a problema l'absència d'incentius econòmics associats i el fet de ser semblants per a tots els territoris, els feia ineficient per a alguns d'ells.

Comprador i proveïdors discrepen quan a la facturació dels serveis al comprador. Els proveïdors destaquen tensions econòmiques a conseqüència de la doble facturació -per línia de serveis i conjunt- amb l'increment del cost i la regularització tardana dels contractes. El comprador la considera l'única manera factible de mantenir els pagaments.

Els entrevistats coincideixen en considerar com a bona la col·laboració entre els proveïdors dels territoris i facilitada per les característiques específiques de les persones. Atribueixen les dificultats aparegudes a l'escassa capacitat de gestió i corresponsabilització de les unitats operatives territorials de proveïdors multiterritori, així com les relacions amb els nivells centrals, interferències polítiques en els òrgans directius i el limitat coneixement de la prova dels professionals involucrats en l'activitat assistencial.

Sobre el paper del comprador hi ha discrepàncies. Mentre que el comprador considera que ha donat el suport adient, els proveïdors el consideren insuficient. A més, percebien una falta de coordinació i comunicació entre els nivells centrals i regionals del comprador i entre aquestes quan un territori depenia de més d'una regió. El proveïdors consideraven el comprador havia donat massa autonomia als proveïdors.

Els entrevistats proposen canvis coherents amb els problemes destacats: major promoció de les aliances; millora dels objectius amb orientació a resultats, negociats i lligats a la part variable del contracte; millora de la fórmula de càlcul amb la inclusió de variables de necessitat i sensible als canvis de població; eliminació de la gestió mancomunada del risc de les partides no gestionables; adaptació dels sistemes d'informació per disposar amb temps de la informació adient; major suport del comprador i major participació dels proveïdors en el desenvolupament metodològic; adaptació dels territoris.

En conclusió, l'avaluació qualitativa des del punt de vista dels actors involucrats, mostra que la implantació de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional ha obtingut resultats escassos i limitats, geogràfica i temporalment, en relació als processos d'integració assistencial als territoris. El sistema d'assignació per càpita, tal i com ha estat dissenyat i implantat, no ha generat els incentius adequats per produir els canvis que s'esperarien en un sistema de pagament com aquest. En aquestes condicions, la voluntat de col·laborar dels proveïdors participants a nivell local, tampoc ha estat suficient per superar les barreres d'entorn, contingut de la prova i actors identificades.

1 Introducció

El sistema català de salut es caracteritza per la separació de les funcions de finançament i provisió de serveis de salut. Dins d'aquest model el Departament de Salut és l'autoritat sanitària responsable de la direcció del sistema, és a dir, de la planificació, ordenació, autorització i inspecció, i del control. El Servei Català de la Salut (CatSalut), ens públic, s'encarrega de la compra de serveis als proveïdors concertats. La provisió correspon a un conjunt d'entitats dels diferents nivells d'atenció -hospitalària, sociosanitària, de atenció primària i salut mental- que estan en procés de conformar el SISCAT¹.

La relació entre el finançador públic i els proveïdors de salut s'estableix mitjançant els contractes de gestió. El CatSalut aplica un sistema de compra per línies de serveis -atenció primària, especialitzada i sociosanitària- que condiciona l'organització dels proveïdors i no incentiva el traspàs de recursos i d'activitat, ni la coordinació entre els proveïdors.

El 2001, el Servei Català de la Salut va posar en marxa un projecte pilot de compra de serveis en base poblacional per a la contractació integral dels serveis de salut en cinc zones de Catalunya, prova que s'hauria de desenvolupar fins el 2005.

En aquesta prova, el Servei Català de la Salut compra una cartera de serveis de salut per a una població definida geogràficament al conjunt de proveïdors del territori. Amb l'assignació d'un pressupost *per càpita* al conjunt de proveïdors que operen en el territori es pretenia augmentar els incentius per a la coordinació i la cooperació entre els nivells assistencials, que fins al moment resultaven escassos. El model de compra en base poblacional amb finançament capítatiu es convertiria així en un instrument per fomentar la coordinació entre els proveïdors.

Per analitzar els resultats de la prova, el Servei Català de la Salut va contemplar un sistema d'avaluació que consta de: a) una avaluació quantitativa de les dimensions d'accessibilitat, efectivitat, eficiència, satisfacció i activitat realitzada; b) una avaluació econòmica que considerarà les despeses, canvis en la distribució pressupostària,... ; i c) una avaluació amb metodologia qualitativa des de la perspectiva dels actors clau.

L'objectiu de l'avaluació qualitativa, objecte d'aquest informe, és analitzar els processos desenvolupats en els proveïdors de salut dels territoris participants en la prova, les opinions dels actors clau que han participat en la prova i identificar àrees de millora futures de cara a l'extensió d'aquesta prova a altres regions de Catalunya.

¹ El SISCAT està constituït pels centres que configuren la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), la xarxa de centres sociosanitaris d'utilització pública, la xarxa de centres de salut mental d'utilització pública, i els centres i serveis d'atenció primària.

En aquest informe es presenten els resultats de l'avaluació qualitativa. La primera part de l'informe conté una revisió de l'estat del coneixement sobre els sistemes de compra en base capítativa a l'àmbit internacional, la descripció de la prova pilot i del marc conceptual de l'avaluació. La segona part descriu els objectius de l'estudi i la metodologia utilitzada. La tercera part presenta els resultats de l'avaluació. L'informe finalitza amb les conclusions i recomanacions de futur.

2 Antecedents

2.1 L'assignació capítativa en el context internacional

En molts països desenvolupats, els mètodes de finançament dels serveis sanitaris s'han convertit en un instrument important al servei de la racionalització i la contenció de les despeses (1). En aquest context, els sistemes de pagament prospectius, i dins d'aquests, el finançament per càpita, s'ha utilitzat com a instrument per assignar els recursos i com una manera de corresponsabilitzar als proveïdors en la despesa sanitària (1;2). En els últims anys, s'ha despertat l'interès a més a més pel finançament capítatiu com a instrument que fomenta la cooperació entre proveïdors (2), i s'estableix com un instrument al servei de la transició d'uns serveis sanitaris fragmentats a un sistema més integrat (3). Teòricament, el pagament per càpita incentiva a la xarxa de proveïdors a buscar fórmules per alinear els seus interessos amb els objectius globals de la xarxa i aconseguir-los, reduir despeses i enfortir la qualitat dels serveis.

La capitació es basa en el concepte global de salut de les persones (4), i equival a posar un preu al consum de recursos de cada ciutadà (1;3;5). La capitació és la quantitat de finançament sanitari que s'assigna perquè una persona rebi l'atenció sanitària especificada durant un període de temps determinat (6).

L'assignació per càpita apareix vinculada a la devolució de la responsabilitat de l'organització dels serveis de salut per a la població a un sistema de salut integrat (SSI) (7). Un sistema de salut integrat és aquell responsable de donar cobertura a un rang de serveis per a una població definida, durant un període de temps determinat, mitjançant la provisió directa o la compra de serveis a altres proveïdors (7). A canvi, aquest SSI rep una quantitat monetària per persona, la càpita.

L'assignació per càpita pot ser idèntica per a qualsevol persona o pot variar segons les seves característiques personals: edat, sexe, estat de salut,... El mètode mitjançant el qual s'intenta adequar el finançament per càpita a les característiques de cada persona s'anomena "ajust del risc", permet obtenir un estimador no esbiaixat de quina seria la despesa sanitària esperada d'un individu durant un període de temps determinat si es donés una resposta promig a la seva necessitat sanitària (4).

Existeixen dos grans tipus de SSI: amb afiliació de base territorial o poblacional i amb afiliació voluntària o individual (8). En els de base territorial, la població de cobertura està definida geogràficament i els SSI solen coincidir amb una autoritat territorial desconcentrada

com, per exemple, una regió sanitària, un municipi o una àrea sanitària. En els SSI amb afiliació voluntària la població ve determinada per la lliure elecció i poden adoptar formes més variades: un proveïdor d'atenció primària, una administradora de fons, o una xarxa de proveïdors coordinats (2).

L'assignació capítativa en base geogràfica o poblacional s'utilitza per redistribuir els recursos entre els territoris d'un sistema de salut segons la grandària de la seva població i les seves necessitats de salut (2). L'objectiu de l'ajustament de la càpita és garantir l'equitat d'accés, de manera que les poblacions amb necessitats de salut similars rebin els mateixos recursos (9). En aquest cas l'ajust de la càpita es basa en les necessitats relatives de salut de la població.

En entorns competitius, on l'afiliació és voluntària, l'assignació per càpita és el mecanisme amb el que el finançador assigna recursos per tal que el SSI proveeixi els serveis de salut a una població determinada. L'ajust de la càpita intenta assegurar que el pagament sigui adequat per donar cobertura a les despeses sanitàries esperades per persona, minimitzant la selecció de riscos (10). La metodologia d'ajust es basa en la probabilitat individual d'utilització dels serveis (2).

La fórmula de càlcul de l'assignació per càpita es basa en la despesa esperada de serveis, que es calcula a partir de la despesa observada de serveis modulada per les variables que expliquen les variacions en la despesa sanitària entre individus. Aquestes variables serien: edat, sexe, estat de salut, característiques socioeconòmiques (estil de vida, renda,...), característiques del proveïdor (estil de pràctica, nivell d'oferta de serveis, eficiència,...), preu dels recursos utilitzats (6).

Les característiques desitjables per a una fórmula d'assignació per càpita són: validesa a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població, acceptabilitat per part dels agents involucrats (finançadors, proveïdors i ciutadans), resistència a la manipulació per part dels receptors de la càpita, flexibilitat en la relocalització dels fons, desincentivació de pràctiques perverses i factibilitat per a la seva implantació (8).

L'assignació per càpita suposa la transferència de risc al SSI degut a que el finançament és independent del volum d'activitat o de les despeses que se'n derivaran. Per tant, incentiva a produir els serveis eficientment, contenint les despeses de tal manera que es tregui rendiment del pressupost per càpita assignat (11). Aquest és un dels principals objectius que persegueix el finançador de serveis sanitaris amb el traspàs d'una assignació per càpita al SSI: el control de les despeses sanitàries (5).

La majoria de les anàlisis empíriques que s'han realitzat per avaluar les despeses dels models en els que s'ha introduït aquest tipus de mecanisme d'assignació es desenvolupen a

EE.UU., i es basen en la comparació entre el model d'asseguradora tradicional que paga per servei als proveïdors, i les Organitzacions de Manteniment de la Salut (Health Maintenance Organizations: HMO), que utilitzen la càpita com a mecanisme de pagament als seus proveïdors (2). Probablement, el control de despeses assolit pel model HMO no es degui exclusivament al mecanisme d'assignació per càpita, sinó que estigui també relacionat amb una combinació de factors que incideixen en la pràctica mèdica: la introducció de l'atenció primària com a "porta d'entrada" al sistema, la gestió de la utilització i la millora en els sistemes d'informació.

La transferència de risc des del finançador al SSI és a la vegada la principal virtut del pagament per càpita i el seu major defecte. El fet de buscar la contenció de la despesa a través de la càpita pot generar dos tipus d'efectes negatius per a l'equitat i l'eficiència del sistema: per una banda, els incentius a la reducció de la qualitat de l'atenció i, per l'altra, els incentius a la selecció de riscos.

El fet que l'assignació capitativa sigui independent del volum d'activitat i despesa incentiva al proveïdor a donar menys serveis a la població (menys ingressos, visites,...) la qual cosa podria reduir la qualitat de l'atenció si es tracta de serveis necessaris per millorar la salut de la població. Els defensors del pagament per càpita argumenten, pel contrari, que l'organització que rep la càpita té incentius per mantenir la salut dels seus afiliats amb la finalitat d'evitar futures despeses elevades. La revisió de diferents estudis empírics sobre el tema conclouen que la qualitat de l'atenció, mesurada en efectivitat, no és ni millor ni pitjor dels que reben un altre tipus d'assignació (12). De fet, els estudis realitzats semblen demostrar que la qualitat dels serveis depèn especialment dels programes de qualitat que es duguin a terme en les institucions, els esforços per construir una cultura de la pràctica centrada en la qualitat i els incentius econòmics als professionals (7).

En un SSI on l'afiliació és voluntària, un pagament uniforme per afiliat ofereix a l'organització que rep la càpita els incentius màxims per seleccionar i quedar-se amb els "bons riscos" (individus amb baixa probabilitat d'utilitzar els serveis) i eludir els dolents (13). La selecció de riscos s'ha intentat controlar mitjançant l'ajust de la càpita. En sistemes de salut on no existeix la competència pels afiliats i la població es determina en base geogràfica, el prestador no pot seleccionar riscos. En aquest tipus d'entorns el risc de selecció es produeix en relació amb l'atenció als pacients. Els SSI tenen incentius per quedar-se amb els pacients menys costosos i derivar a altres nivells assistencials aquells amb problemes que podrien resoldre's en el territori (2). La manera d'evitar la selecció de pacients és efectuar un control estricte de les referències i contrareferències i la facturació entre nivells.

Un dels objectius que persegueix el finançador amb l'assignació per càpita és afavorir la integració de la xarxa de proveïdors que donen servei a una població. La utilització de les fórmules d'assignació capitatives com a instrument per enfortir la integració assistencial cada

cop prenen més importància en un entorn en el que el discurs polític ha passat de promocionar la competència a afavorir les polítiques de col·laboració i coordinació entre proveïdors de salut. El finançament per càpita incentiva als proveïdors a buscar fórmules que els permeti alinear els seus interessos per assolir els objectius globals del sistema, reduir despeses i enfortir la qualitat dels serveis. Aquestes fórmules inclouen la integració d'activitats clíniques, mèdiques i funcionals (14). Teòricament, sota un pressupost per càpita global, els proveïdors perceben que estan rebent un pressupost comú i que les accions en un punt concret de la xarxa tenen repercussions en el compte de resultats de la xarxa. Per això, el sistema d'assignació ha de permetre responsabilitzar a cada proveïdor tant de les despeses directes com de les que indueix sobre la resta de la xarxa, de manera que, la xarxa intentaria tractar el problema de salut en el lloc més cost efectiu dins del continuu assistencial (15).

2.2 Les estratègies per a la integració assistencial

Un dels objectius que persegueix el finançador amb l'assignació per càpita és afavorir la integració de la xarxa de proveïdors que donen servei a una població per a millorar la coordinació assistencial. Coordinació, continuïtat i integració assistencial són termes que s'acostuma a utilitzar de manera indiscriminada per referir-se a la mateixa idea: la connexió de l'atenció que rep un pacient des de múltiples fonts de provisió (16-18). Tot i que no existeix un consens en la literatura, la coordinació es podria definir com la connexió dels diferents serveis necessaris per atendre a un pacient al llarg del continu assistencial, de manera que s'harmonitzin i s'assoleixi un objectiu comú sense conflictes; quan la coordinació assoleix el seu grau màxim, l'atenció està integrada (17;18). La continuïtat assistencial, per la seva banda, és el resultat de la coordinació des de la perspectiva del pacient i es defineix com el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps (19).

Tal i com s'ha explicat anteriorment, el SSI pot adoptar diverses formes. A Catalunya es va optar per un model on el SSI està conformat per l'aliança entre proveïdors de salut d'un territori. Es defineix una aliança com qualsevol acord formal entre dues o més organitzacions amb el propòsit d'una cooperació progressiva i un guany mutu (20).

Segons com s'estructura la relació entre institucions del territori, el conjunt de proveïdors del territori poden optar per la dissolució de totes les entitats proveïdores i tornar-se a agrupar en una sola organització com seria el cas de les fusions, o la dissolució només d'alguna d'elles en el cas de les absorcions. Si cadascuna de les entitats desitja conservar la seva identitat diferenciada es pot optar per crear consorcis – en els quals les entitats estableixen un contracte en el que es formalitza una relació de llarg termini entre cada una de les

entitats amb una organització conjunta integrada per les mateixes organitzacions -; joint ventures – amb la creació d'una empresa independent de capital compartit a parts iguals entre els partners, amb l'objectiu comú i temporal de gestionar una càpita per donar serveis a una població -; i subcontractacions – en la que s'encarrega a altres organitzacions la provisió d'una part més o menys important dels seus serveis o acords de cooperació en projectes.

Un SSI representa l'etapa final del procés d'integració assistencial (21). Les avaluacions realitzades no són concloents sobre la relació entre les característiques i tipus de SSI i els seus objectius (22;23), sembla existir un consens respecte als factors que influeixen en la coordinació i integració assistencial interns i externs a les organitzacions sanitàries que formen part d'una xarxa (24-26).

Elements externs

Entre els elements externs que afecten al procés d'integració assistencial destaca el model d'assignació de recursos i el sistema d'incentius associat. Els sistemes de pagament aplicats tradicionalment de manera independent per a cada nivell assistencial presenten limitacions per a la coordinació entre nivells assistencials, aquest és un dels motius que ha despertat l'interès pel finançament capitatiu com instrument que fomenta la cooperació entre proveïdors (2).

Altres factors determinants són les característiques de la població de referència dels serveis, la proporció de grups d'edat amb major càrrega de malalties, grups minoritaris i altres amb necessitats especials d'atencions de salut requereixen una major quantitat de serveis; extensió del territori de cobertura i les característiques de l'oferta de serveis en el territori (18).

Elements interns

En l'àmbit intern de les organitzacions sanitàries, els elements que incideixen en el procés de coordinació assistencial segons la bibliografia que són: el govern de l'organització, el conjunt d'objectius i estratègies, l'estructura de l'organització, la cultura organitzativa, el lideratge i el sistema d'incentius dins de la pròpia xarxa.

El model de **govern** pot adoptar múltiples formes que oscil·len entre dos extrems: un únic òrgan corporatiu o múltiples governs amb diferents funcions (27). Si bé no existeix evidència empírica sobre quin model permet arribar a un major grau d'integració de la xarxa, s'han definit tres atributs desitjables per a la bona governabilitat del sistema (28): la responsabilitat del govern amb tota la xarxa, això és, una perspectiva de sistema a l'hora de prendre decisions estratègiques; la responsabilitat amb la població que atén; i, finalment, la

coordinació entre els diferents òrgans de govern de les entitats de la xarxa, per assegurar la consistència en la visió, objectius i estratègies al llarg de la xarxa.

Es considera clau per a la integració assistencial que en la **dimensió estratègica** existeixin objectius i estratègies compartits per tots els serveis (24) i que proporcionin un vincle comú per a les activitats desenvolupades dins de la xarxa. Entre les estratègies, s'assenyalen com a més efectives per a millorar la coordinació i l'eficiència (25): la planificació estratègica de tota la xarxa, l'enfortiment de l'atenció primària, el desenvolupament de sistemes d'informació integrats, programes de formació conjunts i estratègies de gestió clínica. La coordinació al llarg del continu de serveis es veurà obstaculitzada o facilitada pel tipus d'estructura que adopti l'organització i, en concret, pel grau d'integració de les funcions de direcció, de suport i assistencials. Els proveïdors sanitaris utilitzen sobretot dissenys organitzatius funcionals basats en les especialitats mèdiques que dificulten la coordinació al llarg del procés assistencial. En aquesta estructura, la coordinació de les activitats assistencials recau fonamentalment en la normalització de les habilitats mitjançant la formació. En els últims anys s'observa, no obstant això, un esforç per trencar amb aquesta compartimentació, mitjançant mecanismes de coordinació orgànics que afavoreixen la comunicació entre professionals que intervenen en el mateix procés assistencial (29): sistemes d'informació vertical, grups de treball interdisciplinaris, llocs d'enllaç entre nivells assistencials o els dissenys matricials de l'organització que combinen l'estructura per nivell assistencial i per procés.

La **cultura** és un altre dels factors bàsics que influeixen en la coordinació dintre d'una organització sanitària. D'una banda, la implementació dels objectius i estratègies requereix que els seus membres els acceptin i es comportin d'acord, és a dir, que la cultura de cada entitat que la constitueix estigui alineada amb els objectius i estratègies de la OSI. D'altra banda, la cultura contribueix a la coordinació assistencial per ser un element de cohesió i d'identificació entre els membres que treballen en l'organització (30), especialment, si formen part de la cultura comuna, valors i actituds de col·laboració, el treball en equip i l'orientació als resultats (31). A més, degut al fet que els líders de les organitzacions ocupen un paper clau en el canvi organitzatiu, altre dels aspectes que intervé en el procés d'integració assistencial és la presència d'un lideratge orientat a la coordinació capaç de comunicar els objectius i estratègies i el seu aprenentatge (32). Ambdós factors contribueixen a la creació d'una cultura comuna.

Un dels instruments més potents amb els quals conta la les organitzacions per arribar a els seus objectius d'eficiència i coordinació és el **sistema d'incentius a professionals**. Tan sols s'assolirà tractar els problemes de salut en el lloc més cost-efectiu del continu assistencial, si els incentius dels diferents serveis estan alineats amb els objectius globals de la xarxa (2). Per a això, el sistema d'assignació ha de permetre responsabilitzar a cada unitat -hospitals, equips d'atenció primària, etc.- tant dels costos directes, com dels que indueix

sobre la resta de la xarxa. La integració del pressupost i la seva elaboració a partir dels objectius globals, la flexibilitat en la mobilitat dels recursos econòmics i humans dintre de la xarxa i la transferència de la capacitat de compra a les unitats són algunes de les mesures més efectives per assolir l'eficiència (33).

Dintre dels elements interns de les organitzacions sanitàries que influeixen en la coordinació assistencial, és necessari prestar particular atenció als **models de coordinació assistencial** i els seus **instruments**. Es poden establir tres models de coordinació entre els diferents nivells assistencials (34): la provisió paral·lela, que es produeix quan la divisió de les tasques entre els professionals és clara i la resolució del problema de salut no requereix una col·laboració significativa; el gestor-consulta, amb un nivell assistencial actuant com a gestor del pacient i la resta de nivells intervenint per a aconsellar o realitzar una intervenció concreta; i finalment, la co-provisió de l'atenció, que suposa la responsabilitat compartida en la resolució del problema. L'adopció del model adequat depèn de la complexitat de les necessitats del pacient i del model d'atenció, a més dels factors descrits més amunt. Els models de co-provisió són més efectius per a processos complicats que requereixen una col·laboració intensa entre professionals de diferents àmbits. Per a la resta de processos, el model assistencial de la xarxa determinarà el rol de cada nivell en la resolució del procés: si l'atenció primària assumeix la responsabilitat sobre el continu, o se li atribueix a l'especialitzada (35).

Els instruments o mecanismes de coordinació tradicionalment utilitzats per les organitzacions sanitàries es basen en la normalització de les habilitats dels professionals (programes de formació). En els últims anys per reduir costos i emfatitzar la qualitat, els proveïdors sanitaris han començat a estandarditzar els processos i resultats assistencials. Les guies de pràctica clínica, els mapes d'atenció i els plans d'alta hospitalària són exemples d'instruments de coordinació basats en l'estandardització dels processos en els quals s'explicita quina atenció s'ha de donar al pacient, en quin interval, per qui i en alguns casos, quins resultats s'esperen (35). Aquest tipus de mecanismes es poden utilitzar eficaçment quan les interdependències entre els professionals no són elevades, la variabilitat en la resposta a les intervencions mèdiques entre pacients és mínima i la programació de l'atenció resulta fàcil. No obstant això, aquests instruments resulten poc eficaços per a coordinar l'atenció de problemes de salut complexos que comporten un elevat nivell d'interdependències i d'incertesa. En aquestes circumstàncies resulten més adequats els mecanismes basats en l'adaptació mútua, és a dir, la coordinació del treball mitjançant la comunicació informal entre els responsables de l'atenció que utilitzen des d'instruments simples, com el mail o el telèfon, als més complexos com els sistemes d'informació vertical, els grups interdisciplinaris, els llocs d'enllaç o l'estructura matricial (36). En la taula 1 es presenta l'associació entre els mecanismes de coordinació teòrics i assistencials.

Taula 1. Sistematització de mecanismes de coordinació assistencial

Base de coordinació	Mecanisme teòric de coordinació		Mecanisme de coordinació assistencial
Normalització	De processos de treball		Guies de pràctica clínica compartides Mapes d'atenció o trajectòries clíniques
	D'habilitats		Sistema expert Formació continuada
	De resultats		Estandardització de resultats
Adaptació mútua	Comunicació informal		Telèfon, correu electrònic, reunions informals, web
	Dispositius d'enllaç	Lloc d'enllaç	Professional d'enllaç internivell, gestió de casos
		Grups de treball	Grups multidisciplinaris, interdisciplinaris, transdisciplinaris
		Comitès permanents	Comitè de gestió internivells
		Directius integradors	Director assistencial, director d'àmbit transversal
		Estructures matricials	Gestor de projectes, estructura matricial
	Sistemes d'informació vertical		Sistemes d'informació integrats (sistema de registre únic, sistemes computeritzats d'orientació de les decisions clíniques, sistema d'informació d'anàlisis de resultats)

Font: Elaboració pròpia a partir de Vázquez i cols (18) i Terraza i cols (37)

2.3 Prova pilot d'un sistema de compra en base poblacional a Catalunya

El sistema català de salut es caracteritza per la separació de les funcions de finançament i provisió de serveis de salut. Dins d'aquest model el Servei Català de la Salut (CatSalut) actua com a comprador de serveis de salut als proveïdors públics i privats que conformen la Xarxa de serveis d'Utilització Pública. Les seves Regions Sanitàries s'encarreguen de la gestió, execució i control de les polítiques del CatSalut en el seu àmbit territorial (2).

El CatSalut ha aplicat tradicionalment sistema de compra de serveis de salut diferenciat i independent per a cada nivell assistencial - pagament per acte, per activitat o pressupost – que no incentivava la coordinació entre nivells assistencials. Amb una assignació basada en l'estructura, l'atenció primària de salut no ha disposat d'incentius per augmentar la seva capacitat de resolució, ni per assumir el seu paper de porta d'entrada als serveis sanitaris (gatekeeper). Per la seva banda, l'atenció especialitzada, remunerada en funció de l'activitat realitzada, ha estat incentivada a produir més serveis. Així, en el nostre entorn, els mecanismes d'assignació incentiven als hospitals a captar més activitat d'altres àmbits per augmentar els seus ingressos. En conseqüència, sota aquests paràmetres de compra, els incentius per la coordinació i la cooperació entre nivells assistencials han estat escassos (2;4).

No obstant això, la millora de la coordinació assistencial és una prioritat dels sistemes de salut i, especialment, en l'atenció de problemes de salut crònics en què intervenen múltiples professionals i serveis. Malgrat seu caràcter prioritari, l'absència de coordinació assistencial continua sent un problema rellevant dels diferents sistemes de salut, independentment del seu model i fins i tot, del sistema de salut català. Les conseqüències més destacades de l'absència de coordinació entre nivells assistencials en el sistema sanitari són: la pèrdua de la continuïtat assistencial; la ineficiència en la gestió de recursos (duplicació de proves diagnòstiques,...) i la disminució de la qualitat de l'atenció prestada (llistes d'espera,...) (17).

Amb la finalitat de superar aquestes barreres, fa quatre anys el CatSalut va posar en marxa una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional en cinc àrees de Catalunya (la Cerdanya, l'Altebrat, el Baix Empordà, l'Alt Maresme i la Selva Marítima, i Osona).

En aquesta prova, el CatSalut compra una cartera de serveis de salut per a una població definida geogràficament a un conjunt de proveïdors del territori a canvi d'oferir el continuum de serveis que comprèn l'atenció primària, l'hospitalària d'aguts i la sociosanitària (2).

Els objectius de la prova són millorar la qualitat dels serveis de manera que el pacient rebi l'atenció sanitària adequada a les seves necessitats en el nivell assistencial adient; millorar l'eficiència del sistema de salut a través d'un sistema de compra en base poblacional que afavoreixi la gestió coordinada dels serveis i la continuïtat assistencial; estimular la creació d'un sistema integrat de serveis de salut mitjançant la creació d'aliances entre els proveïdors que operen en el territori; afavorir l'equitat d'accés; i evolucionar vers la corresponsabilització dels proveïdors en l'ús dels recursos amb la transferència d'una part del risc de gestió (38).

Aquest nou model de compra en base poblacional es fonamenta en dos elements. El primer, l'aliança entre proveïdors del territori, en la que els proveïdors actuarien de manera coordinada per garantir uns resultats en salut i econòmics, fixat amb les polítiques que estableix el CatSalut i que presenta els avantatges d'estar orientat a cobrir les necessitats de salut de la població, i la continuïtat assistencial al llarg de diferents línies de serveis (38). L'altre element del model és el sistema de pagament en base poblacional, que consisteix en una assignació per càpita en el conjunt del territori, distribuïda entre els diferents proveïdors de la xarxa d'acord amb la seva participació en la prestació de serveis, a més a més, la xarxa de proveïdors gestiona mancomunadament el risc de les despeses produïdes per prestacions farmacèutiques, transport sanitari i lliuraments, prestacions ortoprotèctiques i les derivacions de la població fora del territori (38).

En el nou model de compra al CatSalut li correspon definir l'àmbit geogràfic i la població de cobertura del conjunt de proveïdors que reben la càpita, definir la cartera de serveis a adquirir segons les necessitats de la població – mínim atenció primària, especialitzada i hospitalària -, definir l'assignació per càpita que rebrà el conjunt de proveïdors, comprar la resta de serveis no compresos en la cartera del conjunt de proveïdors per la població de referència, avaluar al conjunt de proveïdors en funció dels objectius fixats en el conveni de col·laboració. El conjunt de proveïdors per la seva banda tenen les següents funcions: donar serveis a la població de cobertura d'acord amb el que s'ha pactat amb el CatSalut i coordinar la xarxa de provisió de salut en el territori definit.

La cartera de serveis sanitaris bàsica que han de donar les entitats proveïdores a la població de cobertura són com a mínim serveis d'atenció primària, especialitzada i hospitalària per al territori, les prestacions les defineix el CatSalut en cadascun dels territoris(38). Els serveis sociosanitaris, de salut mental i d'altres poden quedar dins de la cartera de serveis o ser exclosos si són prestats per altres proveïdors que no participen en l'experiència (38). Dins del territori la xarxa de proveïdors es corresponsabilitzarà mancomunadament de la despesa farmacèutica, transport sanitari, altres prestacions i derivacions hospitalàries fora del territori (38).

La relació entre el conjunt de proveïdors i el CatSalut s'instrumenta mitjançant un conveni de col·laboració que estableix per un costat, les condicions de prestació dels serveis i per l'altra, els objectius d'accessibilitat, qualitat de l'atenció, efectivitat i resultats en salut que el conjunt de proveïdors es comprometen a assolir i que s'avaluaran en acabar l'any. Paral·lelament, els proveïdors de les àrees pilot van elaborar un conveni de col·laboració entre ells. En aquest conveni es formulen els valors i objectius comuns dels proveïdors que participen, les regles de distribució de les responsabilitats econòmiques en la gestió conjunta del risc i les línies estratègiques de coordinació.

Cada territori pilot rep una assignació per càpita que es correspon amb la despesa per càpita de Catalunya ajustada per un factor corrector (2). Les variables que s'han inclòs en el factor corrector, per considerar-les explicatives del diferencial de la despesa sanitària entre diferents poblacions, han estat l'edat, el sexe, l'aïllament geogràfic i la densitat de població (2). El pes de les variables demogràfiques s'ha calculat a partir de la utilització dels serveis hospitalaris i de consum farmacèutic que ha realitzat cada grup d'edat i sexe (2). El consum de recursos hospitalaris que realitza la població no resident en la comarca es paga a part. Així mateix, es descompta de l'assignació per càpita que es transfereix a la xarxa de proveïdors, el consum de recursos hospitalaris que realitza la població resident fora de la xarxa (2).

3 Avaluació de la prova pilot: justificació de l'enfocament

L'anàlisi de les polítiques de salut freqüentment es centra en el seu contingut obviat als actors implicats, els processos immersos en el desenvolupament i implementació i el context en el que es desenvolupen. Walt (39) proposa un model d'anàlisi de polítiques sanitàries que té en compte els factors abans esmentats, l'eix principal d'aquest model es la interrelació entre tots els factors assumint que aquests factors no estan aïllats sinó que interaccionen entre ells.

Els actors estan influenciats pel context en el que viuen i treballen, el context està afectat per la inestabilitat o incertesa creada pels canvis en el règim polític o situacions bèl·liques, ideologies neoliberals o socialistes, experiències històriques i culturals. El procés està afectat pels actors, la seva posició en les estructures de poder, els seus valors i expectatives. Per tant, aquests factors poden marcar la diferència entre l'elecció i implementació efectiva o inefectiva d'una política sanitària.

El seguiment dels resultats de la prova s'ha fet mitjançant l'avaluació d'indicadors quantitatius que avaluaven les següents dimensions: accessibilitat, resolució/efectivitat, eficiència, satisfacció i freqüentació i activitat realitzada (40). També s'està realitzant una avaluació econòmica de la prova pilot que avaluarà aspectes com ara la despesa corrent per persona segons la classificació tradicional del pressupost i per tipus d'atenció, canvis en la distribució pressupostària entre els diferents proveïdors, existència de criteris orientadors pactats, existència de mecanismes d'assignació pressupostària real o virtual entre els diferents centres assistencials, anàlisi de la prescripció farmacèutica,... (41).

Els indicadors, tant quantitatius com econòmics, no proporcionen ni podran proporcionar informació, dels possibles canvis (organitzatius, estructurals) que s'hagin produït a nivell dels proveïdors del territori com a conseqüència del nou sistema de compra de serveis, ni sobre l'opinió dels actors socials involucrats en el procés i com aquests han pogut influenciar-lo.

En aquest context, s'està desenvolupant el següent estudi qualitatiu amb l'objectiu de proporcionar informació sobre els processos desenvolupats en els proveïdors de salut dels territoris que pertanyen a la prova i identificar àrees de millora futures de cara a la seva extensió a la resta de Catalunya.

La metodologia s'ha escollit basant-se en el tipus d'enfocament teòric original i pel tipus de pregunta d'investigació, del fenomen que es vol estudiar i també del que es vol esbrinar (42). En aquest estudi es volen analitzar les estratègies introduïdes per millorar tant la coordinació, l'eficiència, la qualitat i la satisfacció dels usuaris, alhora que es vol identificar

quins són els coneixements, les opinions, els comportaments i les expectatives envers la prova pilot, les motivacions que mouen tant a professionals com a directius i les vivències d'aquests actors en la prova.

En aquest cas no es vol tractar amb dades numèriques sinó amb significats, medians principalment pel llenguatge i per les accions (43) i amb aquests significats tracta l'avaluació qualitativa (43).

Les principals característiques de la investigació qualitativa, segons Da Silva i Vázquez (44), són: en primer lloc la utilització d'un procés de recollida d'informació intensiu, freqüentment combinant diferents tècniques complementàries (observació, entrevistes, anàlisis de documents); respecta les regles de la comunicació; la mostra d'informants no és estadística ni representativa sinó que és intencional i flexible, és una selecció de membres de diferents grups de la població que ve determinada pels objectius de l'estudi; la investigació es centra en buscar explicacions, percepcions, sentiments i opinions dels subjectes d'estudi; el mètode d'anàlisi és inductiu, es generen categories d'anàlisi a partir dels conceptes que emergeixen de les dades, és una anàlisi holística ja que es busca contemplar la totalitat del context en el que es situa el protagonista.

La utilització de metodologia qualitativa augmenta la comprensió de la realitat en la que es treballa, ja que permet abordar la seva complexitat des de diferents perspectives (44). Es penetra profundament en la complexitat del fet social a investigar i es treballa amb pocs casos per aprofundir el significat de l'objecte d'estudi, pel contrari, amb la metodologia quantitativa es busca una explicació causal del fet i que els resultats tinguin validesa estadística per un univers més gran, s'utilitzen tècniques que permeten la medició de les dimensions d'un fenomen i l'establiment de relacions causals (44).

4 Objectius de l'estudi

Objectiu general

Avaluar la prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional (scbp) des d'una perspectiva qualitativa per identificar àrees de desenvolupament futures.

Objectius específics

- a) Analitzar les aliances i estratègies introduïdes en les zones d'avaluació capitatives pilot (zac) per tal de millorar la coordinació assistencial, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris.
- b) Analitzar el coneixement dels actors claus sobre el sistema de compra en base poblacional.
- c) Identificar l'opinió, les expectatives i els interessos dels actors claus en relació al sistema de compra en base poblacional com a instrument per a la millora de l'eficiència i la coordinació assistencial.
- d) Analitzar els punts forts i els punts febles en l'actuació de cadascuna de les parts implicades en el procés d'implantació d'aquest sistema de compra (CatSalut, entitats proveïdores, administracions locals,...)
- e) Identificar elements de millora

5 Metodologia

5.1 Disseny de l'estudi

Es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu, de caràcter exploratori, desenvolupat a Catalunya, mitjançant d'anàlisi documental i entrevistes individuals.

L'objectiu d'aquest tipus de disseny es tracta de reproduir amb la màxima fidelitat possible la concepció que tenen de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional els diferents actors involucrats, s'intenta principalment revelar el que interpreten els actors (42;45).

5.2 Àrea d'estudi

L'àrea d'estudi és Catalunya, i dins d'aquesta, els cinc territoris, que van participar en la prova des de 2001. Aquestes àrees, anomenades zones d'avaluació capítativa (zac), acotades geogràficament i amb una població delimitada, on s'ha implementat la prova són: Osona, Cerdanya, Alt Maresme – Selva Marítima, Altebrat i Baix Empordà (38).

Els territoris presenten característiques diferents en oferta de serveis, titularitats dels proveïdors i grandària del territori (taula 2).

Taula 2. Zones i entitats que participen en el projecte de finançament per càpita del CatSalut

ZONA PILOT	POBLACIÓ*	ENTITATS QUE PARTICIPEN EN LA PROVA PILOT
Cerdanya	12.983	Atenció Primària i Especialitzada: Fundació Hospital de Puigcerdà (FHP)
Altebrat	34.081	Atenció Primària: Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: HC Mora d'Ebre [GECOHSA (Gestió Comarcal Hospitalària, S.A.)/Grup SAGESSA (Grup d'Assistència Sanitària i social, S.A.)]
Baix Empordà	107.238	Atenció Primària: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE) , Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)
Alt Maresme - Selva Marítima	176.429	Atenció Primària: Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS), Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)
Osona	138.400	Atenció Primària: ICS, 2 Entitats amb Base Associativa, MUTUAM Atenció Especialitzada: Consorci Sanitari de Vic (CSV), Hospital St. Jaume, Hospital Santa Creu de Vic, Centre MèdicPsicopedagògic d'Osona (CMPO)

* CatSalut 2004 (40)

Font: Vargas 2002 (2)

En dues àrees la provisió la realitza majoritàriament un únic proveïdor que gestiona diverses línies de serveis i en les tres àrees restants les línies de serveis estan gestionades per diferents proveïdors. Entre les entitats que participen en la prova també s'observa diversitat de titularitats entre els proveïdors dels diferents territoris pilot fundacions, consorcis, entitats de base associativa, altres ens gestors públics (Taula 2). En dos territoris actuen proveïdors multiterritoris.

5.3 Mostra

S'ha dissenyat una mostra teòrica de documents i d'informants. El disseny de la mostra correspon a un constructe teòric i segueix tipologies definides conceptualment. Els perfils corresponen a diferents persones, contexts i documents amb característiques que poden influir en els significats del fenomen estudiat (46). S'ha fet un mostreig teòric de documents i d'informants.

5.3.1 Mostra de documents

Els criteris per a la selecció de la mostra teòrica de documents, han estat la recopilació de tots aquells documents que proporcionessin informació sobre les dimensions d'anàlisi del servei de compra en base poblacional i que es relacionessin amb les estratègies introduïdes a les "zac" per tal d'assolir els objectius de millorar la coordinació de l'assistència, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris.

D'acord amb les dimensions es van seleccionar els següents documents: convenis entre CatSalut i proveïdors, convenis i acords entre proveïdors, plans estratègics, organigrames, models de contractes, plans de comunicació implementats i actes de reunions (Taula 3). La relació detallada dels documents analitzats per a cada territori es pot trobar en l'Annex I.

Taula 3. Mostra dels documents analitzats segons la ZAC de procedència

Documents demanats	Altebrat	Osona	Baix Empordà	Maresme Selva	Cerdanya
Conveni col·laboració CatSalut i proveïdors, Annex I i II 2001-2005	4	4	4	3	4
Avaluació Annex II	2	2	3	3	1
Memòries de la Regió Sanitària 2001-2005	5	5	5	5	5
Memòries proveïdors 2001-2005	3	3	3	3	3
Conveni col·laboració entre proveïdors	1	1	1	1	•

Convenis de formalització d'aliances	•	-	•	•	•
Documents amb acords de col·laboració	•	6	2	•	•
Plans estratègics o altres documents estratègics 2001-2005	•	1	2	•	•
Actes de reunions del capítol	1	5	1	1	•
Assignacions anuals de la càrrega	-	-	3	3	-
Documentació de suport als territoris	-	-	-	-	-

(-) documentació desenvolupada en el territori però no lliurada

(•) no s'ha desenvolupat en el territori

5.3.2 Mostra d'informants

Com a criteris per a la selecció d'informants es van definir els perfils amb discursos possiblement diferents i de totes les zones de l'estudi: directius de proveïdors, directius del CatSalut dels serveis centrals i de les regions i professionals amb contacte i sense contacte amb la prova (Taula 4).

Taula 4. Composició de la mostra d'informants

Tipus entrevista	Informants					n
Individual	Directius proveïdors	Proveïdors Territorials	Altebrat		-	
			Baix Empordà		2	
			Cerdanya		2	
			Maresme Selva		1	
			Osona		6	
		Proveïdor Multiterritori	Territorials	Altebrat		3
				Baix Empordà		-
				Cerdanya		-
				Maresme Selva		1
				Osona		2
			Regionals		5	
			Centrals		4	
	Directius CatSalut	Serveis centrals				4
		Regions Sanitàries				5
	Professionals	Aletbrat				3
		Baix Empordà				4
		Cerdanya				3
		Maresme Selva				3
		Osona				3
	Total					51

* dos participants van rebutjar participar en l'estudi

A causa dels resultats de les primeres entrevistes amb professionals que suposadament havien estat en contacte amb la prova però que van mostrar un coneixement molt limitat de la mateixa es va modificar el disseny de la mostra. Només es van seleccionar professionals directament involucrats en alguna de les estratègies desenvolupades arran de la prova. Per a la localització d'informants, es va buscar un contacte en cada regió que identificués els possibles informants segons els perfils descrits i que donés suport per a la coordinació de la realització d'entrevistes.

5.4 Tècniques de recollida de dades

En la recollida de la informació s'ha utilitzat l'anàlisi de documents i entrevistes individuals.

5.4.1 Anàlisi de documents

S'ha desenvolupat un instrument, una guia d'anàlisi de documents, per extreure les dades dels documents (Annex II). Un cop extreta la informació s'ha realitzat l'anàlisi narrativa del contingut. En l'anàlisi es generen les categories de forma mixta a partir de l'instrument i noves categories originades amb les dades.

S'ha cercat informació sobre les estratègies introduïdes en les "zac" per millorar la coordinació assistencial, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris.

Conceptes utilitzats

Aliança: qualsevol acord formal entre dues o més organitzacions amb el propòsit d'una cooperació progressiva i un guany mutu (20). S'identifiquen diferents tipus: de relacions flexibles i simples d'acords per treballar conjuntament, a tipus formals, com una fusió, consorci, joint venture o subcontractació.

Estratègies: aquell conjunt d'accions encaminades a l'assoliment d'uns objectius comuns

Mecanismes de coordinació: eines utilitzades per "concertar" les activitats necessàries per atendre al pacient.

5.4.2 Entrevistes individuals

S'han dut a terme entrevistes individuals per comprendre les perspectives i opinions dels entrevistats sobre l'objecte d'estudi, el sistema de compra en base poblacional. L'entrevista era semiestructurada, és a dir, amb una guia que recollia els temes que s'exploren durant l'entrevista: el coneixement dels actors clau sobre els aspectes principals del sistema de compra en base poblacional; les seves opinions, expectatives i interessos sobre, d'una banda, els elements de la prova pilot (fórmula d'assignació, objectius i cartera de serveis, avaluació de la prova, procés de compra capitativa), i de l'altra, la col·laboració existent en el territori (formació d'aliances, implantació de mecanismes de coordinació, consens sobre

objectius globals, redistribució interna de recursos, lideratge i comunicació). S'han desenvolupat dues guies, una per a directius i una per a professionals, amb una part comú i una altra específica (Annex II).

Les entrevistes, d'1 a 1,5 hores de duració, es van realitzar fora del lloc de treball, sempre que la persona entrevistada hi estigués d'acord per evitar limitar la seva possibilitat d'expressar-se. Totes les entrevistes van ser gravades després d'haver demanat permís per fer-ho i van ser transcrits textualment, és a dir, incloent les preguntes i les respostes tal i com van ser formulades.

5.4.3 Anàlisi de dades

Per l'anàlisi de les dades qualitatives provinents dels documents i de les entrevistes individuals i de grup, s'ha aplicat la tècnica qualitativa d'anàlisi narratiu dels continguts. S'han generat les categories de forma mixta a partir de les guies d'entrevista i de les emergents de les dades. Les dades s'han segmentat per grup d'informants i temes.

S'ha utilitzat el programa informàtic Atlas-ti, que és una eina informàtica que facilita l'anàlisi de dades qualitatives perquè permet agilitzar moltes activitats implicades en l'anàlisi qualitatiu i la interpretació, com per exemple la segmentació del text en cites, la codificació, o l'escriptura de comentaris i anotacions.

A partir de la informació obtinguda en les etapes anteriors, s'han identificat quins són els factors o actors que actuen, bé com a facilitadors bé com a barreres, per millorar l'eficàcia del sistema de compra en base poblacional.

5.4.4 Rigor i qualitat de la informació

Per tal de garantir la qualitat dels resultats, s'han triangulat les dades, és a dir, s'han entrecreuat múltiples punts de vista (fonts d'informació, tècniques, investigadores) per reduir els biaixos en la interpretació i millora la consistència dels resultats, corroborar les dades i assenyalar dimensions alternatives no contemplades prèviament. En l'anàlisi han participat diversos analistes amb formacions diferents i un bon coneixement del context.

5.5 Limitacions de l'estudi

L'obtenció de la documentació dels territoris pilot ha estat lenta i difícil i no hi ha seguretat de que s'hagin obtingut tots els documents existents.

Els resultats sobre mecanismes, estratègies i acords es basen fonamentalment en les informacions proporcionades pels informants en les entrevistes, a causa de la inexistència de documentació escrita.

El temps de record per alguns informants era molt ample, ja que havien canviat de càrrec i ja no estaven en contacte amb la prova.

En algunes ocasions es van fer les entrevistes en el lloc de treball a causa de: les agendes que van impedir el desplaçament, no trobar un lloc disponible en el moment de l'entrevista, els informants no ho van creure tan necessari, lloc de treball actual diferent del que tenien durant la prova.

Tot i garantir la confidencialitat, eliminant qualsevol indici que pogués descobrir la persona (noms, institucions,...) i assegurant el tractament de les dades de manera agregada, l'actitud dels informants deixava entreveure la seva por a parlar. Dos informants no van consentir la gravació de l'entrevista de les quals es va prendre nota meticulosament. Molts informants un cop observaven que la gravadora estava tancada començaven a donar la seva opinió en temes que percebien que podien comprometre'ls. D'altres ho comentaven durant l'entrevista, *"espero que no em fotin fora a mi després de parlar amb tu", "això és confidencial totalment, no?", "això no cal que ho transcriguis", "si apagues et diré que hem tingut que fer coses que no t'imaginaries, que no t'imaginaries"*.

6 Resultats

En aquest capítol es presenta la descripció dels resultats obtinguts d'acord als següents punts: aliances introduïdes en les zones d'avaluació capítativa, canvis en els proveïdors del territori conseqüència de la introducció de la prova, coneixement i opinions dels actors clau sobre la prova i les seves propostes de canvi.

En la descripció dels resultats s'han emfatitzat les semblances i diferències existents en els discurs de les diferents categories d'informants. Per tal de garantir la confidencialitat de les persones entrevistades en els exemples citats s'ha identificat tan sols la categoria d'informant a la que pertanyien: proveïdor, comprador, directius i professionals.

6.1 Aliances introduïdes en les zones d'avaluació capítativa

Els resultats referents a les aliances introduïdes en les zones d'avaluació capítativa es basa en l'anàlisi de documents i entrevistes.

Només s'ha trobat una aliança estratègica i els convenis de col·laboració entre els proveïdors del territori. La participació dels proveïdors de cada territori en la prova s'ha formalitzat mitjançant la signatura conjunta d'un conveni amb el comprador.

6.1.1 Aliances entre els proveïdors del territori

Aliança territorial

En un dels territoris, els proveïdors que participen en la prova van optar per integrar-se virtualment en una entitat sense personalitat jurídica pròpia ni capacitat executiva. Aquesta relació es va formalitzar mitjançant la signatura d'un conveni de col·laboració conjunt, que va estar vigent de l'any 2001 al 2003. En aquests moments, el conveni està en procés de revisió.

L'aliança es va crear sobre la base de l'experiència prèvia de col·laboració que hi havia al territori. Abans de la prova capítativa tots els proveïdors de provisió pública i privada del territori havien formalitzat la seva col·laboració mitjançant la creació d'una associació d'interès econòmic per a la gestió conjunta de les activitats no sanitàries (serveis de neteja,...).

En un altre territori es va proposar crear una empresa de gestió per vehicular la relació entre les entitats que participen en la prova. Els informants dels proveïdors d'aquest territori coincideixen en la voluntat de crear aquesta empresa però en canvi són contradictoris pel que fa a les causes del no assoliment, atribuint-ho a la manca d'interès de l'altre, *"la gent de*

XXXXX no estava molt interessada tampoc en fer intercanvis econòmics perquè ja guanyava diners, no?, jo ja ho guanyaré perquè t'haig de donar a tu una part" (proveïdor); "jo ho vaig suggerir repetidament però diguem que per part de XXXXX no es va trobar adequat doncs formalitzar cap mena d'aliança formal" (proveïdor).

Conveni entre proveïdors

Per a cadascun dels territoris, excepte al que hi ha un únic proveïdor, es va elaborar un conveni de col·laboració entre els proveïdors per als anys 2002 i 2003. Aquest conveni estableix la voluntat de col·laborar i d'assolir els objectius del conveni signat conjuntament amb el comprador. Aquest conveni es va signar pels anys 2002 i 2003 en un territori. No s'ha rebut documentació de la seva signatura i renovació per part dels altres territoris.

6.1.2 Opinions sobre la implementació d'aliances

En el discurs dels proveïdors relatiu a les aliances no s'identifica una voluntat clara per formalitzar aliances estratègiques entre els proveïdors del territori. Ans al contrari, emergeixen les limitacions en la possible formalització de les aliances.

Com a factors limitadors de l'establiment d'aliances, alguns informants expressen en el seu discurs la voluntat de no perdre la seva identitat. *"Entrar en un terreny relliscós de col·laborar amb altres cedint bona part de lo que és la independència sense perdre o mantenint l'essència de la identitat de cadascú és un tema difícil" (proveïdor).*

Un altre obstacle en la formalització d'aliances entre proveïdors eren les personalitats jurídiques d'algunes entitats que, segons la majoria dels informants, no permeten establir vincles de col·laboració molt profunds, *"com a tal Administració pública no tenia capacitat per formar part d'un ens o sigui un problema bàsicament jurídic" (proveïdor).*

En els territoris amb proveïdors multiterritori s'identifica en el discurs de proveïdors la manca d'interès per part dels seus directius per tancar aliances locals, *"que les aliances que es puguin fer a nivell territorial és molt difícil dur-les a terme si no hi ha una voluntat clara de fer... un compromís de XXXXX de donar... de participar en aquesta prova donant autonomia en els seus centres en el territori" (proveïdor); "aliances només a nivell d'això del territori si no compten amb una aposta decidida per part dels responsables centrals no prosperen o prosperen molt poc".*

Segons el comprador es va donar autonomia als territoris respecte a la formalització d'aliances, deixant que els propis proveïdors decidissin al respecte, ja que la creació d'una aliança imposada pel comprador podria perjudicar als proveïdors minoritaris, *"era decisió dels propis dels proveïdors en un mateix territori que agafessin personalitat jurídica, però*

això era un problema d'ells perquè clar si d'entrada imposes una personalitat jurídica aquí entrem en majoria i qui té la majoria, eh?. Aleshores, per tant al menys sí en un principi el meu criteri va ser que no tinguessin personalitat jurídica la qual cosa permetia el dret de gueto a aquests petits i després, si amb el temps a alguns els quallava, és a dir, s'entenien tan bé que pensaven que podien tenir un NIF doncs que tinguessin un NIF, però que les coses anessin avançant per la seva naturalesa" (comprador).

6.1.3 Instrument de la prova: el conveni conjunt proveïdors i comprador

Per a la formalització de la participació en la prova, el proveïdors del territori havien de signar conjuntament i anualment un conveni amb el comprador. Aquest conveni consta d'un cos i dos annexes.

El cos del conveni descriu: la contraprestació de serveis sanitaris bàsics segons entitat proveïdora; serveis sanitaris i prestacions farmacèutiques i complementàries, en el que es fixen el percentatge de participació, la despesa màxima assumible (DMA) i el percentatge de risc global com a territori per a les partides de farmàcia, transport sanitari i lliuraments per desplaçaments, prestacions ortoprotètiques, població resident atesa fora de l'àmbit geogràfic. Tant l'estalvi com el dèficit obtingut es comparteixen entre els proveïdors i el CatSalut, segons el risc assumit.

L'Annex I del conveni estipula els objectius específics que el conjunt de proveïdors ha d'assolir durant la vigència del conveni. Aquests objectius estan orientats, en termes generals, a: gestió de l'atenció per adequar l'atenció del pacient al nivell més eficient (racionalització de la participació de l'atenció especialitzada, incrementar la capacitat de l'atenció primària millora de l'atenció continuada i d'urgències), millorar els sistemes d'informació (coordinació dels fluxos d'informació clínica entre nivells i proveïdors; identificació i seguiment dels ciutadans), racionalització de la prescripció farmacèutica i de les proves diagnòstiques; millorar l'accessibilitat; satisfacció dels usuaris i professionals; i activitats comunitàries.

L'Annex II del conveni estipula els indicadors per a l'avaluació dels objectius de l'Annex I. Es tracta d'una graella que han de complimentar conjuntament els proveïdors del territori i que reflecteix les accions empreses en el territori amb participació de tots els proveïdors: elaboració o adaptació de guies de pràctica clínica, formacions compartides, accions per controlar la despesa en proves diagnòstiques,...

La signatura d'aquest conveni implica una negociació i la presa d'acords comuns entre els proveïdors. En el risc compartit, els proveïdors del territori pacten un percentatge de risc global que hauran de gestionar conjuntament i del que tots són responsables, i com es distribuïran els resultats, positius o negatius, d'aquest risc.

El conveni també contempla la creació de dues comissions de seguiment de la prova: una global en la que hi havia representants dels proveïdors, de les patronals i del comprador; i una específica per territori, constituïda pels representants dels proveïdors del territori i representants del comprador, la periodicitat de la qual està estipulada. Segons els informants del proveïdor no s'ha complert.

S'ha pogut verificar que el conveni juntament amb els annexes s'ha signat anualment en tots els territoris a partir de l'any 2002, excepte en un territori per un any concret.

Tant el conveni com els annexes són similars entre territoris i en el temps, no s'han trobat diferències significatives en els continguts entre territoris i anys. L'any 2003 es van incorporar petites modificacions que s'han mantingut en els anys següents. En el cos del conveni es va matisar el tractament de la despesa generada per la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria i en l'Annex I i II es van introduir nous objectius i indicadors per a la monitorització.

Segons el comprador el conveni estimula la cooperació i coordinació entre els proveïdors del territori, ja que els proveïdors han hagut d'arribar a acords en les prestacions i riscos que puntualitza el conveni, *"el que es va fer per estimular la coordinació i la cooperació entre els proveïdors vam fer un conveni de col·laboració", "han d'assumir un risc però un risc a un import i a un percentatge global de tots els proveïdors de la zona. Aleshores això fa... allò els va estimular a parlar, a coordinar-se entre ells, a pactar entre ells (...) com els proveïdors es distribueixen l'excés o el defecte, o el dèficit en el cas de que sigui negatiu, pues és una cosa que entre ells han hagut de pactar i han hagut que parlar-se entre ells i bé i treballar conjuntament perquè el resultat d'aquestes prestacions siguin positives per a ells"*.

6.2 Canvis introduïts en els proveïdors del territori

Els canvis en els proveïdors s'han analitzat d'acord als elements interns dels proveïdors que influeixen en el procés de coordinació assistencial segons el marc conceptual presentat en els antecedents: dimensió estratègica, estructura organitzativa i mecanismes de coordinació. Excepte en un territori, els canvis analitzats han estat molt limitats.

6.2.1 Dimensió estratègica

Només en un territori s'ha identificat l'elaboració d'una missió, valors i visió comunes per al conjunt de proveïdors: una visió de millorar la salut de la població amb la missió comú d'apropar i facilitar l'assistència sanitària a la persona per oferir qualitat de servei amb

eficiència; i uns valors d'orientació del sistema i dels proveïdors a la comunitat i de cooperació entre proveïdors i de professionalitat.

En aquest territori també s'han establert línies d'acció comunes: coordinació, desenvolupament de l'assistència, continuum assistencial, sistema d'informació, població i pressupost.

Per al desenvolupament d'aquestes línies estratègiques s'han creat comissions. La primera, el centre coordinador, s'encarrega de coordinar als proveïdors, d'aportar i gestionar la informació sobre lliuraments i transport sanitari, prestacions ortoprotètiques i farmàcia. La segona comissió s'encarrega de definir la cartera de serveis, les activitats de prevenció i promoció de la salut, el disseny de productes i determinar què es podria traspasar d'una entitat a una altra. La tercera comissió estandarditza tot el procediment de treball, perquè les entitats actuïn de manera col·legiada davant les demandes del ciutadà. La comissió del sistema d'informació i organització, s'encarrega de mantenir el sistema, defineix el procediment de presa de decisions, l'estructura organitzativa i el sistema d'informació comú per comunicar-se i gestionar conjuntament. L'última comissió s'encarrega de definir la població de referència, gestionar l'RCA i organitzar els objectius pactats amb el comprador com a territori, passar-los a les institucions i desenvolupar els pressupostos.

En la resta territoris pilot no s'ha desenvolupat una dimensió estratègica conjunta. Les estratègies o activitats conjuntes responen a les contemplades en els Annexes I i II del conveni amb el CatSalut.

6.2.2 Estructura organitzativa

S'han identificat dos propostes de canvis en l'estructura organitzativa dels territoris, una que es va implementar i l'altra encara en discussió. Per gestionar l'aliança territorial creada en el territori es van crear dos òrgans de gestió: el Consell director i una Comissió permanent. El Consell director és l'òrgan de presa de decisions, constituït per un representant de cada entitat. La periodicitat amb la qual es reuneix ha disminuït de setmanal fins a mensual. La Comissió permanent està constituïda per quatre membres, representants dels nivells assistencials. Aquesta comissió és un òrgan operatiu amb la funció d'analitzar possibles estratègies i accions abans de portar-les al Consell director.

El canvi proposat en un altre territori, que encara no s'ha materialitzat sinó que està en fase de planificació, és la creació d'una direcció assistencial comuna entre els proveïdors territorials, *“una idea que portem al darrera des de feia un parell d'anys de fer un Comitè de direcció assistencial comú, no?, de manera que les direccions assistencials de les dues entitats decidissin alhora les diferents coses i que aquelles que una entitat en un moment*

determinat no pogués acabar de decidir, com a mínim sabés que l'altra ja està per això (...) ja fa temps que l'anem seguint, jo crec que la farem aviat o relativament aviat".

6.2.3 Mecanismes de coordinació entre proveïdors

La implementació de mecanismes de coordinació ha estat limitada i variable entre proveïdors. Especialment s'han dissenyat mecanismes per a la gestió i seguiment del risc de farmàcia, mentre que els mecanismes per a la coordinació assistencial han tingut un desenvolupament conjunt limitat (Taula 5). Es troben mecanismes de caràcter permanent i mecanismes desenvolupats per a una ocasió concreta, com per exemple grups de treball per elaborar una guia concreta.

Mecanisme per al seguiment de la prova

Per fer el seguiment de la prova s'han implementat una Comissió permanent de les direccions dels proveïdors en cada territori. Aquesta Comissió es va constituir a l'inici de la prova i la periodicitat amb la qual es reunia era variable: en alguns territoris anualment, en d'altres trimestralment,...

Mecanismes per a la gestió mancomunada del risc

La gestió mancomunada del risc ha induït la implementació de diversos mecanismes de coordinació. La partida per a la que s'han implementat més mecanismes ha estat la de farmàcia, per controlar la despesa farmacèutica: en tres dels cinc territoris, els proveïdors han consensuat o desenvolupat una guia farmacològica per contenir les despeses; un territori ha adaptat els objectius dels professionals als objectius d'assignació de farmàcia per augmentar la prescripció de genèrics; un territori disposa d'un sistema d'informació que permet el seguiment individual de la prescripció; i un territori realitza un curs anual conjunt per l'actualització dels metges de família en la prescripció de novetats terapèutiques, per coordinar la utilització dels fàrmacs.

Per a la gestió de les PAOS en un territori s'ha establert un Pla de gestió de PAOS que inclou un circuit per a la presa de decisions en la prescripció de les pròtesis. En el tema de lliuraments també en un territori s'ha establert un Pla de gestió del transport sanitari i en un altre s'ha mentalitzat als professionals.

Mecanismes de coordinació assistencial

En tots els territoris es troben diferents tipus de mecanismes i instruments de coordinació assistencial, la majoria dels quals ja existien prèviament a la implementació de la prova o s'han introduït com a conseqüència d'altres programes, com per exemple la infermera d'enllaç que han introduït alguns territoris amb el programa PREALT, el projecte I2CAT,...

El que s'ha fet, principalment, és intercanviar o posar a disposició dels altres proveïdors els instruments que havien desenvolupat individualment. Aquest seria el cas de les guies de pràctica clínica, ordinadors amb programes concrets per tal que l'altre proveïdor pugui accedir a la informació clínica, sessions clíniques d'un proveïdor en les que es deixa participar a l'altre.

En tres territoris existeix la figura del metge consultor que es desplaça a totes les àrees bàsiques i debat amb els equips d'atenció primària aquells casos pels que es necessita assessorament, i en dos territoris a més aquest consultor és el seu referent de medicina interna a l'hospital. En tots els territoris excepte un, professionals de l'hospital s'han desplaçat a les àrees bàsiques per fer formacions específiques sobre proves complementàries que s'han transferit a l'atenció primària: espirometries, fons d'ulls, petita cirurgia,...

En dos territoris s'han establert Comissions permanents: en un territori per donar resposta a les estratègies conjuntes; en un territori per fer sessions de formació i consensuar protocols. En un territori s'ha optat per incorporar a l'altre proveïdor a les comissions permanents que ja tenia implantades.

Els canvis introduïts en els sistemes d'informació també han estat diferents depenent del territori. Un territori ha proporcionat accés a les agendes on-line des dels centres d'atenció primària amb quotes de visites tancades per especialitat. En un territori s'ha posat a disposició de l'altre proveïdor un equip informàtic amb el programa d'un proveïdor per concertar cites en les consultes externes, accés a la història clínica hospitalària del pacient,... Un territori ha consensuat l'accés per a tots els proveïdors a un conjunt de dades comú.

Taula 5. Mecanismes de coordinació assistencial introduïts segons territori

Mecanisme	Descripció	Territori
Guies de pràctica clínica i protocols	Intercanvi de guies entre proveïdors	1/5
	Posar a disposició d'altres proveïdors les guies pròpies	2/5
	Elaboració de guies de pràctica clínica conjuntes	3/5
Sistema Expert	Sessions clíniques compartides (professionals AP-AE)	2/5
	Especialista consultor	4/5
	Formació en processos concrets (espirometries,...)	2/5
Comissió permanent	Línies de treball: coordinació, desenvolupament de l'assistència, continuum assistencial, sistema d'informació, població i pressupost	1/5
	Comitè de direcció assistencial	1/5
	Comitès d'àmbit en els que s'ha incorporat l'altre proveïdor del territori	1/5
Sistema d'informació	Facilitar un ordinador amb el programa de l'hospital	1/5
	Gestió on-line d'agendes consultes externes	1/5
	Sistema d'informació comú	1/5

Font: elaboració pròpia

Opinió dels canvis en els mecanismes de coordinació dels proveïdors

Alguns informants dels proveïdors destaquen que s'ha fet un progrés en la comunicació entre proveïdors que encara no s'ha concretat en mecanismes específics, *"hi ha d'haver un temps que si més no t'has de posar d'acord, t'has de guanyar la confiança dels altres proveïdors, has de posar coses en comú (...) pugui començar-hi a haver realitats"*. Alguns directius consideren que la incertesa del futur de la prova ha dificultat la implementació de mecanismes de coordinació que impliquin canvis dins de les entitats, *"no tots veiem que no tindrà marxa endarrere però ens ho han de dir, encara estem en pròrroga de lo que és la prova pilot (...) Ens faltaria dir: no escolti això anirà així, el sistema de finançament clar"*. En canvi, alguns proveïdors creuen que la prova ha estat un catalitzador de la dinàmica que ja portaven els proveïdors del territori, i per tant, que els mecanismes s'haurien introduït igualment sense prova, *"el sistema de finançament no ha entorpit que aquestes relacions poguessin tirar endavant i poguéssim fer coses...si les ha generat? Jo et diria que no si et sóc sincer"*.

Segons alguns informants dels proveïdors l'intercanvi d'instruments que havien desenvolupat de manera individual abans del capítol, no havia implicat la seva utilització pels altres proveïdors, *"en allà disposen de la connexió per poder fer aquesta programació directa i no s'està utilitzant"*. Molts dels informants destacaven la dificultat de connectar els sistemes d'informació.

En alguns territoris tot i haver desenvolupat guies de pràctica conjuntes aquestes, segons l'opinió dels directius dels informants, no s'han implementat i els professionals han continuat utilitzant les pròpies de la seva entitat *"han quedat sobre el paper"*.

6.3 Coneixement i difusió de la prova

El coneixement sobre els diversos aspectes de la prova pilot varia en funció del grup d'informants. El coneixement dels aspectes teòrics i tècnics de la prova pilot tan sols es troba en el discurs de directius, tant de proveïdors com del comprador. Tots els directius poden descriure exactament quina és la fórmula de càlcul de la càpita. Tan sols els directius del territori coneixen les accions conjuntes entre els proveïdors. En canvi, els directius de proveïdors multiterritori, així com els informants del comprador no en tenen un coneixement molt específic.

Entre els informants dels professionals dels territoris els que ocupen càrrecs de comandaments intermedis coneixen alguns aspectes teòrics de la prova. Els professionals de base que no han participat activament en les accions empreses en els territoris com a conseqüència de la prova pilot (grups per a l'elaboració de guies de pràctica clínica, reunions

conjunctes entre proveïdors,...) mostren un desconeixement dels aspectes teòrics del capítol, *“no perquè jo màxim (...) em vaig enterar de que estàvem dintre de la prova aquesta quan em van cridar per l'entrevista. No, abans no en sabia res”* (professional). No obstant això, alguns professionals reconeixen alguns dels mecanismes de coordinació implementats en el territori.

La prova s'ha difós als professionals de tots els proveïdors del territori excepte en un proveïdor en un territori, segons els directius dels proveïdors, *“es va traslladar força bé, qualsevol metge de l'hospital m'agradaria creure que qualsevol infermera de l'hospital, però segur que qualsevol metge de l'hospital sabia que estàvem en un entorn capítol bàsicament, potser no et podran fer una lliçó magistral perquè en fi no és lo seu”* (proveïdor), *“jo penso que tots hem fet grans esforços amb el tema de difondre-ho, no?”*. No obstant això, alguns directius i professionals dels proveïdors discrepen pel que fa a com s'ha fet i què s'ha transmès de la prova. Alguns directius afirmen que la difonen emfatitzant els aspectes d'eficiència del capítol, *“a l'hora d'explicar-ho com que no ha tingut gaire repercussió ho expliquem més des del punt de vista de l'eficiència que del que pot suposar el finançament”* (directiu proveïdor), altres creuen que aquesta difusió no va ser efectiva, *“segurament no s'ha difós prou bé (...) que no ho vam saber transmetre segurament prou bé, si més no des del començament”* (directiu proveïdor), *“clar, la visió des dels gerents és que sí que se n'ha fet, la visió des dels professionals de base és que no se n'ha fet massa, s'ha fet coses eh la veritat és que tampoc es pot dir que no s'hagi fet res el que passa que potser les notícies que han anat apareixent cap a baix, no? han sigut coses bastant escasses”* (professional).

En el territori on no s'ha fet difusió, alguns informants del proveïdor manifesten que no s'ha fet difusió de la prova als professionals perquè aquesta no té repercussions en els professionals i podrien mostrar reaccions contraproductives amb els altres proveïdors, *“vam veure que al final lo millor era no dir-ho a la gent, no? no dir-ho als metges i a les infermeres que estàvem en un projecte de financiació capítol (...) a nosaltres ni ens donaven més diners ni menys diners passés lo que passés (...) no perquè al menys no rebentaran l'hospital el dia que se cabreen els metges APDs que podrien dir, bueno pues ara li derivo o ara vaya se usted a XXXXX que s'ho faran millor i les podria comprometre i podrien tensionar les relacions entre la primària i l'hospital”* (proveïdor), *“no sé perquè no s'ha fet la suficient difusió, no? perquè també és una cosa important, no? si estàs en una prova pilot saber de què va”* (professional).

6.4 Opiniions dels actors clau

Es van analitzar les opinions dels informants de la prova pilot en general i sobre els seus elements específics, la col·laboració entre els proveïdors del territori, el paper del comprador i les contribucions de la prova.

6.4.1 Prova pilot en general

En les opinions sobre la prova pilot en general emergien aspectes relacionats amb la contribució de la prova, la metodologia utilitzada, els objectius de la prova i els elements que van afavorir i dificultar la implantació de la prova.

6.4.1.1 Contribucions de la prova

Com a sistema de pagament dels serveis de salut, la majoria d'informants considera que el pagament per càpita és una alternativa millor que el sistema de finançament tradicional del sistema català de salut, per línia de serveis, que és incrementalista i inflacionalista, *"l'única manera que tenies de créixer doncs era fent més activitat, fent més activitat, fent més activitat"* (proveïdor), *"que no sigui un pacient captiu per l'hospital"* (comprador).

El comprador veu la prova com una oportunitat perquè els proveïdors centrin les seves estratègies en la població del seu territori de referència i es recuperin les possibles bosses d'ineficiència que persisteixen en el territori. I simultàniament, facilita la seva feina tenir un sol interlocutor representant del conjunt de proveïdors.

Com a risc d'aquest sistema de compra, els informants del proveïdor indiquen que es podria donar un procés de selecció adversa per aquelles patologies o problemes que poden representar una elevada despesa de recursos i que podrien ser derivats fora de zona. En canvi, els problemes assenyalats pel comprador són l'absorció per part dels proveïdors grans del territori als minoritaris i la creació de mínimútes amb les limitacions que això comporta (selecció adversa, tractaments insuficients,...).

Hi ha consens entre informants de proveïdors i comprador en afirmar que la implantació de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional ha comportat un canvi de paradigma envers un sistema que té com a eix l'atenció a la població d'un territori, *"canvi de visió de la demanda a visió de cobertura de població"* (proveïdor), *"posar més en el centre al ciutadà"* (proveïdor), *"l'eix del sistema és l'usuari"* (comprador). Els proveïdors veuen el nou sistema com un instrument que permet compartir objectius, la visió del que s'ha de fer en el territori i el risc, *"ha induït una dinàmica de relació i una dinàmica de visió conjunta i una dinàmica de compartir coses"*. Aquest canvi en la visió de territori promou la coordinació

entre proveïdors, *“ha estat un exercici útil per estimular la cerca de la resolució en el nivell més acostat a la població, ha millorat el nivell de derivació a l'hospital i la qualitat d'aquesta”*.

Una contribució de la prova ha estat la potenciació de la confiança i la transparència entre els proveïdors. Per primera vegada totes les entitats del territori tenien accés a les dades econòmiques de la resta, *“va arribar un moment que jo tenia en paper el que gastava l'hospital, ...”*.

El capítatiu ajuda a canviar el model actual d'atenció que no respon a les necessitats sanitàries actuals, segons l'opinió d'un professional, *“el perfil de malalt que tenim ara no té res a veure amb el que teníem fa trenta anys, però continuem amb el mateix disseny sanitari aquesta és la raó de moltes coses, de mal funcionament, de deficiències, de desencant emocional, de moltes coses (...) ajuda clar, allibera, desencotilla, treus barreres no hi ha primària, ni hospital; ni sociosanitari. Ja t'has carregat dos barreres importants, per tant, fer fluxos transversals que van de dalt a baix de la primària, a l'hospital, al sociosanitari és molt més fàcil”*. Per un altre professional el capítatiu ha representat haver d'augmentar l'activitat privada per obtenir més recursos, *“en el nostre cas que hem d'aconseguir diners per una altra banda, clar perquè hem de potenciar molt les entrades per les mútues i recollir molt bé la informació per poguer després explotar econòmicament aquests ingressos extraordinaris i i no sé gaire cosa més eh t'ho dic en serio”*. Alguns professionals han sentit poc impacte de la prova, *“l'impacte és molt baix a nivell d'usuari i a nivell de professionals eh. Jo sóc jo crec això del capítatiu, a on queda més bé és en el paper i en algunes coses però que bueno vull dir, crec que es podrien fer moltes coses i que no es fan perquè juguen... hi ha moltes coses hi ha molts factors externs que fan que no puguin funcionar”*. Altres professionals han destacat que s'ha guanyat capacitat de gestionar els recursos, *“hem guanyat molta capacitat de gestió (...) que ens ha permès gestionar molt més àgilment i jo penso que ademés hem tingut les persones en el recurs en cada moment de necessitat (...) sempre tens un llit pel moment i per aquella situació i aquella persona que realment ho requereix, jo sí que ho he trobat molt”*

No obstant, molts proveïdors pensen que si s'acabés la prova es mantindrien alguns dels elements introduïts per aquesta, *“la sinèrgia i la dinàmica de treball i d'entesa que s'ha generat a partir de la prova pilot fa que si concloués moltes coses restarien”*.

6.4.1.2 Dificultats en el desenvolupament metodològic

Tots els informants dels proveïdors i compradors coincideixen en afirmar que la prova es va implantar amb una base metodològica i teòrica insuficient que ha dificultat el seu desenvolupament.

Entre els problemes metodològics indicaven la falta de claredat en referència a l'objectiu de la prova, *"no estava clara la finalitat real que perseguia, no semblava que hi havia una gran deliberació intel·lectual i metodològica sinó que més aviat política eh en aquells moments"* (proveïdor), *"jo el que vull saber és si aquesta premissa de la que parteixes té alguna base, està fonamentada... Bueno pot ser una hipòtesis de treball lògicament, si la testes i ho demostres doncs benvinguda serà sempre que no posis en perill a la població"* (proveïdor).

Això també es reflectia en l'opinió d'algun informant que apuntava com a contradictori el discurs del comprador sobre aquest aspecte de la prova, *"no quedava clara la finalitat"* (proveïdor); *"a vegades deien que eren unes proves pilot per veure la bonança i en altres deien que assumien la bonança i deien que l'únic que anaven a fer és començar poc a poc pel que no quedava clar en un principi de què anava"* (proveïdor).

També hi ha consens entre els proveïdors en que se'ls hauria d'haver tingut més en consideració en tot el procés de desenvolupament, ja que ells podien aportar la seva pròpia experiència. Consideren inadequat que no tots els proveïdors participessin en totes les activitats relatives a la prova, *"de vegades hi havia reunions unilaterals en les que nosaltres coneixem que es produïen però no havíem estat convidats"*.

Informants del proveïdor destaquen l'absència d'un equip específic que donés suport tècnic específic per a la prova pilot a qui poder plantejar dubtes, conflictes que apareguessin,... El comprador contràriament creu que no va ser necessari crear aquest grup de suport, *"algunes patronals li demanaven al XXXXX en el seu moment, fes un equip de la... li deien al XXXXX fes un equip de la càpita i en això el Servei Català no va anar per aquesta línia"* (comprador).

Segons el comprador, es pretenia que les proves pilot servissin com a font de coneixement que permetés ajustar la metodologia per a les futures experiències capitatives, *"assentarem unes bases metodològiques i a partir d'aquí començarem a funcionar i crearem tot el desenvolupament del model a partir de l'experiència que traïem dels cinc territoris"*.

Informants del proveïdors coincideixen en qüestionar l'extrapolació dels resultats de les experiències pilot a altres zones per les especificitats concretes dels territoris (dispersió, diversitat de proveïdors, afectació dels territoris per programes especials,...) que els fan ser no representatius de la resta de territoris, *"no serveix com a prova pilot perquè no és reproducible per ningú, està clar, la nostra experiència com ja pensàvem quan nos lo van proposar no li serveix a cap altre"*.

6.4.1.3 Objectius de la prova pilot

La majoria d'informants consideraven adequats, en termes generals, els objectius generals de la prova. Malgrat aquesta coincidència entre els proveïdors, el discurs d'alguns proveïdors

deixa entreveure l'absència d'una definició comuna de conceptes. Es pot observar en les diferents concepcions per al terme equitat, *"equitat és anar veient aquest ciutadà d'aquí què rep amb aquests diners i aquest d'aquí què rep"* (proveïdor), *"el d'equitat fa referència més entre els ciutadans de Catalunya, jo l'entenía, no? A dir en un ciutadà de XXXXX, això és et poso un exemple eh, rep jo què sé eh posem una xifra set-cents cinquanta euros l'any i un del XXXXX eh nou-cents euros any. Dius home no aquí no hi ha equitat, perquè un ciutadà de XXXXX per cobrir les necessitats de salut dels seus ciutadans al territori ha de rebre cent cinquanta euros menys per any?"* (proveïdor); i desacords amb el terme utilitzat pel comprador, *"equitat jo crec que la utilitzaven malament sincerament ¿no?, perquè era més equitatiu el que no deien era per a qui (...) s'ha de saber per a qui és equitatiu ¿no? per a qui és equitatiu, a qui afavoreix, qui guanya, qui perd"* (proveïdor).

En canvi, altres informants dels proveïdors identifiquen altres objectius com a finalitat última del capítatiu. Consideren que es tracta d'un projecte amb objectius econòmics per a la contenció de la despesa, *"l'objectiu era estalviar, no? molt en el fons, no?, per tant el totes aquestes subtilses i de sí el de la coordinació i tal era per a repartir beneficis, no per ser efectius assistencialment"* (proveïdor); i amb interessos polítics per part d'aquelles institucions en les que hi ha presència política en els òrgans directius, *"donar més poder als alcaldes i als agents locals que poguessin d'alguna manera tenir més autonomia en el seu territori"* (proveïdor).

Algun informant del comprador considera els objectius de la prova ideals i difícils d'aconseguir. Altres els contemplen com a instruments per assolir un objectiu últim que seria la integració territorial, *"coordinació, millora del continuum, sinèrgies, col·laboracions, complementarietat,... Aquests serien els instruments per aconseguir la integració de serveis en un territori"* (comprador).

De la seva banda, alguns informants dels professionals perceben que s'han destinat molts esforços a la vessant econòmica del capítatiu deixant fluixa la vessant assistencial, que per a ells seria la més important, *"crec que s'ha desenvolupat molt l'àmbit econòmic, s'ha parlat molt de qüestions econòmiques que puguin afectar i que puguin millorar, però l'àmbit assistencial s'ha deixat una mica coix. Jo crec que l'àmbit assistencial s'hauria de millorar més perquè lo que m'ha faltat a mi"* (professional).

6.4.1.4 Facilitadors de l'evolució de la prova pilot

Proveïdors i compradors coincideixen en assenyalar la voluntat de col·laborar en el projecte dels proveïdors com a element facilitador de la prova, *"depèn molt de les persones que estan en això eh i de la voluntat que hi posen i del fidels que puguin ser"* (proveïdor), *"jo crec que bueno la regió sanitària pot liderar, pot donar unes tot el que tu vulguis però si els proveïdors entre ells no tenen l'objectiu comú de tirar això endavant i de començar a llimar*

reticències entre ells jo aquesta prova crec que no va endavant” (comprador). Un altre aspecte en el que mostren opinions convergents tant proveïdor com comprador és en la bona relació entre les persones o interlocutors que representen les entitats proveïdores, “hi ha un altre factor important que és l’humà i vibracions sí paranormals, no? no és molt científic, tot aquest món de la gestió pesen moltíssim la capacitat d’entendre’s i de feeling i d’actituds personals” (comprador)

Alguns informants del comprador assenyalen els Decrets de la prova pilot i l’Ordre de pròrroga com a facilitadors de l’evolució de la prova pilot. Un informant opina que un factor clau és fer un seguiment estret de la prova, *“el millor sistema per a implantar un procés i per a seguir-lo és el sistema enzimàtic (...) que no té res a veure amb els enzims sinó amb estar a sobre”*.

6.4.1.5 Dificultadors de l’evolució de la prova pilot

En el discurs dels informants es reconeixen nombrosos factors que han dificultat l’evolució de la prova i que es poden agrupar en: relacionats amb el context, relacionats amb els proveïdors i relacionats amb el comprador. En la taula 6 es presenta una síntesis dels factors dificultadors.

Relatius al context

El discurs dels entrevistats, proveïdor i comprador, convergeix en identificar el procés de la reforma de l’atenció primària simultani i incomplet, com un factor que ha dificultat el desenvolupament de la prova. Primer, perquè s’havia d’ordenar el territori i crear àrees bàsiques i segon, perquè no s’ha assolit la reforma completa dels professionals, i la consideren més aparent que real *“la primària es va començar a reformar com aquell que diu a mitja prova del capitiu i això també va ser un element afegit de complicació (...) encara hi som acabant d’ordenar la primària”* (directiu proveïdor), *“va ser una reforma més formal que real o sigui, els mateixos metges i lo que dic jo sempre: los mismos perros pero con distintos collares. I per tant, realment no es va produir una reforma efectiva sinó com dic més formal. I potser això doncs encara s’arrossega ¿no? i treballar amb coordinació amb XXXXX no és fàcil... no ha resultat fàcil”* (directiu proveïdor), *“Evidentment aquí tenim APDs eh i els APDs tot i que fan el seu horari no se’ls pots demanar res de més (...) a mi no em posis ningú més, si et mires també l’horari que fan vull dir a veure no fan estrictament el seu horari, vull dir que no aquí tampoc apretes a la gent no però bueno, no volen, no participen en la resta de coses de l’hospital, si s’ha de fer una guàrdia d’urgències ¿no? pues vale fem una guàrdia d’urgències, no?, són molt capçaleres són molt capçaleres”* (professional).

D’altra banda, alguns directius dels proveïdors coincideixen en esmentar les característiques pròpies del sistema de salut català, amb multiplicitat de proveïdors i per la forma de definir

els territoris -per àrees de referència hospitalària- com un factor que dificulta l'evolució de la prova, *"la sanitat catalana està pensada amb els hospitals comarcals per territori d'hospitals comarcals (...) els territoris que marcava el capítatiu no eren territoris naturals eren àrees d'influència de l'hospital comarcal, no? i aleshores érem tots els que estàvem allà, bueno no eren ni els territoris del CatSalut, eren els territoris de l'hospital"*.

Proveïdors i comprador han percebut una pausa en el projecte capítatiu amb el canvi de govern, *"S'ha de tenir en compte que la prova pilot ha estat influenciada pel canvi de govern. Tot i que s'ha seguit treballant, a nivell més alt (directius) ha sofert una parada perquè molts directius han canviat de lloc de treball i aquests han tardat una miqueta a posar-se en situació, però tot i que s'hagi parat en aquest nivell, s'ha seguit treballant amb els proveïdors"* (comprador); *"potser ara s'ha tornat a reprendre, potser amb el canvi de govern home hi ha hagut una mica de paro com és lògic en totes les coses eh, és lògic eh, perquè clar els que estaven no estaven on estaven"* (proveïdor).

Alguns territoris estaven afectats per programes especials (Altebrat, Alpir) abans de la implantació de la prova. L'objectiu del programa Altebrat era millorar la coordinació entre els proveïdors, per tant, el capítatiu no aportava elements addicionals per incentivar la coordinació entre proveïdors, *"el programa Altebrat es basava en això, no? en una implicació entre l'hospital i l'atenció primària lo millor possible, no? (...) no hem fet res diferent, no hem fet res diferent... no ja lo mmm partíem de la base que lo ja lo intentàvem fer bé, no? i partíem de la base que com tal tampoc tenien motivació per fer coses diferents no?"* (proveïdor).

Relatius al proveïdor

Les divisions territorials d'alguns proveïdors no coincideixen amb els territoris capítatius, que poden contenir dues divisions territorials diferents. Els tres tipus d'informants són coneixedors d'aquesta realitat però només els informants dels proveïdors (directius i professionals) ho perceben com una dificultat, *"no només el teu territori sinó que t'has de coordinar en el teu territori i amb un altre territori, llavors jo crec que això complica el capítatiu"* (directiu), *"l'àrea bàsica de XXXXX és un altre territori, és una altra àrea sanitària i depèn d'un altre (...) perquè sempre XXXXX quedava despenjat"* (professional), *"jo crec que hi ha el màxim protagonisme de la prova pilot l'ha agafat XXXXX (...) això ha generat un problema i és que (...) l'àrea bàsica de XXXXX a vegades hagi quedat una mica com l'últim que s'enterava de les coses, que s'incorporava, sí perquè quedava una miqueta com quedava com orfe, no?"* (directiu).

Directius i professionals del proveïdor convergeixen en afirmar que durant la prova en el territori un dels proveïdors va seguir estratègies contràries a les fomentades pel capítatiu, i va ordenar la realització de proves complementàries fora del territori, *"va arribar un moment que nosaltres havíem durant dos o tres mesos vam haver d'enviar les radiografies*

obligatòriament cap a XXXX, ¿tu et pots creure això? (...) perquè s'enemistaven entre el XXXXX i el XXXXX i aleshores havíem d'enviar dos o tres mesos les radiografies" (professional); "el mateix any que començava la prova pilot es va prendre l'acord unilateral per part de XXXXX de que les proves d'analítiques, sempre fins aquell moment havien vingut aquí a l'hospital, no? (...) doncs el mateix any que comença la prova es pren la decisió que les mostres aquestes vagin al laboratori central que té XXXXX a XXXXX" (directiu).

Directius del proveïdor han identificat les diferències culturals en les entitats com un element d'enfrontament i que ha dificultat emprendre accions conjuntes entre el conjunt de proveïdors del territori, *"aspectes de cultura corporativa que crec que varia molt d'un lloc a l'altre les diverses entitats proveïdores poden tenir cultures corporatives molt diferents i això pot xocar amb aquests objectius globals de resolució".*

En el discurs d'alguns directius del proveïdor emergeix la forma d'entrar en la prova com un element que va dificultar l'evolució. En el cas d'un proveïdor la seva participació no va ser consensuada amb el comprador sinó que més aviat es va veure "obligat" a participar, *"se li donava el tema com una política de fets consumats, i aleshores això generava una certa reticència, és cert, no? generava una certa desconfiança".*

Un dels aspectes que considera el capítatiu és la possibilitat de traspasar professionals entre entitats. Directius i professionals coincideixen en apuntar les retribucions salarials diferents entre institucions com un element que dificulta el traspàs de professionals entre institucions, degut a que els professionals o bé volen la mateixa retribució que un professional de l'altra institució per treballar allà, o bé no vol treballar en una institució on les retribucions són inferiors.

La transferència d'activitats entre nivells assistencials és un altre dels elements que planteja el capítatiu, no obstant això els directius de proveïdors han identificat dificultats ja que aquesta transferència no s'acompanya d'una transferència de recursos i perquè no està clar si aquests recursos s'han de traspasar, *"hem traspassat una activitat per tant, els costos d'aquesta activitat amb algun pacte raonable també els hem de traspasar" (proveïdor); "per exemple el sintrom, no? es vol desplaçar de l'hospital a les àrees bàsiques, però ja n'hi ha unes àrees bàsiques que ho estaven fent. Aviam què és, si està en el catàleg de que s'havia de fer això, no hauria de ser una redistribució de costos o d'assignació sinó que ja hauria de fer-ho amb els diners que tenen. Perquè si n'hi ha unes que ja ho estan fent, perquè les que no han de cobrar ara a banda per fer això? Ho entens, no? i això està passant amb moltes. Vull dir, com que la cartera de serveis no és uniforme dins de les àrees bàsiques doncs quin és el punt zero?" (proveïdor).*

Relatius al comprador

Alguns dels territoris participants en la prova no coincideixen amb les delimitacions de les regions sanitàries del comprador, aquest fet apareix com un element que dificulta el procés d'evolució de la prova en el discurs d'algun proveïdor, *"et toca despatxar amb dos caps de compres, dos caps d'atenció al client, dos gerents de regió diferents amb tarannàs totalment diferents, amb històries diferents, amb no sé hasta amb hàbits diferents, no? Amb caràcters diferents i és clar, de vegades amb missatges que no et diré contradictoris però que no tenien gaire que veure"*.

Els directius dels proveïdors destaquen també la modificació del mapa de les regions sanitàries del comprador i la creació de noves regions com una dificultat, *"hem canviat de regió sanitària, a banda de canviar de regió sanitària el que ens ha passat és que la nostra regió és feta de nou, amb lo qual és clar bueno això encara genera moltes més dificultats (...) si canvies d'una regió a una altra que abans no existia i a sobre ¿no? dintre d'una prova pilot, no? que no està, que som cinc que ho fem, doncs home això ha donat moltíssimes dificultats, no? (...) home doncs senzillament poder parlar de si anem cap aquí o anem cap allà, no? si els recursos han de ser aquests o han de ser dels altres"* (proveïdor).

Taula 6. Factors que dificulten l'evolució de la prova pilot segons grups d'informants

Factors que dificulten l'evolució de la prova	Categoria d'informant		
	Proveïdor		Comprador
	Directius	Professionals	
Context	- Reforma incompleta de l'atenció primària - Multiplicitat de proveïdors - Canvi de govern - Programes especials en alguns territoris pels que el capitiu no aporta elements addicionals	Reforma incompleta de l'atenció primària	- Reforma incompleta de l'atenció primària - Canvi de govern
Proveïdors	- Territoris capitiu no coincidents amb les demarcacions territorials d'algun proveïdor - Retribucions salarials desiguals entre entitats - Cultures diferents entre entitats - Estratègies contràries a la prova - Diferents formes d'entrar en la prova - Dificultat en la transferència de recursos	- Territoris capitiu no coincidents amb les demarcacions territorials d'algun proveïdor - Retribucions salarials desiguals entre entitats - Estratègies contràries a la prova - Portada només a nivell de gerències	
Comprador	- Territoris i regions del comprador no coincidents - Canvis en les regions sanitàries	Territoris i regions del comprador no coincidents	

Font: elaboració pròpia

6.4.2 Elements de la prova

Els elements bàsics de la prova sobre els que s'aglutinen les opinions dels entrevistats són: els criteris d'elecció dels territoris, la fórmula de càlcul de la càpita, la gestió del risc, els objectius marcats pel comprador i el sistema de facturació entre proveïdors i comprador (Taula 7)

Taula 7. Opinions dels actors clau sobre els elements de la prova

Elements de la prova	Tipologia d'informant	
	Proveïdor	Comprador
Criteris d'elecció dels territoris	• Territoris amb voluntat de participar-hi • Territoris amb bona relació amb el comprador • Alguns qüestionen l'extrapolació de les experiències a altres zones per ser territoris amb especificitats concretes i no representatius	• Territoris amb proveïdors diferents en nombre, però sense una gran dispersió de titularitats i amb voluntat de col·laborar • Infraestructura mínima: primària i hospital • Territoris ben definits • Territoris on hi havia una certa garantia d'èxit
Fórmula de càlcul	• Possibilista • Càlcul a partir de la despesa històrica • Falta de transparència • Factor d'ajust "caixa negra" • No recull els canvis de població • Problemes en l'establiment del nombre d'habitants • Penalització de l'eficiència	• Possibilista • Càlcul a partir de la despesa històrica • Factor d'ajust amb variables factibles • Penalització dels territoris eficients • No recull adequació de serveis
Gestió del risc	MHDA • No gestionable, depèn de l'atzar • Espanta als que l'han de gestionar per les repercussions que pot tenir Gestió mancomunada del risc • Problemes en l'assignació d'usuaris entre entitats • Capacitat de gestió limitada • Escassa repercussió dels resultats en algunes institucions • Disponibilitat d'informació limitada • Farmàcia: Penalització de l'eficiència, objectius massa diferents entre institucions • Desplaçats: Dificultats en el recompte • Taxis i lliuraments: Interacció política, concert ambulància centralitzat	MHDA • Medicació inclosa en l'històric • Contrarrestable si existeix justificació Gestió mancomunada del risc • Escassa repercussió dels resultats en algunes institucions • Disponibilitat de la informació limitada • Farmàcia: Penalització de l'eficiència • Desplaçats: Dificultats en el recompte • Taxis i lliuraments: Interacció política
Objectius del comprador	• Negociació limitada • Objectius no assolibles en el període d'un any • Evolució lenta i amb canvis escassos • Orientació limitada a resultats • Duplictat d'objectius	• Definits pel comprador amb les regions, patronals i proveïdors • No incentivaven (no lligats a part econòmica) • Disminució eficiència al ser homogenis per totes les zones
Sistema de facturació	• Doble facturació: • Increment cost • Regularització: – Últims en formalitzar els contractes – Creació de tensions econòmiques	• Única manera de pagar mensualment • Manera de no perdre informació sobre l'activitat realitzada

Font: elaboració pròpia

6.4.2.1 Criteris d'elecció dels territoris

Comprador i proveïdors no coincideixen en la definició dels criteris de selecció dels participants en la prova pilot. Segons els informants del comprador es van escollir: territoris amb proveïdors diferents en nombre però sense una excessiva dispersió de titularitats, amb una infraestructura mínima d'atenció primària i hospitalària i que estiguessin ben definits territorialment. Un informant destaca a més els territoris on s'intuïa una certa garantia, *“que els vagi bé als que l'apliquen primer perquè si els hi va malament ningú voldrà apuntar-se al carro”*. No es va definir un nombre de territoris inicial per participar en la prova, *“es va anar mirant i vam dir doncs mira aquí podem començar, aquí també podem començar, aquí podem començar, aquí podem començar i van començar cinc”*.

Mentre que la voluntat de participar en la prova és compartida pels informants de proveïdor i comprador com un criteri considerat en el moment d'escollir els territoris, en el discurs d'algun informant emergeixen la bona relació entre el territori i el comprador i els vincles personals amb alguns territoris com a determinants per a la seva elecció, *“jo crec que van ser territoris que hi havia bon rotllo amb el comprador en aquell moment, per raons més així de feeling personal”*; *“llavors el XXXXX va estar molt interessat en que participés (...) estava interessat, va dir, va presentar-lo el càpita ha dit el XXXXX que està molt interessat pues cap endavant, participarà en el programa capitiu”*.

6.4.2.2 Fórmula de càlcul de la càpita

Proveïdor i comprador convergeixen en assenyalar que el càlcul de la càpita a partir de la despesa històrica com a punt de partida era l'única cosa que es podia fer. Un altre punt de trobada en els discursos de proveïdor i comprador és la percepció que la fórmula penalitza als territoris més eficients com a conseqüència del càlcul de la càpita a partir de la despesa històrica, *“d'entrada penalitzes al més eficient i si hi ha hagut gent que ha sigut més eficient d'entrada i gent que no ho és gens (...) i en canvi segueixes partint de la base, i els creixements són els mateixos que tens amb l'altre, pues sempre hi ha una inequitat de calaix (...) aquí jo tinc territoris per aquí més cars que lo que és XXXXX a la que entrin en capitiu partiran d'una base molt més alta”* (comprador).

En canvi els informants de proveïdor i comprador divergeixen en les consideracions de la fórmula i el factor d'ajust. Segons els proveïdors la fórmula no era gens adequada, *“la fórmula concretament pues que és molt perversa, que la fórmula que hi ha hagut fins ara jo crec que és dels elements més criticables del sistema si no el que més”*. No era transparent i, sobretot, qüestionen el factor d'ajust, que alguns han anomenat “caixa negra” a causa de la limitada informació de la que es disposa, *“aquest factor corrector d'on surt? No ho sap ningú, és un factor corrector fantasma, no surt d'enlloc. D'on surt? Surt pura i simplement del factor corrector que jo haig d'aplicar a la càpita de Catalunya, perquè a mi em doni al final pel*

número d'habitants que tinc la xifra que jo vull que surti al final, aquesta és la realitat", "al final (el factor corrector) és una caixa negra que no sabem ben bé com s'acaba calculant". Segons el comprador es van incloure en el factor d'ajust aquelles variables de les que es pogués disposar d'informació i que aquesta es pogués obtenir anualment.

Només els entrevistats dels proveïdors identifiquen problemes en establir la població de referència del territori, tant pel que fa al nombre real com al moment escollit per definir-lo, "com que es calcula a partir dels usuaris enregistrats a l'RCA doncs aquí jo penso que tenim el primer problema, hi ha un gran decalaix entre el RCA i lo que tenim aquí censat", "el RCA no va bé, cada vegada va millor eh, però per exemple nosaltres fem modificacions en el nostre XXXXX i que triguen potser dos mesos a vegades en actualitzar-se a la RCA", "em preocupa molt perquè el RCA no el tenim actualitzat, tenim problemes de suport logístic, no tenim accés directe a l'RCA".

La fórmula tampoc aconsegueix reflectir els canvis en la població del territori, el pressupost no l'acompanya conseqüentment el creixement de població, "l'únic defecte que té és que no sempre reconeix els creixements de població o els reconeix tard" (proveïdor), "jo miro en els tres últims anys 2002, 2003 perdó 2003, 2004, 2005 i miro la càpita per habitant, pues es manté estable amb una lleugera disminució, per què? Perquè ens han augmentat més els habitants de lo que ens ha augmentat el pressupost per cada habitant que ha vingut" (proveïdor).

6.4.2.3 Gestió del risc

En referència a les partides a risc que han de gestionar mancomunadament els proveïdors del territori hi ha discrepàncies. El comprador opina que els proveïdors van a risc amb tot allò que realment és gestionable, opinió contrària als proveïdors que consideren que només és gestionable la partida de farmàcia. Però també hi ha punts de trobada en el discurs dels informants.

Proveïdor i comprador tenen opinions diferents relatives a la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria. Els proveïdors creuen que és una partida no gestionable i que depèn de l'atzar. També crea reticències a l'hora de gestionar-la per les repercussions econòmiques que pot tenir, *"que per distribució aleatòria resulti que la comarca hi ha un pacient d'aquests o n'hi hagi mitja dotzena pues, i que és algo que escapa a la nostra capacitat de gestió el fet del número de pacients que tinguin la mala sort de tenir aquesta malaltia o que sigui una malaltia hereditària i que toqui a una família en aquí que la tingui, pues pot ser un desastre, no? el impacte econòmic"* (proveïdor). El comprador en canvi, opina que la despesa que origina ja està recollida en l'històric del territori, però que si en un moment donat aquesta despesa incrementés per nous habitants, turistes que requereixen aquest tipus de medicació, si es pogués justificar dita despesa el comprador la

contrarestaria, “si hi ha un pacient súper complicat, no? i és del territori i ja està en el territori i és atès en el seu territori, en principi en la despesa real de la zona ja està implicada. Si jo parteixo del que s’ha gastat realment en la zona i allà està el pacient complicat, ja està el pacient complicat recollit” (comprador); “si és alguna cosa així més d’un pacient que no és seu i que els ve i que els fa una despesa molt important ja t’ho diuen, llavors el Servei es fa responsable, ja mirem potser no en el mateix any, doncs perquè hi ha un conveni signat i no podem fer res, però li dius bé tu tranquil assumeixo, l’any que ve ho arreglarem” (comprador).

Una altra discrepància es refereix a la capacitat de gestió dels proveïdors sobre les despeses lligades a “riscos catastròfics”, tractaments diagnòstics i terapèutics d’alta tecnologia, molt cars i que amb molts pocs casos en territoris amb un nombre d’habitants petit, desborda la DMA de farmàcia i el marge de gestió és gairebé inexistent, “hi hauria d’haver-hi una partida a banda de la del càpita que vingui coberta per els riscos catastròfics o n de casos doncs que no es pot gestionar eh, sobretot partides de farmàcia i noves tecnologies” (proveïdor), “És una partida que fa molta por eh, si ja et dic si fóssim una n més grossa no, però amb una n petita a mi em fa molta por aquesta molta. Clar una cosa que depèn de que afecti aquell any tres o quatre persones més això no pot ser quan a més a més fas bé ho utilitzes correctament, no?” (proveïdor).

Proveïdors i compradors convergeixen en assenyalar que moltes de les accions que s’haurien d’emprendre per controlar la despesa en lliuraments és difícil executar-les pels lligams amb les autoritats polítiques d’alguns territoris, “farem un sistema de transport que no sé què, no clar és que decisions polítiques no es poden prendre perquè el taxista de molts pobles viu d’això ¿no?, bueno el taxista és l’alcalde, el germà de l’alcalde pues clar no podem fer transport col·lectiu perquè sinó el taxista no cobra d’això, no?. Viu i vivien tots els taxistes que eren un clan de clar i la gent de XXXXX deia no vosaltres lo teniu molt fàcil però nosaltres resulta que l’hospital rep la pressió” (proveïdor). Les partides de transport sanitari i lliuraments no són gestionables segons els proveïdors a causa dels concerts centralitzats en els que ells no tenen capacitat de decisió.

Un punt de trobada entre el discurs d’informants de compradors i dels proveïdors es refereix a la gestió dels desplaçats. Els desplaçats presenten factors que dificulten la seva gestió: el seu recompte, ja que la informació arriba tard i la limitada capacitat d’actuar sobre aquella població que, per motius diversos (hàbit, dificultats en el desplaçament,...) és atesa en un centre hospitalari fora del territori.

Ambdós grups d’informants identifica com a problema important l’oportunitat de la informació, ja que la informació necessària per millorar la gestió arriba quan ja no hi ha capacitat per revertir la situació, “no pot ser que sàpiga avui que fa un any em vaig arruïnar” (proveïdor); “el nostre territori és molt més obscur o sigui tenim molta menys informació per

prendre decisions és a dir, la informació sobre com evoluciona la DMA pues t'arriba sis mesos tard a llavors no pots prendre decisions" (proveïdor), "tenir una mica més d'agilitat en sistemes d'informació, crec que també és bàsic ¿no?. Perquè potser hi ha sistemes d'informació que fins i tot el Servei Català de la Salut doncs els tenim molt tard i els donem als proveïdors molt tard, no?. I sí que els tenen però bé hem de mirar d'agilitzar una mica més tot el que és sistemes d'informació" (comprador).

Segons totes les categories d'entrevistats un element negatiu de la gestió del risc són les diferents repercussions que tenen els resultats d'aquesta gestió en les institucions. En un proveïdor aquesta repercussió és inexistent degut a la incompatibilitat de la seva titularitat amb el traspàs de fons des del comprador, *"és una mica injust que si estan participant en una prova i estan jugant activament i a part amb bona voluntat i que s'està fent bé, que tampoc no es vegin recompensats" (comprador), "les dificultats són instrumentals eh, no hem pogut jugar amb les mateixes regles del joc que la resta quan jugàvem partides a risc, quan parlàvem de traspàs de recursos d'una entitat a una altra pues ens és més difícil" (proveïdor), "el XXXXX té molt marcat el sistema retributiu, els diners que podia haver estalviat en farmàcia no els rebia el XXXXX sinó que era el Servei que se'ls estalviava i llavors s'havien de buscar fórmules perquè aquells diners poguessin diguem redundar en benefici de XXXXX" (proveïdor).* L'única manera que les seves eficiències en les partides a risc revertissin en ell va ser mitjançant la compra de productes per altres entitats que ells utilitzaven, *"bueno depèn o amb inversions, o li paguem perquè necessita un aparell i li comprem, no? xenxullos" (proveïdor), "com que ell tampoc pot rebre diners ens hem d'entendre amb espècies, tse escolta xapuces, xapuces perquè sinó no ho rebrà XXXXX XXXXX ho rebrà XXXXX de dalt i o economia i finances ¿no? perquè no té capacitat el territori de fer transacció econòmica" (proveïdor).*

Un altre aspecte en el que coincideixen proveïdor i comprador és la visió de penalització dels territoris més eficients en el capítol de farmàcia. Com que es fixa una DMA en funció dels resultats de l'any anterior, el marge de gestió any rere any disminueix, de manera que un territori molt eficient pot arribar a quedar-se sense marge de gestió i, per tant, hauria de començar a disminuir la qualitat.

Una altra dificultat que emergeix en el discurs de proveïdors és l'assignació dels usuaris entre entitats ja que afecta als resultats en farmàcia de cada entitat. Si les poblacions no estan ben assignades aleshores se'ls pot penalitzar.

Els professionals, en canvi, en el seu discurs manifesten el problema de tenir objectius molt diferents entre entitats en la prescripció farmacèutica, *"de prescripció mèdica trobo que no anem pels mateixos camins, no? nosaltres tenim un estàndard de qualitat molt estricte i ells no el tenen i tenim problemes en aquest sentit".*

Com a aspecte positiu, el comprador considera que amb la necessitat de gestionar el risc els proveïdors han guanyat capacitat de gestió, *“una de les queixes que hi ha o que hi ha hagut històricament és que no es fa gestió perquè no hi ha capacitat de participar en els beneficis de la gestió, bé doncs ells tenen una capacitat de fer gestió i (...) de que repercuteixin els beneficis de la gestió. Però clar quan jugues, jugues”*.

6.4.2.4 Objectius marcats pel comprador

La majoria d'informants dels proveïdors coincideixen en qualificar d'útils, en termes generals, els objectius marcats pel comprador al principi de la prova als proveïdors, *“ajudaven als proveïdors a prioritzar entre totes les actuacions que podien realitzar”*.

No obstant això, mencionen com a aspecte negatiu, que la negociació dels objectius va ser limitada, *“una negociació que permetés realment moure coses o definir objectius molt diferents dels que s'havia dels que ja estaven preestablerts doncs no va haver-hi gaire ocasió, no?”, “no, els objectius de la càpita no es negociaven, no lo que sí que hem arribat a negociar és si en algun moment hi havia alguna cosa que a lo millor en altres llocs s'estava fent i en aquí no o a la inversa”*. També consideren que els objectius han evolucionat molt lentament durant els cinc anys de la prova, de manera que gairebé no hi ha diferències entre els inicials i els actuals; si bé reconeixen que s'han anat orientant lleugerament a resultats, *“jo crec que estaven poc treballats, és a dir, es van estar repetint durant tres anys (...) jo crec que eren uns indicadors massa genèrics, a vegades hi havia, o sigui generaven poca informació real sobre allò que estava succeint al territori”*.

Però la crítica fonamental dels proveïdors en relació als objectius és la dualitat, és a dir, es manté una duplictat d'objectius. Per un costat conserven els objectius dels contractes tradicionals i per un altre, han de donar resposta als que estan sotmesos per ser prova capitativa, *“als que estàvem en càpita ens han avaluat pel doble eh o sigui jo he hagut de contestar cada any una doble bateria d'indicadors, no ens enganyem això és una barbaritat eh. Jo he hagut de contestar tots els indicadors de resultat de la càpita i paral·lelament he hagut de fer tota l'avaluació tant dels hospitals com de les àrees bàsiques”*.

De la seva banda, els informants del comprador afirmen que els objectius inicialment es van definir pel comprador, amb les regions sanitàries, les patronals i els proveïdors.

Segons el comprador els objectius no incentivaven als proveïdors, ja que no estaven lligats a la part variable del pagament en el contracte, *“una part qualitativa si no s'acompanya d'algun tipus d'incentiu, només el de sortir bé a la foto, no crec que sigui suficient”*. Consideren també que alguns territoris van disminuir la seva eficiència quan es va passar dels objectis fixats per la Regió, especialment quan les regions els tenien ben treballats, a objectius fixats pel nivell central iguals per a tots els territoris, amb petites variacions

“...tenien que superar un llindar molt més alt al qual s’hi acostaven.... ara és més baix perquè s’han homogeneitzat”.

6.4.2.5 Sistema de facturació

El manteniment de dos sistemes de facturació, el tradicional per línia de serveis i el conjunt, es considera com un aspecte negatiu. En el discurs dels proveïdors podem identificar el desacord amb aquest sistema: el primer seria perquè provoca un increment del cost en l’estructura administrativa en els proveïdors, *“hi ha un doblatge en l’estructura administrativa, de la burocràcia i això penalitza al proveïdor”*; el segon motiu està relacionat amb la regularització, el territoris capitatius són els últims en formalitzar els contractes i per tant, la regularització arriba tard i els crea tensions econòmiques.

Segons els informants del comprador l’única manera de poder efectuar pagaments mensuals era mantenir el sistema de facturació antic i evitar que es perdés informació sobre l’activitat realitzada pels proveïdors.

6.4.3 Col·laboració entre els proveïdors del territori

Directius del proveïdor i comprador coincideixen en afirmar que la col·laboració entre els proveïdors a nivell personal ha estat bona o molt bona entre els directius. En canvi, existeix diversitat d’opinió entre els professionals en les percepcions sobre aquest mateix aspecte, tot i que en general la seva percepció és que la col·laboració ha estat bona, puntualitzen que en casos concrets no ha estat així, *“te feien sentir que no... ho veien... no eres persona grata”, “Costa més la relació amb alguns metges de primària, que és on falla aquí només amb alguns però és un problema de individualitat i potser parlaria de dos tres persones”* (professional).

Proveïdor i comprador estan d’acord en apuntar l’aparició de conflictes i desavinences puntuals entre les entitats durant la prova, que en un territori els va portar a aturar les activitats de col·laboració iniciades al començament de la prova, *“hi ha hagut moments de que un o l’altre o varis dels assentats en una taula doncs no ens hem sentit còmodes”* (proveïdor).

Com a elements facilitadors de la col·laboració ambdós informants, destaquen en primer lloc, les característiques específiques dels representants de les entitats designats pel capitiatiu. Creuen que equips diferents haurien obtingut una qualitat diferent en la relació establerta o en els continguts del que s’ha fet. Un altre element que citen com a facilitador de la bona relació és el fet que es coneguessin amb anterioritat a treballar junts.

Entre els factors que han dificultat aquesta relació proveïdor i comprador citen els límits jurídics d'alguns proveïdors del territori, que comporten una escassa capacitat de gestió territorial i de corresponsabilització en els resultats del territori.

La presència d'autoritats polítiques en els òrgans directius d'un proveïdor ha dificultat la col·laboració entre proveïdors, segons alguns informants dels entrevistats, *"he vist una gran dificultat també a través de XXXXX i he vist que estan que tenen secuestrats els alcaldes dels municipis, els consells comarcals. Quan dic secuestrats és una paraula molt lletja ¿no?, però com que ells formen part del Consell d'administració i dels òrgans de decisió del propi XXXXX he vist que decisions en clau capítativa que tenien que prendre ells no s'han atrevit a prendre-la per no molestar o enfadar als representants municipals"* (proveïdor).

Proveïdor i comprador coincideixen en destacar com a dificultador per a la col·laboració el limitat coneixement de la prova dels professionals directament involucrats en l'atenció, *"la col·laboració ha estat molt lastrada, molt penalitzada pel poc coneixement dels metges i infermeres de l'atenció primària de l'experiència capítativa"* (proveïdor).

Col·laboració amb proveïdors amb presència en diferents territoris

A més dels proveïdors localitzats en un únic territori, en diversos territoris capítatius hi ha unitats operatives de proveïdors que també gestionen en altres territoris. D'aquests trobem dos tipus a) amb contracte amb el comprador i b) amb pressupost independent, assignat directament pel Departament de Salut.

En el primer cas, el comprador negocia per al territori capítatiu amb el gerent de l'organització, de manera que les negociacions es fan al marge dels directius locals. Existeix coincidència en el discurs dels informants dels altres proveïdors que apunten que la voluntat d'aquests de gestionar tot el territori com a causant recel en la voluntat de col·laborar amb l'altre proveïdor, *"havia manifestat moltes vegades la voluntat, a més amb de manera clara pels diaris i per reunions, de gestionar tota l'atenció sanitària a través del capítatiu (...) ens sentíem amenaçats, amenaçats eh. Per això una mica no ens anava malament el discurs del blindatge institucional també, o sigui col·laborar però fins un punt"*.

En el segon cas, al començament de la prova no hi va haver una negociació. En el discurs d'alguns informants dels altres proveïdors mencionaven com a dificultat per a la participació en la prova l'escassa capacitat de gestió i de corresponsabilització de les unitats operatives d'aquest proveïdor. Com a factors que la limitaven mencionaven, els límits jurídics propis de la institució i el suport donat a la prova des del nivell central. El suport del nivell central d'aquest proveïdor va variar des de donar ordres de no fer res fins a deixar a la iniciativa del territori el grau d'implicació en la prova, *"no ha sigut un projecte molt institucional, ha sigut molt portat des dels territoris...hem tingut una autonomia per no dir independència total"*,

“nosaltres teníem una dificultat important perquè la direcció no s’implicava. És més, no només no s’implicava sinó ens deia que no féssim res del capítatiu”. En alguns territoris, al principi, va ser com si la prova no existís “els tres primers anys de la prova XXXXX no en va voler saber absolutament res...va generar com uns anticossos...parlar de la prova pilot capítatiu dintre de XXXXX era com una espècie d’anticristo”. En els últims anys però i amb el canvi en els càrrecs directius d’aquesta institució s’ha anat implicant més en la prova.

6.4.4 Paper del comprador

Els discursos de la majoria dels proveïdors i comprador són contraposats en relació al suport proporcionat durant la prova. D’una banda, alguns informants del comprador opinen que va proporcionar suport als proveïdors lliurant-los ajuda a demanda i vetllant perquè tots els proveïdors estiguessin igual de representats. Si bé que algun informant del comprador també reconeix que la implicació del comprador ha estat desigual en els territoris. Entre els informants del comprador, pel que fa al lideratge de la prova existeix discrepància entre els serveis matrius i les regions.

Els proveïdors, ans al contrari, troben que han rebut un suport molt limitat per part del comprador, amb pocs contactes i desigual en el temps, *“se’ns ha deixat una mica a la mà de déu, de campí qui pugui. És a dir, mira això ha anat bé, però no ha anat bé perquè hi ha hagut un compromís i un seguiment. Que no hi ha hagut de vegades molts anys recolzament amb què i poca serietat per part del Servei Català de la Salut en que això si és una experiència pilot doncs vol dir que s’ha de seguir, hi ha d’haver una gent de contacte, hi ha d’haver unes avaluacions conjuntes i aprendre conjuntament i treure’n unes conclusions finals”, “ens han deixat tirar a la piscina, però no sabem la quantitat d’aigua; se’ns ha deixat una mica a la mà de déu, de campí qui pugui”, “jo diria bàsicament dues fases, una fase que és la que treu el projecte i se n’oblida una mica eh, poc recolzament, poca força i en els últims anys doncs hi ha molta més valentia del reforç polític en que hi ha això i un posicionament sobretot a nivell de Servei Català de la Salut i a nivell de regió de que és que realment s’ha d’anar més per aquí”.*

Un altre factor obstaculitzador que apareix en el discurs de proveïdor és la falta de coordinació entre el nivell central i les regions sanitàries del comprador. Consideren que les regions freqüentment no disposaven de la capacitat per resoldre els dubtes que sorgien en els proveïdors i altres, que donaven informacions diferents. *“hi havia un divorci absolut entre lo que deia el Departament i la Direcció del Servei Català de la Salut amb la Regió”, “a part del nivell central ningú en parlava (del capítatiu) és a dir, quan jo anava a les regions sanitàries a l’any 2002 a explicar alguna cosa o a preguntar alguna cosa del capítatiu em deixen que no sabien ni de què estàvem parlant, ells no havien rebut cap instrucció”*

Un altre problema sentit pels proveïdors va ser el fet d'haver de tractar amb dues regions diferents, per no coincidir els territoris de la prova amb la divisió regional del comprador. Això va duplicar els esforços per la part dels proveïdors, que podien rebre missatges diferents.

Segons l'opinió dels proveïdors, el comprador ha demostrat poca fortalesa i seguretat sobretot al principi de la prova. No ha donat suport explícit quan han aparegut conflictes dins de les institucions centralitzades entre territori i nivell central. El discurs d'algun informant dels proveïdors puntualitza que s'ha donat massa autonomia als territoris i que el comprador hauria de marcar més les directrius a seguir, un exemple seria amb la indefinició en la transferència de recursos per acompanyar transferència de serveis entre els nivells assistencials.

6.5 Canvis proposats en el sistema de pagament

Els canvis proposats pels informants es relacionen amb els aspectes tractats en els apartats anteriors.

Un informant del proveïdor opina que el comprador hauria d'obligar als proveïdors del territori a formalitzar una aliança estratègica. Com a possible aliança es proposa la creació d'associacions d'interès econòmic, que respectés la personalitat jurídica de cada institució, que tingués uns estatuts i uns objectius comuns, i que es reunís periòdicament, *“si jo hagués de muntar-ho ho faria si no imprescindible obligatori tot això (les aliances), buscaria els mitjans perquè els proveïdors entenguessin que és obligatori”*.

El conjunt de proveïdors opina que s'han d'aprofundir els objectius en el sentit d'orientar-los més a resultats, *“els objectius del capítol cada vegada haurien d'anar més orientats a també aquesta visió més de cobertura poblacional i més de resultats en salut del territori”*. A més, hauria d'haver-hi només un conjunt d'objectius, que arribés com un paquet únic pel conjunt de proveïdors del territori. També, pensen que haurien de poder pactar-los amb el comprador i de lligar-los a les necessitats concretes del territori. Per la seva banda, els canvis proposats pel comprador en relació als objectius, serien, en primer lloc, lligar-los a la part variable del contracte. A més, s'haurien de fixar, a nivell de Catalunya, uns objectius generals orientatius, i després a cada territori se'ls haurien de posar llindars diferents i periodificar l'assoliment dels objectius.

El comprador hauria d'explicar el factor corrector de la fórmula de càlcul, hauria de ser visible, clar i hauria d'incloure variables com ara les rentes, immigració, dispersió,...; el comprador també hauria de compartir el càlcul de la càpita amb els proveïdors. La càpita

hauria de ser sensible als canvis poblacionals i hauria de ser homogènia a nivell de Catalunya.

Entre els canvis que s'haurien d'introduir, per ambdós tipus d'informants consideren fonamental poder disposar d'informació per fer una bona gestió del risc. Els proveïdors opinen, a més, que les partides no gestionables s'haurien de treure del risc.

Segons l'opinió dels proveïdors, el comprador hauria de tenir un lideratge únic, amb un equip tècnic exclusiu pel capitatiu que donés suport al projecte i que fos el responsable d'assessorar i resoldre els dubtes dels proveïdors. Aquest equip també contribuiria de forma explícita a la resolució de conflictes dins les institucions multiterritori, entre territori i nivell central. A més, el comprador hauria de solucionar els problemes identificats en aquesta fase: donar més participació als proveïdors en la discussió dels canvis metodològics; estipular la transferència de recursos amb la transferència de serveis entre nivells assistencials; definir un sistema d'informació per tot Catalunya; i definir el paper dels governs territorials.

7 Discussió i conclusions

La utilització del finançament per càpita com a mecanisme de remuneració dels serveis de salut no és nova al context nacional ni internacional. En molts països desenvolupats, es fa servir l'assignació per càpita com a instrument de racionalització i de contenció de les despeses (1;2), i en els últims anys, per fomentar la cooperació entre proveïdors (2). Però, el que constitueix un tret particular de l'experiència a Catalunya és l'assignació d'una càpita a un *sistema de salut integrat amb afiliació territorial*, constituït **pel conjunt de proveïdors de diferent titularitat del territori**. El sistema de compra en base poblacional s'introdueix com a instrument incentivador de la cooperació i integració de la xarxa de proveïdors del territori (38), per superar la segmentació de l'atenció a la que havia conduït un sistema de compra de serveis de salut molt poc integrat, amb incentius econòmics i objectius contraposats a la coordinació (2;4).

Els actors socials que han participat en la prova, coincideixen en considerar el sistema de pagament per càpita com una alternativa millor al sistema de finançament per línia de serveis. Els proveïdors consideren que el nou sistema indueix una dinàmica de relació entre ells, de compartir objectius i contribueix a desenvolupar una visió conjunta de territori i, en definitiva, a coordinar l'atenció de la població a la que donen cobertura. En aquest sentit, la prova pilot ha estat senyalada per compradors i proveïdors com un estímul a la col·laboració, al diàleg.

No obstant això, l'anàlisi dels processos desenvolupats en els diversos territoris pilots per tal de millorar la integració de la xarxa de proveïdors mostra resultats molt escassos i limitats, atribuïbles a les dificultats assenyalades pels informants, i que estarien relacionades amb el disseny i execució de la prova, les característiques i dinàmiques del sistema de salut a Catalunya, i el paper del comprador i el proveïdor.

Aliances i canvis introduïts en els proveïdors del territori

Sota una assignació per càpita, s'esperarien canvis en el conjunt dels territoris pilots encaminats cap a una major integració assistencial: l'establiment d'aliances que faciliten la coordinació assistencial, objectius i estratègies compartits pel conjunt de proveïdors, estructures organitzatives orgàniques amb elements de transversalitat, i mecanismes compartits de coordinació assistencial (24-26). No obstant això, el sistema de compra en base poblacional, tal i com ha estat dissenyat i executat durant la prova, no sembla haver generat incentius suficients per tal que es desencadenessin aquests canvis.

Malgrat que un dels objectius de la prova va ser la formalització d'aliances al territori, només s'ha donat en un cas. Tampoc es van signar anualment, els convenis de col·laboració entre proveïdors, primer pas per la constitució de les aliances. Els informants han identificat d'una banda, la por de perdre la identitat com a entitat, i de l'altra, la personalitat jurídica d'algunes entitats, com els principals dificultadors de les aliances. No obstant això, es podien haver desenvolupat aliances de tipus virtual. Però no va succeir.

Quins han estat els factors que van permetre que en aquest territori es conformés una aliança a diferència de la resta? La necessitat d'organitzar-se en un territori amb un nombre elevat de proveïdors i amb diferents titularitats podria ser un factor explicatiu. No es pot obviar que en el territori on s'ha formalitzat l'aliança territorial ja existia una experiència de col·laboració prèvia, l'associació d'interès econòmic. En canvi, un proveïdor majoritari en un territori no sentiria tanta necessitat d'establir aliances amb el minoritari i aquest, per la seva banda, podria ser molt recelós de ser absorbit pel proveïdor majoritari. En el cas de proveïdors multiterritori, podria prevaler la visió de l'organització per sobre de la visió del territori, a l'hora d'establir aliances. En canvi per al desenvolupament de la col·laboració a nivell territorial, els directius locals jugarien un paper fonamental.

La constitució de l'aliança sembla ser l'element catalitzador dels canvis que segons la literatura, són un primer pas per millorar la integració assistencial (24-26), donat que tan sols en el territori on s'ha configurat s'ha desenvolupat una missió, valors i visió conjunta; s'ha anat més enllà dels objectius del conveni marcats pel comprador i s'han desenvolupat línies d'acció comunes, i s'han produït canvis organitzatius per coordinar les funcions de direcció de la xarxa.

Els resultats de l'estudi semblen indicar un limitat desenvolupament conjunt de mecanismes de coordinació entre els proveïdors territorials i diferent segons els territoris com a conseqüència de la implantació de la prova. Tan sols on hi havia una transferència real de risc i els proveïdors van haver de compartir un pressupost, es van desenvolupar mecanismes de coordinació conjunts. Sobretot en farmàcia per ser la partida que gestionada conjuntament de manera eficient representava una font de recursos econòmics. Probablement, com que la càpita mai va ser conjunta i cadascú va rebre un pressupost separat, els proveïdors no van percebre que estaven sota un pressupost comú i no es van donar els incentius per millorar la coordinació assistencial desenvolupant mecanismes de coordinació. Un altre element que actuava en contra aquests incentius, va ser que els objectius globals del capítol no anessin lligats a incentius econòmics.

En referència a la resta mecanismes de coordinació assistencials identificats en molts territoris, tenint en compte a) les opinions dels informants sobre la seva utilització, b) el limitat coneixement dels professionals d'aquests mecanismes i c) la repetició d'aquests instruments any rere any en les avaluacions, no semblen ser el resultat d'un esforç conjunt

sinó, principalment de l'intercanvi dels que ja existien. S'hauria de fer una avaluació de la seva utilització i del grau d'adherència dels professionals als mateixos.

Entre aquests mecanismes, el desenvolupament d'un sistema d'informació integrat als territoris és essencial per coordinar l'atenció dels pacients i per gestionar tota la informació que comporta el sistema capitiu, però malgrat el consens que existeix, només s'ha concretat en un territori.

Coneixement de la prova pilot

La prova pilot implicava en últim terme un canvi en les cultures de les organitzacions implicades, ja que la implementació dels objectius i estratègies comunes requereix que els seus membres els acceptin i es comportin d'acord. És a dir, que es doni una substitució de cultures compartimentades per entitat i nivell assistencial, per una cultura més comú, amb valors i actituds de col·laboració al territori, treball en equip i orientació als resultats (31). Un pas previ per aquest canvi cultural, hauria estat que els diferents actors involucrats en el procés de coordinació assistencial coneguessin la prova i, especialment, les estratègies i instruments desenvolupats. El coneixement de la prova pilot, no obstant, estava limitat a les persones que han estat en contacte directe. La prova i els seus instruments s'han quedat en el discurs dels directius dels proveïdors i del comprador, i no s'ha fet extensa als professionals dels serveis, probablement a causa d'una baixa difusió de la mateixa i dels mecanismes de coordinació desenvolupats.

Factors facilitadors i dificultadors de la implantació del prova

Els resultats de l'estudi posen de manifest un desequilibri entre factors facilitadors i obstaculitzadors de la implantació i el desenvolupament de la prova pilot: pocs factors que la faciliten en contraposició al nombre elevat que la dificulten. Però també la divergència entre les opinions dels compradors i proveïdors, els quals han manifestat més crítiques a la prova.

Factors facilitadors

Proveïdors i compradors coincideixen en assenyalar que l'element principal que ha facilitat el desenvolupament de la prova ha estat la voluntat de col·laborar dels proveïdors, basada en una bona relació entre els interlocutors que representen les entitats proveïdores al territori. Aquest factor no sorprèn que hagi aparegut entre els resultats ja que un dels criteris d'elecció dels territoris era la voluntat d'entrar en la prova. I té importants implicacions en relació a l'èxit que es podria assolir amb l'extensió d'una prova amb les mateixes característiques a territoris on s'obligui als proveïdors a participar i/o entorns més hostils a cooperar.

Factors dificultadors

La voluntat de col·laborar per part dels proveïdors participants sembla ser insuficient per a un desenvolupament adequat del sistema enfront de les dificultats - relacionades amb el disseny i implantació de la prova, context i rol dels actors – identificades en l'anàlisi de les opinions dels informants.

- Dificultats relatives al disseny i implantació de la prova

La prova es va implementar amb unes bases metodològiques febles de forma deliberada per part del comprador amb la voluntat d'anar afinant la metodologia per a les futures experiències i solucionant els problemes que anessin apareixent.

Entre aquests problemes metodològics, els proveïdors destaquen els derivats de la fórmula de càlcul de la càpita. Si bé coincideixen amb el comprador que donar inici a la prova amb la despesa històrica era l'única alternativa possible, divergeixen fortament respecte a la metodologia utilitzada posteriorment. El comprador afirma que la càpita assignada va ésser el resultat de l'ajust de les variables sociodemogràfiques disponibles, mentre que els informants dels proveïdors manifestaven que no s'ajustava per les necessitats relatives de la població, ni era sensible als canvis poblacionals sinó que servia per assignar el pressupost desitjat pel comprador. Aquesta divergència d'opinions demostra grans problemes relacionats amb característiques considerades per la literatura com desitjables per una fórmula d'assignació per càpita (47): la transparència, la validesa a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població i l'acceptabilitat de la fórmula per part dels agents involucrats. Precisament, una de les principals avantatges de les fórmules de finançament per càpita en front d'altres mecanismes és afegir transparència al procés de distribució dels recursos (48). L'avaluació econòmica hauria de mostrar si l'assignació als territoris s'ha basat més en la negociació d'un pressupost basat en el cost històric que en la fórmula de finançament per càpita ajustada per variables de necessitat. Si aquest fos el cas, s'estaria promovent l'assignació arbitrària de fons i perpetuant les ineficiències i inequitats existents (48).

Una dels avantatges teòrics del capítatiu és la substitució entre nivells assistencials i la redistribució de recursos entre entitats proveïdores (49). Segons els informants aquesta redistribució no s'havia produït. Probablement es deu a diversos factors. En primer lloc, la càpita no s'assignava de manera global, sinó per entitat, es dificultava la seva redistribució. En segon lloc, el proveïdor que gestiona la major part dels equips d'atenció primària a quasi tots els territoris, van seguir percebent els seus recursos per via pressupostària.

Excepte en el cas de la farmàcia, els informants consideraven que existia poc marge de gestió en quasi totes les partides transferides. Hi ha consens entre els proveïdors en el que

es refereix a la seva limitada capacitat de gestió de les despeses lligades als riscos catastròfics – tractaments diagnòstics i terapèutics d'alta tecnologia -, que estaven inclosos en la càpita general, o en la despesa màxima assumible de farmàcia (DMA), mitjançant una despesa màxima assumible basada en el cost històric - medicació hospitalària de dispensació ambulatoria - . Això es contraposa a la literatura (50) que recomana tractar particularment aquests riscos catastròfics per tal de evitar els efectes negatius que tindria un mal ajust sobre la solvència financera dels proveïdors. Finalment, l'assignació d'una DMA basada en l'històric no és una bona solució perquè tal i com senyalen de forma consensuada proveïdors i compradors, ja que penalitza als més eficients i perpetua les ineficiències i inequitats de partida.

Com que encara conviu el sistema tradicional d'assignació per línies de serveis (present en els territoris que no estan en càpita) amb el de compra en base poblacional, els proveïdors conserven el model de facturació antic. Aquest fet podria ser causa d'ineficiència com a conseqüència, en part d'estar sotmesos a un major volum de gestions administratives, i a les tensions econòmiques que poden derivar-se de ser els últims en regularitzar la diferència entre el pressupost assignat i les facturacions mensuals de l'activitat realitzada.

- Dificultats relatives al context

En la implantació de la prova no es van tenir en compte alguns dels elements de context del territori mencionats pels entrevistats que van dificultar el seu desenvolupament, com va ser: la forma en que es va a realitzar la reforma de l'atenció primària en molts dels territoris participants i l'efectivitat en la reconversió dels professionals; la inclusió de territoris en els que hi havia programes especials amb objectius semblants als del capitiu, i les particularitats d'un sistema de salut que presenta multiplicitat de proveïdors i un model d'atenció organitzat per nivells assistencials i molt poc enfocat a la col·laboració i coordinació.

Una dificultat important percebuda pels informants va ser la definició de les zones d'avaluació capitiu, fetes de tal manera que algunes zones corresponien a divisions diferents del comprador i també dels proveïdors i que implica problemes quan a lideratges de les regions i proveïdors implicats, així com confusió i duplicació de negociacions i activitats.

Així mateix, l'avaluació de la prova pilot ha posat de manifest altres elements propis d'un sistema de salut amb diversitat en la titularitat de la provisió que estan perjudicant la coordinació de l'atenció de la població: (1) la contradicció dels interessos propis d'alguns proveïdors versus els interessos de la població del territori, quan se'ls planteja la necessitat de col·laborar amb la resta de proveïdors del territori, (2) les dificultats a l'hora de desenvolupar mecanismes conjunts – mala relació entre professionals sanitaris de les diferents entitats, dificultats en l'adaptació dels instruments d'una entitat a altre-.

Una altra dificultat identificada pels proveïdors ha estat el ritme d'implantació de la prova. Després d'un primer impuls, el projecte va patir una pausa amb el canvi de govern i un decaïment que es manifesta en elements de la prova sense acabar de desenvolupar com és el cas de les comissions de seguiment de la prova, la no signatura dels convenis de col·laboració entre proveïdors, o la repetició del contingut dels convenis amb el CatSalut durant la prova.

- Dificultats relatives als actors

S'identifica una posició contraposada en relació al paper del comprador. Mentre que el comprador troba suficient la seva implicació, els proveïdors coincideixen en demanar un lideratge més fort i clar des del comprador, així com una major participació pròpia en el desenvolupament metodològic del sistema. El comprador durant la prova sembla que només ha exercit una de les funcions que li són pròpies, la compra de serveis. La introducció de la prova com a nova forma de treball hauria necessitat la creació d'instruments i proporcionar suport tècnic als territoris per al treball conjunt i la resolució de dubtes i conflictes. La manca d'aquest suport ha estat un punt de crítica dels proveïdors.

La insuficiència del sistema d'informació adequat per donar seguiment a la prova, es manifesta com a problema important en tots els grups d'informants, la informació necessària per millorar la gestió arriba quan ja no hi ha capacitat per revertir la situació.

Per al bon funcionament de les experiències capitatives cal la implicació del personal dels proveïdors, tant directius com professionals (6). En referència als directius es reconeix la seva voluntat de col·laboració. En molts territoris però, ha mancat la implicació dels professionals, probablement com a conseqüència de l'escassa difusió que s'ha fet de la prova i de la visió que s'ha donat del capítatiu dins de les entitats. Molts professionals no percebien cap benefici de tipus assistencial i en canvi percebien que els gerents dedicaven molts esforços a controlar les despeses i per tant la sensació que s'ha transmès és que el capítatiu era una cosa més econòmica que no pas assistencial. Una millor implicació dels professionals probablement estaria condicionada a una percepció de beneficis en el seu treball assistencial.

En resum, l'avaluació qualitativa des del punt de vista dels actors involucrats, mostra que la implantació de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional ha obtingut resultats escassos i limitats, geogràfica i temporalment, en relació als processos d'integració assistencial als territoris. El sistema d'assignació per càpita, tal i com ha estat dissenyat i implantat, no ha generat els incentius adequats per produir els canvis que s'esperarien en un sistema de pagament com aquest. En aquestes condicions, la voluntat de col·laborar dels proveïdors participants a nivell local, tampoc ha estat suficient per superar les barreres d'entorn, contingut de la prova i actors identificades.

8 Recomanacions

Davant de les dificultats descrites, el comprador hauria de plantejar-se si resulta adequat extrapol·lar el sistema de compra en base poblacional a altres zones de Catalunya tal i com ha estat dissenyat i implantat durant la prova pilot.

No obstant això, si el que vol és continuar amb el sistema de compra en base poblacional, els resultats de l'avaluació mostren que no tan sols es requereixen canvis importants en els mecanismes dissenyats i la forma en la que es va operativitzar, sinó reformes del sistema de salut per tal d'eliminar les barreres identificades.

En primer lloc s'hauria de considerar el paper que pot jugar un mecanisme d'assignació. El mecanisme de pagament és un dels instruments més potents amb què compta el comprador per influir en la forma en què es produeix l'atenció, però no és l'únic. No sembla adequat basar l'assoliment dels objectius definits per a la prova - l'equitat en la distribució dels recursos, la continuïtat assistencial, l'eficiència global i la corresponsabilització dels proveïdors en la despesa - només en una estratègia d'incentivació econòmica mitjançant una càpita a un conjunt de proveïdors d'un territori. El comprador, com a agent regulador, hauria d'exercir la capacitat de formular polítiques i implantar reformes als sistema públic de salut que puguin incidir en la continuïtat o l'eficiència global del sistema i contribuir a la millora de la salut de la població, fins i tot, limitant l'autonomia de gestió dels proveïdors (1). Dins un sistema nacional de salut, no sembla lògic esperar que es donin els interessos econòmics per aconseguir la integració assistencial. A més, tal i com s'ha reflectit en aquesta avaluació, la voluntat de col·laboració és aliena moltes vegades als incentius econòmics i obeeix a altres qüestions.

Recomanacions en relació al disseny d'un sistema de compra en base poblacional

La substitució d'un sistema de pagament basat en l'oferta, per un sistema de pagament basat en les necessitats és un procés complex i dilatat en el temps en un entorn de recursos limitats. Hi ha diverses fórmules per anar aplicant una fórmula capítativa progressivament – per exemple, l'aplicació d'un percentatge de càpita que es vagi augmentant amb el pas del temps -. Però el que és important és que durant aquest temps, el mecanisme d'assignació sigui transparent, ja que el gran valor d'una assignació per càpita és poder comptar amb un criteri transparent, objectiu i equitatiu en l'assignació dels recursos als territoris. El comprador hauria de fer transparent la fórmula amb què assigna els recursos als territoris, donant-la a conèixer als actors implicats per a la seva acceptació.

El factor d'ajust utilitzat pel comprador, utilització de serveis hospitalaris ajustats per edat, sexe i dispersió, no considera altres aspectes que s'han considerat importants en el conjunt de proveïdors. Per una banda, variables com immigració o turisme que fan fluctuar la població, o la renda, relacionada amb les necessitats de salut de la població; i per l'altra, la conveniència que aquesta sigui homogènia per a tot Catalunya. Seguint les opinions dels proveïdors, i d'acord amb les característiques que la literatura (2) considera com desitjables per les fórmules d'ajust de la càpita, s'hauria de modificar la fórmula d'ajust per millorar la seva validesa en reflectir les necessitats en salut de la població. Això tan sols es podria assolir perfeccionant els sistemes de informació poblacionals.

Les partides que impliquen un risc molt elevat per la incapacitat de predir la despesa, o perquè els proveïdors no tenen capacitat de decisió - la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria, transports i PAOS - haurien de ser revisades. Algunes de les estratègies recomanades per la literatura en aquest cas són per exemple: a) excloure de la cartera de serveis a cobrir i per tant, de la càpita, les partides sense gestió i els riscos catastròfics; b) finançar-los a banda, per exemple fixant una càpita bàsica i una altra per riscos catastròfics, per pressupost o per cas; c) plantejar territoris capitatius amb una població més gran (Cerdanya, Altesor, ...) donat que la variabilitat de la despesa disminueix amb la grandària de la població (3).

Els objectius s'haurien d'orientar més cap a resultats globals i lligar-los a una part variable del contracte. En l'avaluació de la prova s'ha vist que allà on es va transferir un risc compartit – el cas de la farmàcia - és va produir un desenvolupament d'estratègies conjuntes de coordinació per gestionar la despesa.

Recomanacions per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional

La implantació del sistema de compra en base poblacional demana enfortir el lideratge del comprador, sense contradiccions entre el nivell central i els locals, i continu en el temps.

Durant el desenvolupament de la prova s'ha detectat debilitat en els instruments del comprador que acompanyaven l'assignació per càpita. La implantació d'un sistema de finançament per càpita, requereix desenvolupar, en primer lloc, un sistema d'informació adequat per al seguiment oportú de l'assoliment de resultats. D'una banda, un sistema d'informació, entès com a flux de dades, potent per poder establir la base de població en el territori, la població desplaçada fora de zona i per fer el seguiment oportú de les partides en què els proveïdors assumeixen el risc; i de l'altra banda, un sistema d'informació clínica, entesa com a sistema informàtic, que millori la comunicació entre els proveïdors i els permeti compartir informació clínica dels malalts. I en segon lloc, la introducció de mecanismes d'avaluació i regulació adequats per evitar els riscos (incentius perversos) d'aquest sistema de pagament.

Finalment, la implicació dels professionals a la prova requereix d'una difusió de la prova, estratègies i instruments dintre de les organitzacions. Es recomana una comunicació preferiblement mitjançant múltiples canals enriquits i la formació interna (4).

Els resultats de l'avaluació senyalen la necessitat de resoldre la participació dels proveïdors multiterritoris. En primer lloc, per superar la seva oposició a arribar a acords de col·laboració a nivell local en defensa d'interessos com a entitat. La desconcentració d'aquets tipus de proveïdors, donant més capacitat de decisió a les seves unitats territorials, el facilitaria. I en segon lloc, s'haurien de buscar fórmules jurídiques d'alguns d'aquest per facilitar la constitució d'aliances amb altres proveïdors i la participació en les mateixes condicions que la resta de proveïdors en relació a l'assignació de recursos.

I de cara a altres proves pilot

Finalment, una lliçó apresa per altres proves és la importància que s'ha de concedir a disseny dels diferents instruments i suport continuat. Les debilitats metodològiques dificulten la seva implantació i redueixen el possible aprenentatge.

Bibliografia

- (1) Hauck K, Shaw R, Smith PC. Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments. *Health Econ.* 2002.
- (2) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002;8(4):167-79.
- (3) Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud* 15[44]. 2002.
- (4) Ortún V, López G, Puig Junoy J, Sabés R. El sistema de financiación capitivo: posibilidades y limitaciones. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 35, 8-16. 2001.
- (5) Smith P. Capitated finance and health care needs possibilities and limitations. 1999 p. 15-28.
- (6) Ortún V, López G, Puig Junoy J, Sabés R. El sistema de financiación capitivo: posibilidades y limitaciones. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2001;35:8-16.
- (7) Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, Birch S, Dorland J, Reid R, et al. Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems. Ottawa: CHSRF; 1999.
- (8) Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: CHSRF; 1999.
- (9) Carr-Hill R, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon T, Smith P. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York: University of York; 1994.
- (10) Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gillies W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 60, 255-273. 2001.
- (11) Monrad Aas IH. Incentives and financing methods. *Health Policy* 34, 205-220. 1995.
- (12) Hellinger FJ. The effect of managed care on quality. *Arch Intern Med* 158, 833-841. 1998.
- (13) Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. In: Ibern P, editor. *Incentivos y contratos en los servicios de salud*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84-7.
- (14) Morrissey M, Alexander J, Burns L, Johnson V. The effects of managed care on physician and clinical integration in hospitals. *Medical Care* 37, 350-361. 1999.
- (15) Shortell SM, Gillies RR, Anderson AA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs Winter*, 46-64. 1994.
- (16) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. 2004 May 26; 2004.
- (17) Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. Tesina de Master. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
- (18) Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica* 2005;79:633-43.

- (19) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
- (20) Shortell SM, Kaluzny A. Health care management: organization, design and behavior. 4^a ed. NY: Delmar; 2000.
- (21) Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care* 2002;2:1-8.
- (22) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev* 1998;45:177-214.
- (23) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)* 1996;15(1):100-3.
- (24) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. Remaking health care in America. 1^a ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
- (25) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 15[4], 9-22. 1990.
- (26) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997;10(3):90-111.
- (27) Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Management Review* 1997;22(1):7-20.
- (28) Alexander JA, Zuckerman HS, Poinyer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Management Review* 1995;20(4):69-81.
- (29) Longest BB, Young G. Coordination and communication. In: Shortell S.M., Kaluzny A., editors. *Health care management*. 4^a ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
- (30) Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2^a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
- (31) Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financing Management* 1998;52(6):34-6.
- (32) Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Management Review* 1998;23(1):18-28.
- (33) Young G. Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action. *Hosp Health Serv Adm* 1997;42(2):255-79.
- (34) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Management Review* 1999;26(2):401-10.
- (35) Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Managed Care Quarterly* 1996;4(2):12-25.
- (36) Galbraith J. *Organization design*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
- (37) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanitaria* 2006;6.

- (38) CatSalut. Sistema de compra en base poblacional: projecte capitiu. 2001.
Ref Type: Unpublished Work
- (39) Walt G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books; 2006.
- (40) Servei Català de la Salut. Avaluació sanitària: sistema de compra en base poblacional. 2004.
- (41) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. 2005.
- (42) Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. In: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
- (43) Dey I. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
- (44) Da Silva MRF, Vázquez ML. Introducción a los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa. In: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
- (45) Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000.
- (46) Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
- (47) Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: CHSRF; 1999.
- (48) Peacock S, Segal L, Richardson J. Predicting the expected costs of health care. Methods for risk adjustment in health services. 2001. Report No.: Summary Report. Technical Report 13.
- (49) López-Casnovas GA. La participación de los profesionales en el control del gasto sanitario. In: López-Casnovas GA, Pellisé L, editors. El control del gasto sanitario. Barcelona: Verlag Ibérica; 2001. p. 3-40.
- (50) Majeed A, Head S. Capitation based prescribing budgets will not work. BMJ 1998;316:748-53.
- (51) Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press; 2005.

ANNEXES

Annex I. Llistat dels documents lliurats pels proveïdors i les regions sanitàries

PROVEÏDORS

TERRITORI	DOCUMENTS LLIURATS
Altebrat	<u>SAGESSA</u> – Memòria 2001, 2002, 2003, 2004 – Conveni de col·laboració del territori Altebrat entre ICS – GECOHA 02/03 – Projecte pagament en base capitativa.ppt – Cap a una fórmula de finançament capitativa anàlisi prèvia 2001 – Capitatí CatSalut 98-02 – Informació econòmica Altebrat – Capitatí Altebrat – Cartera de serveis Hospital Comarcal Móra d'Ebre 2005 – Descripció Altebrat
Baix Empordà	<u>SSIBE</u> – Capítol llibre SSIBE – Canvi organització maig 01 – Distribució de serveis a la DA – Estratègia entitat 2005 – Acords ICS-SSIBE 30/7/02 – Acta reunió 29/5/02 – Avaluació càpita 04 SSIBE – Diagnòstic ràpid – Llistes d'espera – Patologies – Sessions hospitalàries – Terciarisme – Memòria unitat atenció al client – Objectius específics 2004 – 2002 EFQM AVAL – Full priorit EFQM – Integració assistencial set 02 – Pla estratègic sist inf integ – Sist inform integ des 02 – JOR Manresa – Pres Manresa – Auditoria capitatiu CatSalut Sant Feliu – Resum Deloitte
Cerdanya	<u>ICS</u> – Annex al conveni de col·laboració 2003, 2004 – Assignacions de la càpita 2002, 2003, 2004, 2005
Maresme Selva	<u>Fundació Privada Hospital de Puigcerdà</u> – Memòria 2001, 2002, 2003, 2004 <u>Corporació de Salut del Maresme i la Selva</u> – Memòria 2001, 2002, 2003, 2004 <u>ICS</u> – Memòria 2001, 2002, 2003, 2004 – Informe sobre les accions dutes a terme sota el projecte pilot
Osona	<u>Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona</u> - Memòries 2001, 2002, 2003, 2004. <u>Mutuam (Osona)</u> - Memòria any 2004 delegació de Vic <u>Hospital General de Vic</u> - Memòria 2002 síntesi, 2003 síntesi, 2004 - Convenis de col·laboració i/o pactes entre Hospital General de Vic i cada un dels centres proveïdors del SISO - Cartera de Serveis - Presentació ppt: H. General de Vic Planificació 2000-2005 <u>Hospital Sant Jaume de Manlleu</u> - Línies de col·laboració entre l'Hospital Sant Jaume de Manlleu i altres institucions - Memòria 2002, 2003, 2004 <u>EAP Vic Sud, S.L</u> - CD dades anys 2001-04 <u>EAP Centelles, S.L</u> - CD Memòries anys 2001-04 <u>ICS Osona</u> - Contractes 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 - Institut Català de la Salut Memòria d'activitats 2004 - Conveni col·laboració entre ICS i EAP Vic, SL per la prestació de serveis sanitaris de suport diagnòstic - Conveni col·laboració entre ICS i EAP Osona Sud - Alt Congost, SL per la prestació de serveis sanitaris de suport diagnòstic

	- Projecte de coordinació dels serveis d'atenció maternoinfantil. Atenció a la salut reproductiva, a la comarca d'Osona, entre l'Hospital General de Vic i l'ICS - Protocol de col·laboració per al desenvolupament del programa de cribatge de patologia oftalmològica de la comarca d'Osona ICS - Hospital General de Vic - <u>SISO</u> - Actes Grup de desenvolupament assistencial (GDA) del SISO - Anàlisi de l'activitat d'hospitalització de la població d'Osona fora de la comarca. Anys 2002/03/04 (SISO) - Plans de gestió SISO - Actes Consell del SISO - Convenis de coordinació de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional en l'àmbit geogràfic d'Osona (2002/03/04) - Sistema d'informació integral del SISO - Grup de treball responsables d'infermeria del SISO - Presentació en ppt: Sistema Integrat de Salut d'Osona: Una organització al servei de les necessitats de salut del ciutadà - Actes grup econòmic del SISO - Actes reunions de l'equip de gestió de gestionar pacients del SISO - Actes reunions grups de consens per a l'elaboració de la guia farmacoterapèutica del SISO - Actes comissió permanent del SISO
--	--

REGIONS SANITÀRIES DEL CATSALUT

REGIÓ	DOCUMENTS LLIURATS
Terres Ebre	- Conveni de col·laboració del territori Alcebrat ICS – GECOHA pels anys 02-03 - Conveni de col·laboració del territori Montsià ICS, SAMGSISS i Institut Pere Mata 05 - Convenis de col·laboració entre proveïdors, Annex I, Annex II 2002, 2003, 2004, 2005 - Indicadors per la monitorització 2003, 2004
Girona	- Convenis de col·laboració entre proveïdors, Annex I, Annex II, indicadors per la monitorització: 2002, 2003, 2004 del Baix Empordà i Maresme - Selva - Conveni de col·laboració 2005 del Baix Empordà - Informe de seguiment de la prova pilot 2003 del Baix Empordà
Alt Pirineu i Aran	- Convenis de col·laboració entre proveïdors: 2002, 2003, 2004, 2005 - Conveni, Annex I, Annex II, indicadors per la monitorització 2004 - Conveni, Annex I, Annex II 2005
Centre	- Convenis de col·laboració entre proveïdors: 2002, 2003, 2004, 2005 - Indicadors per a la monitorització 2003, 2004 - Escrit incorporat a la memòria 2003 RS Centre - Resums reunions comissió seguiment nov 2002, nov 2003

Annex II. Guia d'anàlisi de documents

1. Característiques generals de la xarxa de proveïdors

OBJECTIUS	VARIABLES	FONTS	MÈTODES INSTRUMENTS	ANÀLISIS	RESULTATS
Descripció de la zona d'avaluació capitativa	Comarques que inclou la "zac"	<u>Documents</u> : • Memòria dels proveïdors 2001–2005 • Memòria de les Regions del SCS 2001–2005 <u>Registres</u> : • RCA	• Anàlisi de documents • Anàlisi de registres	• Descripció dels proveïdors del territori: proveïdors, tipus de serveis que es proveeixen en el continu de serveis a la població, edat de la prova en cada "zac" • Tipus de fórmula jurídica dels proveïdors	Descripció breu de la zona d'avaluació capitativa
	Municipis als que dona cobertura				
	Població de la "zac"				
	Proveïdors de la zona que participen en la prova				
	Serveis que proveeixen				
	Tipus de fórmula jurídica del proveïdor				

2. Aliances que s'han introduït en les zones d'avaluació capitativa

OBJECTIUS	VARIABLES	FONTS	MÈTODES INSTRUMENTS	ANÀLISIS	RESULTATS
Analitzar les aliances introduïdes en les zones d'avaluació capitativa per millorar la coordinació, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris	Aliances entre proveïdors o altres acords introduïts en la "zac" per millorar la coordinació, qualitat, eficiència, satisfacció dels usuaris • Entre què i qui • Data d'introducció	<u>Documents</u> : • Convenis de col·laboració entre proveïdors 2001-2005 • Acords entre proveïdors 2001-2005	• Anàlisi de documents	Aliances y altres acords de coordinació, qualitat, eficiència i satisfacció: • Entre què i qui s'han introduït • Quan es van introduir • Potencial efectivitat d'aquestes aliances - o Criteris d'efectivitat de les aliances	Tipus de relació que s'ha establert entre els proveïdors

3. Estratègies introduïdes en les zones d'avaluació capítativa

OBJECTIUS	VARIABLES	FONTS	MÈTODES INSTRUMENTS	ANÀLISIS	RESULTATS
Estratègies introduïdes en la "zac" per millorar la coordinació, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció	<u>Objectius</u> - Objectius globals per a: - coordinació - qualitat - eficiència - satisfacció usuari - Objectius de les estratègies introduïdes - coordinació - qualitat - eficiència - satisfacció usuari <u>Estratègies introduïdes per millorar la coordinació, qualitat, eficiència, satisfacció</u> - característiques - què i qui coordinen - any d'introducció - incentius econòmics - assignació de recursos	<u>Documents :</u> - Conveni de col·laboració entre CatSalut i proveïdors - Plans estratègics - Convenis entre proveïdors - Acords entre els proveïdors - Plans estratègics	Anàlisi de documents	Analitzar l'alineació dels objectius dels proveïdors i els globals - Alineació o conflicte entre els objectius dels proveïdors i els globals de la xarxa (alineació horitzontal) Estratègies introduïdes - tipus, característiques , any d'introducció, agents o serveis implicats, assignació de recursos Anàlisi de la potencial efectivitat de les estratègies introduïdes <u>Objectius globals estan alineats amb les estratègies</u> - objectius de les estratègies dels proveïdors del territori per veure si responen als objectius globals de la "zac" (alineació vertical) - valors i objectius comuns a tota la xarxa <u>Identificar canvis en els òrgans de govern, visió global en relació al capítatiu</u> - existència de comissions, govern únic o coordinat,... per la "zac" - identificació de mecanismes utilitzats per enfortir la visió global del govern - mecanismes de coordinació entre els òrgans de govern, en els òrgans de gestió, estructures compartides, coordinació dels òrgans de govern, funcions de direcció, coordinació de les activitats assistencials <u>Canvis en l'estructura organitzativa en relació al capítatiu</u> - disseny organitzatiu - sistema de planificació i control que utilitzen per fixar els objectius de la xarxa de proveïdors, les accions - estructures compartides de serveis o productes intermedis	- Detecció de possibles conflictes entre els objectius - Estratègies que s'han implementat i la seva potencial efectivitat en la millora de la coordinació , efectivitat, qualitat i satisfacció de l'usuari - Existència d'una visió, missió, metes, objectius, estratègies per tota la xarxa

			<u>Avaluar l'assignació de recursos d'acord amb les estratègies</u> • estratègies per disminuir la despesa global del sistema (territori) • incentius econòmics a la coordinació, qualitat, eficiència, satisfacció de l'usuari • flexibilitat en la mobilitat de recursos monetaris i humans entre proveïdors • capacitat de compra de serveis (dins i fora del territori) - qui té capacitat de compra - què es compra - negociació • assignació interna de la càrrega (repartiment entre els proveïdors de la "xarxa") per veure la coherència amb les estratègies - regles de repartiment de les responsabilitats - existència d'un mecanisme per traspasar recursos • assignació dels estalvis (farmàcia, transport, derivacions a altres zones) per veure la coherència amb les estratègies <u>Estratègies de gestió de l'atenció per adequar l'atenció al nivell assistencial y mecanismes per coordinar els processos assistencials en els que participa més d'un nivell assistencial</u> (GPC, augmentar la capacitat resolutiva) • Sistema d'informació interna - tipus d'informació que es comparteix entre els proveïdors - accessibilitat al sistema d'informació - estratègies d'implantació del sistema d'informació compartit - Pla estratègic del sistema d'informació integrada (qui i com) - estratègies implementades pels circuits de fluxos de pacients entre proveïdors - difusió de la prova <u>Determinar l'existència d'un document amb la visió, missió, metes, objectius i estratègies de la xarxa de proveïdors</u> • Determinar si aquest document, en el cas que existeixi, és efectiu per millorar la coordinació entre els proveïdors i com	
--	--	--	---	--

Annex III. Guia d'entrevistes

Directius i professionals que tenen coneixement de la prova

Data, hora d'inici de l'entrevista, hora de finalització

Nom, edat, professió, càrrec que ocupa, temps en el càrrec

General sobre la prova

- a. En què consisteix la prova pilot del capítol?
- b. Quins són els objectius generals de la prova?
- c. Què opina d'aquests objectius? Per què?
- d. Què s'ha difós de la prova i com s'ha difós?
- e. Qui ha liderat el procés d'implantació del sistema de compra en base poblacional dins del territori?
- f. En què ha participat de la prova?

Col·laboració en el territori

- a. Quines entitats han format part de la prova?

Aliances

- a. S'han produït aliances entre els proveïdors com a conseqüència de la prova?
Quines?
- b. Què opina de les aliances introduïdes? Per què?
- c. Com contribueixen aquestes aliances en assolir els objectius de la prova?
- d. Creu que es podrien haver introduït un altre tipus de fórmules de col·laboració?
De quin tipus?

Estratègies

- a. S'han introduït estratègies com a conseqüència de la prova per millorar l'efectivitat? I per millorar la satisfacció? Quines?
- b. Què opina d'aquestes estratègies? Es podrien introduir altres estratègies?

Coordinació assistencial

- a. S'han implementat mecanismes de coordinació per coordinar l'atenció del pacient en el continu assistencial en el marc de la prova? Quins?
- b. Què opina d'aquests mecanismes?
- c. Com ha facilitat la prova la implantació d'aquests mecanismes?
- d. Quins altres mecanismes es podrien introduir?

Objectius

- a. En el marc de la prova s'han fixat objectius entre els proveïdors que han participat en la prova? Quins?
- b. Què n'opina d'aquests objectius? Per què?

Col·laboració entre proveïdors

- a. Com ha estat en general la col·laboració amb altres proveïdors?

- b. Quin paper han jugat els altres proveïdors en la prova?
- c. Què opina d'aquesta col·laboració?

ASPECTES DE LA PROVA

Objectius

- a. En el marc de la prova quins objectius estableix el CatSalut? en general i en particular?
- b. Qui i com es negocien?
- c. Què opina d'aquests objectius? Es poden assolir? Per què? Què s'hauria de canviar?
- d. Creu que contribueixen a assolir els objectius generals de coordinació, eficiència, qualitat i satisfacció de la prova? Per què? Com? Què s'hauria de canviar?
- e. Què passa si aquests objectius no es compleixen?
- f. En referència als objectius, què canviaria?
- g. Què s'hauria de canviar?

Cartera de serveis

- a. Quins són els serveis que es financen mitjançant la càpita?
- b. Què opina dels serveis que inclou la càpita? Per què?
- c. S'hauria de treure alguna cosa o afegir-ne? Com es podria fer?

Assignació de recursos

Càpita

Fórmula

- a. Quina és la fórmula d'assignació de recursos a la zac?
- b. Quina és la seva opinió sobre aquesta fórmula d'assignació de recursos: variables incloses,...?

Criteris

- a. Quins són els criteris que es segueixen per repartir la càpita de la zac entre els diferents proveïdors? Com ha estat el procés?
- b. Què opina d'aquests criteris? S'hauria de tenir present algun altre criteri? Creu que n'hi ha algun que no s'hauria de considerar? Per què?

Procés

- a. Com ha estat el procés de redistribució de recursos als proveïdors del territori? Com s'han resolt? Han aparegut conflictes?
- b. Com creu que podria influenciar la manera d'assignar els recursos la coordinació entre els proveïdors del territori? I l'eficiència? I la qualitat de l'atenció? I la satisfacció?
- c. Què s'hauria de canviar?

Gestió mancomunada del risc

- a. Com és l'assignació conjunta per farmàcia, transport sanitari i PAO?
- b. Com és la gestió conjunta de la despesa en farmàcia, transport i PAO?
- c. Com es reparteix l'estalvi i el dèficit?
- d. Quines són les avantatges i limitacions d'aquesta assignació i gestió?
- e. S'hauria de canviar alguna cosa?

Desplaçats

- a. De quina manera es paga l'atenció dels pacients propis fora del territori?
- b. Com és el procés de facturació de pacients externs a la zona atesos en els seus dispositius assistencials?
- c. Quina opinió li mereix aquest mètode? Creu que es podria utilitzar un altre sistema? Quin?

Facturació

- a. Quin és el procés de facturació entre el Servei Català de la Salut i els proveïdors?
- b. Què n'opina?

Instruments del Servei Català de la Salut

- a. Quins instruments ha proporcionat el CatSalut per fer el seguiment de la prova?
- b. Què n'opina?
- c. Què podria millorar-se? Quins altres instruments es podrien haver introduït?

Avaluació de la prova

- a. Què opina de l'avaluació de la prova que s'ha fet fins ara? I dels seus objectius?
- b. Quins aspectes modificaria?
- c. Què s'hauria de tenir en compte?

En resum

- a. Què opina de la prova pilot?
- b. A què ha contribuït la prova? Per què?
- c. Quins han estat els problemes principals, per la implantació de la prova?
- d. Quines coses s'haurien de canviar?
- e. Creu que la prova tal i com s'ha dissenyat i implementat contribueixen a aquests objectius de la prova que es marquen?
- f. Quin impacte ha tingut la prova en la seva institució?
- g. Quins aspectes haurien de millorar en la prova pilot per estendre-la a altres territoris? Fórmula, objectius, paper dels proveïdors

Un cop acabada l'entrevista:

Què opina de finançar els serveis de salut amb una assignació capitativa, en general?

Guia d'entrevista pels professionals

Data, hora d'inici de l'entrevista, hora de finalització

Nom, edat, professió, càrrec que ocupa, temps en el càrrec

- Com és la coordinació entre els diferents nivells assistencials, primària, hospitalària d'aguts i sociosanitari? Què opines d'aquesta coordinació en la teva institució? I entre proveïdors? Per què?
- S'han implementat mecanismes per coordinar l'atenció dels pacients entre els proveïdors del territori (com ara guies de pràctica clínica, mapes d'atenció,...? Quins? Què n'opines? Per què?
- S'han implementat sessions clíniques compartides entre els proveïdors del territori? Entre quins i quins? Amb quina regularitat? Què n'opines? Per què?
- Existeix la figura del metge consultor entre els proveïdors del territori? On es situa? Quina és la seva funció? Què n'opines? Per què?
- Existeixen plans de formació conjunta per metges de proveïdors diferents? Què n'opines? Per què?
- Com és la transferència de malalts entre nivells? I entre els proveïdors del territori? Què n'opines? Per què?
- Com es realitza la comunicació entre els professionals dels diferents nivells assistencials? I entre els proveïdors del territori? Què n'opines? Per què?
- Com és transmet la informació clínica d'un pacient entre nivells assistencials? I entre els proveïdors del territori? Què n'opines? Per què?
- S'han creat grups de treball mixtes amb professionals de primària i de l'hospital? I entre els proveïdors del territori? Què n'opines? Per què? Com ha estat la col·laboració entre ells?
- Com es podria millorar la coordinació assistencial en general? I entre els proveïdors del territori?

- Quins són els factors que creus que dificulten la coordinació entre primària i especialitzada?
- Em sabries explicar en què consisteix la prova pilot del sistema de compra en base poblacional? Què opines? Per què?
- S'ha fet difusió de la prova pilot dins de la institució? Què s'ha difós? Com? Què opines de la difusió que s'ha fet? Per què?
- Quin impacte ha tingut la prova a la teva institució? I entre els proveïdors del territori? (Si no surt, preguntar sobre la coordinació)
- Quins aspectes s'haurien de millorar per estendre -la a altres territoris?
- Existeixen incentius a la coordinació entre proveïdors? Quins? Què n'opines?