

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Novembre 2008



Consorci Hospitalari
de Catalunya

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Novembre 2008

índex

Introducció	5
Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya	9
Model d'organització i gestió	12
1. Model sanitari	13
2. Autonomia de les organitzacions sanitàries	16
3. Model de compra a proveïdors	27
4. Xarxes integrades de proveïdors	30
Polítiques de recursos humans	33
5. Model professional	34
6. Rols professionals	35
7. Participació i corresponsabilització dels professionals en la gestió	38
8. Canvis en la representativitat dels professionals	40
Pacient	42
9. Corresponsabilització del pacient	43
10. Participació del ciutadà	49
Conclusió	51
Annex I	57
Llista d'abreviatures	59
Bibliografia	61

A black and white photograph showing a close-up, angled view of a stack of papers or documents. The papers are slightly offset, creating a sense of depth. On the top-most paper, the number '101' is printed in a large, bold, sans-serif font. Below it, on a slightly offset page, the number '103' is visible. The lighting is soft, highlighting the texture of the paper and the edges of the stack.

Introducció

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Introducció

El sistema sanitari català, a diferència dels d'altres comunitats, s'ha caracteritzat per l'existència d'un important sector concertat que suposa el 74% de les altes hospitalàries d'aguts (1), i una separació de funcions entre l'autoritat sanitària (Departament de Salut), el comprador de serveis (CatSalut) i els proveïdors sanitaris (entitats proveïdores de serveis de salut) diversos i amb diferents fórmules jurídiques de constitució.

Durant els anys 80 i 90, les prioritats del sistema van ser la construcció del model de relació entre els diferents actors (creació del CatSalut i de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública o XHUP, diferenciació del CatSalut de l'ICS, acreditació de centres, etc.), la modernització de la xarxa de proveïdors, tant des del punt de vista de gestió com de les infraestructures, la professionalització de la gestió i el desenvolupament de la compra de serveis com a forma de relació entre el finançador i el proveïdor. La creació de la XHUP, amb la construcció i modernització de la xarxa d'hospitals comarcals va suposar l'apropament dels recursos als ciutadans, millorant l'equitat d'accés i fomentant el que avui en dia anomenem polítiques de proximitat. Per altra banda, les polítiques de recursos humans, en un entorn de major facilitat per a seleccionar professionals, van estar molt orientades al creixement i consolidació d'unes plantilles professionalitzades.

A l'any 2008, la xarxa de proveïdors ja ha finalitzat una bona part del procés de modernització: ha renovat els edificis i les rutines bàsiques de gestió (finances, magatzems, serveis generals, etc.) i ha fet una bona part de les fusions i integracions entre centres que, fins ara, s'han considerat necessàries. En el moment actual i en un marc econòmic de crisi, les prioritats són:

- Repensar el model de relació entre el finançador i el proveïdor davant de canvis com: l'entrada del Servei Català de la Salut en els òrgans de govern de molts centres, les noves normatives que afecten als consorcis o la nova interpretació atorgada a normativa preexistent.
- Redissenyar les polítiques de recursos humans per fer front a la "crisi del professionalisme" i al dèficit de professionals.
- Modernitzar el nostre model sanitari, posant al ciutadà en el centre del sistema i fomentant la seva participació i correponsabilització, dotant d'una major transparència al conjunt del sistema i garantint l'equitat, la qualitat i la cohesió social.

- Orientar els centres assistencials en les noves tecnologies, fent front a la necessitat d'una forta capacitat inversora per adaptar-se als reptes que se'n deriven.

El sistema sanitari català, a hores d'ara, es troba probablement en un punt d'inflexió en el que cal prendre posició amb claredat respecte a aquests tres aspectes:

Reflexió i

posicionament sobre:

- la gestió a través de proveïdors independents
- polítiques de RRHH basades en l'autonomia
- corresponsabilització de l'usuari en la gestió de la demanda.

- Gestió dels centres a través de proveïdors independents (que és la base de l'anomenat model català) versus gestió pública directa a través de la creació d'una xarxa de centres pròpia de l'Administració.
- Polítiques de recursos humans de proximitat, portades a terme per les diferents empreses i basades en l'autonomia, versus homogeneïtzació de les condicions laborals en tot el sector i creació d'un cos de servidors públics funcionaritzats.
- Foment de mesures de participació del pacient en les decisions assistencials i en la gestió de la demanda (entre d'altres el foment de l'autocura, la millora en l'educació sanitària i la corresponsabilització del ciutadà en la sostenibilitat econòmica dels serveis sanitaris) versus pacients menys involucrats en la seva cura i un sistema amb majors dificultats per garantir l'accessibilitat i l'equitat real.

Totes les opcions són legítimes, però cal considerar que la tendència en països europeus amb grans xarxes de provisió pública, és evolucionar cap a la gestió indirecta dels hospitals a través d'entitats independents, cap al manteniment de l'autonomia dels professionals i cap a un pacient cada vegada més responsable i involucrat en els serveis de salut.

El CHC, com entitat associativa que aglutina 169 centres assistencials, ha exercit tradicionalment la representació i defensa dels interessos dels seus associats i la generació de debat al voltant dels models sanitaris. Davant les circumstàncies presents esmentades anteriorment i fugint de la defensa d'interessos corporativistes, el CHC ha obert un procés de reflexió sobre quin ha de ser el seu posicionament estratègic davant la situació actual i els reptes de futur, i pretén fer propostes que orientin els propers immediats anys, i no sols que analitzin el passat més recent.

Aquest document és un resum d'aquesta reflexió, l'estructura del qual està formada per tres parts importants: el model d'organització i gestió, les polítiques de recursos humans i el pacient i/o ciutadà. Cadascuna d'aquestes parts, alhora, inclouen una anàlisi de la situació actual i el posicionament en si del CHC.

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català



Objectiu

Definir i donar a conèixer el posicionament estratègic del Consorci Hospitalari de Catalunya en relació a 10 aspectes clau respecte del model d'organització i gestió, de les polítiques de recursos humans i del pacient i/o ciutadà:

Model d'organització i gestió	1. Model sanitari 2. Autonomia de les organitzacions sanitàries 3. Model de compra a proveïdors 4. Xarxes integrades de proveïdors
Polítiques de recursos humans	5. Model professional 6. Rols professionals 7. Participació i corresponsabilització dels professionals en la gestió 8. Representativitat dels professionals
Pacient	9. Corresponsabilització del pacient 10. Participació del ciutadà

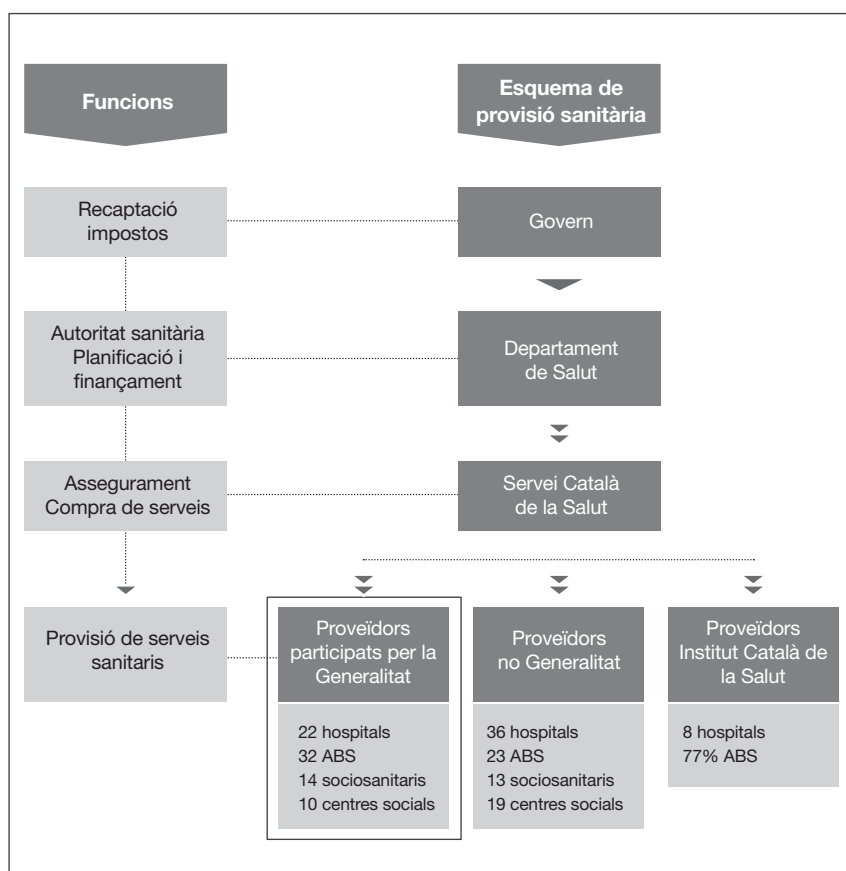
Model d'organització i gestió

1. Model sanitari

Situació actual i tendències

La incorporació del CatSalut a la xarxa de proveïdors, en els òrgans de govern de les organitzacions, posa en qüestió la separació entre les funcions de cada un dels agents del sistema: el Departament de Salut com autoritat sanitària responsable de la planificació i finançament, el CatSalut com entitat asseguradora pública compradora de serveis assistencials, i els proveïdors com a agents prestadors dels serveis.

La presència del CatSalut en els òrgans de govern dels proveïdors posa en qüestió la separació de funcions entre els agents del sistema.



A Catalunya coexisteixen dues xarxes: ICS i proveïdors concertats. L'ICS continua rebent les seves assignacions per la via dels pressupostos.

És cabdal tractar l'ICS com un proveïdor més i dotar-lo d'una capacitat de gestió més àgil.

Tot i així, la incorporació del Servei Català de la Salut als òrgans de govern dels proveïdors no és l'únic element rellevant que amenaça la separació de funcions dels agents del sistema. En primer lloc, trobem la coexistència de dues xarxes paral·leles, ICS i proveïdors concertats, on el primer segueix rebent les seves assignacions per la via pressupostària, i l'exercici de compra dels seus serveis és més una pressuposició il·lustrada que un exercici real de compra. Identificar l'ICS com un proveïdor més, sotmès a les mateixes regles de contractació, i dotar-lo d'una capacitat de gestió més àgil resultaria cabdal per al bon funcionament del model. D'altra banda els instruments de compra s'han fet cada vegada més complexos, el que s'ha traduït en un sentiment de falta de transparència i risc de desigualtats en el tracte entre centres.

Des del 1990, els països de l'OCDE avancen cap al model de separació de funcions entre compra i provisió.

La tendència general en els processos de reforma que s'han produït durant els anys 80 i 90 en els sectors sanitaris dels països de la OCDE, s'ha caracteritzat per l'evolució des d'organitzacions integrades de finançament i prestació de serveis de salut, on el control de costos és senzill però els incentius a l'eficiència i la qualitat són de baixa potència, cap a un model basat en la separació de la responsabilitat de compra i provisió. A Catalunya aquesta separació de funcions s'ha considerat sempre més teòrica que real, en canvi no ha estat així en altres països del nostre entorn, alguns exemples els trobem a Suècia (1990), Regne Unit (1991), Nova Zelanda (1991), Finlàndia (1993), etc. Al sud d'Europa també existeixen experiències en aquest sentit; a Itàlia existeix separació, tot i que és limitada a determinats tipus d'hospitals, i a Portugal s'han establert agències que contracten proveïdors (1998). A més, en el sistema sanitari nord-americà i en els països amb model Bismark, la separació de compra i provisió és una característica estructural del propi model.

Tots aquests moviments van aparèixer principalment, com a resposta a la necessitat de contenció de la despesa i a la recerca de l'eficiència, a que es van veure forçats els sistemes sanitaris degut a la limitació de recursos i a l'augment de la demanda, a finals dels anys 80.

La separació de funcions

- estimula l'autonomia i la flexibilitat
- promou l'eficiència i el control de costos
- assigna i limita el risc entre les parts contractants.

La separació de les funcions de compra i provisió de serveis afegeix a la gestió incentius adreçats a estimular la producció i la qualitat, a partir del seguiment, avaluació i control dels resultats (2). La relació entre el comprador i el proveïdor s'estableix a través del contracte, que es converteix en un veritable instrument de canvi amb les següents potencialitats:

- Constitueix l'explicitació d'un pacte entre dues parts (objectius, obligacions i compromisos).

- Estimula una major autonomia i flexibilitat al basar-se en la mesura de resultats, sense fer intervenció excessiva dels processos.
- Promou l'eficiència, el control de costos i la qualitat.
- Limita i assigna el risc entre les parts contractants.
- Alinea i incentiva els objectius de les institucions amb l'interès global del sistema.

Actualment, el principal repte en els sistemes sanitaris és convertir el procés de compra en una activitat realment estratègica, que promogui una ubicació eficient de recursos, que s'orienti cap als aspectes més prioritaris de les necessitats de salut de la població, que incrementi la qualitat del servei i que asseguri el mix de serveis esperat. A més, l'autoritat sanitària té la responsabilitat de garantir l'equitat en l'accés, la qualitat i la sostenibilitat del conjunt del sistema.

El principal repte dels sistemes sanitaris és convertir la compra en una activitat realment estratègica

Catalunya va optar, a l'any 1989, per separar les funcions de compra i provisió. El retorn a un model integrat, significaria la intervenció directa en el control dels costos per part del finançador i per tant, la pèrdua d'incentius orientats a l'estímul de l'eficiència dels proveïdors.

Posicionament del CHC

El Consorci Hospitalari de Catalunya es posiciona a favor del manteniment de la separació nítida de les funcions de compra i provisió de serveis, separació de responsabilitats, control per resultats i corresponsabilització dels prestadors, per tal d'estimular adequadament la qualitat i l'eficiència.

El model de relació de l'autoritat sanitària amb els proveïdors, hauria de desenvolupar-se mitjançant:

- Els mecanismes d'autorització administrativa prèvia al funcionament.
- Els mecanismes d'acreditació que assegurin els estàndards de qualitat exigibles.
- La compra de serveis amb contractes en els que es defineixi la cartera de serveis, les condicions bàsiques de la prestació d'aquests serveis i els objectius a assolir per part de les entitats proveïdores dins els terminis fixats.
- L'avaluació dels resultats pel que fa a activitat i qualitat, entesa fonamentalment com efectivitat, eficiència, seguretat clínica i satisfacció de l'usuari. En aquest model el paper de l'autoritat sanitària no es limitaria

La relació entre autoritat sanitària i proveïdors s'ha de basar en:

- autorització administrativa per operar
- acreditació
- contracte
- avaluació de resultats.

exclusivament a la compra de serveis, sinó que hauria de garantir la qualitat global, l'eficiència i la sostenibilitat del propi sistema, així com l'equilibri territorial (equitat d'accés), mitjançant la creació de la Central de Resultats de la XHUP.

2. Autonomia de les organitzacions sanitàries

Situació actual i tendències

Els centres sanitaris a Catalunya han hagut de fer front en els últims anys a la modernització d'unes instal·lacions obsoletes. Els concerts amb el CatSalut no eren suficients per cobrir les inversions que requerien aquests processos. Per tal de fer possibles aquestes inversions ha calgut finançament específic del govern de la Generalitat, amb la contrapartida de l'entrada del CatSalut als òrgans de govern de les entitats, juntament amb altres governs locals implicats en la titularitat dels equipaments.

La presència del CatSalut als òrgans de govern dels centres fa difícil delimitar clarament les funcions de govern i gestió en les institucions.

Aquesta situació va comportar la introducció d'un valor polític: el consens en la formulació de polítiques, però d'altra banda, la presència de representants del CatSalut en els òrgans de govern dificulta la delimitació de les funcions de compra, govern i gestió de les institucions (problema comú, encara que no generalitzable, a moltes organitzacions). Aquests representants juguen sovint un doble paper d'autoritat sanitària, i per tant de jutge, i de "propietat", defensant els interessos del proveïdor.

Un altre efecte pervers de la incorporació del CatSalut als òrgans de govern dels centres sanitaris és que aquestes entitats estan sent considerades com a ens d'administració pública i en conseqüència, susceptibles d'aplicació d'un seguit d'interpretacions normatives que minen l'autonomia dels centres. A tall d'exemple podem citar les següents:

1. Nova interpretació de les normes SEC 95, aprovades per Reglament de l'any 1996, que pretén incloure les entitats dins del sector de l'Administració pública, no reconeixent que els ingressos dels centres, derivats del concert, responguin al concepte vendes enlloc d'aportacions pressupostàries finalistes.

Aquesta nova interpretació obre el camí a:

- a. Incloure les entitats en els pressupostos de la Generalitat.
- b. Exigir-los comptabilitat pressupostària, quan els seus estatuts estableixen que serà el Pla General Comptable adaptat a centres assistencials. S'ha arribat a qüestionar i demanar que es modifiquin els estatuts de les entitats que així ho prevegin.
- c. Assumpció de l'aplicació informàtica que gestiona el pressupost de la Generalitat (GECAT).
- d. Exigir la remissió de la liquidació del pressupost de les entitats trimestralment, quan la legislació específica es limita a requerir que s'enviïn els comptes anuals i la liquidació del pressupost abans del 30 d'abril de cada any.

En aquest sentit, les normes SEC són una metodologia comptable i com a tal, tan sols determinen quins organismes computen com a deute públic, però no com s'han de gestionar aquests organismes, ni que hagi de limitar-se la seva autonomia de gestió per part de l'Administració. A més, és més que qüestionable que les normes SEC determinin la consolidació en el deute públic de l'activitat econòmica d'entitats que obtenen els seus ingressos exclusivament de la venda dels seus serveis mitjançant concert a l'autoritat sanitària, independentment de la participació en els seus òrgans de govern.

Les normes SEC són un mètode comptable. Determinen quins organismes computen com a deute públic, però no com s'han de gestionar.

- 2. Requisit d'autorització prèvia dels representants de la Generalitat als òrgans de govern d'aquestes entitats, per votar a favor d'actes d'endeutament, el que acaba afectant a inversions, noves accions i fins i tot, a pòlisses de tresoreria.
- 3. Requisit d'autorització prèvia dels representants de la Generalitat als òrgans de govern d'aquestes entitats, per votar a favor de la subscripció de capital d'entitats de nova creació. Aquest fet impedeix l'autoorganització de les entitats, donat que la legislació general li permet crear noves figures jurídiques però la nova norma ho limita en forma de requisit d'autorització prèvia del Departament d'Economia i Finances o del Govern, segons el cas.
- 4. Obligació de remetre trimestralment els TC2 dels treballadors dels centres a la Secretaria General de la Funció Pública.
- 5. Afectació d'aquestes entitats per les limitacions referents al personal laboral de la Generalitat (limitacions per quanties d'acomiadaments, etc.).

És qüestionable que les normes SEC determinin la consolidació en deute públic de l'activitat d'entitats que obtenen els seus ingressos exclusivament de la venda de serveis al CatSalut mitjançant concert.

6. Limitació de les retribucions variables dels directius de les entitats i excés de burocratització per a la seva aprovació (departaments d'economia, salut i funció pública).
7. Imposició de la contractació de l'entitat encarregada de prevenció de riscos laborals i de la contractació d'una mútua patronal, determinada per la Generalitat en contractació centralitzada.
8. Introducció de les entitats en el pla d'auditories que aprova el conseller d'Economia i Finances, i que determina que la intervenció de la Generalitat emeti informes de control financer permanent.

Les funcions atorgades de facto pel CatSalut a la Gerència d'Empreses Públiques i Consorcis, podria entendre's com un primer pas cap a la creació d'un holding de proveïdors participats directament per la Generalitat. i la disminució d'autonomia de gestió de les institucions, especialment en allò referent a la pèrdua de competències dels seus òrgans de govern per decidir la marxa de la institució.

Per altra banda, el Departament de Salut ha desenvolupant en ocasions una política activa de recursos humans, com la interlocució i intermediació directa en els conflictes laborals, tal i com va succeir a la passada vaga dels professionals mèdics de l'any 2006. Aquesta major intervenció podria derivar cap a una homogeneïtzació de les polítiques de recursos humans dels proveïdors, amb el risc de perdre flexibilitat, capacitat de resposta a les necessitats de gestió dels centres, i impedit respostes diferents a problemes o situacions diferents. En contraposició, a la resta d'Europa s'observa una tendència a incrementar l'autonomia dels proveïdors, amb l'aparició de noves fórmules de gestió dels centres públics, o de descentralització de la gestió.

L'autonomia de gestió i els models de provisió que existeixen

L'autonomia de gestió, es podria definir com la transferència d'autoritat, poder i responsabilitat per prendre decisions i gestionar, a nivells més baixos de l'estructura de l'organització sanitària (4).

El contrari de l'autonomia de gestió són les organitzacions funcionals que es caracteritzen per la centralització de decisions, el que comporta estructures jeràrquiques que s'acompanyen d'especialització funcional, reglamentació

detallada de procediments, presència de funcions de producció ambigües, dificultat per mesurar el rendiment, i caràcter funcionarial en la relació dels empleats i l'organització. En resum, sistemes rígids de decisió, que responen de forma lenta i ineficaç davant la demanda de canvi i adaptació (6).

Una classificació sobre els models de provisió de salut més utilitzades, és la de Saltman (5), que distingeix entre organitzacions públiques i privades.

Pública		Privada	
Estatal	Públic però no estatal	Sense ànim de lucre	Amb ànim de lucre
Ministeri de sanitat	Govern regional i local	Comunitària	Empreses petites
		Religiosa	
Juntres nacionals	Empreses públiques	Caritat	Grans corporacions
		ONG	

Des d'un punt de vista jurídic, la gestió dels serveis públics es categoritza en gestió directa (amb mitjans propis de l'Administració, amb o sense personalitat jurídica pròpia) i gestió indirecta (amb mitjans aliens). Els mitjans aliens poden ser d'altres administracions o entitats públiques sense competència directa en aquell servei (el presten com a exercici d'activitat econòmica en règim de lliure concurrència), amb entitats sense afany de lucre o amb afany de lucre. Les modalitats de gestió indirecta són quatre: el concert, la concessió administrativa, la societat d'economia mixta i la gestió interessada.

Podem afirmar, que el model sanitari català es caracteritza per un elevat grau d'utilització de mecanismes de provisió indirecta a través d'entitats públiques i privades sense afany de lucre. Resulta indubtable que la modalitat per la qual s'ha optat en tot moment és el concert, és a dir, la compra de serveis a operadors que ja vénen prestant aquells serveis en el mercat amb anterioritat al concert, segons la definició legal.

En el model sanitari català es dona un elevat grau de provisió indirecta, a través de proveïdors públics o sense afany de lucre. La modalitat que impera és la del concert.

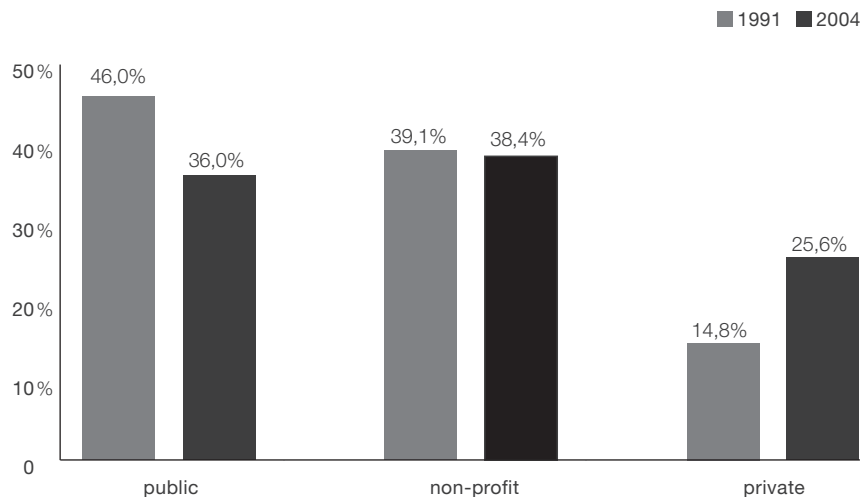
Molts governs han optat per abandonar la gestió directa de serveis públics, transferint la responsabilitat a organitzacions amb major autonomia dins d'un marc públic o privat. Aquest tipus d'experiències han d'estar subjectes a mecanismes de regulació i control d'una extraordinària transparència i independència, que dificultin les possibilitats de col·lisió d'interessos i els costos d'interferència i influència política.

Exemples d'organitzacions públiques però no estatals els trobem en els *hospital trust* d'Anglaterra o en els hospitals de Noruega i Suècia, on la gestió dels centres és independent però han de rendir comptes de forma pública (7, 8).

Dins la categoria de privat trobem organitzacions sense ànim de lucre i amb ànim de lucre. La propietat privada lucrativa es caracteritza per l'apropiació privada de l'excedent com a remuneració residual del propietari. Aquest tipus d'entitats poden premiar l'eficiència, el risc d'utilització del capital o la innovació, només en cas que no hi hagi fracassos greus de mercat, com passa a la sanitat. A més, només en els casos que les millores d'eficiència superin el retorn de capital, la introducció de la propietat privada i lucrativa millorarà els resultats. L'evidència empírica disponible senyala que tant les organitzacions públiques com les no lucratives obtenen millors resultats (9).

Un exemple el trobem a Alemanya, que després de la reunificació i d'un període de dèficit pressupostari, va realitzar una reestructuració del sector buscant la diversificació de proveïdors, incorporant proveïdors privats o sense ànim de lucre. El nombre d'hospitals i llits va disminuir al voltant del 10%, a la vegada que la proporció d'hospitals no governamentals va augmentar considerablement (10).

Ownership of German hospitals 1991 and 2004



Entre les experiències desenvolupades a Europa de gestió indirecta de serveis sanitaris també destaca l'experiència de la sanitat a Catalunya, dissenyada a finals dels anys 80 i que durant molt temps ha estat capdavantera i objecte d'interès i estudi al conjunt de l'Estat espanyol i a la resta d'Europa.

Avantatges del nostre model

El model sanitari català, caracteritzat per l'existència d'un sector concertat divers amb autonomia de gestió, ha facilitat la separació de funcions i la introducció d'un quasi mercat amb la implantació dels mecanismes de compra de serveis (7). No obstant, molts dels instruments de gestió diferenciada que presenta el sector concertat, es poden malmetre si prospera un excés normatiu per part de l'Administració autonòmica, que vulnera l'autonomia de gestió dels centres.

Entre els avantatges principals del model es troben els següents:

- **Relació de confiança basada en el consens i el pacte**

La implicació de l'àmbit local ha permès alinear els objectius en el camp dels serveis sanitaris al ciutadà, evitant la utilització de la sanitat com a eina de disputa política entre els municipis i l'administració autonòmica.

- **Fórmules jurídiques més flexibles**

Les fórmules utilitzades per a la reconversió de la gestió pública al sector han estat dos fonamentalment:

1. Concerts amb titulars d'establiments sanitaris: entitats de titularitat pública (fundacions, societats anònimes municipals, organismes públics autònoms, empreses públiques, etc.) o privada, amb i sense ànim de lucre, que tenen com a denominador comú la possibilitat de gestionar amb major flexibilitat, i a les quals el CatSalut els concerta la responsabilitat de la gestió de determinats serveis sanitaris. Una de les fórmules de cessió de la gestió incorporades especialment a l'atenció primària, ha estat la societat privada formada per professionals, anomenades Entitats de Base Associativa (EBA), que poden adoptar qualsevol fórmula jurídica acceptada en dret.
2. Els consorcis: fórmula orgànica de col·laboració interadministrativa, que té com principal avantatge la versatilitat i la seva idoneïtat com a lloc de convergència dels interessos de diverses institucions amb finalitats comunes. Aquesta figura ha permès que les administracions públiques hagin col·laborat entre si o amb entitats privades sense afany de lucre, en el camp de l'assistència sanitària, mantenint el caràcter públic de la institució. Els consorcis però, no són propietat administrativa exclusiva de cap de les institucions que en formen part, i necessiten del concert

Avantatges del model català:

- consens i pacte
- fórmules jurídiques flexibles
- personal laboral versus funcional
- capacitat de cerca de fonts d'ingressos alternatives
- aportació d'amortitzacions al sistema
- control de la despesa
- mecanismes de control que permeten planificació a mig i llarg termini
- promou la millora de l'eficiència.

com a instrument de compra dels serveis que presten. Aquest fet determina que restin exclosos dels contractes programa i que, per aquest motiu, sigui qüestionable la seva inclusió al sector Administració pública de la SEC 95.

- **Personal laboral versus funcionari**

Aquestes fórmules jurídiques permeten la contractació de personal laboral i la llibertat per regular els salaris i les condicions laborals dels seus treballadors, dins del marc dels convenis sectorials. Possiblement les dues variables més destacables i que més caracteritzen el marc de relacions laborals front a les funcionaries o estatutàries són:

1. D'una banda la major flexibilitat en l'inici (processos de selecció i contractació) i en la finalització dels contractes (acomiadaments disciplinaris i per causes objectives), ja sigui de forma individual o col·lectiva (regulacions d'ocupació).
2. D'altra banda la incorporació de pagaments variables per incentius en base a resultats.

La creixent equiparació de les condicions de treball entre ambdós col·lectius, pot suposar la funcionarització del personal laboral en el sector sanitari concertat a Catalunya (més de 35.000 treballadors).

- **Capacitat de cerca de clients i fonts d'ingressos alternatius al CatSalut**
Que suposen ingressos addicionals al sistema, per alleugerir les càrregues de finançament de les institucions.
- **Aportació d'amortitzacions al sistema**
Fer amortitzacions reals és imprescindible per garantir i assegurar que els centres mantinguin la seva capacitat productiva per tal de respondre a les demandes futures i abordar les importants reposicions que requereix el sector.
- **Més control de la despesa sanitària pública**
El sistema de compra de serveis al sector concertat fa servir mecanismes de pagament que permeten tancar el pressupost. En el cas de l'atenció primària, el sistema de pagament que es fa servir és un pressupost per càpita tancat, que s'assigna al principi de l'exercici, per tal de cobrir les despeses de personal i productes intermedis principalment. En el cas de

l'atenció especialitzada, el sistema de pagament pressupostari està basat en l'activitat i es dota de mecanismes per tancar l'assignació pressupostària, així l'activitat i les tarifes es fixen de manera prospectiva, i la diferència entre l'activitat realitzada a final d'any i la comprada (activitat marginal), es remunera a preus molt inferiors (entre un 30 i un 15 % de la tarifa). En el cas de la despesa farmacèutica, s'assigna als equips d'atenció primària, un pressupost de farmàcia per càpita i se'ls corresponsabilitza en la despesa farmacèutica, de manera que si la despesa real queda per sobre de la pressupostada, els equips d'atenció primària concertats han d'assumir una part del dèficit.

- **Mecanismes de control alternatius als administratius**

Els mecanismes de control i models de confiança mútua que operen entre l'Administració sanitària i el sector concertat, impliquen la modernització de la relació de supervisió i control clàssica, basada en el garantisme burocràtic (conjunt d'ordres, directrius, instruccions, resolucions i acords). Els mecanismes de control més importants que operen dins del sector concertat català són:

1. En un entorn de quasi mercat, el mecanisme de control més important és el contracte. En concret els concerts amb els centres de la XHUP contenen l'especificació d'estàndards de qualitat, cost per volum i penalitzacions per excés de producció. Aquests són els principals instruments del CatSalut per la implantació de les polítiques sanitàries i els principals components per la planificació estratègica dels proveïdors. A més, a part de permetre la planificació a mig i llarg termini, els contractes entre el CatSalut i els proveïdors, contenen objectius per avaluar els resultats dels serveis de salut, així com incentius per millorar l'eficiència i la qualitat de l'assistència.
2. Els serveis i procediments d'inspecció per verificar el compliment de la normativa.
3. Auditories externes als centres, realitzades per auditors acreditats i independents (censors jurats de comptes) amb caràcter anual.

- **Introducció d'estratègies per a la millora de l'eficiència**

L'autonomia de gestió a Catalunya ha afavorit la introducció d'estratègies d'integració assistencial com a via per millorar l'eficiència del sistema i la continuïtat de l'atenció.

En primer lloc, aliances estratègiques entre proveïdors per compartir determinats recursos i objectius comuns, generalment mantenint la identitat legal i l'autonomia de gestió de cada organització. Un exemple el constitueixen les aliances establertes entre determinats hospitals per compartir professionals en base a un projecte de gestió comú.

En segon lloc, aliances per tal de coordinar l'atenció a la salut d'una determinada població, responsabilitzant-se dels costos i dels resultats de salut dels ciutadans (11). S'han desenvolupat integracions horitzontals entre entitats que proporcionen el mateix tipus de serveis mitjançant la fusió de centres, i integracions verticals, entre serveis diferents al llarg del continu assistencial. Els primers, tenen com a principal avantatge la millora de l'eficiència tècnica i assignativa, mitjançant l'aprofitament d'economies d'escala i d'abast. Mentre que els segons persegueixen la coordinació de l'atenció del pacient al llarg de les diferents unitats operatives del sistema, contribuint així, a la millora de l'eficiència global del sistema i la continuïtat assistencial.

Una de les barreres fonamentals que han emergit en aquest procés cap a la integració assistencial ha estat precisament la manca d'autonomia de gestió dels centres de l'ICS. Aquesta característica dificulta la implementació en els seus centres, de les estratègies de col·laboració que es determinen a nivell de la xarxa local, la corresponsabilització en les desviacions de la despesa quan es designa una assignació capítativa als proveïdors del territori i la introducció d'incentius als professionals per a la millora de la gestió clínica (12).

Resultats del model concertat a Catalunya

Els avantatges esmentats, es tradueixen en millors resultats del sector concertat en alguns indicadors relacionats amb l'eficiència del sector públic concertat sanitari a Catalunya, amb les limitacions metodològiques i d'informació pròpies d'indicadors basats en *outputs* intermedis.

- **Els costos unitaris hospitalaris són inferiors**

Aquesta és la conclusió que es treu quan es compara l'estada mitja i les ràtios de personal per llit del sector concertat a Catalunya amb les d'altres proveïdors públics del sector. L'estada mitja per al global de les altes dels hospitals del sector concertat, és 5,7 dies, mentre que a l'ICS és de 7,2

dies (13). Les plantilles de personal per llit, també se situen al sector concertat (2,3 personal sanitari/llit) per sota de les dels hospitals de l'ICS (3,1 personal sanitari/llit) (13).

- **Millors resultats assistencials**

Segons l'estudi "*TOP 20. Benchmarks para la excelencia 2007*" elaborat per IASIST (14), el qual compara a nivell estatal els centres segons la mida i si són de model laboral o estatutari, els hospitals concertats tenen un índex de mortalitat ajustat per risc un 6,3% més baix que els no concertats. A més, els hospitals no concertats mostren un índex de complicacions i un índex de readmissions més alt que els concertats (un 26,6% i un 17,3% més alts respectivament).

De tots els nivells d'hospitals, els hospitals comarcals petits de model laboral (personal amb relació laboral i gestió financera de caràcter mercantil), mostren els millors resultats en complicacions, menors estades, millors nivells de cirurgia major ambulatoria, menor estada mitja ajustada, major taxa de cirurgia sense ingrés i menor cost ajustat. Els hospitals comarcals grans de model laboral, presenten un balanç millor de resultats en els anteriors indicadors que la resta d'hospitals de model estatutari (9,18).

- **Millors resultats en accessibilitat i coordinació d'atenció primària**

També trobem resultats que ens indiquen una millor accessibilitat i coordinació de les entitats d'atenció primària amb autonomia de gestió (15). Pel que fa a la dimensió d'activitats, destaca que les EBA són aquelles que major nombre de visites d'infermeria presenten. Pel que fa a la dimensió d'accessibilitat, mostra que les entitats amb autonomia de gestió tenen major implantació d'un sistema de control de la manca de compliment de les visites i major presència d'informació respecte els tràmits que han de realitzar els usuaris en relació a les reclamacions. En la dimensió de coordinació, també hi ha diferències, com el major nombre de sessions conjuntes amb l'atenció especialitzada i la major valoració que fan els directors dels equips d'atenció primària respecte a la utilització conjunta de protocols clínics, en les entitats amb autonomia de gestió respecte l'ICS. A més, les EBAs presenten llistes d'espera menors tant per visites a l'atenció primària com a l'atenció especialitzada. Respecte a la pràctica clínica, destaca que les entitats amb autonomia de gestió tenen major control de la hipertensió arterial i la diabetis mellitus.

Resultats del model concertat:

- costos unitaris hospitalaris inferiors
- millors resultats assistencials (14)
- millors resultats en accessibilitat i coordinació amb l'atenció primària (15).

Posicionament del CHC

Cal aprofundir en les fórmules de provisió pública indirecta, a través de proveïdors amb autonomia de gestió.

El Consorci Hospitalari de Catalunya considera que, igual que ha succeït en altres països de l'entorn, cal aprofundir en fórmules de provisió pública indirecta, a través d'una xarxa de proveïdors que mantingui la seva autonomia de gestió, que garanteixi la flexibilitat, la capacitat de resposta als canvis de l'entorn i que estimuli la qualitat i l'eficiència, mitjançant mecanismes de contractació.

En aquest sentit i pel que fa a les entitats constituïdes sota la fórmula jurídica de consorci, cal trobar fórmules jurídiques que permetin diferenciar clarament entre propietat i gestió, en aquells consorcis en els quals el patrimoni sigui del CatSalut, promovent les fórmules patrimonials que millor s'adaptin a cada realitat (que, recordem, és diversa a cada territori, tant per la titularitat sobre els mitjans com respecte de les entitats que en participen).

Aquestes fórmules de relació patrimonial poden abastar des de la cessió d'ús gratuït dels immobles a l'entitat titular del concert sanitari, com ja es produeix en l'actualitat en molts centres; al cobrament d'un cànon a l'entitat titular del concert (que permeti un retorn *ètic* per l'optimització en la utilització dels espais de titularitat pública per a activitat complementària per part de l'entitat concertada); el lloguer de tals immobles a l'entitat concertada (variant de la fórmula del cànon); la constitució de drets de superfície quan calgui afrontar construccions; o bé simplement, quan la propietat o el dret de disposar sobre els immobles sigui del CatSalut, incloure en el concert l'habilitació per fer servir els immobles afectes a l'activitat que es concerta, com passa en les concessions (cap norma impedeix que sigui aplicable als concerts).

Cal trobar fórmules jurídiques per diferenciar clarament entre propietat i gestió en els consorcis en què el patrimoni sigui del CastSalut.

D'altra banda, s'han de cercar també fórmules jurídiques que evitin que el Servei Català de la Salut entri a formar part de la propietat de nous consorcis o en els seus òrgans de govern.

En l'àmbit de recursos humans, el CHC considera que l'autoritat sanitària hauria de definir un marc general que estableixi uns mínims homogenis (qualitatius, quantitatius i de capacitat) per a tot el sector, però deixant als proveïdors, en exercici de la seva autonomia de gestió, definir les seves pròpies polítiques de recursos humans així com el seu model d'organització. Per altra banda, l'homologació salarial entre convenis del sector públic o privat, no hauria d'incorporar rigideses per a la resta de proveïdors amb el risc de funcionarització.

Per tant, el CHC aposta per què al si de les institucions hi hagi una separació clara entre propietat, govern i gestió, diferenciant clarament entre aquests tres nivells:

- Propietat: l'exercici dels drets dominicals per part de la Generalitat sobre el seu patrimoni immobiliari.
- Govern: garantir el compliment de la missió i la direcció estratègica de l'organització, controlar la seva gestió i rendir comptes dels resultats econòmics i de salut. El govern de les empreses proveïdores, participades o no per la Generalitat, correspon als seus òrgans de govern (consells d'administració, consells rectors o patronats).
- Gestió de les empreses, que correspon als equips directius professionals.

A més, cal reforçar el paper dels consells d'administració de les institucions, incorporant consellers que garanteixin el compliment de les funcions pròpies del govern institucional com són: donar les directrius generals i aprovar les línies estratègiques del centre, vetllar pel compliment de la missió, aprovar el pressupost, aprovació d'endeutament, seleccionar la direcció executiva, aprovar la seva retribució, els seus objectius i rendir comptes. En definitiva, cal definir clarament quin és l'encàrrec de gestió i explicitar-lo a la direcció general que ha de centrar-se en els aspectes propis de la gestió.

El CHC aposta per una distinció clara entre propietat, govern i gestió al si de les institucions proveïdores.

Propietat: Dret sobre el patrimoni immobiliari
Govern: Direcció estratègica. Control de gestió i rendició de comptes
Gestió: Correspon als equips directius professionals.

3. Model de compra a proveïdors

Situació actual i tendències

Catalunya va ser pionera a Espanya i a Europa, en la introducció del canvi de sistema de pagament als proveïdors, incorporant el pagament mixt, basat en un pressupost global i en el pagament per acte, emparat en un sistema de classificació de pacients (GRD). El pagament prospectiu per casuística mitjançant els GRD, ha demostrat millorar l'adequació a l'assignació de recursos, la distribució de riscos entre comprador i proveïdor, l'incentiu per l'establiment de sistemes de codificació i facturació més rigorosos i la provisió d'una informació més adequada sobre què adquireix el comprador. Tot i així, per evitar comportaments perversos, el pagament en funció de l'activitat s'ha de complementar amb mecanismes regulatoris addicionals, com sostres d'activitat,

preus marginals, auditories, monitorització de processos o mesures de satisfacció del pacient i resultats assistencials (16).

El pagament en funció de l'activitat i complexitat ha demostrat avantatges com la imparcialitat, la transparència, l'estímul de la productivitat, la reducció dels temps d'espera i la millora de l'eficiència sense disminucions de la qualitat (16).

La tendència general en els països desenvolupats per a l'assignació de recursos als proveïdors, ha estat la substitució gradual del pagament per presupost i la introducció del pagament d'acord amb l'activitat desenvolupada, incorporant elements de monitoratge de resultats:

- Noruega (16) va introduir el pagament per activitat i conseqüentment, es van detectar efectes positius en el nombre de pacients tractats i en l'eficiència.
- Suècia (16) també va abandonar el seu sistema tradicional d'assignació fixa a hospitals i s'estima que la productivitat als hospitals d'Estocolm va augmentar un 20% en els dos primers anys de la reforma.
- El NHS, a Anglaterra, té una àmplia experiència en l'assignació capítativa com a mecanisme de distribució de recursos als territoris i com mecanisme de pagament a l'atenció primària (17).

És comú en tots els sistemes de pagament que, al llarg dels anys, generin efectes perversos, pel que és necessari revisar-los periòdicament. Durant els últims anys, el sistema de pagament als proveïdors a Catalunya s'ha anat desvirtuant i, malgrat s'han reiniciat les comissions per revisar el sistema, s'ha mantingut sense actualitzacions remarcables.

Alguns sistemes incorporen incentius per als hospitals i professionals sanitaris.

A Anglaterra es reconeix l'impacte dels incentius en l'activitat clínica i en l'augment de satisfacció dels professionals.

A Catalunya s'ha produït una certa regressió. El sistema de compra s'assimila cada cop més a un model pressupostari.

Paral·lelament, s'han introduït formes de pagament pseudocapitatives que s'han convertit en un dels mètodes més promoguts en la cerca de la contenció de la despesa sanitària i de millores de l'equitat en l'assignació de recursos. L'interès per aquest mecanisme, s'ha accentuat pel seu efecte afegit d'estímul a la millora de la coordinació assistencial.

Finalment, alguns sistemes de salut, han incorporat incentius per als hospitals i els professionals sanitaris, que recompensen la provisió eficient i objectiva de serveis per a la millora de la salut del pacient (Pay for Performance). A Anglaterra es reconeix l'enorme impacte que han tingut aquests incentius en l'activitat clínica diària, així com l'augment de la satisfacció dels professionals, sobretot respecte a la remuneració i a les hores treballades. Alemanya ha pas-

sat recentment del pagament per llit i dia, que indueix a estades ineficients, al pagament per GRD, amb pagament per resultat.

Catalunya no s'ha incorporat a aquestes noves tendències de pagament per resultats. Fins i tot es pot afirmar que s'ha produït una certa regressió en el sistema. Així, l'assignació de recursos als proveïdors, basat inicialment en un model de pagament per activitat i complexitat, ha estat parcialment substituït per un model pseudocapitatiu de difícil aplicació. El Servei Català de la Salut va iniciar a l'any 2001 la prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis en base poblacional en cinc àrees de Catalunya. Amb una vigència inicial de tres anys, la prova es va prorrogar fins a l'any 2005 i es va ampliar a nous territoris. Finalment el sistema de compra en base poblacional s'ha proposat com una de les modalitats de pagament a Catalunya mitjançant un avantprojecte de decret que regulava el sistema de pagament del Servei Català de la Salut.

D'altra banda, el finançament específic dels dos últims convenis de la XHUP s'ha materialitzat mitjançant l'aportació de recursos econòmics finalistes. Tot plegat porta a què el sistema de compra s'assimili cada vegada més a un model pressupostari.

Posicionament del CHC

El CHC considera que els ingressos dels centres sanitaris han de procedir dels contractes i no de pressupostos o subvencions. Els mecanismes de compra podran ser en base a l'activitat, capitació o resultats, en funció del que es vagi determinant en cada circumstància; però sempre mitjançant instruments que les normes SEC acceptin com a mecanisme de venda, i amb regles transparents i estables.

Les fórmules contractuals han de permetre que el comprador dirigeixi un conjunt d'objectius als proveïdors, permetent adequar incentius àgils a l'aparició de noves estratègies i governant així el sistema. A la vegada, que el proveïdor tingui flexibilitat en la contractació i en els acords retributius és fonamental per poder traslladar els objectius del contracte del comprador als seus professionals, assegurant així el seu acompliment.

Per això, és imprescindible i urgent que s'apliqui un veritable pagament per càpita com a mecanisme per distribuir els recursos en el territori (governos te-

El finançament als centres s'ha de fer a través de contractes i no per pressupostos o subvenció.

Sempre mitjançant instruments que les normes SEC acceptin com a mecanismes de venda.

És bàsic que el proveïdor tingui flexibilitat en contractació i acords retributius amb els professionals.

ritorials de salut) i garantir l'equitat en l'accés i l'equitat territorial, així com que s'actualitzi el sistema de compra de serveis als proveïdors mitjançant, per exemple: el pagament per càpita corregit a l'atenció primària (lligat a objectius de resolució, qualitat, etc.) i un sistema de pagament per activitat a l'atenció especialitzada i sociosanitària (amb una definició clara d'objectius, resultats a assolir i sistemes de control de desviacions) juntament amb mecanismes d'incentius per afavorir la substitució entre nivells i l'eficiència global i objectius conjunts als proveïdors per incentivar la coordinació assistencial. I en el cas de les OSI (Organitzacions Sanitàries Integrades) un sistema capitiu, fonamentat, encara que no necessàriament idèntic, en l'assignació territorial i geogràfica dels sectors.

El Consorci Hospitalari de Catalunya considera necessari reflectir sobre els aspectes bàsics del sistema de compra poblacional tal i com s'ha dissenyat i s'està aplicant actualment, distingint clarament l'assignació en base poblacional - que pot anar al Govern Territorial o al conjunt de proveïdors per tal de cobrir una cartera de serveis per la població del territori -, del sistema de pagament (amb criteris explícits i homogenis) per tal de redistribuir la càpita i remunerar als proveïdors a l'interior del territori.

Els acords retributius s'han de finançar a partir de preus (tarifes) suficients i no amb fons finalistes.

El finançament dels acords retributius ha de materialitzar-se a partir de l'establiment d'uns preus (tarifes) suficients i no amb fons finalistes. En conseqüència, els futurs convenis col·lectius han de negociar-se sobre la base del coneixement previ de les tarifes disponibles.

Finalment, cal oferir seguretat en els ingressos potenciant contractes per períodes plurianuals en lloc de la negociació anual.

4. Xarxes integrades de proveïdors

Situació actual i tendències

La separació de funcions i la introducció de mercats interns es va convertir en una de les reformes sanitàries més promogudes en els sistemes nacionals de salut de molts països en la dècada dels 80 i 90. En els últims anys, no obstant això, s'observa una tendència a abandonar aquestes estratègies de promo-

ció de la competència en favor de polítiques que emfatitzen la col·laboració i coordinació entre proveïdors de salut com a via per a millorar l'eficiència del sistema, la continuïtat de l'atenció, l'aprofitament de possibles sinergies entre centres i l'afrontament de certes inversions.

La tendència global actual és la integració de proveïdors, creant les OSI, ja sigui a nivell horitzontal, agrupant centres del mateix nivell, o a nivell vertical, amb centres de diferent nivell assistencial. Les OSI tenen per objecte millorar la coordinació entre centres i nivells assistencials, contribuint a reduir els tràmits i la duplicació d'activitats, facilitant la resolució dins el nivell assistencial més adequat i millorant l'eficiència i la satisfacció de l'usuari.

La tendència global actual és la integració de proveïdors (OSI).

Les xarxes integrades de salut han aparegut sobre tot a països amb sistemes de salut privats i molt fragmentats, com EUA, però també ho han fet en altres països amb sistema nacional de salut:

- Als EUA, existeixen múltiples xarxes integrades, com per exemple el Mayo Health System o el Partners Healthcare de Boston, que donen cobertura a àmbits territorials definits i que ofereixen tots els nivells assistencials als pacients atesos.
- A Anglaterra, destaca la creació d'integracions horitzontals amb les xarxes oncològiques, que donen cobertura a zones geogràfiques assignades.

A Catalunya, les OSI normalment neixen en un hospital al que se li contracta la gestió de l'atenció primària i/o sociosanitària d'un territori i assumeix la responsabilitat de cobrir un ampli ventall de serveis per a la seva població. Algunes d'aquestes organitzacions amb més de 5 anys d'experiència de gestió conjunta són: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà, Consorci Sanitari de Terrassa, Consorci Sanitari de Mataró, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Grup SAGESSA i Badalona Serveis Assistencials, entre d'altres.

Posicionament del CHC

El CHC defensa el manteniment de la diversitat de proveïdors molt arrelats al territori i a la seva societat civil. Alhora, considera necessària la creació de grups sanitaris d'una mida suficient, perquè afavoreixi una gestió eficient, la creació de sinergies i el poder fer front a polítiques d'inversió.

És necessari crear grups sanitaris d'una mida suficient per afavorir una gestió eficient, crear sinergies i poder fer front a inversions.

Aquests grups podran formar-se mitjançant la integració horitzontal, amb l'agrupació de proveïdors del mateix nivell assistencial, o amb la integració de serveis vertical, a partir de centres de diferents nivells assistencials, amb l'objectiu d'obtenir millores en la continuïtat assistencial. En tot cas s'ha de garantir, si s'escau, la possibilitat del manteniment de personalitats jurídiques diferenciades dels proveïdors.

És necessari reconèixer que en molts casos existeixen dificultats perquè els objectius dels professionals convergeixin amb els de les organitzacions i perquè aquestes s'orientin, de forma explícita a servir les necessitats i interessos dels ciutadans, superant l'àmbit individual pel comunitari. Aquestes necessitats es poden percebre, per part del ciutadà, com una ruptura dels sistema, evidenciant disfuncions en la continuïtat assistencial. El CHC considera imprescindible que s'avanci en la cerca de solucions als problemes de coordinació i de continuïtat assistencial, afavorint les xarxes de serveis de salut que ofereixen una atenció coordinada a través d'un continu de prestacions a una població determinada, com a model que representa l'etapa final del procés d'integració assistencial.

Políticas de recursos humanos

5. Model professional

Situació actual i tendències

Segons el Royal College of Physicians, el professionalisme és la pràctica d'una vocació, basada en un compromís amb la competència, la integritat i la moralitat, l'altruisme i la promoció del bé públic. Aquests compromisos formen part del contracte social entre la professió i la societat pel qual s'atorga a la primera, com a compensació, el dret a l'autonomia en l'exercici del seu treball i el privilegi de l'autoregulació.

El debat sobre el rol social de la professió mèdica s'ha obert a diferents països occidentals, fonamentalment a Anglaterra, Canadà i EUA. En aquests països, una sèrie de fenòmens globals, com el fet que els pacients siguin més actius i exigents o les noves estratègies de gestió clínica, i altres fenòmens locals, com la medicina gestionada a EUA o la reforma del NHS a Anglaterra, han fet augmentar l'interès en la relació entre el metge i la societat.

Es pot afirmar que Catalunya compta amb un sistema sanitari de gran qualitat, fruit de la jerarquitització dels hospitals i l'atenció primària, realitzada a finals dels anys 70. La salarització dels metges, que va ser clau en aquest procés, comença a ser una font de malestar entre aquests professionals i un element que s'enfronta amb el concepte de professionalisme (18), el qual s'entén com el contracte moral que s'estableix entre el metge i la societat, i es basa en la confiança i la relació personalitzada.

D'altra banda, la pèrdua efectiva d'autonomia, causada pel fet de ser una professió majoritàriament assalariada, ha fomentat la percepció d'insatisfacció i el desdibuixament del triple compromís del metge amb la societat, la institució, amb la qual treballa, i el pacient (19). La dilució de la relació entre el metge i el malalt en favor de la relació amb les institucions, està provocant també un malestar d'uns pacients que són cada vegada més exigents i informats.

Per fer front a aquesta situació, s'haurà de definir un nou model que harmonitzi professionalisme i salarització. Un model que, respectant l'autonomia i la capacitat d'autoorganització, recuperi valors propis com l'essència altruista i vocacional de la professió, la integritat, la promoció del bé públic, etc. Així, serà necessari definir un nou contracte social que doni resposta a les noves demandes dels professionals i de la societat i això precisarà obrir un profund debat amb tots els agents: administració, empreses, col·legis professionals, sindicats i ciutadans (18).

Posicionament del CHC

Davant la crisi del model tradicional del professionalisme, el CHC considera necessari el disseny d'un nou model de relació entre el metge i l'organització, basat en un col·lectiu de professionals amb autonomia professional, capacitat per a autoorganitzar-se el treball i corresponsabilitat en els seus resultats. Per això, s'han de buscar fórmules que permetin compatibilitzar la relació laboral tradicional amb unes modalitats d'exercici de la professió que s'assimili a la dels professionals independents dins de la mateixa institució.

Cal que els professionals sanitaris tinguin autonomia, capacitat d'autoorganització i corresponsabilitat en els resultats.

Les institucions han de tenir capacitat per diversificar i flexibilitzar les contractacions i dins del marc laboral, han de contemplar la possibilitat d'adequar les retribucions en funció de la quantitat i qualitat del treball.

6. Rols professionals

Situació actual i tendències

Durant els últims anys, s'ha posat de manifest una manca de professionals de determinades especialitats mèdiques i d'infermeria. Això ha provocat un augment de l'esforç de les organitzacions per atreure i retenir als seus professionals enfront d'altres proveïdors, comunitats autònomes o fins i tot, altres països de l'entorn i un increment de la força negociadora de la representació social d'aquests col·lectius.

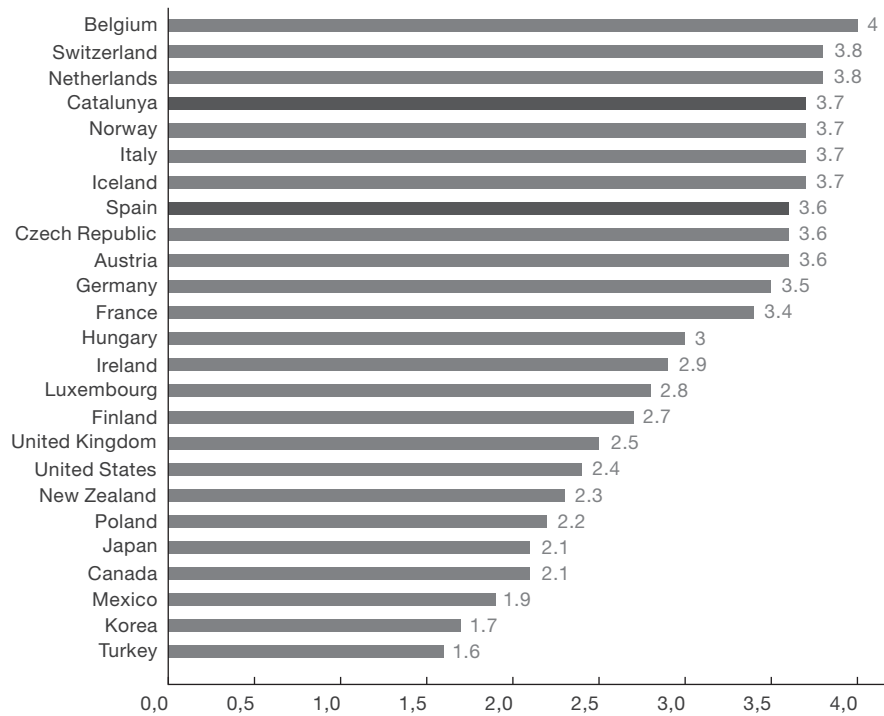
Si analitzem els ratis de professionals mèdics per habitant, veiem que a Catalunya no és inferior respecte a altres països de la Unió Europea, que no manifesten problemes de dèficit professional. (Vegeu gràfiques a la pàgina següent).

Les causes que justifiquen la dificultat per cobrir els llocs de treball de determinades especialitats en els nostres centres són complexes i podríem agrupar-les en tres apartats:

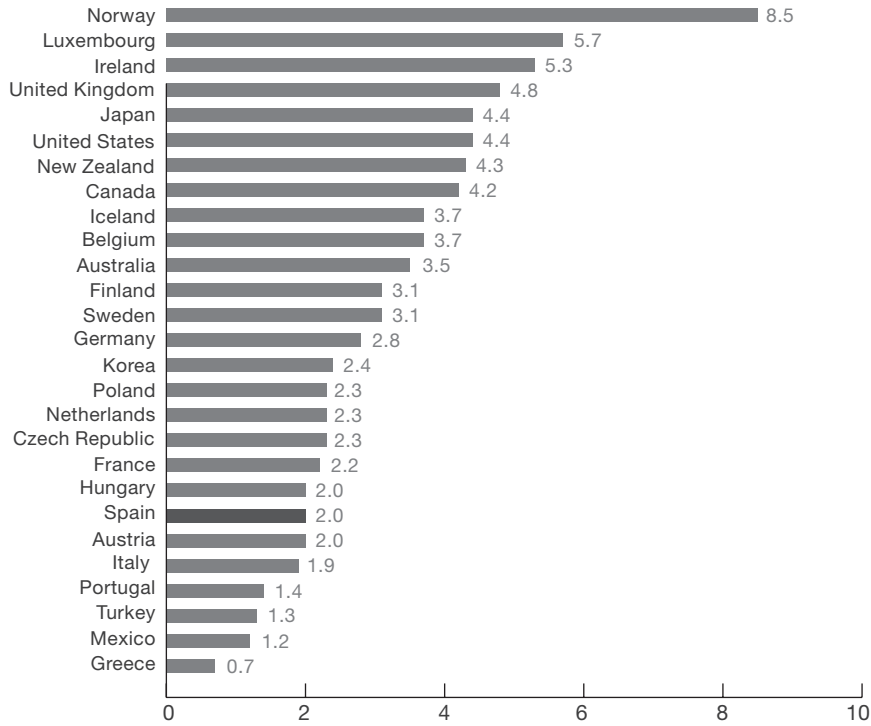
- Increment de la demanda: ràpid increment poblacional secundari a la immigració, increment de nous dispositius sanitaris i introducció de noves tecnologies.

**El model actual no facilita la redistribució de competències entre professions sanitàries.
El protagonisme d'infermeria és insuficient.**

Ràtio de metges / 1000
habitants (OCDE).



Ràtio infermera-metge,
2006. Països OCDE.



- Disminució de l'oferta: jubilacions, increment de la feminització de les professions sanitàries i lliure circulació de professionals a la Unió Europea.
- Les derivades d'un model organitzatiu amb alt consum de recursos humans: hiperespecialització amb poca versatilitat i aplicació de directives europees i convenis col·lectius, que impliquen una reducció del temps efectiu de treball, així com un baix ràtio infermera/metge.

El model actual en el nostre país no afavoreix la redistribució de competències entre diferents professions i excepte en comptades i reduïdes experiències, el protagonisme d'infermeria és insuficient en el procés assistencial. Aquesta rigidesa complica encara més el problema d'escassetat de determinats especialistes.

No obstant, el procés de Bolònia i el desplegament de les especialitats d'infermeria obren la necessitat de redefinir els rols dels diferents professionals sanitaris i en altres països, s'evidencia la necessitat d'ampliació del paper d'infermeria, segons la gestió de substitució que planteja Decker. Així a Anglaterra, el NHS està assignant pacients a infermeria, a Austràlia es concedeixen drets limitats a infermeria per prescriure i sol·licitar alguns procediments diagnòstics, a EUA s'ha estès el permís de prescripció a infermeria sota supervisió mèdica, etc.

Posicionament del CHC

Per fer front a les dificultats per cobrir determinats llocs de treball als centres sanitaris, el CHC considera que s'ha de facilitar l'aplicació de mesures organitzatives i legals que possibilitin el millor aprofitament del temps de treball dels metges, la desburocratització de l'atenció, el suport informatitzat a les decisions i la racionalització de recursos com l'atenció continuada.

En els casos que sigui necessari reclutar i seleccionar professionals estrangers, ha de realitzar-se seguint criteris ètics per no descapitalitzar els països d'origen.

El CHC creu necessària una redefinició de rols professionals, afavorint la redistribució de competències, basada en l'organització del treball en equips interdisciplinaris i la resolució de processos en el lloc més eficient per al sistema com a alternativa a l'actual jerarquització dels equips professionals, potenciant al màxim l'autonomia de cada professional.

Calen mesures organitzatives i legals que facilitin el millor aprofitament del temps dels metges.

S'han de redefinir els rols professionals i redistribuir competències.

En contraposició a la porta d'entrada única del model actual, s'ha de potenciar el paper d'infermeria, formant a infermeres de pràctica avançada i quan s'escaigui, impulsant les reformes legals que augmentin les seves competències i la seva capacitat resolutiva per, en definitiva, reconèixer el seu paper clau en les organitzacions.

7. Participació i corresponsabilització dels professionals en la gestió

Situació actual i tendències

Els canvis que s'han produït en l'entorn, les noves necessitats i expectatives dels pacients, i l'existència d'unes organitzacions sanitàries cada cop més complexes, obliguen als professionals sanitaris, i especialment a la professió mèdica, a adoptar nous rols i responsabilitats.

El paper del metge, com a agent que determina amb les seves decisions clíniques una part rellevant de la despesa sanitària, exigeix una major implicació d'aquest professional en la gestió dels recursos. Segons la Comissió de l'ordenació de la professió mèdica a Catalunya (20), la participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris és indispensable per la persistència d'un model sanitari equitatiu i universal i és necessària per recuperar la satisfacció en l'exercici de la professió mèdica.

Aquesta necessitat de participació real dels professionals en la gestió, implica un canvi conceptual, organitzatiu i estructural, per aconseguir l'aproximació dels equips de direcció i els professionals sanitaris, així com la superació de la desconfiança mútua entre professionals i directius. Els professionals han d'acceptar que la seva participació en la presa de decisions exigeix assumir compromisos i riscos i els gestors han d'exigir implicació dels professionals però els han de delegar, sense ambigüitats ni reticències, responsabilitats i capacitat de decisió (20).

L'espai natural de participació dels professionals en la presa de decisions del seu centre de treball, és la unitat bàsica assistencial en la que estigui enqua-

drat, ja sigui en els equips d'atenció primària o els serveis o instituts. Cadascuna de les unitats assistencials ha de tenir com a objectiu essencial donar instruments als metges que fan assistència, per tal que puguin intervenir autònomament en la gestió del seu treball i prestar una assistència de qualitat. El director assistencial ha de jugar un paper clau per garantir la sinergia de totes les unitats assistencials (20).

Diversos països del nostre entorn estan avançant cap a fórmules organitzatives com les direccions clíniques que impliquen més als clínics en la gestió directa (19).

Posicionament del CHC

El CHC considera que els professionals poden i s'han de comprometre a participar activament en la mesogestió i la microgestió de les organitzacions, adoptant nous rols que comportin noves responsabilitats. Les institucions han de delegar en els professionals les competències de com organitzar-se i cedir major responsabilitat en l'assumpció de resultats. Per això, haurien d'interioritzar una visió més global del sistema (en clau servei nacional de salut, amb una exigència d'equitat en els resultats), eines de gestió organitzativa, tant del seu treball i entorn com de recursos humans i de recursos sanitaris, compartint la responsabilitat en els resultats, tant qualitatius com quantitatius.

Per contra, en els òrgans de govern (macrogestió) de les institucions hi han de participar els membres que representen el govern de la institució i el màxim nivell directiu. Incloure la representació d'experts del món sanitari mitjançant la participació de professionals externs a l'organització en els òrgans de govern, podria ajudar a encaixar la presa de decisions amb la realitat assistencial.

Per la seva banda, l'organització ha d'afavorir la creació de grups de participació, que assegurin i canalitzin el flux adequat de la informació a tots els nivells, ja sigui mitjançant comitès assistencials, juntes clíniques, etc.

El paper de la direcció assistencial, amb renovats estils de lideratge, ha d'anar molt més enllà d'un simple representant del cos facultatiu, ha de ser l'instrument que garanteixi l'execució de l'aliança entre gestors i metges, facilitant el seu enteniment.

Finalment, els col·legis professionals i les societats científiques han de ser una peça fonamental en l'entorn d'un model professional, exercint la capacitat

L'espai natural de la participació dels professionals en la presa de decisions és la unitat bàsica assistencial en què estiguin enquadrats.

Els professionals han de participar activament en la mesogestió i la microgestió

d'autoregulació del col·lectiu, assegurant l'aplicació adequada del codi deontològic, i realitzant les funcions de certificació i avaluació dels professionals.

8. Canvis en la representativitat dels metges i de les infermeres

Situació actual i tendències

Actualment, el col·lectiu mèdic està majoritàriament representat per Metges de Catalunya davant d'altres representants socials com CCOO o UGT.

L'ampliació de l'àmbit funcional en el proper conveni de la XHUP i dels centres d'atenció primària concertats, a l'incorporar-se el sector sociosanitari i de salut mental, provocarà un canvi en la correlació de forces a favor dels sindicats de classe. Així, hi haurà una disminució del pes relatiu dels sindicats corporatius mèdic i d'infermeria, que poden quedar exclosos de la mesa de negociació en aquest àmbit. Aquesta evidència pot concretar-se en la reivindicació de fòrums de negociació col·lectiva diferents dels legalment establerts.

D'altra banda, durant el 2006, la Conselleria de Salut va crear els consells de la professió mèdica i d'infermeria, com a òrgans de participació dels col·lectius professionals. S'hi troben representats els sindicats, les patronals, els col·legis professionals, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i les universitats.

Posicionament del CHC

Davant d'aquesta situació, el CHC considera:

- Els consells de la professió mèdica i d'infermeria es configuren com a òrgans de participació i consulta, i com a instruments que han de garantir el diàleg i la comunicació de totes les parts (sindicats, patronals, societats científiques, etc.) amb l'Administració.
- El Departament de Salut ha d'estar present en els consells de la professió mèdica i d'infermeria, exercint el paper de planificador i definint el marc ge-

neral del model professional, juntament amb la resta d'agents del sistema, però mantenint-se al marge de la negociació col·lectiva dels convenis.

- La participació dels col·legis professionals i d'experts independents en els consells, aporta una visió més professional a la definició dels models d'ordenació de la professió i de l'exercici.
- En la negociació col·lectiva, els interlocutors han de ser les patronals i la representació social.
- Les decisions adoptades en el si dels consells professionals haurien d'integrar-se en els convenis col·lectius i els acords de condicions laborals.

En la negociació col·lectiva, els interlocutors han de ser les patronals i la representació social.

Les decisions adoptades al si dels consells professionals haurien d'integrar-se en els convenis col·lectius i els acords de condicions laborals.

Patient

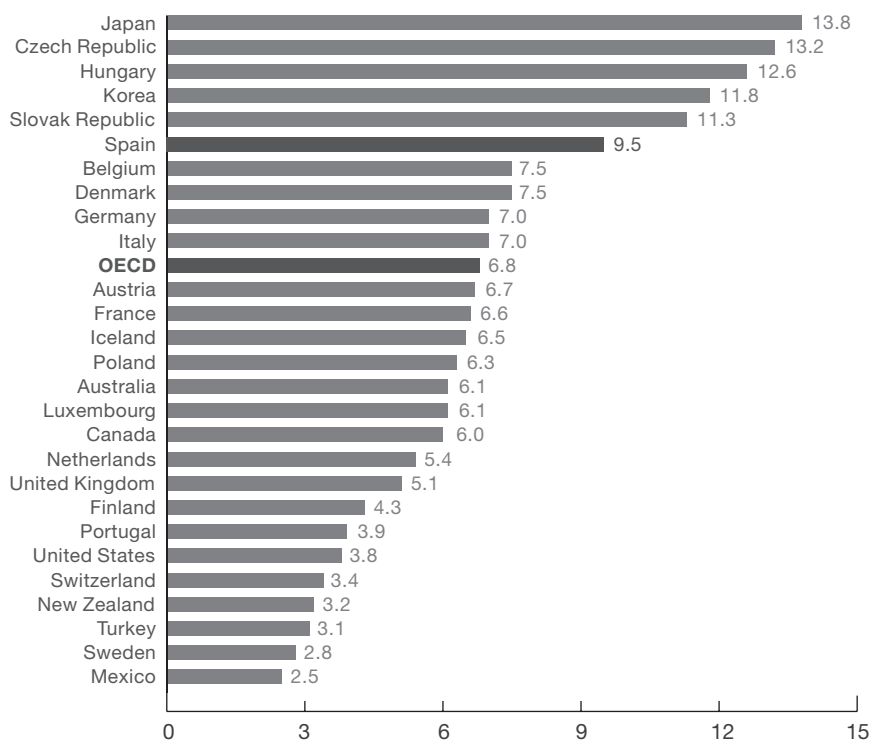
9. Corresponsabilització del pacient

Situació actual i tendències

La situació actual es caracteritza per un continu creixement de la demanda sanitària motivat en part per una sèrie de factors demogràfics, com l'envelliment de la població i l'augment de la immigració (amb el consegüent increment de la taxa de natalitat) i en part, per l'augment de la freqüentació de serveis de salut que s'ha produït durant els últims anys (denominat *Healthcare Consumerism*). D'altra banda apareixen nous problemes de salut que fa uns anys no es consideraven com tal i que deriven del desenvolupament d'una societat de benestar.

Espanya és un dels països que presenta un nombre més elevat de visites mèdiques per càpita, 2,7 punts per sobre de la mitjana dels països de l'OCDE i superior a qualsevol dels països del seu entorn més pròxim. Durant els últims anys, s'ha evidenciat un augment del nombre de visites mèdiques, que ha passat de 7,8 visites per càpita en 1995 a 9,5 en 2005.

A Espanya les visites mèdiques per càpita són 2,7 punts superiors a la mitjana de l'OCDE.

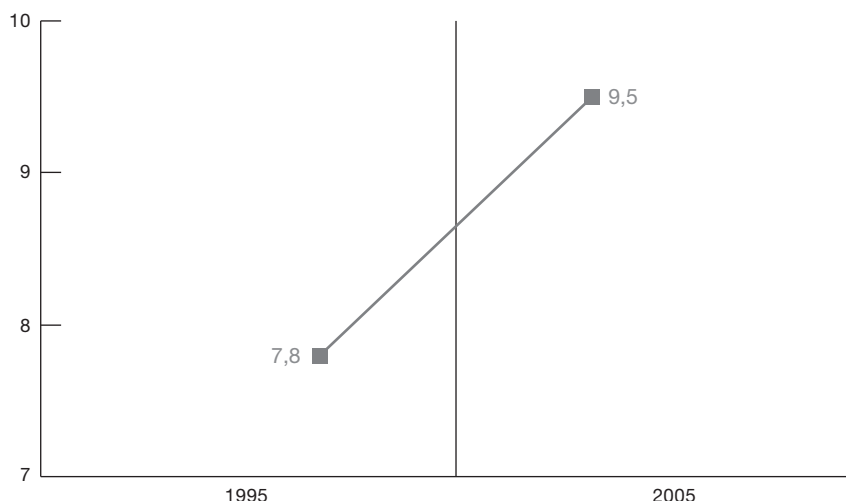


Consultes mèdiques per càpita 2005

Font: Health at a glance 2007 OCDE.

**Consultes mèdiques per
càpita 2005 a Espanya
(1995 - 2005)**

Font: Ministerio de Sanidad
y Consumo



L'increment de la demanda i l'abús de determinats serveis sanitaris posa en risc l'equitat en l'accés als serveis de salut. Davant del fenomen de la massificació, la població més desfavorida i amb menys recursos és la més perjudicada, atès que és la que presenta una dificultat major per accedir a aquests serveis.

A tot el món, les organitzacions sanitàries han desenvolupat tècniques de gestió de la demanda per fomentar l'ús racional de serveis i generar més equitat i millor accessibilitat.

Davant d'aquesta situació i amb l'objectiu de fomentar l'ús racional de determinats serveis i generar més equitat i millor accessibilitat, organitzacions sanitàries de tot el món han desenvolupat distintes tècniques de gestió de la demanda, que van des de l'adopció de mesures basades en la prevenció, que impacten en la demanda a llarg termini (programes d'hàbits saludables), fins la incorporació de programes de gestió de malalties cròniques, la gestió de derivacions a l'especialista, l'exclusió de determinats tractaments i l'adopció o reforma de fórmules de corresponsabilització del ciutadà, com el copagament.

Les reformes que actuen sobre l'eficiència, racionalització i priorització de les prestacions s'han demostrat més efectives que les vinculades al copagament.

D'entre aquests tipus de reformes, les que actuen sobre la millora de l'eficiència global del sistema i les que actuen sobre la racionalització i priorització de les prestacions sanitàries públiques, han demostrat millor efectivitat i menys inequitats en els països que les han implantat que les mesures vinculades als sistemes de copagament.

Tots els països d'Europa, excepte set, tenen copagament en atenció primària i hospitalària.

Els sistemes de copagament per part del ciutadà són habituals a Europa, en la qual, la majoria dels sistemes sanitaris durant els anys 80 i 90 van introduir o ampliar mecanismes de copagament. Així, tots els països europeus tenen sistemes de copagament farmacèutic i únicament set (Espanya, Dinamarca, Grècia, Hongria, Lituània, Regne Unit i Polònia) no tenen copagament en atenció primària i hospitalària.

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció hospitalària	Farmàcia
Alemanya	10€ visita inicial cada trimestre	10€ visita inicial cada trimestre Excepte visites derivades	10€/dia Màxim 28 dies	10% preu fàrmac Mín. 5€ i màx. 10€
Dinamarca	0% Per al 98% de població. Facturació restringida per al 2% de població	0% Per al 98% de població. Facturació restringida per al 2% de població	0%	Menys de 70€ any 100% 70-169€ any 50% 169-396€ any 25% Més de 396€ any 15%
Espanya	0%	0%	0%	Actius 40% Pensionistes 0% Crònics 10% Funcionaris 30% Lents 100%
Finlàndia	Màxim 22€ any o 11€/visita Màxim 3 visites/any	22€/visita	26€/dia Llarga estada: Màx. 80% de la renda mensual	Mín. 10€ + 50% resta del preu. Crònics 5€ + 0-25% Lents 100%
França	30% + 1€ Màx. 50€/any	30% + 1€ Màx. 50€/any	20% + 14€/dia Per un màxim de 30 dies	0%, 35%, 65% dependent del medicament
Itàlia	0%	0% Proves diagnòstiques: 85% p.b., amb màx. 51,65€ Rendes baixes: 70% p.b., amb màx. 30,99€	0% 77,47€ revisió mèdica + copagament proves diagnòstiques	A: dosi única 1,55€ multidosis 3,10€ B: 50% C: 100%
Noruega	15€/visita	30€/visita Radiologia: 23€ Fisioteràpia: 30€/visita Etc.	0€	36% en medicaments importants Màxim 30€/recepta
Polònia	0%	0%	0%	Bàsica: màxim 0,5% del salari mínim. Medicaments suplementaris: 30-50%
Portugal	1, 5-2€/visita	Centres urgències: 2-2,70€/visita	0% Urgències: 4,99-6€ 10€ visita	0, 30, 60, 80% Del preu dels medicaments
Regne Unit	0%	0%	0%	El 50% de la població 0% de copagament. Resta: 9,19€/medicament
Suècia	11-22€/visita Menors de 20 anys gratuïta	Visites derivades: 8, 91-33€ Visites no derivades: 22-33€	8,91€/dia visita Menors de 18 anys: 0% Urgències: 22-33€	Menys de 100€/any 100% 100-189€/any 50% 189-368€/any 25% 396-479€/any 10% Lents 100%

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció hospitalària	Farmàcia
Suïssa	10% Exempts menors 18 a., discapacitats, avis	10% Exempts menors 18 anys	10% + 6,8€/dia Menors 18 anys exempts	10% Menors 18 anys exempts
Liechtenstein	Màx. Global (cost fins 130€ + 10% costos)			
Lituània	0%	0%	0%	0, 10, 25, 50% del preu per a medicaments subsidiaris
Luxemburg	5% Visita domicili: 20%	5%	11,45€/dia Màx.30 dies	0, 20, 60, 100% Segons efectivitat i necessitats del medicament
Malta	100% Rendes baixes 0% Crònics, 0% en tractament específics			
Rep. Txeca	0%	0%	Hospitals A: preu per servei	1-50% Genèric o medicament
Àustria	10€/any règim general. 20% funcionaris, autònoms i empleats ferroviaris	10€/any règim general. 20% funcionaris, autònoms i empleats ferroviaris	8€/any Màxim 28 dies/any Beneficiari: 10% cost hospitalització	4,45€/preu fàrmac Pròtesis: 10% mín. 24,20€ Lents: 10%, mín. 72,60€
Bèlgica	8% Per a les rendes baixes, discapacitats, pensionistes, vidus i orfes. Fins al 30% la resta. al 98% de població	8% Per a les rendes baixes, discapacitats, pensionistes, vidus i orfes. Fins al 40% la resta. al 98% de població	Des de 33,9€/dia (8dies) fins 12,1€/dia (estades > 90dies)	Categories (A, B, C, Cs, Cx): 0-80% , amb topes màxims.
Xipre	0% Rendes altes: 15€/visita + 100% cost proves diagnòstiques	2,06€/visita Rendes altes: 20€/visita	1ª classe: 20€/dia 2ª classe: 10€/dia 3ª classe: 6,89€/dia	0% Rendes altes: 100%
Eslovàquia	0,58€/visita	0,58€/visita Urgència: 1,55€	1,29€/visita Màx. 21 dies	Llista positiva
Eslovènia	Diversos serveis coberts per assegurança obligatòria tenen copagament. 100% de copagament per als serveis fora de l'assegurança obligatòria. Rendes baixes exemptes de copagament.			
Estònia	0% Visita domicili: fins 3,20€	Fins 3,20 €/visita Excepte embarassades, menors 2 a. i urgències amb ingrés	1,60€/visita Màxim 10 dies. Excepte embarassades i menors 18 a.	A:1,28€ B:10% cost + preu per sobre PR C:25% cost + preu per sobre PR D:50% cost + preu per sobre PR

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció hospitalària	Farmàcia
Grècia	0%	0%	0%	25% 10% crònics
Holanda	0%	0%	% del sou amb límit màxim.	Preus de referència i copagaments per a alguns medicaments
Hongria	0%	0%	0%	50% medicaments: 100% preu Resta medicaments 0-50% preu
Irlanda	Categoria I: 0% Categoria II: 100% cost	Categoria I: 0% Categoria II: 55€/visita , màx. 550€/any	Categoria I: 0% Categoria II: 55€/visita , màx. 550€/any	Categoria I: 0% Categoria II: 100% màx. 85€/mes
Islàndia	Des de 2,76€ fins 21€/visita	Des de 32€ + 40% del cost	No copagament per atenció	Diferent finançament segons categoria del medicament
Letònia	0,72€/visita	2,87€/visita	1,18€/dia : hospital regional 5,74€/dia : hospital especialitzat	0, 10, 25, 50% del preu depenent del diagnòstic

Països amb algun sistema de copagament en atenció sanitària

Font: La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. 15-11-2007



Posicionament del CHC

Cal obrir el debat sobre mesures que permetin controlar la demanda, prioritzant les que incideixen en la millora de l'eficiència del sistema.

S'ha de revisar el copagament farmacèutic per fer-lo més equitatiu.

Estudiar la introducció de taxes sobre la utilització evitable de serveis.

El copagament no es pot plantejar com un mecanisme de recaptació sinó com un instrument per limitar l'ús inadequat dels serveis públics.

El CHC considera necessari obrir el debat sobre l'adopció de mesures que permetin controlar la demanda i d'aquesta forma, assegurar l'equitat i accessibilitat real dels pacients als serveis sanitaris, prioritzant aquelles que incideixen en la millora de l'eficiència del sistema i en la racionalització de les prestacions sanitàries públiques:

- Treballar perquè l'atenció de patologies es realitzi en el nivell d'atenció més adequat (atenció primària i especialitzada), mitjançant la cooperació i el treball en xarxa.
- Potenciar una atenció primària gestora principal dels fluxos de demanda. Assignació de pressupostos per compra de consultes i productes intermedis a l'atenció primària.
- Millorar la gestió de la demanda per part dels professionals.
- Revisar els procediments per a la incorporació de noves prestacions a la cartera de serveis de finançament públic.
- Revisar els mecanismes de copagament actuals:
 - Reforma del copagament farmacèutic, de forma que sigui més equitatiu (aplicant criteris de capacitat de pagament) i eficient (aplicant criteris de cost i efectivitat).
 - Estudiar la introducció, de la mateixa forma que succeeix en el nostre entorn europeu, de mecanismes de taxes sobre la utilització evitable de serveis. El copagament no es pot plantejar com un mecanisme de recaptació ni com una mesura d'estalvi econòmic, sinó que la seva funció s'ha de plantejar com un instrument per desincentivar serveis poc efectius i l'ús inadequat dels serveis públics.

10. Participació del ciutadà. Transparència i rendició de comptes

Situació actual i tendències

El perfil dels pacients ha evolucionat en els últims anys. Actualment, la salut és un valor social en alça, els pacients són més conscients dels drets que els emparen, són més exigents i estan millor informats (la informació sobre temes de salut s'ha duplicat en els últims quatre anys en l'Observatori Comunicació Científica de la Universitat Pompeu Fabra). Les seves principals expectatives són, entre d'altres, tenir informació completa i comprensible sobre el seu estat de salut, rebre un tracte respectuós per part de l'equip assistencial i l'opció a participar en les decisions assistencials que li afecten. En aquest sentit, s'han desenvolupat nombroses fonts d'informació per al pacient (generalització dels rànquings que permeten comparar hospitals, augment de fòrums de pacients que comparteixen patologia, etc.) i han sorgit nombroses iniciatives d'associacionisme.

Per altra banda, cada vegada més es promou que el pacient afronti la seva malaltia d'una forma activa, involucrant-se en el control de la seva pròpia salut, i potenciant la seva autonomia a través de programes d'autocura. El *programa de pacient expert*, que ja va començar en els anys 70 als EUA ha provat la seva eficàcia en la reducció de la despesa sanitària i en la millora de la salut i de l'autoeficàcia dels pacients.

A nivell de les organitzacions sanitàries, el nou perfil de pacient provoca la necessitat d'incorporar un canvi en la pràctica assistencial, passant a un model en el qual el pacient participa activament en el seu procés assistencial. La transparència, la rendició de comptes i la gestió ordenada d'uns recursos sanitaris limitats és una exigència social. L'experiència com a base de la pràctica assistencial ha deixat pas a la medicina basada en l'evidència com a element clau para la disminució de la variabilitat en la pràctica clínica.

Posicionament del CHC

Les organitzacions i els professionals sanitaris han de:

- facilitar la participació activa del pacient en el seu procés assistencial.
- formar al pacient per fomentar la seva autonomia.
- impulsar les associacions de pacients
- fomentar la transparència i rendició de comptes al públic.

El Consorci Hospitalari de Catalunya considera que les organitzacions i els professionals sanitaris han de:

- Facilitar cada cop més la participació activa dels pacients, possibilitant la seva incorporació a la presa de decisions mitjançant una informació adequada sobre el seu procés assistencial.
- Promoure iniciatives d'autocura en determinats perfils de pacients (malalties cròniques, etc.) capacitant-los i formant-los, fomentant d'aquesta forma la seva autonomia.
- Impulsar el paper de les associacions de pacients com agents d'intermediació en la relació entre el sistema sanitari i el pacient.
- Fomentar la transparència i rendició de comptes en relació a les actuacions sanitàries afavorint la publicació d'indicadors de resultats en salut i la generalització d'una pràctica clínica basada en l'evidència científica.



Conclusió

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Conclusió

La conclusió del debat obert en el si del Consorci Hospitalari de Catalunya sobre les mesures necessàries per corregir i millorar el sistema sanitari català de cara al seu manteniment i sostenibilitat, es resumeix en les següents propostes concretes:

1. El Consorci Hospitalari de Catalunya es posiciona a favor del manteniment de la **separació nítida de les funcions de compra i provisió** de serveis, separació de responsabilitats, control per resultats i corresponsabilització dels prestadors, per tal d'estimular adequadament la qualitat i l'eficiència.
2. El CHC considera que cal **aprofundir en fórmules de gestió pública indirecta**, a través d'una xarxa de proveïdors amb autonomia de gestió, que garanteixi la flexibilitat, la capacitat de resposta als canvis de l'entorn i que estimuli la qualitat i l'eficiència, mitjançant mecanismes de contractació. En aquest sentit i pel que fa als consorcis, cal trobar fórmules jurídiques que permetin diferenciar clarament entre propietat i gestió, especialment en aquells consorcis en els quals el patrimoni sigui del CatSalut, promovent les fórmules patrimonials que millor s'adaptin a cada realitat (que, recordem, és diversa a cada territori, tant per la titularitat sobre els mitjans com respecte de les entitats que en participen). També s'han de cercar fórmules jurídiques que evitin que el Servei Català de la Salut entri a formar part de la propietat del patrimoni dels nous consorcis o en els seus òrgans de govern.
3. En l'àmbit de recursos humans, el CHC considera que l'autoritat sanitària hauria de **definir un marc general que estableixi uns mínims homogenis** (qualitatius, quantitatius i de capacitat) per a tot el sector, però **respectant l'autonomia de gestió dels proveïdors** per definir les seves pròpies polítiques de recursos humans i model d'organització. L'homologació salarial entre convenis del sector públic o privat, no hauria d'incorporar rigideses per a la resta de proveïdors, amb el corresponent risc de funcionarització.
4. El CHC aposta per una **separació clara entre propietat, govern i gestió de les institucions**, diferenciant clarament entre aquests tres nivells:
 - a. Propietat: l'exercici dels drets dominicals per part de la Generalitat sobre el seu patrimoni immobiliari, quan s'escaigui i existeixi.

- b. Govern: garantir el compliment de la missió i la direcció estratègica de l'organització, controlar la seva gestió i rendir comptes dels resultats econòmics i de salut. El govern de les empreses proveïdores, participades o no per la Generalitat, correspon als seus òrgans de govern (consells d'administració, consells rectors o patronats).
 - c. Gestió de les empreses, que correspon als equips directius professionals.
5. **Els ingressos dels centres sanitaris han de procedir dels contractes, i no de pressupostos o subvencions.** Els mecanismes de compra podran ser en base a l'activitat, capitació o resultats, en funció del que es vagi determinant en cada circumstància; però sempre mitjançant instruments que les normes SEC acceptin com a mecanisme de venda, i amb regles transparents i estables.
 6. **El finançament dels acords retributius ha de materialitzar-se a partir de l'establiment d'unes tarifes suficients, i no amb fons finalistes.** En conseqüència, els futurs convenis col·lectius han de negociar-se sobre la base del coneixement previ de les tarifes disponibles.
 7. Cal oferir seguretat en els ingressos, potenciant **contractes per períodes plurianuals** en lloc de la negociació anual.
 8. El CHC defensa el manteniment de la diversitat de proveïdors, molt arrelats al territori i a la seva societat civil. Alhora, considera necessària la **creació de grups sanitaris d'una mida suficient**, que afavoreixi una gestió eficient, la creació de sinèrgies i el poder fer front a polítiques d'inversió. En tot cas s'ha de garantir, si s'escau, la possibilitat del manteniment de personalitats jurídiques diferenciades dels proveïdors.
 9. S'han de buscar fórmules que permetin compatibilitzar la relació laboral tradicional amb unes modalitats d'**exercici de la professió que s'assimili a la dels professionals independents** dins de la mateixa institució.
 10. Les institucions han de tenir capacitat per diversificar i flexibilitzar les contractacions i, dins del marc laboral, han de contemplar la possibilitat d'**adequar les retribucions en funció de la quantitat i qualitat del treball.**
 11. El CHC creu necessària una redefinició de rols professionals, **afavorint la redistribució de competències**, basada en l'organització del treball en

equips interdisciplinaris i la resolució de processos en el lloc més eficient per al sistema, potenciant al màxim l'autonomia de cada professional.

12. En contraposició a la porta d'entrada única del model actual, s'ha de **potenciar el paper d'infermeria**, formant a infermeres de pràctica avançada i, quant s'escaigui impulsant les reformes legals que augmentin les seves competències i la seva capacitat resolutiva.
13. **En la negociació col·lectiva, els interlocutors han de ser les patronals i la representació social.**
14. **Les decisions adoptades en el si dels consells professionals haurien d'integrar-se en els convenis col·lectius** i els acords de condicions laborals.
15. El CHC considera necessari obrir el debat sobre l'adopció de **mesures que permetin controlar la demanda** i d'aquesta forma, assegurar l'equitat i accessibilitat real dels pacients als serveis sanitaris, prioritzant aquelles que incideixen en la millora de l'eficiència del sistema i en la racionalització de les prestacions sanitàries públiques.
16. Revisar els mecanismes de copagament actuals.
 - a. **Reforma del copagament farmacèutic**, de forma que sigui més equitatiu (aplicant criteris de capacitat de pagament) i eficient (aplicant criteris de cost i efectivitat).
 - b. Estudiar la introducció, de la mateixa forma que succeeix en el nostre entorn europeu, de mecanismes de taxes d'utilització evitable. **El copagament no es pot plantejar com un mecanisme de recaptació ni com una mesura d'estalvi econòmic**, sinó que la seva funció s'ha de plantejar com un instrument per desincentivar serveis poc efectius i l'ús inadequat dels serveis públics.



Annex I

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Llista d'abreviatures

GECAT

Sistema de Gestió Economicofinancera de la Generalitat de Catalunya.

GRD

Grups Relacionats de Diagnòstic

NHS

National Health System

OCDE

Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic

OSI

Organitzacions Sanitàries Integrades

SEC

Sistema Europeu de Comptes

Bibliografia

Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català

Bibliografia

1. CHC. *El sector públic concertat a Catalunya*. Barcelona: CHC; 2004.
2. Molina G. *Tendencias en la gestión de los servicios de salud*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 71-89.
3. CHC. *Les Empreses Públiques Sanitàries: Un model que afegeix valor a la sanitat de Catalunya*. Document de treball. Barcelona: CHC; 2007.
4. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk. *Decentralization in health care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: McGraw-Hill; 2007.
5. Saltman RB. *Melting public-private boundaries in European health systems*. European Journal of Public Health 2003; 13: 24-9.
6. Muñoz-Machado S, García Delgado JL, González-Seara L.. *Las estructuras del Bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Madrid: Civitas; 2002.
7. Glenngård A, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
8. Mould JF, Salinas G, Contreras I, Garrido C. *Competencia en el sector salud: análisis de la reforma sueca (1992-1995)*. Rev Saúde Pública 2008; 42(2): 356-64.
9. Martín JJ. *El gobierno de las organizaciones sanitarias en el estado español*. Foro por la mejora del SNS; 2003.
10. *Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals*. Thorsten Schulten, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches. Düsseldorf: Institut (WSI); 2006.
11. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. *The new world of managed care: creating organized delivery systems*. Health Affairs 1994; Winter: 46-64.
12. Vargas I. *La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña*. Cuadernos de Gestión 2002; 8(4): 167-179.
13. Servei d'informació i estudis: EESRI. *Informació estadística de l'assistència hospitalària*. Catalunya, 2006 Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
14. IASIST. *TOP 20 Benchmarks para la excelencia 2007*. Antares Consulting: Barcelona: 2007.
15. Institut d'Estudis de la Salut. *Projecte d'avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària*. Institut d'Estudis de la Salut: Barcelona; 2007.
16. Street A, Vitikainen K, Afsaneh B, Hvenegaard A. *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*. Centre for Health Economics, University of York: CHE Research paper 30; 2007.
17. Cornejo M. *Análisis de los mecanismos de distribución de la asignación per cápita en el contexto internacional*. Tesis final de Máster. Barcelona: SEPPS (CHC); 2008.
18. Del Castillo M. *La crisis del profesionalismo médico. Bases per a la discussió d'un nou pacte social*. Annals de medicina 2008; 91: 59-63.
19. *Valors de la professió mèdica i obligacions ètiques dels metges. Les noves relacions del metge i el malalt*. Congrés de la professió mèdica de Catalunya. 2004. Comissió de l'ordenació de la professió mèdica del CPMC; 2007.
20. Pendleton D, King J. *Values and Leadership*. BMJ 2002; 325:1352-5.

