

Universitat Autònoma de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva

Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica

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

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

Treball de Recerca de Doctorat

Autora: Rebeca Terraza Núñez

Directora: M^a Luisa Vázquez Navarrete

Tutor: Miguel Martín Mateo

Bellaterra, Maig de 2007

Índex

Resum.....	4
Introducció.....	6
1 Antecedents.....	8
1.1 L'assignació capitativa en el context internacional	8
1.2 Les estratègies per a la integració assistencial	11
1.3 Prova pilot d'un sistema de compra de base poblacional a Catalunya	15
2 Avaluació de la prova pilot: justificació de l'enfocament.....	18
3 Objectius de l'estudi.....	20
4 Metodologia	21
4.1 Disseny de l'estudi	21
4.2 Àrea d'estudi	21
4.3 Mostra	22
4.3.1 Mostra de documents	23
4.3.2 Mostra d'informants	23
4.4 Tècniques de recollida de dades	24
4.4.1 Anàlisi de documents.....	24
4.4.2 Entrevistes individuals	25
4.5 Anàlisi de dades	26
4.6 Rigor i qualitat de la informació	26
4.7 Limitacions de l'estudi.....	26
5 Resultats	28
5.1 Aliances introduïdes en les zones d'avaluació capitativa	28
5.1.1 Aliances entre els proveïdors del territori.....	28
5.1.2 Opinió sobre la implementació d'aliances.....	29
5.1.3 Instrument de la prova: el conveni conjunt proveïdors i comprador	30
5.2 Canvis introduïts en els proveïdors del territori	31
5.2.1 Dimensió estratègica	31
5.2.2 Estructura organitzativa.....	32
5.2.3 Mecanismes de coordinació entre proveïdors.....	33
5.3 Coneixement i difusió de la prova	35
5.4 Opinió dels actors clau	36
5.4.1 Prova pilot en general.....	36
5.4.2 Elements de la prova.....	44
5.4.3 Col·laboració entre els proveïdors del territori	50
5.4.4 Paper del comprador	52
5.5 Canvis proposats en el sistema de pagament	53
6 Discussió	55
7 Conclusions	62

8	Recomanacions	63
	Bibliografia.....	65
	ANNEXES	69
	Annex I. Llistat dels documents lliurats.....	70
	Annex II. Guia d'anàlisi de documents.....	72
	Annex III. Categories d'anàlisi.....	75
	Annex IV. Guia d'entrevistes	76

Resum

Introducció

El sistema català de salut es caracteritza per la separació de les funcions de finançament i provisió de serveis de salut. La compra de serveis de salut s'ha fet de manera diferenciada per línia de servei –atenció primària, hospitalària i sociosanitària–. En conseqüència, sota aquests paràmetres de compra, els incentius per a la coordinació i la cooperació entre nivells assistencials han estat escassos. Amb la finalitat de superar aquestes barreres, l'any 2001 el CatSalut, comprador de serveis a Catalunya, va posar en marxa una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de base poblacional (finançament per càpita) en cinc àrees de Catalunya, amb l'objectiu de millorar l'equitat d'accés, la qualitat i l'eficiència dels serveis promovent la creació d'aliances entre els proveïdors del territori. En el 2005, es va iniciar l'avaluació dels cinc anys de l'experiència per valorar l'extensió d'aquest sistema de compra a la resta del territori català. L'avaluació contempla, entre altres, l'anàlisi del procés des del punt de vista dels principals agents involucrats.

Objectiu

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

Mètodes

Es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu, de caràcter exploratori mitjançant l'anàlisi documental i entrevista individual semi-estructurada. Es va realitzar un mostreig teòric de documents, que informessin sobre estratègies i mecanismes de coordinació, i d'informants amb contacte directe amb la prova buscant la varietat de discurs. En total es van entrevistar 51 informants: a) 26 directius dels proveïdors (territorials i multiterritori de nivell central, regional i local), b) 16 professionals de la salut, c) 9 directius del comprador (serveis centrals i regionals). Les entrevistes es van gravar i transcriure textualment. Es va realitzar una anàlisi narrativa del contingut amb generació mixta de categories i segmentació dels documents, per temes i territoris, i de les entrevistes per grup d'informants i temes. L'àrea d'estudi estava constituïda per les cinc àrees que participaven en la prova: les comarques de Cerdanya, Baix Empordà, Osona, Alt Maresme-Selva Marítima i Altgarrotxa, que agrupa tres comarques.

Resultats

Es troben escassos avenços cap a la millora de la integració assistencial en els territoris participants: una aliança territorial entre els proveïdors amb objectius compartits i canvis estructurals, i escassos mecanismes de coordinació conjunts. No obstant això, alguns

informants van destacar avenços en la comunicació entre proveïdors. Els informants van identificar barreres pel canvi: la incertesa de la prova, por de perdre la identitat, límits de gestió d'alguns proveïdors i falta d'interès dels proveïdors multiterritori i quasi-monopolis. La voluntat de col·laborar dels directius és l'únic facilitador de la prova. En canvi, s'identifiquen nombrosos obstaculitzadors fonamentalment relatius a la prova – bases metodològiques dèbils, fórmula inadequada, transferència de risc no gestionable, sistema de facturació–; però també al comprador –escàs lideratge durant el procés, descoordinació–; als proveïdors –diferències culturals, límits jurídics–; i al context –sistema amb múltiples proveïdors i fragmentació de l'atenció– que han dificultat la seva implantació i desenvolupament. Malgrat els resultats, els entrevistats consideren un sistema de pagament capitatiu com una alternativa millor al sistema de compra actual.

Conclusions

El sistema d'assignació per càpita, tal i com ha estat dissenyat i implantat, no ha generat els incentius adequats per produir canvis que permetessin avançar cap a la integració assistencial. Per a l'extensió a la resta de Catalunya d'aquest sistema de finançament és necessari no només aprofundir en el debat metodològic, per salvar les barreres identificades, sinó que també el comprador hauria d'introduir altres mecanismes inherents a la seva funció reguladora.

Introducció

Els mecanismes de finançament dels serveis sanitaris s'han convertit en un instrument important per a la racionalització i contenció de la despesa sanitària (1). Els sistemes de finançament prospectius i, entre aquests el finançament per càpita, s'utilitzen per correspondre als proveïdors en la despesa sanitària (1;2). A més, en els últims anys, s'ha despertat l'interès per l'assignació capítativa com instrument per fomentar la cooperació entre proveïdors (2) i contribuir a la transició d'un sistema sanitari fragmentat a un sistema més integrat (3).

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

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

El 2001, el CatSalut va posar en marxa un projecte pilot de compra de serveis de base poblacional per a la contractació integral dels serveis de salut en cinc zones de Catalunya (Cerdanya, Baix Empordà, Alt Maresme – Selva Marítima, Altesbrat i Osona), prova que s'hauria de desenvolupar fins el 2005.

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

Per analitzar els resultats de la prova, el CatSalut va contemplar un sistema d'avaluació que constava de: a) una avaluació quantitativa de les dimensions d'accessibilitat, efectivitat,

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

eficiència, satisfacció i activitat realitzada; b) una avaluació econòmica que considerava les despeses, canvis en la distribució pressupostària,... ; i c) una avaluació amb metodologia qualitativa des de la perspectiva dels actors clau.

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

La tesina s'estructura en tres parts. La primera part inclou una revisió de l'estat del coneixement sobre els sistemes de compra de base capitativa en l'àmbit internacional, la descripció de la prova pilot i del marc conceptual de l'avaluació. La segona part descriu els objectius de l'estudi i la metodologia utilitzada. La tercera part presenta els resultats de l'avaluació, la discussió i finalitza amb les conclusions i recomanacions de futur.

L'estudi ha estat finançat pel Servei Català de la Salut (CatSalut).

1 Antecedents

1.1 L'assignació capítativa en el context internacional

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

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

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

L'assignació per càpita apareix vinculada a la devolució de la responsabilitat de l'organització dels serveis de salut per a la població a un **sistema de salut integrat** (SSI) (6). Un sistema de salut integrat és aquell responsable de donar cobertura a un rang de serveis per a una població definida, durant un període de temps determinat, mitjançant la provisió directa o la compra de serveis a altres proveïdors (6). A canvi, aquest SSI rep una quantitat monetària per persona, la càpita.

Existeixen dos grans tipus de SSI: amb afiliació de base territorial o poblacional i amb afiliació voluntària o individual (7). En els de base territorial, la població de cobertura està definida geogràficament i els SSI solen coincidir amb una autoritat territorial desconcentrada com, per exemple, una regió sanitària, un municipi o una àrea sanitària. En els SSI amb afiliació voluntària la població ve determinada per la lliure elecció i poden adoptar formes més variades:

un proveïdor d'atenció primària, una administradora de fons, o una xarxa de proveïdors coordinats (2).

L'assignació capítativa en base geogràfica o poblacional s'utilitza per redistribuir els recursos d'un sistema de salut entre els territoris segons la grandària de la seva població i les seves necessitats de salut (2). L'objectiu de l'ajustament de la càpita és garantir l'equitat d'accés, de manera que les poblacions amb necessitats de salut similars rebin els mateixos recursos (8). En aquest cas l'ajust de la càpita es basa en les necessitats relatives de salut de la població.

En entorns competitiu, on l'afiliació és voluntària, l'assignació per càpita és el mecanisme amb el que el finançador assigna recursos per tal que el SSI proveeixi els serveis de salut a una població determinada. L'ajust de la càpita intenta assegurar que el pagament sigui adequat per donar cobertura a les despeses sanitàries esperades per persona, minimitzant la selecció de riscos (9). La metodologia d'ajust es basa en la probabilitat individual d'utilització dels serveis (2).

La **fórmula de càlcul** de l'assignació per càpita es basa en la despesa esperada de serveis, que es calcula a partir de la despesa observada de serveis modulada per les variables que expliquen les variacions en la despesa sanitària entre individus. Aquestes variables serien: edat, sexe, estat de salut, característiques socioeconòmiques (estil de vida, renda,...), característiques del proveïdor (estil de pràctica, nivell d'oferta de serveis, eficiència,...) i preu dels recursos utilitzats (4).

Les característiques desitjables per a una fórmula d'assignació per càpita són: vàlidesa a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població, acceptabilitat per part dels agents involucrats (finançadors, proveïdors i ciutadans), resistència a la manipulació per part dels receptors de la càpita, flexibilitat en la relocalització dels fons, desincentivació de pràctiques perverses i factibilitat per a la seva implantació (7).

L'assignació per càpita suposa la transferència de risc al SSI ja que el finançament és independent del volum d'activitat o de les despeses que se'n derivaran. Per tant, incentiva a produir els serveis eficientment, contenint les despeses de manera que es tregui rendiment del pressupost per càpita assignat (10). Aquest és un dels principals objectius que persegueix el finançador de serveis sanitaris amb el traspàs d'una assignació per càpita al SSI: el control de la despesa sanitària (5).

La majoria de les anàlisis empíriques que s'han realitzat per avaluar la despesa dels models en els que s'ha introduït aquest tipus de mecanisme d'assignació es desenvolupen a EE.UU., i es basen en la comparació entre el model d'asseguradora tradicional que paga per servei als proveïdors, i les Organitzacions de Manteniment de la Salut (Health Maintenance Organizations: HMO), que utilitzen la càpita com a mecanisme de pagament als seus proveïdors (2).

Probablement, el control de la despesa assolit pel model HMO no es degui exclusivament al mecanisme d'assignació per càpita, sinó que estigui també relacionat amb una combinació de factors que incideixen en la pràctica mèdica: la introducció de l'atenció primària com a "porta d'entrada" al sistema, la gestió de la utilització i la millora en els sistemes d'informació.

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

El fet que l'assignació capítativa sigui independent del volum d'activitat i despesa incentiva al proveïdor a donar menys serveis a la població (menys ingressos, visites,...) la qual cosa podria reduir la qualitat de l'atenció si es tracta de serveis necessaris per millorar la salut de la població. Els defensors del pagament per càpita argumenten, pel contrari, que l'organització que rep la càpita té incentius per mantenir la salut dels seus afiliats amb la finalitat d'evitar futures despeses elevades. La revisió de diferents estudis empírics sobre el tema conclouen que la qualitat de l'atenció, mesurada en efectivitat, no és ni millor ni pitjor dels que reben un altre tipus d'assignació (11). De fet, els estudis realitzats semblen demostrar que la qualitat dels serveis depèn especialment dels programes de qualitat que es duguin a terme en les institucions, dels esforços per construir una cultura de la pràctica centrada en la qualitat i dels incentius econòmics als professionals (6).

En un SSI on l'afiliació és voluntària, un pagament uniforme per afiliat ofereix a l'organització que rep la càpita els incentius màxims per seleccionar i quedar-se amb els "bons riscos" (individus amb baixa probabilitat d'utilitzar els serveis) i eludir els "dolents" (12). La selecció de riscos s'ha intentat controlar mitjançant l'ajust de la càpita. En sistemes de salut on no existeix la competència pels afiliats i la població es determina en base geogràfica, el prestador no pot seleccionar riscos. En aquest tipus d'entorns el risc de selecció es produeix en relació amb l'atenció als pacients. Els SSI tenen incentius per quedar-se amb els pacients menys costosos i derivar a altres nivells assistencials aquells amb problemes més costosos que podrien resoldre's en el territori (2). La manera d'evitar la selecció de pacients és efectuar un control estricte de les referències i contrareferències i la facturació entre nivells.

Un dels objectius que persegueix el finançador amb l'assignació per càpita és afavorir la integració de la xarxa de proveïdors que donen servei a una població. La utilització de les fórmules d'assignació capítatives com a instrument per enfortir la integració assistencial cada cop prenen més importància en un entorn en el que el discurs polític ha passat de promocionar la competència a afavorir les polítiques de col·laboració i coordinació entre proveïdors de salut. El finançament per càpita incentiva als proveïdors a buscar fórmules que els permetin alinear els seus interessos per assolir els objectius globals del sistema, reduir despeses i enfortir la qualitat

dels serveis. Aquestes fórmules inclouen la integració d'activitats clíniques, mèdiques i funcionals (13). Teòricament, sota un pressupost per càpita global, els proveïdors perceben que estan rebent un pressupost comú i que les accions en un punt concret de la xarxa tenen repercussions en el seu compte de resultats. Per això, el sistema d'assignació ha de permetre responsabilitzar a cada proveïdor tant de les despeses directes com de les que indueix sobre la resta de la xarxa, de manera que la xarxa intentaria tractar el problema de salut en el lloc més cost efectiu dins del continu assistencial (14).

1.2 Les estratègies per a la integració assistencial

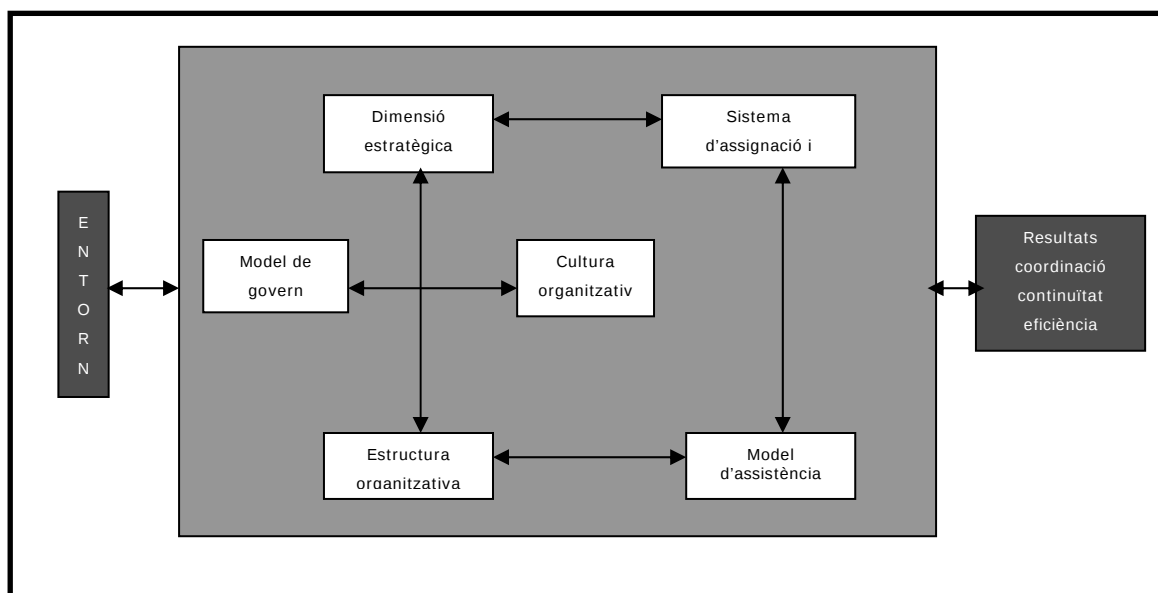
Un dels objectius que persegueix el finançador amb l'assignació per càpita és afavorir la integració de la xarxa de proveïdors que donen servei a una població per a millorar la coordinació assistencial. Coordinació, continuïtat i integració assistencial són termes que s'acostumen a utilitzar de manera indiscriminada per referir-se a la mateixa idea: la connexió de l'atenció que rep un pacient des de múltiples fonts de provisió (15-17). Tot i que no existeix un consens en la literatura, la coordinació es podria definir com la connexió dels diferents serveis necessaris per atendre a un pacient al llarg del continu assistencial, de manera que s'harmonitzin i s'assoleixi un objectiu comú sense conflictes; quan la coordinació assoleix el seu grau màxim, l'atenció està integrada (16;17). La continuïtat assistencial, per la seva banda, és el resultat de la coordinació des de la perspectiva del pacient i es defineix com el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps (18).

Tal i com s'ha explicat anteriorment, el SSI pot adoptar diverses formes. A Catalunya es va optar per un model on el SSI està conformat per l'aliança entre proveïdors de salut d'un territori. Es defineix una aliança com qualsevol acord formal entre dues o més organitzacions amb el propòsit d'una cooperació progressiva i un guany mutu (19).

Segons com s'estructura la relació entre les entitats del territori, el conjunt de proveïdors poden optar per la dissolució de totes les entitats proveïdores i tornar-se a agrupar en una sola organització com seria el cas de les fusions, o la dissolució només d'alguna d'elles en el cas de les absorcions. Si cadascuna de les entitats desitja conservar la seva identitat diferenciada es pot optar per crear consorcis – en els quals les entitats estableixen un contracte en el que es formalitza una relació a llarg plaç entre cada una de les entitats amb una organització conjunta integrada per les mateixes organitzacions -; joint ventures – amb la creació d'una empresa independent de capital compartit a parts iguals entre els partners, amb l'objectiu comú i temporal de gestionar una càpita per donar serveis a una població -; i subcontractacions – en la que s'encarrega a altres organitzacions la provisió d'una part més o menys important dels seus serveis o acords de cooperació en projectes.

Un SSI representa l'etapa final del procés d'integració assistencial (20). Les avaluacions realitzades no són concloents sobre la relació entre les característiques i tipus de SSI i els seus objectius (21;22), sembla existir un consens respecte als factors que influeixen en la coordinació i integració assistencial interns i externs a les organitzacions sanitàries que formen part d'una xarxa (Figura 1) (23-25).

Figura 1. Factors que influeixen sobre la coordinació assistencial



Font: Vázquez et al. 2005 (17)

Elements externs

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

Altres factors determinants són les característiques de la població de referència dels serveis, la proporció de grups d'edat amb major càrrega de malalties, grups minoritaris i altres amb necessitats especials d'atenció de salut que requereixen una major quantitat de serveis; extensió del territori de cobertura i les característiques de l'oferta de serveis en el territori (17).

Elements interns

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

El model de **govern** pot adoptar varietat de formes que oscil·len entre dos extrems: un únic òrgan corporatiu o múltiples governs amb diferents funcions (26). Si bé no existeix evidència empírica sobre quin model permet arribar a un major grau d'integració de la xarxa, s'han definit tres atributs desitjables per a la bona governabilitat del sistema (27): la responsabilitat del govern amb tota la xarxa, això és, una perspectiva de sistema a l'hora de prendre decisions estratègiques; la responsabilitat amb la població que atén; i finalment, la coordinació entre els diferents òrgans de govern de les entitats de la xarxa, per assegurar la consistència en la visió, objectius i estratègies al llarg de la xarxa.

Es considera clau per a la integració assistencial que en la **dimensió estratègica** existeixin objectius i estratègies compartits per tots els serveis (23) i que proporcionin un vincle comú per a les activitats desenvolupades dins de la xarxa. Entre les estratègies, s'assenyalen com a més efectives per a millorar la coordinació i l'eficiència (24): la planificació estratègica de tota la xarxa, l'enfortiment de l'atenció primària, el desenvolupament de sistemes d'informació integrats, programes de formació conjunts i estratègies de gestió clínica. La coordinació al llarg del continu de serveis es veurà obstaculitzada o facilitada pel tipus d'estructura que adopti l'organització i en concret, pel grau d'integració de les funcions de direcció, de suport i assistencials. Els proveïdors sanitaris utilitzen sobretot dissenys organitzatius funcionals basats en les especialitats mèdiques que dificulten la coordinació al llarg del procés assistencial. En aquesta estructura, la coordinació de les activitats assistencials recau fonamentalment en la normalització de les habilitats mitjançant la formació. En els últims anys s'observa, no obstant això, un esforç per trencar amb aquesta compartimentació, mitjançant mecanismes de coordinació orgànics que afavoreixen la comunicació entre professionals que intervenen en el mateix procés assistencial (28): sistemes d'informació vertical, grups de treball interdisciplinaris, llocs d'enllaç entre nivells assistencials o els dissenys matricials de l'organització que combinen l'estructura per nivell assistencial i per procés.

La **cultura** és un altre dels factors bàsics que influeixen en la coordinació dins d'una organització sanitària. D'una banda, la implementació dels objectius i estratègies requereix que els seus membres els acceptin i es comportin d'acord amb ells, és a dir, que la cultura de cada entitat que la constitueix estigui alineada amb els objectius i estratègies del SSI. D'altra banda, la cultura contribueix a la coordinació assistencial per ser un element de cohesió i d'identificació entre els membres que treballen en l'organització (29), especialment si en formen part valors i actituds de col·laboració, el treball en equip i l'orientació als resultats (30). A més, com que els líders de les organitzacions ocupen un paper clau en el canvi organitzatiu, un altre dels aspectes que intervé en el procés d'integració assistencial és la presència d'un lideratge orientat a la coordinació capaç de comunicar els objectius i estratègies i el seu aprenentatge (31). Ambdós factors contribueixen a la creació d'una cultura comuna.

Un dels instruments més potents amb els quals compten les organitzacions per arribar als seus objectius d'eficiència i coordinació és el **sistema d'incentius a professionals**. Tan sols

s'assolirà tractar els problemes de salut en el lloc més cost-efectiu del continu assistencial si els incentius dels diferents serveis estan alineats amb els objectius globals de la xarxa (2). Per això, el sistema d'assignació ha de permetre responsabilitzar a cada unitat -hospitals, equips d'atenció primària, etc.- tant dels costos directes, com dels que indueix sobre la resta de la xarxa. La integració del pressupost i la seva elaboració a partir dels objectius globals, la flexibilitat en la mobilitat dels recursos econòmics i humans dins de la xarxa i la transferència de la capacitat de compra a les unitats operatives són algunes de les mesures més efectives per assolir l'eficiència (32).

Dins dels elements interns de les organitzacions sanitàries que influeixen en la coordinació assistencial, és necessari parlar particularment de l'atenció als **models de coordinació assistencial** i als seus **instruments**. Es poden establir tres models de coordinació entre els diferents nivells assistencials (33): la provisió paral·lela, que es produeix quan la divisió de les tasques entre els professionals és clara i la resolució del problema de salut no requereix d'una col·laboració significativa; el gestor-consulta, amb un nivell assistencial actuant com a gestor del pacient i la resta de nivells intervenint per a aconsellar o realitzar una intervenció concreta; i finalment, la co-provisió de l'atenció, que suposa la responsabilitat compartida en la resolució del problema. L'adopció del model adequat depèn de la complexitat de les necessitats del pacient i del model d'atenció, a més dels factors descrits anteriorment. Els models de co-provisió són més efectius per processos complicats que requereixen una col·laboració intensa entre professionals de diferents àmbits. Per a la resta de processos, el model assistencial de la xarxa determinarà el rol de cada nivell en la resolució del procés: si l'atenció primària assumeix la responsabilitat sobre el continu, o se li atribueix a l'especialitzada (34).

Els instruments o mecanismes de coordinació tradicionalment utilitzats per les organitzacions sanitàries es basen en la normalització de les habilitats dels professionals (programes de formació). En els últims anys per reduir despeses i emfatitzar la qualitat, els proveïdors sanitaris han començat a estandarditzar els processos i resultats assistencials. Les guies de pràctica clínica, els mapes d'atenció i els plans d'alta hospitalària són exemples d'instruments de coordinació basats en l'estandardització dels processos en els quals s'explicita quina atenció s'ha de donar al pacient, en quin interval de temps, qui l'ha de proporcionar i en alguns casos, quins resultats s'esperen (34). Aquests tipus de mecanismes es poden utilitzar eficaçment quan les interdependències entre els professionals no són elevades, la variabilitat en la resposta a les intervencions mèdiques entre pacients és mínima i la programació de l'atenció resulta fàcil. No obstant això, aquests instruments resulten poc eficaços per coordinar l'atenció de problemes de salut complexos que comporten un elevat nivell d'interdependències i d'incertesa. En aquestes circumstàncies resulten més adequats els mecanismes basats en l'adaptació mútua, és a dir, la coordinació del treball mitjançant la comunicació informal entre els responsables de l'atenció que utilitzen des d'instruments simples, com el correu electrònic o el telèfon, als més complexos com els sistemes d'informació vertical, els grups interdisciplinaris, els llocs d'enllaç o l'estructura

matricial (35). En la taula 1 es presenta l'associació entre els mecanismes de coordinació teòrics i assistencials.

Taula 1. Sistematització de mecanismes de coordinació assistencial

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

Font: elaboració pròpia a partir de Terraza et al. (36)

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

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

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

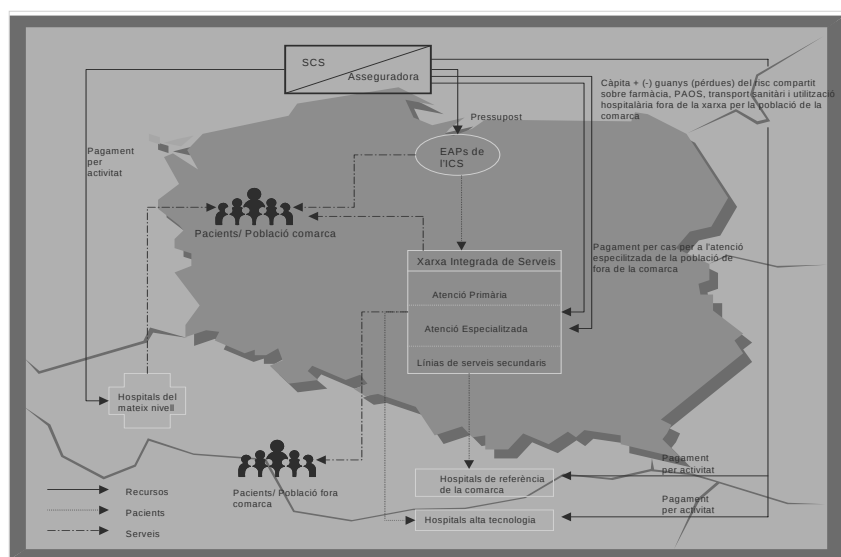
No obstant, la millora de la coordinació assistencial és una prioritat dels sistemes de salut i especialment, en l'atenció de problemes de salut crònics en la que intervenen múltiples

professionals i serveis. Malgrat el seu caràcter prioritari, l'absència de coordinació assistencial continua sent un problema rellevant dels diferents sistemes de salut, independentment del seu model. Les conseqüències més destacades de l'absència de coordinació entre nivells assistencials en el sistema sanitari són: la pèrdua de la continuïtat assistencial; la ineficiència en la gestió de recursos (duplicació de proves diagnòstiques,...) i la disminució de la qualitat de l'atenció prestada (lístes d'espera,...) (16).

Amb la finalitat de superar aquestes barreres, el 2001 el CatSalut va posar en marxa una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional en cinc àrees de Catalunya (la Cerdanya, l'Altebrat, el Baix Empordà, l'Alt Maresme i la Selva Marítima, i Osona).

En aquesta prova, el CatSalut compra una cartera de serveis de salut per a una població definida geogràficament al conjunt de proveïdors del territori a canvi d'oferir el continu de serveis que comprèn l'atenció primària, l'hospitalària d'aguts i la sociosanitària (2). En la figura 2 es poden veure les característiques del nou model de compra aplicat pel CatSalut.

Figura 2. Característiques del nou model de compra de base poblacional



Font: Consorci Hospitalari de Catalunya (37)

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

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

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

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

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

Cada territori pilot rep una assignació per càpita que es correspon amb la despesa per càpita de Catalunya ajustada per un factor corrector (2). Les variables que s'han inclòs en el factor

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

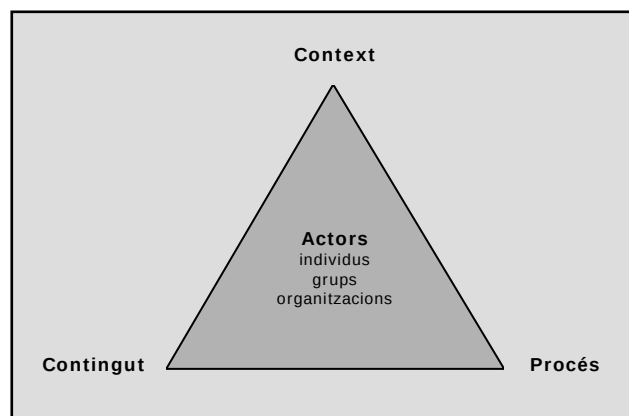
2 Avaluació de la prova pilot: justificació de l'enfocament

L'anàlisi de les polítiques públiques pot abordar-se des de diferents perspectives segons l'objectiu que es persegueixi, millorar la informació o influir-la en un sentit determinat o conèixer el contingut i procés d'elaboració (39). Aquesta anàlisi que sovint es centra en el contingut, és a dir, en les seves intencions i operativitat, es va realitzar en el moment de la seva implantació. En relació als resultats de la prova, l'avaluació considera una avaluació quantitativa de les dimensions d'accessibilitat, efectivitat, eficiència, satisfacció i activitat realitzada (40) i una avaluació econòmica que considera les despeses, canvis en la distribució pressupostària,... (41).

Els indicadors, tant quantitius com econòmics, no proporcionen ni podran proporcionar informació, dels possibles canvis (organitzatius, estructurals) que s'hagin produït en els proveïdors del territori com a conseqüència del nou sistema de compra de serveis, ni sobre l'opinió dels actors socials involucrats en el procés i com aquests han pogut influenciar-lo. En aquest sentit, Walt (42) proposa un model d'anàlisi de les polítiques sanitàries que contempla els actors implicats, els processos de desenvolupament i implementació, i el context en el que es desenvolupen. L'eix principal d'aquest model és la interrelació entre tots els factors assumint que no estan aïllats sinó que interaccionen entre ells. Els actors estan influenciats pel context en el que viuen i treballen, el context està afectat per la inestabilitat o incertesa creada pels canvis en el règim polític o situacions bèl·liques, ideologies neoliberals o socialistes, experiències històriques i culturals. El procés està afectat pels actors, la seva posició en les estructures de poder, els seus valors i expectatives. Per tant, aquests factors poden marcar la diferència entre l'elecció i implementació efectiva o inefectiva d'una política sanitària (Figura 3).

En conseqüència, l'avaluació de resultats també considera una avaluació qualitativa des de la perspectiva dels actors clau amb l'objectiu de proporcionar informació sobre els processos desenvolupats en els proveïdors de salut dels territoris que pertanyen a la prova i identificar àrees de millora futures de cara a la seva extensió a la resta de Catalunya.

Figura 3. Triangle d'anàlisi de polítiques



Font: Buse K et al. 2006 (43)

La metodologia s'ha escollit basant-se en el tipus d'enfocament teòric original i pel tipus de pregunta d'investigació, en el fenomen que es vol estudiar i del que es vol esbrinar (44). En aquest estudi es volen analitzar les estratègies introduïdes per millorar la coordinació, l'eficiència, la qualitat i la satisfacció dels usuaris. Alhora que es vol identificar quins són els coneixements, les opinions, els comportaments i les expectatives envers la prova pilot, les motivacions que mouen tant a professionals com a directius i les vivències d'aquests actors en la prova. En aquest cas no es vol tractar amb dades numèriques sinó amb significats, intervinguts principalment pel llenguatge i per les accions (45).

Les principals característiques de la investigació qualitativa són (46): utilitza un procés de recollida d'informació intensiu, freqüentment combinant diferents tècniques complementàries (observació, entrevistes, anàlisis de documents); respecta les regles de la comunicació; la mostra d'informants no és estadística ni representativa sinó que és intencional i flexible, és una selecció de membres de diferents grups de la població que ve determinada pels objectius de l'estudi; la investigació es centra en buscar explicacions, percepcions, sentiments i opinions dels subjectes d'estudi; el mètode d'anàlisi és inductiu, es generen categories d'anàlisi a partir dels conceptes que emergeixen de les dades, és una anàlisi holística ja que es busca contemplar la totalitat del context en el que es situa el protagonista.

La utilització de metodologia qualitativa augmenta la comprensió de la realitat en la que es treballa, ja que permet abordar la seva complexitat des de diferents perspectives (46). Es penetra profundament en la complexitat del fet social a investigar i es treballa amb pocs casos per aprofundir en el significat de l'objecte d'estudi, pel contrari, amb la metodologia quantitativa es busca una explicació causal del fet i que els resultats tinguin validesa estadística per un univers més gran, s'utilitzen tècniques que permeten la medició de les dimensions d'un fenomen i l'establiment de relacions causals (46).

3 Objectius de l'estudi

Objectiu general

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

Objectius específics

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

4 Metodologia

4.1 Disseny de l'estudi

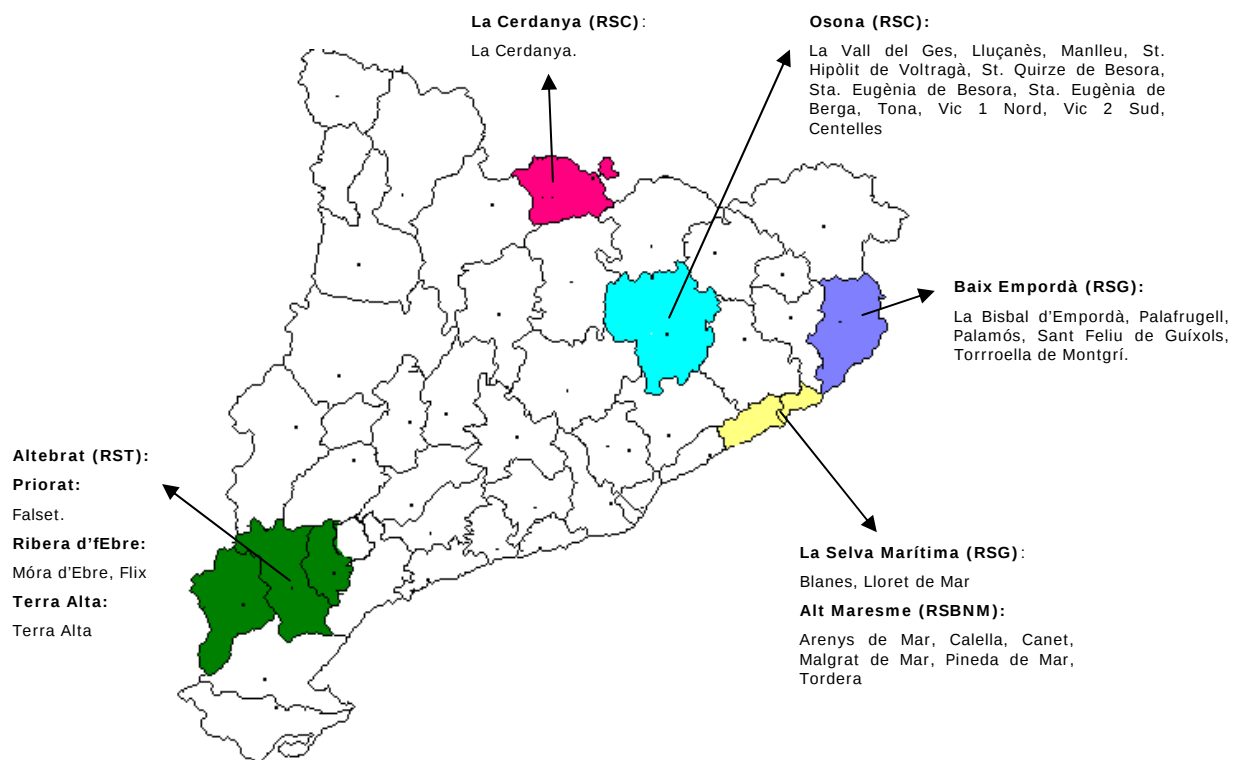
Es va realitzar un estudi qualitatiu, descriptiu, de caràcter exploratori (47), desenvolupat a Catalunya, mitjançant les tècniques qualitatives d'anàlisi documental i entrevistes individuals (47).

L'objectiu d'aquest tipus de disseny és tractar de reproduir amb la màxima fidelitat possible la concepció que tenen de la prova pilot del sistema de compra en base poblacional els diferents actors involucrats, s'intenta principalment revelar el que interpreten els actors implicats (44;47).

4.2 Àrea d'estudi

L'àrea d'estudi és Catalunya, i dins d'aquesta, els cinc territoris que van participar en la prova des de 2001 (Figura 3). Aquestes àrees, anomenades zones d'avaluació capitativa (zac), acotades geogràficament i amb una població delimitada, on s'ha implementat la prova són: Osona, Cerdanya, Alt Maresme – Selva Marítima, Altebrat i Baix Empordà (38).

Figura 3. Localització dels territoris d'implementació de la prova



Les zac presenten característiques diferents en oferta de serveis, titularitat dels proveïdors i grandària del territori (Taula 2). Dos àrees amb un proveïdor majoritari – quasi-monopoli – i la majoria amb proveïdors multiterritori – gestionen centres en altres territoris –.

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

Zona pilot	Població*	Entitats participants	No. entitats proveïdores	No. entitats multiterritori**	Repartiment provisió
Cerdanya	12.983	Atenció Primària i Especialitzada: Fundació Hospital de Puigcerdà (FHP)	1	0	Monopoli
Altebrat	34.081	Atenció Primària: Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: HC Mora d'Ebre [GECOHSA (Gestió Comarcal Hospitalària, S.A.)/Grup SAGESSA (Grup d'Assistència Sanitària i social, S.A.)]	2	2	Divisió entre entitats AP/AE
Baix Empordà	107.238	Atenció Primària: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE), Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)	2	1	Quasi monopoli
Alt Maresme - Selva Marítima	176.429	Atenció Primària: Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS), Institut Català de la Salut (ICS) Atenció Especialitzada: Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)	2	1	Divisió entre entitats AP-AE/AP
Osona	138.400	Atenció Primària: ICS, 2 Entitats amb Base Associativa, MUTUAM Atenció Especialitzada: Consorci Sanitari de Vic (CSV), Hospital St. Jaume, Hospital Santa Creu de Vic, Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona (CMPO)	8	1	Multiplicitat

* CatSalut 2004 (40)

** Entitat multiterritori: gestiona serveis de salut en diferents territoris de Catalunya

Font: Adaptat de Vargas 2002 (2)

4.3 Mostra

En els estudis qualitius el mostreig no es realitza de forma probabilística, ni la mostra és representativa segons els criteris estadístics (44). Al contrari, el mostreig qualitatiu és intencionat i raonat, els criteris que s'utilitzen per escollir les unitats de mostreig són de representativitat del discurs, dels significats, buscant aquelles unitats de mostreig que millor puguin donar resposta a les preguntes de la investigació i permetin descobrir i interpretar el fenomen estudiat en profunditat. Al mateix temps, també ha de ser acumulatiu i seqüencial fins que s'arribi a obtenir tota la informació per donar resposta a les preguntes de recerca, fins que s'arribi a la saturació del discurs, que és la que defineix la grandària final de la mostra (48). Per últim ha de ser flexible i reflexiu, de manera que les decisions mostrals inicials puguin modificar-se pels nous aspectes que han de ser estudiats o comprovar que altres informants poden ser més adequats (44).

En el mostreig teòric el disseny de la mostra correspon a un constructe teòric i segueix tipologies definides conceptualment (49). Els perfils corresponen a diferents persones, contexts i documents amb característiques que poden influir en els significats del fenomen estudiat (50).

4.3.1 Mostra de documents

Es va realitzar un mostreig teòric de documents. Es va seleccionar una mostra teòrica de documents (44), és a dir, es van recopilar tots aquells documents que podien proporcionar informació sobre la introducció d'aliances i canvis (dimensió estratègica, estructura organitzativa, mecanismes de coordinació) en els proveïdors del territori per millorar la coordinació assistencial, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris. D'acord amb aquests criteris es van definir els següents documents: convenis de col·laboració entre comprador i proveïdors, convenis i acords entre proveïdors, plans estratègics, memòries del comprador, memòries dels proveïdors, models de contractes, plans de comunicació implementats i actes de reunions. No tots els documents estaven disponibles o es van proporcionar per cada territori. La mostra final de documents analitzats es mostra a la taula 3 i la relació detallada dels documents analitzats en cada territori es pot trobar en l'annex I.

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

Documents demanats	Altebrat	Osona	Baix Empordà	Maresme Selva	Cerdanya
Conveni col·laboració comprador i proveïdors, annex I i II 2001-2005	4	4	4	3	4
Avaluació Annex II	2	2	3	3	1
Memòries de la Regió Sanitària 2001-2005	5	5	5	5	5
Memòries proveïdors 2001-2005	3	3	3	3	3
Conveni col·laboració entre proveïdors	1	1	1	1	-
Convenis de formalització d'aliances	-	-	-	-	-
Documents amb acords de col·laboració	-	6	2	-	-
Plans estratègics, documents estratègics 2001-2005	-	1	2	-	-
Actes de reunions del capítol	1	165	1	1	-
Assignacions anuals de la càpita	-	-	3	3	-
Documentació de suport als territoris	-	-	-	-	-
Altres documents	7	10	20	0	0

Font: elaboració pròpia

4.3.2 Mostra d'informants

Es va dissenyar una mostra teòrica d'informants (44), on totes les unitats de mostreig compleixen uns perfils definits en el disseny mostral, que en general representen variants discursives del fenomen estudiat (51).

Com a criteris per a la selecció d'informants es van definir els perfils amb possibles discursos diferents i de totes les zones d'estudi. Es van entrevistar a les següents categories d'actors clau: directius de proveïdors, directius del comprador dels serveis centrals i de les regions, i professionals amb contacte i sense contacte amb la prova (Taula 4). Per a la localització dels informants, es va buscar un contacte en cada regió que identifiqués els possibles informants segons els perfils descrits i que donés suport per a la coordinació de la realització d'entrevistes.

Taula 4. Composició final de la mostra d'informants

Tipus d'informant	Altebrat	Baix Empordà	Cerdanya	Maresme Selva	Osona	Nivell Central	Total
Directius proveïdors:							
Territorial	-	2	2	1	6		11
Multiterritori*:						4	4
- central		1	1	1	1		5
- regional	1						
- territori	3	-	-	1	2		6
Directius comprador:						4	4
- Central	1	2**	1***	3**	1***		5
- Regions Sanitàries							
Professionals	3	4	3	3	3		16

* Entitat multiterritori: gestiona serveis de salut en diversos territoris de Catalunya.

** Dos informants inclouen les dues àrees

*** L'informant és el mateix en les dues àrees

Font: elaboració pròpia

Els resultats de les primeres entrevistes a professionals amb contacte amb la prova van evidenciar un escàs coneixement de la mateixa. Per aquest motiu es va decidir modificar el disseny mostral. Es van identificar les estratègies derivades de la prova i es van seleccionar professionals directament involucrats en alguna de les estratègies perquè poguessin tenir una opinió elaborada.

4.4 Tècniques de recollida de dades

En la recollida de la informació s'han utilitzat les tècniques qualitatives d'anàlisi de documents i entrevistes individuals.

4.4.1 Anàlisi de documents

Es va desenvolupar una anàlisi narrativa del contingut dels documents seleccionats (52). L'anàlisi de contingut es caracteritza per permetre la classificació sistemàtica, la descripció i interpretació dels continguts dels documents (52). Per extreure les dades dels documents es va desenvolupar un instrument específic, una guia d'anàlisi de documents (annex II) (53). En l'anàlisi es va utilitzar la generació mixta de categories, a partir de l'instrument elaborat i les noves categories que van emergir de les dades. Les dades es van segmentar per temes i territoris.

Es va buscar informació sobre les aliances i canvis (dimensió estratègica, estructura organitzativa, mecanismes de coordinació) introduïdes en el territori per millorar la coordinació assistencial, la qualitat, l'eficiència i la satisfacció dels usuaris. Les dimensions de l'anàlisi de documents es resumeixen en l'annex III. En aquesta revisió es van identificar les aliances, els objectius, les estratègies dissenyades i implementades, les estructures organitzatives i els

mecanismes de coordinació dissenyats i implementats, que havien desenvolupat conjuntament els proveïdors a cada zona pilot com a conseqüència de la implantació de la prova.

Es van utilitzar les següents definicions:

Aliança: qualsevol acord formal entre dues o més organitzacions amb el propòsit d'una cooperació progressiva i un guany mutu (19). S'identifiquen diferents tipus: de relacions flexibles i simples d'acords per treballar conjuntament, a tipus formals, com una fusió, consorci, "joint venture" o subcontractació.

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

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

4.4.2 Entrevistes individuals

Aquest tipus d'entrevista pretén arribar a comprendre les perspectives i opinions dels entrevistats sobre l'objecte d'estudi, el sistema de compra en base poblacional. Consisteix en una conversa on s'obté informació, a diferència de les ordinàries que són pragmàtiques (52). Són importants per aquells estudis en els que es volen conèixer percepcions, actituds, valors i opinions dels diferents actors que intervenen (50;52). En les entrevistes individuals, la investigadora estableix una conversa mitjançant preguntes, que en les entrevistes semi-estructurades, es formulen a partir d'una guia que recull els temes que volen ser explorats en l'entrevista. Aquesta guia no es segueix com va ser formulada, sinó que es consulta per evitar que s'oblidi algun tema (47;54). La investigadora aborda els diferents aspectes seguint el curs de la conversa, aprofundint també en les respostes que no són prou esclaridores o explicatives (52).

Es van realitzar entrevistes individuals semi-estructurades, amb una guia que recollia els temes que es volien explorar: el coneixement dels actors clau sobre els aspectes principals del sistema de compra en base poblacional; les seves opinions, expectatives i interessos sobre, d'una banda, els elements de la prova pilot (fórmula d'assignació, objectius i cartera de serveis, avaluació de la prova, procés de compra capitativa), i de l'altra, la col·laboració existent en el territori (formació d'aliances, implantació de mecanismes de coordinació, consens sobre objectius globals, redistribució interna de recursos, lideratge i comunicació). S'han desenvolupat dues guies, una per directius i una altra per professionals (Annex IV).

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

4.5 Anàlisi de dades

Per a l'anàlisi de les dades qualitatives provinents de les entrevistes individuals es va utilitzar la tècnica qualitativa d'anàlisi narrativa del contingut (49). Es van generar categories de forma mixta a partir de les guies d'entrevista i les categories emergents de les dades. Les dades es van segmentar per grup d'informants i temes. Les categories d'anàlisi es troben a l'annex III i eren: el coneixement sobre el sistema de compra de base poblacional, opinions, expectatives i interessos dels actors sobre el sistema de compra de base poblacional.

La primera fase de l'anàlisi es va fer manualment i va servir com una primera aproximació a les dades. Posteriorment, es va utilitzar el programa informàtic Atlas-ti, que és una eina informàtica que facilita l'anàlisi de dades qualitatives perquè permet agilitzar moltes activitats implicades en l'anàlisi qualitatiu i la interpretació, com per exemple la segmentació del text en cites, la codificació, o l'escriptura de comentaris i anotacions (55).

A partir de la informació obtinguda, es van identificar quins eren els factors o actors que actuaven, bé com a facilitadors bé com a barreres, per millorar l'eficàcia del sistema de compra en base poblacional.

4.6 Rigor i qualitat de la informació

Per tal de garantir la qualitat dels resultats, s'han triangulat les dades, és a dir, s'han entrecreuat múltiples punts de vista (fonts d'informació, tècniques, investigadores) per reduir els biaixos en la interpretació i millorar la consistència dels resultats, corroborar les dades i assenyalar dimensions alternatives no contemplades prèviament (47;56). En l'anàlisi van participar diferents analistes amb formacions diferents i un bon coneixement del context.

4.7 Limitacions de l'estudi

Els resultats sobre mecanismes, estratègies i acords es basen fonamentalment en les informacions proporcionades pels informants en les entrevistes perquè en moltes ocasions la documentació escrita en els territoris era escassa.

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

En algunes ocasions es van fer les entrevistes en el lloc de treball per problemes d'agendes que van impedir el desplaçament de l'informant, per no trobar un lloc disponible en el moment de l'entrevista o perquè els informants no ho van creure tan necessari.

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

5 Resultats

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

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

5.1 Aliances introduïdes en les zones d'avaluació capítativa

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

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

5.1.1 Aliances entre els proveïdors del territori

Aliança territorial

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

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

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

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

Conveni entre proveïdors

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

5.1.2 Opinions sobre la implementació d'aliances

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Canvis introduïts en els proveïdors del territori

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

5.2.1 Dimensió estratègica

Només en un territori s'ha identificat l'elaboració d'una missió, valors i visió comunes per al conjunt de proveïdors: una visió de millorar la salut de la població amb la missió comú d'apropar i facilitar l'assistència sanitària a la persona per oferir qualitat de servei amb eficiència; i uns valors d'orientació del sistema i dels proveïdors a la comunitat i de cooperació entre proveïdors i de professionalitat.

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

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

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

5.2.2 Estructura organitzativa

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

El canvi proposat en un altre territori, que encara no s'ha materialitzat sinó que està en fase de planificació, és la creació d'una direcció assistencial comuna entre els proveïdors territorials, *“una idea que portem al darrera des de feia un parell d'anys de fer un Comitè de direcció assistencial comú, no?, de manera que les direccions assistencials de les dues entitats decidissin alhora les diferents coses i que aquelles que una entitat en un moment determinat no pogués acabar de decidir, com a mínim sabés que l'altra ja està per això (...) ja fa temps que l'anem perseguint, jo crec que la farem aviat o relativament aviat”*.

5.2.3 Mecanismes de coordinació entre proveïdors

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

Mecanisme per al seguiment de la prova

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

Mecanismes per a la gestió mancomunada del risc

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

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

Mecanismes de coordinació assistencial

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

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

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

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

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

Taula 5. Mecanismes de coordinació assistencial introduïts segons territori

Tipologia de mecanisme		Descripció	Territori					Total
			BE	MS	A	O	C	
Coordinació assistencial	Guies de pràctica clínica i protocols	Intercanvi de guies entre proveïdors		x				1/5
		Posar a disposició d'altres proveïdors les guies pròpies	x		x			2/5
		Elaboració de guies de pràctica clínica conjuntes	x	x		x		3/5
	Sistema Expert	Sessions clíniques compartides (professionals AP-AE)	x				x	2/5
		Especialista consultor	x	x	x	x		4/5
		Formació en processos concrets (espirometries,...)	x	x				2/5
	Comissió permanent	Línees de treball: coordinació, desenvolupament de l'assistència, continu assistencial, sistema d'informació, població i pressupost				x		1/5
		Comitè de coordinació assistencial					x	1/5
		Comitès d'àmbit en els que s'ha incorporat a l'altre proveïdor del territori		x				1/5
	Sistema d'informació	Facilitar un ordinador amb el programa de l'hospital	x					1/5
		Gestió on-line d'agendes de consultes externes		x				1/5
		Sistema d'informació comú				x		1/5
Gestió mancomunada del risc	Farmàcia	Desenvolupament o consens d'una guia farmacològica conjunta		x	x	x		3/5
		Adaptació dels objectius dels professionals als farmacèutics per augmentar els genèrics					x	1/5
		Sistema d'indicadors que permeti el seguiment individual de la prescripció		x				1/5
		Curs anual conjunt per a l'actualització dels metges de família en la prescripció de novetats terapèutiques		x				1/5
	Prestacions ortoprotètiques	Circuit per a la presa de decisions				x		1/5

Font: elaboració pròpia

Opinió dels canvis en els mecanismes de coordinació dels proveïdors

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

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

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

5.3 Coneixement i difusió de la prova

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

Entre els informants dels professionals dels territoris els que ocupen càrrecs de comandaments intermedis coneixen alguns aspectes teòrics de la prova. Els professionals de base que no han participat activament en les accions empreses en els territoris com a conseqüència de la prova pilot (grups per a l'elaboració de guies de pràctica clínica, reunions conjuntes entre proveïdors,...) mostren un desconeixement dels aspectes teòrics del capítol, *“no perquè jo màxim (...) em vaig enterar de que estàvem dintre de la prova aquesta quan em van cridar per l'entrevista. No, abans no en sabia res”* (professional). No obstant això, alguns professionals reconeixen alguns dels mecanismes de coordinació implementats en el territori.

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

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

5.4 Opinions dels actors clau

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

5.4.1 Prova pilot en general

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

5.4.1.1 Contribucions de la prova

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

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

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

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

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

El capitiu ajuda a canviar el model actual d'atenció que no respon a les necessitats sanitàries actuals, segons l'opinió d'un professional, *“el perfil de malalt que tenim ara no té res a veure amb el que teníem fa trenta anys, però continuem amb el mateix disseny sanitari aquesta és la raó de moltes coses, de mal funcionament, de deficiències, de desencant emocional, de moltes coses (...) ajuda clar, allibera, desencotilla, treus barreres no hi ha primària, ni hospital; ni*

sociosanitari. Ja t'has carregat dos barreres importants, per tant, fer fluxos transversals que van de dalt a baix de la primària, a l'hospital, al sociosanitari és molt més fàcil". Per un altre professional el capítatiu ha representat haver d'augmentar l'activitat privada per obtenir més recursos, "en el nostre cas que hem d'aconseguir diners per una altra banda, clar perquè hem de potenciar molt les entrades per les mútues i recollir molt bé la informació per poguer després explotar econòmicament aquests ingressos extraordinaris i i no sé gaire cosa més eh t'ho dic en serio". Alguns professionals han sentit poc impacte de la prova, "l'impacte és molt baix a nivell d'usuari i a nivell de professionals eh. Jo sóc jo crec això del capítatiu, a on queda més bé és en el paper i en algunes coses però que bueno vull dir, crec que es podrien fer moltes coses i que no es fan perquè juguen... hi ha moltes coses hi ha molts factors externs que fan que no puguin funcionar". Altres professionals han destacat que s'ha guanyat capacitat de gestionar els recursos, "hem guanyat molta capacitat de gestió (...) que ens ha permès gestionar molt més àgilment i jo penso que ademés hem tingut les persones en el recurs en cada moment de necessitat (...) sempre tens un lliç pel moment i per aquella situació i aquella persona que realment ho requereix, jo sí que ho he trobat molt"

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

5.4.1.2 Dificultats en el desenvolupament metodològic

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

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

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

També hi ha consens entre els proveïdors en que se'ls hauria d'haver tingut més en consideració en tot el procés de desenvolupament, ja que ells podien aportar la seva pròpia experiència. Consideren inadequat que no tots els proveïdors participessin en totes les activitats

relatives a la prova, *“de vegades hi havia reunions unilaterals en les que nosaltres coneixem que es produïen però no havíem estat convidats”*.

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

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

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

5.4.1.3 Objectius de la prova pilot

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

En canvi, altres informants dels proveïdors identifiquen altres objectius com a finalitat última del capitatiu. Consideren que es tracta d'un projecte amb objectius econòmics per a la contenció de la despesa, *“l'objectiu era estalviar, no? molt en el fons, no?, per tant el totes aquestes subtileses i de si el de la coordinació i tal era per a repartir beneficis, no per ser efectius assistencialment”* (proveïdor); i amb interessos polítics per part d'aquelles institucions en les

que hi ha presència política en els òrgans directius, *“donar més poder als alcaldes i als agents locals que poguessin d’alguna manera tenir més autonomia en el seu territori”* (proveïdor).

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

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

5.4.1.4 Facilitadors de l’evolució de la prova pilot

Proveïdors i comprador coincideixen en assenyalar la voluntat de col·laborar en el projecte dels proveïdors com a element facilitador de la prova, *“depèn molt de les persones que estan en això eh i de la voluntat que hi posen i del fidels que puguin ser”* (proveïdor), *“jo crec que bueno la regió sanitària pot liderar, pot donar unes tot el que tu vulguis però si els proveïdors entre ells no tenen l’objectiu comú de tirar això endavant i de començar a llimar reticències entre ells jo aquesta prova crec que no va endavant”* (comprador). Un altre aspecte en el que mostren opinions convergents tant proveïdor com comprador és en la bona relació entre les persones o interlocutors que representen les entitats proveïdores, *“hi ha un altre factor important que és l’humà i vibracions sí paranormals, no? no és molt científic, tot aquest món de la gestió pesen moltíssim la capacitat d’entendre’s i de feeling i d’actituds personals”* (comprador)

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

5.4.1.5 Dificultadors de l’evolució de la prova pilot

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

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

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

Font: elaboració pròpia

Relatius al context

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

D'altra banda, alguns directius dels proveïdors coincideixen en esmentar les característiques pròpies del sistema de salut català, amb multiplicitat de proveïdors i per la forma de definir els territoris -per àrees de referència hospitalària- com un factor que dificulta l'evolució de la prova, *“la sanitat catalana està pensada amb els hospitals comarcals per territori d'hospitals comarcals (...) els territoris que marcava el capítatiu no eren territoris naturals eren àrees d'influència de l'hospital comarcal, no? i aleshores érem tots els que estàvem allà, bueno no eren ni els territoris del CatSalut, eren els territoris de l'hospital”*.

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

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

Relatiu al proveïdor

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

En un territori directius i professionals del proveïdor convergeixen en afirmar que durant la prova en el territori un dels proveïdors va seguir estratègies contràries a les fomentades pel capitiatiu, i va ordenar la realització de proves complementàries fora del territori, *“va arribar un moment que nosaltres havíem durant dos o tres mesos vam haver d’enviar les radiografies obligatòriament cap a XXXX, ¿tu et pots creure això? (...) perquè s’enemistaven entre el XXXXX i el XXXXX i aleshores havíem d’enviar dos o tres mesos les radiografies”* (professional); *“el mateix any que començava la prova pilot es va prendre l’acord unilateral per part de XXXXX de que les proves d’anàlitzes, sempre fins aquell moment havien vingut aquí a l’hospital, no? (...) doncs el mateix any que comença la prova es pren la decisió que les mostres aquestes vagin al laboratori central que té XXXXX a XXXXX”* (directiu).

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

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

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

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

Relatiu al comprador

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

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

5.4.2 Elements de la prova

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

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

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

Font: elaboració pròpia

5.4.2.1 Criteris d'elecció dels territoris

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

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

5.4.2.2 Fórmula de càlcul de la càpita

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

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

factor corrector) és una caixa negra que no sabem ben bé com s'acaba calculant". Segons el comprador es van incloure en el factor d'ajust aquelles variables de les que es pogués disposar d'informació i que aquesta es pogués obtenir anualment.

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

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

5.4.2.3 Gestió del risc

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

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

alguna cosa així més d'un pacient que no és seu i que els ve i que els fa una despesa molt important ja t'ho diuen, llavors el Servei es fa responsable, ja mirem potser no en el mateix any, doncs perquè hi ha un conveni signat i no podem fer res, però li dius bé tu tranquil assumeixo, l'any que ve ho arreglarem" (comprador).

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

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

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

Ambdós grups d'informants identifica com a problema important l'oportunitat de la informació, ja que la informació necessària per millorar la gestió arriba quan ja no hi ha capacitat per revertir la situació, *"no pot ser que sàpiga avui que fa un any em vaig arruïnar" (proveïdor); "el nostre territori és molt més obscur o sigui tenim molta menys informació per prendre decisions és a dir, la informació sobre com evoluciona la DMA pues t'arriba sis mesos tard a llavors no pots prendre decisions" (proveïdor), "tenir una mica més d'agilitat en sistemes d'informació, crec que també és bàsic ¿no?. Perquè potser hi ha sistemes d'informació que fins i tot el Servei Català de la Salut doncs els tenim molt tard i els donem als proveïdors molt tard, no?. I sí que*

els tenen però bé hem de mirar d'agilitzar una mica més tot el que és sistemes d'informació" (comprador).

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

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

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

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

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

5.4.2.4 Objectius marcats pel comprador

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

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

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

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

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

5.4.2.5 Sistema de facturació

El manteniment de dos sistemes de facturació, el tradicional per línia de serveis i el conjunt, es considera com un aspecte negatiu. En el discurs dels proveïdors podem identificar el desacord

amb aquest sistema: el primer seria perquè provoca un increment del cost en l'estructura administrativa en els proveïdors, *"hi ha un doblatge en l'estructura administrativa, de la burocràcia i això penalitza al proveïdor"*; el segon motiu està relacionat amb la regularització, el territoris capitatius són els últims en formalitzar els contractes i per tant, la regularització arriba tard i els crea tensions econòmiques.

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

5.4.3 Col·laboració entre els proveïdors del territori

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

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

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

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

La presència d'autoritats polítiques en els òrgans directius d'un proveïdor ha dificultat la col·laboració entre proveïdors, segons alguns informants dels entrevistats, *"he vist una gran dificultat també a través de XXXXX i he vist que estan que tenen secuestrats els alcaldes dels municipis, els consells comarcals. Quan dic secuestrats és una paraula molt lletja ¿no?, però com que ells formen part del Consell d'administració i dels òrgans de decisió del propi XXXXX he*

vist que decisions en clau capiativa que tenien que prendre ells no s'han atrevit a prendre-la per no molestar o enfadar als representants municipals” (proveïdor).

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

Col·laboració amb proveïdors amb presència en diferents territoris

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

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

En el segon cas, al començament de la prova no hi va haver una negociació. En el discurs d'alguns informants dels altres proveïdors mencionaven com a dificultat per a la participació en la prova l'escassa capacitat de gestió i de corresponsabilització de les unitats operatives d'aquest proveïdor. Com a factors que la limitaven mencionaven, els límits jurídics propis de la institució i el suport donat a la prova des del nivell central. El suport del nivell central d'aquest proveïdor va variar des de donar ordres de no fer res fins a deixar a la iniciativa del territori el grau d'implicació en la prova, *“no ha sigut un projecte molt institucional, ha sigut molt portat des dels territoris...hem tingut una autonomia per no dir independència total”, “nosaltres teníem una dificultat important perquè la direcció no s'implicava. És més, no només no s'implicava sinó ens deia que no féssim res del capitatiu”*. En alguns territoris, al principi, va ser com si la prova no existís *“els tres primers anys de la prova XXXXX no en va voler saber absolutament res...va generar com uns anticossos...parlar de la prova pilot capitatiu dintre de XXXXX era com una espècie d'anticristo”*. En els últims anys però i amb el canvi en els càrrecs directius d'aquesta institució s'ha anat implicant més en la prova.

5.4.4 Paper del comprador

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

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

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

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

Segons l'opinió dels proveïdors, el comprador ha demostrat poca fortalesa i seguretat sobretot al principi de la prova. No ha donat suport explícit quan han aparegut conflictes dins de les institucions centralitzades entre territori i nivell central. El discurs d'algun informant dels proveïdors puntualitza que s'ha donat massa autonomia als territoris i que el comprador hauria

de marcar més les directrius a seguir, un exemple seria amb la indefinició en la transferència de recursos per acompanyar la transferència de serveis entre els nivells assistencials.

5.5 Canvis proposats en el sistema de pagament

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

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

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

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

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

Segons l'opinió dels proveïdors, el comprador hauria de tenir un lideratge únic, amb un equip tècnic exclusiu pel capítol que donés suport al projecte i que fos el responsable d'assessorar i resoldre els dubtes dels proveïdors. Aquest equip també contribuiria de forma explícita a la resolució de conflictes dins les institucions multiterritori, entre territori i nivell central. A més, el

comprador hauria de solucionar els problemes identificats en aquesta fase: donar més participació als proveïdors en la discussió dels canvis metodològics; estipular la transferència de recursos amb la transferència de serveis entre nivells assistencials; definir un sistema d'informació per tot Catalunya; i definir el paper dels governs territorials.

6 Discussió

L'avaluació qualitativa ha mostrat ser molt útil per identificar els nombrosos elements que han influït en el procés d'implantació de la prova i els seus resultats. Les opinions del comprador (responsable de la prova) i dels proveïdors (receptors) mostren punts de convergència i discrepància, és interessant destacar les nombroses coincidències que suporten la validesa dels resultats (53;57). Els informants amb una visió més crítica de la prova han estat els proveïdors, com era d'esperar. L'estudi ha proporcionat una informació valuosa que ajudarà en la interpretació dels resultats de les avaluacions quantitatives, alhora que brinda una oportunitat per identificar àrees de millora futures.

Cal fer esment a la por a parlar dels informants, excepte els del nivell central del comprador, sobre la prova pilot. Els informants van deixar entreveure que era un tema sobre el que era compromès parlar-ne, tot i garantir la confidencialitat de les dades i realitzar les entrevistes fora del lloc de treball. Aquest fet apuntaria que en general no tenen una opinió favorable o no estan d'acord amb alguns aspectes del capítol els informants ho podrien percebre com un element negatiu que els podria condicionar el seu lloc de treball.

La utilització del finançament per càpita com a mecanisme de remuneració dels serveis de salut no és nova al context nacional ni internacional. En molts països desenvolupats, s'utilitza l'assignació per càpita com a instrument de racionalització i de contenció de les despeses (1;2), i en els últims anys, per fomentar la cooperació entre proveïdors (2). El que constitueix un tret particular de l'experiència a Catalunya és l'assignació d'una càpita a un *sistema de salut integrat amb afiliació territorial*, constituït pel conjunt de proveïdors de diferent titularitat del territori. El sistema de compra de base poblacional s'introdueix com un instrument incentivador de la cooperació i integració de la xarxa de proveïdors del territori (38), per superar la segmentació del procés d'atenció a la que havia conduït un sistema de compra de serveis de salut molt poc integrat, amb incentius econòmics i objectius contraposats a la coordinació (2;4). Els actors socials que han participat en la prova, coincideixen en considerar un sistema de pagament per càpita com una alternativa millor al sistema de finançament per línia de serveis. Els proveïdors consideren que el nou sistema indueix una dinàmica de relació entre ells, de compartir objectius i contribueix a desenvolupar una visió conjunta de territori i, en definitiva, a coordinar l'atenció de la població a la que donen cobertura. En aquest sentit, la prova pilot ha estat assenyalada per compradors i proveïdors com un estímul a la col·laboració i al diàleg.

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

Aliances i canvis introduïts en els proveïdors del territori

Sota una assignació per càpita, s'esperarien canvis en el conjunt dels territoris pilot encaminats cap a una major integració assistencial (58): l'establiment d'aliances, que faciliten la coordinació assistencial; objectius i estratègies compartits pel conjunt de proveïdors; estructures organitzatives orgàniques amb elements de transversalitat, i mecanismes compartits de coordinació assistencial (23-26). No obstant això, el sistema de compra en base poblacional, tal i com ha estat dissenyat i executat durant la prova, no sembla haver generat incentius suficients per tal que es desencadenessin aquests canvis. Resultat que segurament s'explica pels nombrosos elements tant del disseny com del procés que els informants han assenyalat com a debilitats de la prova.

Només en un territori es va formalitzar una aliança virtual, malgrat ser aquest un dels objectius de la prova. Tampoc es van signar anualment, els convenis de col·laboració entre els proveïdors, primer pas per la constitució de les aliances. Els informants van identificar d'una banda, la por de perdre la identitat com a entitat, i de l'altra, la personalitat jurídica d'algunes entitats, com els principals dificultadors de la formalització d'aliances. No obstant això, es podien haver desenvolupat aliances de tipus virtual (59), fet que no va succeir.

Quins han estat els factors que van permetre que en aquest territori es conformés una aliança a diferència de la resta? Les dificultats identificades pels informants per a la constitució d'aliances no semblen haver estat un obstacle. L'explicació podria trobar-se en l'experiència prèvia de col·laboració (una associació d'interès econòmic) que va servir com a base de la nova aliança, i la necessitat d'organitzar-se en un territori amb un nombre elevat d'entitats i amb titularitats diferents. En canvi, un proveïdor majoritari en un territori no tindria tant interès d'establir aliances amb el minoritari, com han criticat els proveïdors minoritaris. Aquests, per la seva banda, podrien ser molt recelosos de ser absorbits pel proveïdor majoritari. En zones amb presència de proveïdors multiterritori, podria prevaler la visió de l'organització per sobre de la visió de territori a l'hora d'establir aliances amb els altres proveïdors. En aquest cas, els directius locals jugarien un paper fonamental pel desenvolupament de la col·laboració a nivell territorial.

La constitució de l'aliança sembla ser l'element catalitzador dels canvis que segons la literatura, són un primer pas per millorar la integració assistencial (23-25), donat que tan sols en el territori on s'ha configurat s'ha desenvolupat una missió, valors i visió conjunta; s'ha anat més enllà dels objectius del conveni marcats pel comprador; s'han desenvolupat línies d'acció comunes; i s'han produït canvis organitzatius per coordinar les funcions de direcció de la xarxa. La importància de la formalització d'aliances com a pas rellevant per avançar cap a la integració de la xarxa de proveïdors de la zac no es va reflectir en l'actitud del comprador, que va ser

passiva i es va limitar a confiar exclusivament en la càpita com a instrument incentivador i haver donat llibertat als proveïdors per decidir sobre la seva constitució.

Els resultats de l'estudi semblen indicar un desenvolupament conjunt de mecanismes de coordinació, com a conseqüència de la implantació de la prova, limitat i diferent segons el territori. Només es van desenvolupar mecanismes de coordinació conjunts relacionats amb les partides on hi havia una transferència real de risc i els proveïdors van haver de compartir un pressupost – principalment per la partida de farmàcia que gestionada conjuntament de manera eficient representava una font de recursos. Probablement, com que la càpita mai va ser conjunta i cada proveïdor va rebre un pressupost separat, els proveïdors no van percebre que estaven sota un pressupost comú i no es van donar els incentius per millorar la coordinació assistencial desenvolupant mecanismes de coordinació. Un altre element que actuava en contra va ser que els objectius globals del capítatiu no anessin lligats a incentius econòmics, com assenyalaven els informants.

La resta mecanismes de coordinació assistencial identificats en molts territoris no semblen ser el resultat d'un esforç conjunt, sinó principalment de l'intercanvi dels que ja existien, com assenyalen el limitat coneixement dels professionals d'aquests mecanismes i la repetició d'aquests instruments any rere any en les avaluacions. La utilització dels mecanismes de coordinació sembla qüestionada, segons apunten les opinions dels informants, i s'hauria de fer una avaluació de la seva utilització i del grau d'adherència dels professionals als mateixos, ja que la disposició de mecanismes no és suficient per incidir en la pràctica mèdica, que requereix d'altres estratègies com la implicació dels professionals (60). Entre els mecanismes de coordinació, el desenvolupament d'un sistema d'informació integrat als territoris és essencial per coordinar l'atenció dels pacients i per gestionar tota la informació que comporta el sistema capítatiu (36), però malgrat el consens que existeix només s'ha concretat en un territori.

Un dels avantatges teòrics del capítatiu i que per tant, s'esperaria que emergís com a resultat és la substitució entre nivells assistencials i la redistribució de recursos entre entitats proveïdores (61), però segons els informants aquest resultat no es va produir. Probablement no es va produir en primer lloc, perquè la càpita no s'assignava de manera global sinó per entitat i no existia una cartera de serveis delimitada per cada proveïdor, de manera que si es traspassava l'activitat es generava el dubte de fins a quin punt un proveïdor havia de pagar-la a un altre. En segon lloc, el proveïdor que gestiona la major part dels equips d'atenció primària a quasi tots els territoris, va seguir rebent els seus recursos per via pressupostària i no a través de la compra (58) dificultant d'una banda el traspàs de recursos entre entitats i de l'altra, les repercussions econòmiques de la gestió mancomunada del risc. Un altre factor que podria haver impedit el traspàs d'activitat seria la incertesa sobre el futur de la prova.

Coneixement de la prova pilot

La prova pilot implicava en últim terme un canvi en les cultures de les organitzacions implicades, ja que la implementació dels objectius i estratègies comunes requereix que els seus membres els acceptin i es comportin d'acord amb aquests. És a dir, que es doni una substitució de cultures compartimentades per entitat i nivell assistencial, per una cultura més comú, amb valors i actituds de col·laboració al territori, treball en equip i orientació als resultats (30). Un pas previ per aquest canvi cultural, hauria estat que els diferents actors involucrats en el procés de coordinació assistencial coneguessin la prova i, especialment, les estratègies i instruments desenvolupats. El coneixement de la prova pilot, no obstant, estava limitat a les persones que hi han estat en contacte directe. La prova i els seus instruments s'han quedat en el discurs dels directius dels proveïdors i del comprador, i no s'ha fet extensa als professionals dels serveis, probablement a causa d'una difusió dèbil de la mateixa i dels pocs mecanismes de coordinació desenvolupats.

Factors facilitadors i dificultadors de la implantació del prova

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

Factors facilitadors

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

Factors dificultadors

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

- Dificultats relatives al disseny i implantació de la prova

La prova es va implantar amb unes bases metodològiques febles de forma deliberada per part del comprador, que tenia la voluntat d'anar solucionant els problemes que anessin apareixent de manera que s'anés desenvolupant la metodologia per a les futures experiències, cosa que no va succeir.

Teòricament, en els territoris comprador i proveïdors havien de definir uns objectius (58), però durant el desenvolupament i execució de la prova els proveïdors van tenir una participació i capacitat d'influir en la definició i negociació dels objectius baixa. Aquest fet es contradiria amb la literatura, segons la qual els objectius han de ser acceptats pels directius territorials perquè s'hi comprometin i una manera que prenguin aquest compromís és participant activament en el seu desenvolupament (62).

Entre aquests problemes metodològics la principal debilitat era la fórmula de càlcul de la càpita. Si bé proveïdors i comprador coincidien en que donar inici a la prova amb la despesa històrica era l'única alternativa possible, divergeixen fortament respecte a la metodologia utilitzada posteriorment. El comprador afirmava que la càpita assignada era el resultat de l'ajust per les variables sociodemogràfiques disponibles, mentre que els proveïdors manifestaven que no s'ajustava per les necessitats relatives de la població, ni era sensible als canvis poblacionals sinó que justificava el pressupost definit prèviament.

La divergència d'opinions evidencia grans problemes relacionats amb les característiques considerades per la literatura com a desitjables per una fórmula d'assignació per càpita (7): la transparència, la validesa a l'hora de reflectir les necessitats relatives de salut de la població i l'acceptabilitat de la fórmula per part dels agents involucrats. Precisament, una de les principals avantatges de les fórmules de finançament per càpita en front d'altres mecanismes és afegir transparència al procés de distribució dels recursos (63). L'avaluació econòmica hauria de mostrar si l'assignació als territoris s'ha basat més en la negociació d'un pressupost basat en el cost històric que en la fórmula de finançament per càpita ajustada per variables de necessitat. Si aquest fos el cas, s'estaria promovent l'assignació arbitrària de fons i perpetuant les ineficiències i inequitats existents al sistema (63), ja que la utilització de serveis seria el resultat de la interacció de molts factors, entre ells la interacció entre oferta i demanda, que podrien ser diferents entre territoris i la farien inapropiada com a "proxy" de necessitat (64). A Catalunya la distribució heretada de proveïdors no estaria correlacionada amb les necessitats de la població i s'infravalorarien per exemple, les necessitats de població envellida que demanen uns serveis (atenció sociosanitària, domiciliària) que en zones rurals serien més costos. En conseqüència, amb la utilització de serveis només es podria fer una estimació de les necessitats satisfetes dels pacients als que s'atén però aquestes no podrien reflectir el nivell de necessitat global de la població, que en general semblaria ser superior ja que inclouria la demanda insatisfeta (65;66).

Excepte en el cas de la farmàcia, els informants consideraven que existia poc marge de gestió en quasi totes les partides transferides. Hi havia consens entre els proveïdors en la limitada capacitat de gestió de les despeses lligades als riscos catastròfics que tenen – tractaments diagnòstics i terapèutics d'alta tecnologia -, que estaven inclosos en la càpita general, o en la despesa màxima assumible de farmàcia (DMA), mitjançant una despesa màxima assumible basada en el cost històric - medicació hospitalària de dispensació ambulatoria -. Això es contraposa a la literatura (67) que recomana tractar particularment aquests riscos catastròfics per tal de evitar els efectes negatius que tindria un mal ajust sobre la solvència financera dels proveïdors, i definir territoris amb un nombre suficient d'habitants perquè els riscos catastròfics i els moviments de la població, es compensin i tinguin poc impacte (6;37).

Finalment, els informants van identificar elements del disseny que anaven en contra dels objectius de la prova d'equitat i eficiència. L'assignació d'una DMA basada en l'històric no és una bona solució, tal i com assenyalen de forma consensuada proveïdors i comprador, perquè penalitza als més eficients i perpetua les ineficiències i inequitats de partida. Com que encara conviu el sistema tradicional d'assignació per línies de serveis (present en els territoris que no estan en càpita) amb el de compra en base poblacional, els proveïdors conserven el model de facturació antic. Aquest fet podria ser causa d'ineficiència com a conseqüència en part d'estar sotmesos a un volum de gestions administratives més gran, i a les tensions econòmiques que podrien derivar-se de ser els últims en regularitzar la diferència entre el pressupost assignat i les facturacions mensuals de l'activitat realitzada. Un altre element seria la definició de les zones d'avaluació capitativa, fetes de tal manera que algunes zones corresponien a divisions diferents del comprador i també dels proveïdors, que causava confusió, problemes de lideratge i duplicació de negociacions i activitats.

- Dificultats relatives al context

Una dificultat considerada pels proveïdors en el desenvolupament de la prova va ser la particularitat d'un sistema de salut que presenta multiplicitat de proveïdors i un model d'atenció organitzat per nivells assistencials i molt poc enfocat a la col·laboració i coordinació. Crida l'atenció que hagi emergit com a barrera quan precisament era una de els raons que va motivar el desenvolupament de l'experiència. Així mateix, l'avaluació de la prova pilot ha posat de manifest altres elements propis d'un sistema de salut amb diversitat en la titularitat de la provisió que estan perjudicant la coordinació de l'atenció de la població: a) la contradicció dels interessos propis d'alguns proveïdors versus els interessos de la població del territori, quan se'ls planteja la necessitat de col·laborar amb la resta de proveïdors del territori, b) les dificultats a l'hora de desenvolupar mecanismes conjunts – mala relació entre professionals sanitaris de les diferents entitats, dificultats en l'adaptació dels instruments d'una entitat a altre-.

Una altra dificultat identificada pels informats va ser el canvi de govern que es va manifestar en elements de la prova sense acabar de desenvolupar, com és el cas de les comissions de

seguiment de la prova; la no signatura dels convenis de col·laboració entre proveïdors, o la repetició del contingut dels convenis amb el comprador durant la prova. Aquest resultat es contradiu amb la literatura que considera que perquè la implantació d'una política funcioni el nivell polític ha d'estar-hi compromès i no pot veure's afectada pels canvis en les estructures de poder (43).

- Dificultats relatives als actors

S'identifica una posició contraposada entre comprador i proveïdors en relació al paper del comprador. Durant la prova, el comprador només va exercir una de les seves funcions, la compra de serveis, en contra de l'opinió dels proveïdors que sentien la necessitat d'un lideratge fort i clar des del comprador, així com una participació pròpia més gran en el desenvolupament metodològic del sistema. Tenint en compte que es partia d'unes bases metodològiques dèbils i que s'estava intentant provar una nova manera de treballar, segurament la creació d'un equip tècnic fort que donés seguiment als territoris per a la resolució de dubtes i conflictes en el treball conjunt, la monitorització del desenvolupament i la correcció progressiva dels errors hauria estat essencial per millorar l'impacte de la prova.

Sobretot a l'inici de la prova es va evidenciar una absència de comunicació entre el nivell central i les regions del comprador, segons les opinions dels proveïdors. El nivell central portant el procés d'implantació directament amb els territoris podria haver delegat a un segon pla les regions sanitàries, de manera que aquestes podrien no estar assabentades de l'evolució del procés. Per què es produeixin els resultats esperats un requisit necessari seria la comunicació efectiva entre els actors que intervenen en el procés (42). Els interlocutors naturals dels proveïdors serien les regions sanitàries i el nivell central del comprador els hauria de comunicar en quin punt del procés estan perquè fossin capaces de donar respostes als dubtes del proveïdors, però als inicis de la prova no va ser així.

Per al bon funcionament de les experiències capitatives cal la implicació del personal dels proveïdors, tant directius com professionals (4). En referència als directius es destaca la seva voluntat de col·laboració, però en molts territoris ha mancat la implicació dels professionals, probablement com a conseqüència de l'escassa difusió que s'ha fet de la prova i de la visió que s'ha donat del capítatiu dins de les entitats. Els professionals que la coneixien no percebien cap benefici de tipus assistencial, sinó que els gerents dedicaven molts esforços a controlar les despeses. Sembla ser un bon reflex del que està succeint en els sistemes de salut, on la classe gerencial centra la seva atenció en la gestió de recursos en detriment del seu nucli productiu – el personal de salut – i els receptors finals de l'atenció. Una millor implicació dels professionals probablement estaria condicionada a una percepció de beneficis en el seu treball assistencial.

7 Conclusions

Els actors socials participants en la prova coincideixen en considerar un sistema de pagament per càpita com una alternativa millor al sistema de finançament per línia de serveis, perquè indueix una dinàmica de relació entre els proveïdors.

Els informants consideren la prova pilot del sistema de compra de base poblacional com un estímul per orientar-se al territori i a la col·laboració. No obstant això, l'anàlisi de les opinions i dels processos desenvolupats als territoris per millorar la integració de la xarxa de proveïdors mostren que la implantació de la prova ha obtingut uns resultats molt limitats, geogràfica i temporalment: una única aliança territorial i un desenvolupament limitat de mecanismes de coordinació assistencial. S'assenyalen importants barreres, en el disseny i implantació de la prova que expliquen que no s'hagin generat els incentius adequats per produir els canvis esperats.

S'identifiquen escassos elements que hagin facilitat la implantació de la prova, fonamentalment la voluntat dels directius. Però aquesta sembla ser insuficient enfront les nombroses dificultats de caràcter contextual i institucional (complexitat del sistema de salut, organització territorial, limitada difusió de la prova,...), així com, nombrosos problemes inherents a la prova (escàs desenvolupament metodològic, fórmula, acompanyament...), per a un desenvolupament adequat del sistema.

Proveïdor i comprador convergeixen en la debilitat metodològica de la prova (objectius, fórmula,...) i també en la necessitat d'introduir canvis substancials, si el sistema de compra de base poblacional s'ha de mantenir com a sistema de pagament. Aquests canvis es relacionen directament amb les dificultats trobades en el procés: suport del comprador, territoris, autonomia de gestió, fórmula adequada, risc gestionable, sistemes d'informació adequats.

En canvi, la posició és contraposada en relació al paper del comprador. Mentre que el comprador troba suficient la seva implicació, els proveïdors coincideixen en demanar un lideratge més fort i clar des del comprador, així com una major participació pròpia en el desenvolupament metodològic del sistema.

El sistema d'assignació per càpita, tal i com ha estat dissenyat i implantat, no ha generat els incentius adequats per produir canvis que permetessin avançar cap a la integració assistencial. Per l'extensió a la resta de Catalunya d'aquest sistema de finançament és necessari no només aprofundir en el debat metodològic, per salvar les barreres identificades, sinó que també el comprador hauria d'introduir altres mecanismes inherents a la seva funció reguladora.

8 Recomanacions

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

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

En primer lloc el comprador, com a agent regulador, hauria d'exercir la capacitat de formular polítiques i implantar reformes en el sistema públic de salut que puguin incidir en la continuïtat o l'eficiència global del sistema i contribuir a la millora de la salut de la població, fins i tot, limitant l'autonomia de gestió dels proveïdors (68), i no basar-se únicament en el sistema de pagament.

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

És important que el mecanisme d'assignació sigui transparent, ja que el gran valor d'una assignació per càpita és poder comptar amb un criteri transparent, objectiu i equitatiu en l'assignació dels recursos als territoris. El comprador hauria de fer transparent la fórmula amb què assigna els recursos als territoris, donant-la a conèixer als actors implicats per a la seva acceptació.

S'hauria de modificar la fórmula d'ajust de la càpita (considerant immigració, turisme, renda,...) per millorar la seva validesa en reflectir les necessitats en salut de la població. Això tan sols es podria assolir perfeccionant els sistemes d'informació poblacionals.

Les partides que impliquen un risc molt elevat haurien de ser revisades. Algunes de les estratègies recomanades per la literatura són per exemple: a) excloure de la càpita les partides sense gestió i els riscos catastròfics; b) finançar-los a banda, per exemple fixant una càpita bàsica i una altra per riscos catastròfics, per pressupost o per cas; c) plantejar territoris capitatius amb una població més gran (Cerdanya, Altesbrat,...) donat que la variabilitat de la despesa disminueix amb la grandària de la població (67).

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

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

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

Durant el desenvolupament de la prova s'ha detectat debilitat en els instruments del comprador que acompanyaven l'assignació per càpita. La implantació d'un sistema de finançament per càpita, requereix desenvolupar d'una banda, un sistema d'informació, entès com a flux de dades, potent per poder establir la base de població en el territori, la població desplaçada fora de zona i per fer el seguiment oportú de les partides en què els proveïdors assumeixen el risc; i d'altra banda, un sistema d'informació clínica, entesa com a sistema informàtic, que millori la comunicació entre els proveïdors i els permeti compartir informació clínica dels malalts.

Finalment, per a la implicació dels professionals a la prova és necessària una difusió de la prova, estratègies i instruments dintre de les organitzacions. Es recomana una comunicació preferiblement mitjançant múltiples canals enriquits i la formació interna (31).

Els resultats de l'avaluació assenyalen la necessitat de resoldre la participació dels proveïdors multiterritori per superar la seva oposició a arribar a acords de col·laboració a nivell local en defensa d'interessos com a entitat, per facilitar la constitució d'aliances amb altres proveïdors i la participació en les mateixes condicions que la resta de proveïdors en relació a l'assignació de recursos.

I de cara a altres proves pilot

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

Bibliografía

- (1) Hauck K, Shaw R, Smith PC. Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments. *Health Econ.* 2002;11(8):667-77.
- (2) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión.* 2002;8(4):167-79.
- (3) Puig Junoy J. Integración asistencial y capitación. *Economía y Salud.* 2002;15(44):1-2.
- (4) Ortún V, López G, Puig Junoy J, Sabés R. El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari.* 2001;35:8-16.
- (5) Smith P. Capitated finance and health care needs possibilities and limitations. En: *Necesidad sanitaria. Demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud;* Zaragoza 2-4 junio 1999. p. 15-28.
- (6) Hurley J, Hutchinson B, Giacomini M, Birch S, Dorland J, Reid R, et al. Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems. *Otawa: CHSRF;* 1999.
- (7) Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. *Otawa: CHSRF;* 1999.
- (8) Carr-Hill R, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon T, Smith P. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. *York: University of York;* 1994.
- (9) Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gillies W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy.* 2001; 60:255-73.
- (10) Monrad Aas IH. Incentives and financing methods. *Health Policy.* 1995;34:205-20.
- (11) Hellinger FJ. The effect of managed care on quality. *Arch Intern Med.* 1998;158:833-41.
- (12) Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. En: *Ibern P, editor. Incentivos y contratos en los servicios de salud.* Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84-7.
- (13) Morrissey M, Alexander J, Burns L, Johnson V. The effects of managed care on physician and clinical integration in hospitals. *Med Care.* 1999;37:350-61.
- (14) Shortell SM, Gillies RR, Anderson AA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs.* 1994;13(5):46-64.
- (15) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. En: *Respuestas individuales y sociales entre los riesgos para la salud. CD-ROOM XXIV Jornadas Asociación Economía de la Salud;* El Escorial 26-28 mayo 2004.
- (16) Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. *Tesina de Master.* Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
- (17) Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:633-43.

- (18) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21.
- (19) Shortell SM, Kaluzny A. health care management: organization, design and behavior. 4^a ed. NY: Delmar; 2000.
- (20) Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*. 2002;2:1-8.
- (21) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev*. 1998;45:177-214.
- (22) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)*. 1996;15(1):100-3.
- (23) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. Remaking health care in America. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
- (24) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev*. 1990;15(4):9-22.
- (25) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm*. 1997;10(3):90-111.
- (26) Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev*. 1997;22(1):7-20.
- (27) Alexander JA, Zuckerman HS, Poinyer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev*. 1995;20(4):69-81.
- (28) Longest BB, Young G. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny A, editors. *Health care management*. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
- (29) Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
- (30) Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financing Management*. 1998;52(6):34-6.
- (31) Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Manage Rev*. 1998;23(1):18-28.
- (32) Young G. Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action. *Hosp Health Serv Adm*. 1997;42(2):255-79.
- (33) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev*. 1999;26(2):401-10.
- (34) Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Manag Care Q*. 1996;4(2):12-25.
- (35) Galbraith J. *Organization design*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
- (36) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.
- (37) Consorci Hospitalari de Catalunya. *Recomanacions i precaucions sobre l'ús de l'assignació per càpita a Catalunya*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2001.

- (38) CatSalut. Sistema de compra en base poblacional: projecte capitiu. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2001.
- (39) Losada A. Entre la ciencia política básica y la ciencia política aplicada; de la política a las políticas, del análisis a la gestión. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas. 2003;2:63-81.
- (40) Servei Català de la Salut. Avaluació sanitària: sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2004.
- (41) CatSalut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
- (42) Walt G. Health policy: an introduction to process and power. London: Zed Books; 2006.
- (43) Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Maidenhead, UK: Open University Press; 2006.
- (44) Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (45) Dey I. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
- (46) Ferreira da Silva MR, Vázquez ML. Introducción a los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (47) Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000.
- (48) Flick U. Sampling strategies. In: Flick U, editor. An introduction to qualitative research. London: SAGE Publications; 1998. p. 62-73.
- (49) Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, editors. Atención Primaria. Barcelona: Harcourt Internacional; 2003. p. 224-49.
- (50) Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
- (51) Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- (52) Mogollón AS, Vázquez ML. Técnicas cualitativas aplicadas en salud. En: Vázquez ML, Ferreira da Silva MR, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I., editors. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006. p. 53-81.
- (53) Patton Q. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage; 1990.
- (54) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1987.
- (55) Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.

- (56) Delgado ME, Vargas I. El rigor en la investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006. p. 83-96.
- (57) Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
- (58) Agustí E, Casas E, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- (59) Llordachs F, Kase K, Sullà E. Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1998;32:6-12.
- (60) Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA*. 2004;286(20):2578-85.
- (61) López-Casanovas GA. La participación de los profesionales en el control del gasto sanitario. En: López-Casanovas GA, Pellisé L, editors. El control del gasto sanitario. Barcelona: Verlag Ibérica; 2001. p. 3-40.
- (62) Vázquez ML, Vargas I., Terraza R, Pizarro V. Marco teórico para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: Vázquez ML, Vargas I., editors. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007. p. 7-31.
- (63) Peacock S, Segal L, Richardson J. Predicting the expected costs of health care. Methods for risk adjustment in health services. Summary Report. Technical report 13: Centre for Health Program Evaluation. Març de 2001.
- (64) Birch S, Eyles J, Hurley J, Hutchinson B, Chambers S. A needs-based approach to resource allocation in health care. *Canadian Public Policy*. 2007.
- (65) Sheldon T, Carr-Hill R. Measure for measure. *Health Serv J*. 1991;101(5263):22-4.
- (66) Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *BMJ*. 1997;315:875-8.
- (67) Majeed A, Head S. Capitation based prescribing budgets will not work. *BMJ*. 1998;316:748-53.
- (68) Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press; 2005.

ANNEXES

Annex I. Llistat dels documents lliurats

PROVEÏDORS

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

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

REGIONS SANITÀRIES DEL CATSALUT

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

Annex II. Guia d'anàlisi de documents

1. Característiques generals de la xarxa de proveïdors

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

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

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

3. Estratègies introduïdes en les zones d'avaluació capitativa

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

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

Annex III. Categories d'anàlisi

Categoria d'anàlisi	Subcategories d'anàlisi
Estratègies introduïdes en las zac	- Estratègies dissenyades - Alineació d'objectius - Assignació de recursos d'acord amb les estratègies - Canvis organitzatius en la provisió - Estratègies de comunicació interna implementades
Coneixement sobre el sistema de compra	- Objectius de la prova - Fórmula d'assignació - Estratègies globals de la prova
Opinions, expectatives i interessos dels actors	- Elements de la prova - Fórmula d'assignació, objectius i cartera de serveis - Avaluació de la prova - Procés de compra de serveis (negociació, objectius, facturació) - Col·laboració en el territori - Formació d'aliances - Implantació de mecanismes de coordinació - Consens sobre objectius conjunts - Redistribució interna de recursos - Lideratge i comunicació - Paper del comprador de serveis - Factores que faciliten i dificulten l'eficàcia de la implantació

Annex IV. Guia d'entrevistes

Directius

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

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

General sobre la prova

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

Col·laboració en el territori

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

Aliances

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

Estratègies

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

Coordinació assistencial

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

Objectius

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

Col·laboració entre proveïdors

- a. Com ha estat en general la col·laboració amb altres proveïdors?
- b. Quin paper han jugat els altres proveïdors en la prova?
- c. Què opina d'aquesta col·laboració?

ASPECTES DE LA PROVA

Objectius

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

Cartera de serveis

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

Assignació de recursos

Càpita

Fórmula

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

Criteris

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

Procés

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

Gestió mancomunada del risc

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

Desplaçats

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

Facturació

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

Instruments del Servei Català de la Salut

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

Avaluació de la prova

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

En resum

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

Un cop acabada l'entrevista:

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

Professionals

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

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

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

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