

# **Propostes del Consorci de Salut i Social de Catalunya per al futur del model de salut català**

CSC – Consorci de Salut i Social de Catalunya

Juny 2010

## Índex

<b>Introducció</b> .....	<b>3</b>
<b>El reconeixement internacional del MSC</b> .....	<b>4</b>
<b>Objectius i justificació del document</b> .....	<b>5</b>
<b>Propostes del CSC en referència a l'evolució del MSC</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Les decisions polítiques</b> .....	<b>6</b>
<b>2. El model organitzatiu i de gestió</b> .....	<b>7</b>
La separació de funcions com a base organitzativa .....	7
Autonomia de gestió i cooperació com a garantia d'eficiència i adaptació .....	7
El contracte i la compra de serveis com a mecanisme articulador i regulador del sistema sanitari de provisió pública i garantia de transparència .....	8
<b>3. Els professionals</b> .....	<b>10</b>
Els nous models de relació professionals-organitzacions, com a forma de explicitar el seu paper estratègic .....	10
<b>4. Els gestors</b> .....	<b>10</b>
La professionalització de la governança i de la gestió: separació del rol polític del tècnic.....	10
<b>5. Els usuaris</b> .....	<b>11</b>
Els ciutadans i el sistema de salut .....	11
<b>Resum</b> .....	<b>12</b>

## Introducció

D'ençà de l'assumpció de les competències en salut a l'any 1981, Catalunya ha desenvolupat un model sanitari que, tot i garantir els valors generals del Sistema Nacional de Salut (SNS) espanyol, en el qual està integrat, ha incorporat elements diferencials rellevants.

El que avui en dia anomenem Model Sanitari Català (MSC), té el seu origen l'any 1981 i es conforma aprofitant, d'una banda, l'oportunitat d'una situació preexistent i diferencial de la resta d'Espanya -com és l'existència d'una xarxa de prestadors de titularitat diversa- i d'altra, prenent en aquell moment la decisió de mantenir-la i potenciar-la, com un element amb capacitat de generar un model de gestió del sistema més eficient i més dinàmic.

Aquest plantejament inicial comporta una conceptualització moderna dels serveis públics, avançada al seu temps i que dóna la màxima importància a garantir els objectius bàsics dels mateixos (servei, equitat, eficiència i qualitat), amb independència de la titularitat dels prestadors. Un concepte que defuig la gestió directa, travada per la burocràcia pública i que compta amb una autoritat sanitària que desenvolupa els mecanismes necessaris per controlar els resultats del procés, regular el mercat públic, dirigir adequadament els incentius i garantir en tot moment els valors del SNS i els drets dels ciutadans.

En els darrers vint anys s'ha anat configurant el Model Sanitari Català, sustentat en els següents elements conceptuals:

- La **separació de funcions** entre el govern (encarregat de la planificació normativa i estratègica i la dotació pressupostària), l'assegurament (compra i avaluació) i la provisió (rectoria i gestió de la prestació).
- L'existència d'un **comprador públic jurídicament independent** de l'autoritat sanitària i dels proveïdors, garant de les prestacions de la cartera del sistema nacional de salut i dels drets dels ciutadans.
- Un mapa de proveïdors, de titularitat diversa i amb **autonomia de gestió**.
  - Amb modalitats de titularitat que responen a diverses fórmules jurídiques i que, tot i tractar-se en molts casos d'entitats públiques, presenten un grau important d'autonomia de gestió i de corresponsabilització.
  - Amb una notòria presència del municipalisme i de les entitats d'iniciativa social (tercer sector).
- Una relació entre els diferents actors basada en la **negociació**, la **confiança**, el **consens polític** i el **control per resultats**.
- El **contracte** com a instrument essencial, regulador de la relació entre el finançador i els proveïdors, tot i que el seu paper ha quedat força desvirtuat.

El model desenvolupat durant els anys 80 ja disposava d'un plantejament modern de gestió pública i ha produït uns bons resultats en termes d'estat de salut i qualitat de vida de la població, tal com demostren l'elevada esperança de vida o els bons percentatges de satisfacció dels usuaris tant amb la seva salut com amb els serveis utilitzats. Així mateix, en termes de productivitat i eficiència dels establiments i del sistema i d'acord amb dades publicades, els resultats obtinguts són molt bons, en anàlisi comparatiu amb altres entorns.

## **El reconeixement internacional del MSC**

El Model Sanitari Català rep el seu reconeixement internacional en els anys 90, dins del que es podrien anomenar les noves tendències de gestió dels serveis públics. En aquesta dècada els sistemes sanitaris públics a tot el món desenvolupat, comencen a adoptar els conceptes de sostenibilitat i eficiència com a fórmula bàsica per garantir els seus valors i es plantegen noves fórmules organitzatives i nous mecanismes per dirigir adequadament els incentius, a efectes de poder traslladar més eficaçment les seves polítiques i objectius de salut als proveïdors de serveis.

L'any 1996 es defineixen els següents elements fonamentals d'innovació i reforma per als sistemes sanitaris públics a Europa (European Healthcare Reforms):

- Models organitzatius que tendeixin a separar clarament les funcions del sistema: assegurement, finançament, compra i provisió de serveis.
- La introducció d'elements i capacitat de gestió dels establiments i de gestió clínica entre els professionals que han de prestar serveis.
- La introducció de mecanismes d'assignació de recursos amb capacitat de substituir la competència en preus i assenyalar incentius a la eficiència.
- Passar de visions assistencials compartimentades a visions contínues i integrades de l'atenció centrada en el pacient.
- Obrir la participació en la provisió de serveis a elements de gestió empresarial que minimitzin els obstacles derivats de la gestió pública.

Aquestes recomanacions no es varen situar únicament en el camp teòric, sinó que molts sistemes de salut europeus amb una llarga història les han fet operatives, com per exemple i sense ser exhaustius:

- Anglaterra: creació, en la dècada dels 90, d'un mercat intern (separació compra-provisió), amb descentralització de la responsabilitat de gestió i l'establiment d'hospitals autònoms i unitats d'atenció primària autònomes (Trusts).

- França: la reforma recent del sistema (Llei Bachelot, 2008) dissenya una nova estructura organitzativa dels establiments, potenciant l'autonomia de gestió i la mesura per resultats.
- Alemanya: reestructuració del sector buscant la diversificació de proveïdors i incorporant l'entrada de proveïdors privats amb i sense ànim de lucre.
- Dinamarca, Noruega, Suècia i Austràlia, entre d'altres països, han desenvolupat des dels anys 90 reformes que permeten la incorporació d'autonomia de gestió en els centres i nous mecanismes de pagament prospectius.

També en l'entorn espanyol s'han desenvolupat diferents experiències amb la intenció de reformar els models públics de gestió directa existents (experiència Valenciana de la Ribera, Denia o Torreveja, les fundacions del INSALUD o les empreses públiques a Andalusia, entre d'altres).

## Objectius i justificació del document

El SNS espanyol i el català són sistemes joves, que no han complert els 30 anys d'existència i que, com a tot arreu, es troben en un continu procés d'evolució i adaptació.

La situació actual de restricció econòmica que afecta la disponibilitat pressupostària, els canvis demogràfics i epidemiològics, l'envelliment de la població, la contínua aparició de noves tecnologies terapèutiques i diagnòstiques, marquen un escenari amb un nombre rellevant d'incerteses que requerirà, sens dubte, prendre decisions polítiques en referència al manteniment de determinats valors i determinats continguts de prestació en el sistema i també d'aspectes organitzatius i de gestió d'aquest.

És indubtable i en som conscients, que no existeix una única forma de fer front al futur des de la perspectiva sanitària i que fonamentalment, el sistema de salut ha de respondre a una voluntat social i ha d'organitzar-se per tal de garantir-la. Per tant, és necessària la presència de tots els agents participants en el Model Sanitari Català, de manera que aquests puguin assumir les seves responsabilitats i fer les seves aportacions en els plantejaments de futur i que aquesta participació es pugui traduir en un Pacte de Sector, que garanteixi la qualitat i la sostenibilitat del sistema.

Per altra banda, sense pretendre vulnerar els drets a les persones, també creiem que cal estimular una nova actitud del ciutadà davant el seu sistema de salut. Cal modificar l'actual tendència generalitzada a tractar els recursos sanitaris com productes de consum inesgotables i que tots els agents, inclosos els usuaris, assumeixin la part que els pertoca en la responsabilitat de fer-los perdurar.

## Propostes del CSC en referència a l'evolució del MSC

Hem diferenciat en aquest apartat diversos àmbits de recomanació:

1. Accions que han de marcar la política de govern
2. Propostes de caire organitzatiu i de gestió
3. Propostes destinades als professionals
4. Propostes adreçades als gestors
5. Propostes adreçades als usuaris dels serveis (a la ciutadania)

### **1. Les decisions polítiques. La societat, mitjançant els seus representants polítics, ha de fer front a la situació actual prenent decisions que puguin garantir la sostenibilitat d'un model de servei i prestacions.**

Són necessàries accions de caire polític, tendents a definir clarament el MSC amb independència de qui governi el nostre país. Com tot model sanitari, el nostre és i ha de ser fruit d'una decisió social i del corresponent consens polític en aquells aspectes que no impliquen qüestions tècniques sinó valors:

- És imprescindible promoure un debat obert sobre el Model Sanitari Català, que sigui el catalitzador del necessari pacte polític de refundació d'aquest model.
- Cal un pacte polític per a la sostenibilitat econòmica del MSC que, tot respectant els valors d'universalitat, solidaritat, equitat d'accés i manteniment de la qualitat, permeti un debat obert i clar sobre els escenaris de creixement econòmic, la cartera de serveis, la revisió -si cal- del mapa sanitari o la introducció d'elements de corresponsabilització i de millora de l'eficiència interna, entre altres.
- La complexitat pròpia del sistema de salut fa que la formulació, però sobretot la implantació de les polítiques de salut, depengui cada cop més d'un nombre creixent d'agents, que realitzen funcions diferents i operen en diferents nivells. Aquest context requereix que es potenciïn noves formes de gestió, que superin els models burocràtics estructuralment rígids.
- Caldrà considerar i en el seu cas, regular adequadament, noves fórmules amb participació públic-privada per suplir les limitacions que s'hauran d'autoimposar les administracions públiques en matèria d'inversió.
- S'ha de plantejar la revisió i modificació de la LOSC, per tal que s'identifiquin clarament les seves bases conceptuals, s'adapti a la situació actual i en definitiva, sigui el Parlament de Catalunya qui determini el model, sigui quin sigui el partit que ocupi l'executiu.

## **2. El model organitzatiu i de gestió: garantir la sostenibilitat i els valors socials del sistema també requereix desenvolupar organitzacions de proveïdors amb capacitat de gestionar de manera eficient (amb rendibilitat social) els recursos que la societat decideix dedicar a salut**

### **2.1 La separació de funcions com a base organitzativa.**

- El Model Sanitari Català s'ha de fonamentar en la separació de funcions entre govern, compra i provisió, com a fórmula per garantir l'òptima assumpció de les responsabilitats pròpies de cada agent.
- Un sistema fonamentat en la separació de funcions no és coherent amb la presència del comprador públic en els òrgans de govern de les entitats proveïdores. Per tant, és necessari iniciar un procés que, de manera gradual i possibilista, garanteixi la sortida del CatSalut dels òrgans de govern d'aquells proveïdors on és present. La presència del comprador en els òrgans de govern dels proveïdors no es justifica per la propietat de l'edifici i les instal·lacions. Els drets dominicals poden ser exercits pel comprador sense necessitat d'estar involucrat en la governança i en la gestió de les entitats proveïdores que fan ús de l'immoble.
- El MSC s'ha de fonamentar en la separació de funcions, tot reconeixent la realitat d'un model de provisió mixt, amb important presència d'un gran proveïdor públic integrat. Cal insistir, però, en la necessitat d'aprofundir en la transformació de l'ICS en empresa pública i facilitar noves eines per a la col·laboració entre l'ICS i la resta de proveïdors en l'impuls de les xarxes territorials de provisió integrada.

### **2.2 Autonomia de gestió i cooperació com a garantia d'eficiència i adaptació**

- Algunes de les bases principals del desenvolupament del Model Sanitari Català són l'alt grau de consens polític, la confiança, la lleialtat institucional i la corresponsabilització dels agents.
- El MSC es caracteritza per la seva diversitat, que comporta una elevada complexitat en les relacions entre els diferents agents que hi són presents i també per un gran dinamisme derivat de la interdependència entre tots ells.
- La corresponsabilització només es pot plantejar en un marc que sigui capaç de garantir la participació adient dels agents en les decisions sistèmiques, de respectar la seva capacitat de prendre decisions en els respectius àmbits de responsabilitat i de vetllar per la transparència dels mecanismes de relació entre ells.
- L'autonomia de gestió dels proveïdors és un mecanisme essencial del MSC que s'ha de garantir i enfortir. Aquesta autonomia és la que ha de permetre donar

resposta a les polítiques de compra, estimulants alhora l'assumpció de risc, la innovació en la prestació i la producció dels serveis.

- L'autoritat sanitària ha de promoure la cooperació i el treball en xarxa a través de la planificació i dels mecanismes de compra de serveis. S'ha d'incentivar les aliances entre proveïdors per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema i el continu assistencial, més encara quan es defineixen objectius territorials comuns. Cal fer una especial atenció, tant pel que fa a l'increment important en la seva prevalença com a l'elevat consum de recursos que generen, a les patologies cròniques. Aquest fet motiva considerar de forma preferent al maneig de la patologia crònica als centres sanitaris d'atenció primària i als hospitals d'aguts (també als centres de crònics), amb especial atenció a la coordinació entre nivells assistencials.
- El treball en xarxa i la seva governança conjunta correspon als membres de la xarxa, que s'hi han integrat voluntàriament i poden realitzar concessions que afectin al seu funcionament organitzatiu en vistes a un bé comú o superior, que forma part de la visió estratègica compartida. La relativa pèrdua d'autonomia i d'identitat corporativa en alguns aspectes, és una contrapartida a l'assoliment d'objectius per mitjà de la xarxa que cada agent decideix lliurement.
- El MSC ha de potenciar un model basat en la gestió clínica i els resultats de salut.
- S'ha d'exigir als proveïdors del sistema públic una gestió transparent, que s'habitui a la rendició de comptes; que estiguin predisposats al canvi i a la innovació, que mostrin sensibilitat respecte pacients i usuaris, que actuïn amb una visió de sistema i que demostrin compromís social.

### **2.3 El contracte i la compra de serveis com a mecanisme articulador i regulador del sistema sanitari de provisió pública i garantia de transparència**

- La confiança, la negociació i el control basat en resultats únicament són assolibles mitjançant la política de compra de serveis i el seu instrument fonamental, el contracte.
- La política de compra de serveis ha de garantir la transparència de relacions i de resultats entre els agents implicats i ha de permetre traduir les polítiques de salut, definides per l'autoritat sanitària, en l'acció dels proveïdors sobre els individus i les poblacions.
- Els contractes resultants de la política de compra de serveis han de complir alguns requisits fonamentals:
  - Contenir els criteris que determina la planificació territorial.
  - Respectar els principis de transparència, publicitat i concurrència
  - Establir l'avaluació de l'assoliment de resultats intermedis i finals
  - Incentivar el desenvolupament de la gestió integrada dels recursos



- Els sistemes de control de la despesa pública s'han de centrar, exclusivament, en la legalitat de les decisions dels òrgans de govern i dels gestors i en l'existència de crèdit, sent preferibles els controls ex-post, tipus auditoria, a la intervenció prèvia o el control pressupostari permanent. Aquests darrers provoquen un alentiment en la presa de decisions que, massa sovint, acaba derivant en paràlisi, anul·lant el dinamisme que un bon sistema de salut necessita.
- Contràriament, el MSC ha de centrar el seu focus d'atenció en un control de resultats que es fonamenti en els principis de transparència i publicitat i en un tracte homogeni per a tot allò que és homogeni però heterogeni per a tot allò que és heterogeni. Cal, doncs, esmerçar esforços per tal de millorar els sistemes d'avaluació de resultats, ja siguin aquests de gestió clínica o d'estat de salut de les poblacions.
- Creiem que l'Agència d'Avaluació, Informació i Qualitat pot constituir l'eina fonamental per exercir aquest paper, però ha d'evolucionar cap a un tipus d'organització que, per la seva composició i funcions, sigui independent dels restants agents del sistema.
- Quant a les organitzacions proveïdores, caldrà impulsar iniciatives per millorar els propis sistemes de control intern dels processos, la qualitat i l'auditoria de resultats mitjançant els mecanismes de l'acreditació i la compra de serveis.
- Els contractes s'hauran d'acompanyar d'un sistema de pagament capaç de garantir l'alineació coherent dels incentius amb els objectius de salut i que permeti evolucionar cap a xarxes territorials de gestió integrada, que situïn el ciutadà com a punt central del treball assistencial dels proveïdors. Per tant, és necessari replantejar l'actual sistema de compra de base poblacional per tal de fer-lo més clar i transparent:
  - Correcció de la càpita per l'atenció primària.
  - Pagament per activitat real en l'atenció especialitzada.
  - Creació de les fórmules de pagament necessàries per a tots els nous serveis sorgits de la planificació territorial.
  - Incentivació de la substitució entre nivells.
  - Fixació d'horitzons plurianuals per amortitzar correccions sobre les assignacions històriques.

### **3. Els professionals: actors estratègics del sistema**

#### **3.1 Els nous models de relació professionals – organitzacions, com a forma d'explicitar el seu paper estratègic.**

- Un model basat en la gestió clínica suposa visualitzar als professionals com a socis estratègics i per tant, passar dels models tradicionals de relació laboral empresa–treballador, a nous models fonamentats en la implicació i el compromís dels professionals amb els objectius del Model Sanitari Català i de cadascuna de les organitzacions que el conformen, tant des del punt de vista individual com des dels col·lectius que els representen.
- Cal apropar els discursos propis de la gestió econòmica a la gestió de processos i fer-ho amb la complicitat i participació dels professionals.
- Paral·lelament, cal tornar a centrar l'interès en les relacions professional – pacient, autèntic nucli del sistema de salut i escenari en què es produeixen les transaccions que generen les excel·lències i les ineficiències d'aquest. En aquest sentit, les entitats proveïdores han d'adoptar com a criteri de gestió bàsic la plena orientació al ciutadà.

### **4. Els gestors: articuladors fonamentals entre les polítiques i la producció de serveis de salut**

#### **4.1 La professionalització de la governança i de la gestió: separació del rol polític del tècnic**

- La separació de funcions i la corresponsabilitat que requereix necessàriament l'autonomia de gestió impliquen l'existència d'uns administradors i gestors professionals, que siguin capaços de desenvolupar una tasca orientada a traslladar a l'interior de les organitzacions les polítiques del sistema i a implicar als professionals en els objectius sistèmics i de la institució.
- Tant els membres dels òrgans de govern com els directius professionals de la gestió han d'actuar des de la independència en l'exercici de la seva funció. La valoració de la seva tasca s'ha de fonamentar en els resultats obtinguts i no en elements discrecionals. Cal vincular els seus resultats a la producció de serveis, la qualitat dels mateixos, l'acompliment dels objectius de política sanitària explicitats en les polítiques de compra i la satisfacció dels ciutadans.
- La selecció i contractació dels equips directius ha de ser una responsabilitat exclusiva dels òrgans de govern, basada tant en criteris de mèrit com de capacitat professional.

## **5. Els usuaris: més informació, més expectatives i també més responsabilitat.**

### **5.1. Els ciutadans i el sistema de salut**

- És necessari incrementar els esforços per promoure la participació dels ciutadans en la definició i el contingut explícit del model sanitari. Estendre pràctiques reeixides, dutes a terme en alguns nivells territorials, en matèria de mecanismes de representativitat i participació.
- Davant el repte de la sostenibilitat del sistema de salut és imprescindible promoure un discurs pedagògic sobre la realitat del sistema sanitari i preparar la ciutadania per a l'ús adequat dels recursos i l'assumpció de corresponsabilitats.
- Simultàniament, és necessari que tant l'autoritat sanitària com les entitats proveïdores adoptin polítiques de transparència i rendiment de comptes que demostrin als ciutadans que el sistema garanteix la màxima eficiència i equitat.
- Cal esmerçar més recursos per resoldre una de les principals assignatures pendents del sistema: millorar l'accessibilitat a les seves prestacions. Cal determinar criteris objectius, que permetin prioritzar en funció del tipus de procediment, el temps d'espera i la tipologia de pacient.

## Resum

El CSC dóna suport a l'actual Model Sanitari Català i en defensa l'eficàcia, la vigència i la capacitat de transformació amb les propostes següents (que segueixen l'ordre exposat en el document):

- El MSC se sustenta en els elements següents, que cal reforçar i mantenir: a) la separació de funcions, b) l'existència d'un comprador públic jurídicament independent, c) l'autonomia de gestió dels proveïdors, d) l'existència d'una relació entre els diferents agents basada en la confiança, la negociació, el consens polític i el control de resultats i e) el contracte com a instrument essencial de relació entre el finançador i els proveïdors.
- Cal promoure un debat obert sobre el MSC. Cal un pacte polític per garantir-ne la sostenibilitat econòmica i potenciar noves formes de gestió que superin els models burocràtics, estructuralment rígids.
- S'ha de revisar i modificar la LOSC per tal que sigui el Parlament de Catalunya qui determini el model.
- És necessari que el CatSalut surti, gradualment, dels òrgans de govern d'aquells proveïdors on és present.
- Convé aprofundir en la transformació de l'ICS i dotar l'empresa pública d'eines per a la col·laboració amb la resta de proveïdors, en l'impuls de xarxes territorials de provisió integrada.
- L'autoritat sanitària ha de promoure la cooperació i el treball en xarxa. La governança conjunta de les xarxes correspon als seus membres. La relativa pèrdua d'identitat corporativa dels membres d'una xarxa és compensada per l'assoliment d'objectius a través d'aquesta.
- El MSC ha de potenciar un model basat en la gestió clínica i els resultats de salut.
- Els proveïdors del sistema públic han de fer una gestió transparent, retre comptes i estar predisposats a l'assumpció de risc, al canvi i a la innovació.
- La política de compra de serveis ha de garantir la transparència i els resultats entre tots els agents implicats.
- Els contractes de compra de serveis han de complir les condicions següents: a) contenir els criteris que determina la planificació territorial, b) respectar els principis de transparència, publicitat i concurrència, c) establir l'avaluació dels resultats i d) incentivar la gestió integrada dels recursos.
- Els sistemes de control de la despesa pública s'han de centrar, exclusivament, en la legalitat de les decisions dels òrgans de govern de les entitats i en l'existència de crèdit, amb controls ex-post, com les auditories.

- S'ha de millorar els sistemes d'avaluació de resultats. L'instrument per aconseguir-ho podria ser una Agència d'Avaluació, Informació i Qualitat independent.
- Cal revisar l'actual sistema de compra de base poblacional amb replantejament de : a) correcció de la càpita de l'atenció primària, b) pagament per activitat real en l'atenció especialitzada, c) provisió de les necessàries fórmules de pagament en tots els nous serveis sorgits de la planificació territorial, d) incentivació de la substitució entre nivells i e) fixació d'horitzons plurianuals per amortitzar correccions sobre les assignacions històriques.
- Cal substituir el tradicional model de relació laboral "empresa – treballador" per un de nou, fonamentat en la implicació i el compromís els professionals amb els objectius del MSC i de les organitzacions que el formen, tant a nivell individual com col·lectiu.
- S'ha de tornar a centrar l'interès de les organitzacions en la relació professional-pacient. Les entitats proveïdores han d'adoptar la plena orientació al ciutadà com a criteri de gestió bàsic.
- La separació de funcions i l'autonomia de gestió requereix l'existència d'administradors i gestors professionals i independents, la tasca dels quals s'ha de valorar en funció dels resultats que obtinguin i no d'elements discrecionals.
- Cal promoure un discurs pedagògic sobre la realitat del sistema sanitari per ajudar als usuaris a fer un ús adequat dels recursos i assumir corresponsabilitats. Per la seva banda, l'autoritat sanitària i les entitats proveïdores han d'adoptar polítiques de transparència i rendiment de comptes als ciutadans.