

El sector públic concertat de Catalunya

**Consorti Hospitalari de Catalunya
10 de novembre 2004**

Resum executiu

- El sector concertat de la sanitat de Catalunya suposa el 74% de les altes hospitalàries d'aguts.
- El sector concertat de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública està format majoritàriament per consorcis públics (en els quals participa el Servei Català de la Salut juntament amb els Ajuntaments i/o els Consells Comarcals i, en alguns supòsits, algunes entitats sense afany de lucre), empreses públiques, organismes autònoms i societats mercantils de capital públic o fundacions privades (amb forta presència de les administracions en els seus patronats, en molts supòsits). No és, conseqüentment, un sector privat. Aquestes fórmules jurídiques representen avantatges des del punt de vista de la gestió, especialment pel que fa a la gestió de recursos humans.
- Actualment s'estan donant experiències d'integració de serveis mitjançant Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI) que poden tenir caràcter horitzontal (del mateix tipus de serveis), verticals (de diversos serveis, integradores del procés assistencial). Cal destacar l'existència d'una prova pilot de finançament per càpita. El sector està evolucionant i disposat a adaptar-se a les necessitats que esdevinguin.
- L'instrument relacional per a la compra de serveis de les entitats del sector concertat és el conveni interadministratiu en el cas de proveïdors públics o el contracte en cas de proveïdors privats. El contingut d'ambdós és el concert. El conveni i el contracte esdevenen, a més, l'instrument de control per resultat mitjançant l'avaluació del seu compliment.
- En els darrers anys s'ha produït un fenomen de centrifugació del dèficit de l'administració pública als seus proveïdors (públics i privats). Exemples són el fet de que l'activitat contractada no respon a la demanda real (i l'activitat sobrepassada es remunera a un preu per sota del cost marginal de l'alta), al igual succeeix amb la despesa farmacèutica. Els concerts són anuals i un cop vençuts es continuen prestant els serveis (continuitat del servei públic) i les actualitzacions de preus no s'apliquen fins l'anualitat següent respecte de l'anualitat anterior. Tot plegat s'ha traduït en fortes tensions financeres al sector concertat, en haver crescut enormement el seu endeutament.
- Es proposa l'adopció d'instruments existents en l'ordenament jurídic en vigor, com ara que els concerts siguin plurianuals, que es revisi el seu preu en les condicions que marca la normativa (un cop transcorregut l'any del seu inici i executat en un 20% del seu import), segons fórmules que

atenguin a la realitat (actualització automàtica de preus a cada exercici amb efectes 1 de gener segons la variació real de l'IPC; revisió automàtica amb efectes 1 de gener de l'any en curs, d'acord amb la previsió d'inflació de la Llei de Pressupostos de l'Estat; abonar en el mateix exercici els endarreriments de tarifes i aprovar i publicar les tarifes el primer trimestre de cada any).

- Les diferències entre el sector concertat versus l'ICS són importants: l'ICS funciona pressupostàriament i no mitjançant un sistema de pressupost *tancat* com és la compra d'activitat; no gensmenys els costos hospitalaris són inferiors al sector concertat i la productivitat del sector concertat és més elevada per un cost inferior; la despesa farmacèutica es troba més controlada al sector concertat, així com en general la despesa sanitària pública.
- La clau de l'èxit del model de separació de funcions radicava en incloure l'ICS com un proveïdor més, fet que no s'ha produït.

-

Continguts

1. El sector concertat dins del model català de salut.....	5
2. El sector públic concertat com a motor econòmic	6
3. Un model de gestió diferenciada	6
3.1. Elements diferenciadors amb el model d'administració pública	6
3.2. Explorant el futur	9
3.2.1. Els reptes sanitaris	9
3.2.2. Els nous instruments de gestió: la integració de serveis.....	10
3.2.3. La prova pilot de finançament per càpita	12
4. Resultats del model concertat	13
5. Elements de millora del model de concertació	15

1. El sector concertat dins del model català de salut

L'evolució de la sanitat a Catalunya des de les transferències d'INSALUD l'any 1981 culmina normativament amb l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) l'any 1990. La LOSC estableix un model sanitari d'acord amb la Llei General de Sanitat de l'any 1986 i consolida el **sistema sanitari mixt de Catalunya**, basat en l'aprofitament de tots els recursos sanitaris existents, siguin públics o privats (Ortún, 1994). Amb la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut) se separen definitivament les funcions de finançament, regulació i producció dels serveis sanitaris.

D'aquesta manera, el Departament de Salut s'encarrega de la regulació, el CatSalut, ens comprador, del finançament als proveïdors, mentre la provisió correspon als diferents proveïdors sanitaris agrupats en el Sistema Sanitari Integral de Salut Pública (SISCAT)¹. En el cas del **sector hospitalari d'aguts** la concertació sanitària a **centres diferents de l'ICS** (Institut Català de la Salut) resulta predominant, amb el **74% del total de les altes contractades** (Generalitat de Catalunya, 2001), mentre en el **cas de l'atenció primària**, aquesta contractació arriba a un **17% dels centres**. En l'**atenció sociosanitària i de salut mental**, la presència de l'ICS és minoritària en el primer cas (2,3% de les altes), i nul en el segon.

Taula 4. Centres i activitat segons tipus de concert i d'assistència especialitzada a Catalunya. 1999

	Tipus de concert	Estades	%	Altes	%
Atenció d'aguts	ICS	1.394.979	31,80	165.551	26,30
	Concertats aliens	2.991.170	68,20	463.944	73,70
	Total	4.386.149	100,00	629.495	100,00
Atenció sociosanitària	ICS	31.982	1,47	447	2,29
	Concertats aliens	2.150.640	98,53	19.050	97,71
	Total	2.182.622	100,00	19.497	100,00
Atenció de salut mental	ICS	0	0,00	0	0,00
	Concertats aliens	1.560.013	100,00	11.286	100,00
	Total	1560013	100,00	11286	100,00
Catalunya		3.120.026		1.320.556	

Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Benestar Social. EESRI 1999

L'existència d'un sector concertat de les característiques del que hi ha a Catalunya, ha facilitat la separació de funcions i la introducció d'un quasi-mercat amb la implantació dels mecanismes de compra de serveis. D'altra banda, el sector s'ha dotat de més flexibilitat en la gestió gràcies a què aquests centres disposen

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.

d'alternatives diferents al règim estatutari de personal i a l'organització fortament jerarquitzades, típic de gran part de les institucions públiques procedents de l'estructura INSALUD o ICS (López, 1998).

A la pràctica, a Catalunya coexisteixen dos xarxes paral·leles: ICS i hospitals concertats, amb dos sistemes de finançament diferenciats, el primer de tipus pressupostari, i el segon basat en l'activitat per línia assistencial (compra d'activitat).

2. El sector públic concertat com a motor econòmic

El sector sanitari (hospitals, farmàcia,...) ha estat identificat en molts informes (Monitor, 1992; etc) com uns dels conjunts d'organitzacions amb més potencial competitiu en el context espanyol, així com en el marc de l'Euroregió (amb la instal·lació d'empreses relacionades amb la salut als països de la CE (ICO), intercanvi de professionals sanitaris, etc.) (Ortún, 1994).

El sector sanitari en el seu conjunt genera a Catalunya aproximadament el 3% del valor afegit brut. La capacitat d'arrossegament del sector sanitari és superior a la mitjana calculada pel què fa al conjunt d'activitats terciàries i similar a la del sector de serveis prestats a les empreses. El subsector de serveis sanitaris destinats a la venda, dins del qual es troba el sector concertat, apareix al darrer Informe Sectorial de les Cameres de Comerç 2003, com una de les rames d'activitat econòmica que presenta més dinamisme, amb increments de l'ocupació superiors al 10% (Cambres de comerç, 2004). Es calcula que el sector concertat ocupa aproximadament a 60.000 treballadors directes, sense calcular els treballadors ocupats a empreses de serveis externalitzats.

3. Un model de gestió diferenciada

3.1. Elements diferenciadors amb el model d'administració pública

El model de gestió de base empresarial que han adoptat els proveïdors sanitaris del sector concertat a Catalunya té els següents trets diferenciadors en relació a la forma d'administració que tradicionalment fa servir els centres de l'Institut Català de la Salut.

- **Fórmules jurídiques més flexibles**

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

- a. Els Consorcis: fórmula orgànica de col·laboració interadministrativa, que té com principal avantatge la versatilitat i la seva idoneïtat com a lloc de convergència dels interessos de diverses institucions amb finalitats comunes. Aquesta figura ha permès que les administracions públiques hagin col·laborat o estiguin col·laborant amb prou èxit, entre si o amb entitats privades sense afany de lucre en el camp de l'assistència sanitària. Són per tant ens públics de caràcter associatiu, voluntari i indefinit, amb personalitat jurídica pròpia. Es regulen d'acord amb la legislació administrativa amb caràcter general, i específicament pels seus propis estatuts, contracten el personal en règim laboral i regeixen la seva contractació amb tercers per la Llei de Contractes d'Administració Públiques (Manté y José María 1999). La majoria dels consorcis sanitaris a Catalunya compten amb la majoria de la Generalitat als seus òrgans de govern.
- b. Concerts amb titulars d'establiments sanitaris: entitats de titularitat pública (fundacions, societats anònimes municipals, organismes públics autònoms, empreses públiques, etc.) o privades amb i sense ànim de lucre, que tenen com a denominador comú la possibilitat de gestionar amb major flexibilitat o, fins i tot, en base al dret privat, a les quals el CatSalut els concerta la responsabilitat de la gestió de determinats serveis sanitaris. Una de les fórmules de cessió de la gestió incorporades especialment a l'atenció primària, ha estat la societat privada formada per professionals (Entitats de Base Associativa –EBA- que poden adoptar qualsevol fórmula jurídica acceptada en dret –SL, SLL, SCoop, etc...-)

Des de l'any 1995, els centres de naturalesa pública integrats a la XHUP (consorcis, empreses públiques i organismes autònoms locals) sotmeten la seva contractació amb tercers a la Llei de Contractes de les Administracions Públiques i convoquen regularment les licitacions dels contractes mitjançant concurs per procediment obert en els termes legalment previstos quan la quantia de la contractació així ho requereix. Les convocatòries de les licitacions són publicades al DOGC/BOP segons la naturalesa de l'ens contractant i, quan l'import de la quantia ho requereix, al DOCE i al BOE. Les adjudicacions de més de 60.000,00 € també es publiquen al DOGC.

Respecte de les empreses públiques de forma mercantil però capital o finançament públic que integren la XHUP, segueixen les normes de la Llei de Contractes de les Administracions Públiques pel que fa a la capacitat de les empreses per contractar amb el sector públic, publicitat i procediments de licitació i formes d'adjudicació pels contractes d'obres de quantia igual o superior a 5.923.624 € i els contractes de subministraments, serveis i consultoria i assistència de quantia igual o superior a 236.945 €, d'acord amb el què estableix l'art. 2.1. de la referida Llei de Contractes de les Administracions Públiques, segons el seu redactat atorgat per la Llei Estatal 62/2003, de 30 de desembre.

- **Personal laboral vs. funcionari**

Un dels principals avantatges que aporten aquestes fórmules jurídiques (consorcis, empreses públiques, organismes autònoms, societats mercantils de capital públic, etc.) és que permeten la contractació de personal laboral i la llibertat per regular els salaris i les condicions laborals dels seus treballadors, dins del marc dels convenis sectorials. Aquesta major flexibilitat en la gestió del personal ha permet la introducció de fórmules d'incentivació al personal lligats al rendiment.

- **Els contractes de gestió amb el CatSalut: la transferència de risc**

La relació entre el finançador públic i els proveïdors s'ha desenvolupat a Catalunya al voltant dels contractes de gestió. Aquests són el principal instrument del CatSalut per la implantació de les polítiques sanitàries i el principal component per la planificació estratègica dels proveïdors. A més de permetre la planificació a mitjà i llarg termini, els contractes entre el CatSalut i els proveïdors, contenen objectius per avaluar els resultats dels serveis de salut, així com incentius per millorar l'eficiència i la qualitat de l'assistència.

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

- **Mecanismes de control alternatius als administratius**

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

1. En un entorn de quasi-mercat, el mecanisme de control més important es el contracte². En concret els concerts amb els centres de la XHUP contenen l'especificació d'estàndards de qualitat, cost per volum i penalitzacions per excés de producció. D'aquesta manera, la relació que s'estableix entre el

² Els concerts sanitaris dels hospitals de la XHUP es formalitzen mitjançant conveni i aquells celebrats amb entitats públiques no se sotmeten a la Llei de Contractes de les Administracions Públiques (perquè són convenis interadministratius).

CatSalut i els proveïdors sanitaris és la de control per resultat mitjançant el procés d'avaluació dels concerts. A més de la supervisió de les activitats, el CatSalut incentiva l'elaboració d'indicadors d'acompliment amb auditories internes i seqüencialment externes.

2. Els òrgans de govern dels proveïdors sanitaris. Convé recordar, que malgrat les figures de consorcis, fundacions i altres fórmules, són més independents del control directe o tradicional de l'Administració Pública, les potestats segueixen pertanyent a l'Administració Autonòmica i/o Local que està present al seu òrgan de govern. Són aquests els que defineixen la missió, els objectius i les estratègies de les institucions que controlen.

3.2. Explorant el futur

3.2.1. Els reptes sanitaris

Existeix un consens important entre els experts sobre els vectors que determinaran les necessitats de salut a les pròximes dècades, almenys en els països de l'OCDE (Institute for the future, 2000) i per tant en Catalunya. De manera sintètica, senyalem quatre grans condicionants dels escenaris futurs:

- a. **Demogràfics.** L'envelliment de la població, conseqüència entre altres factors de les millores en les condicions de vida, podria originar un increment de la prevalença de les situacions de dependència i de morbiditat crònica. Amb l'envelliment es pot observar la progressiva disminució del suport informal a la dependència, com a conseqüència de la incorporació de les dones al mercat laboral. A l'envelliment de la població se l'uneix com a font de consum de recursos sanitaris l'increment de la població immigrant a Catalunya per sobre inclòs de les previsions dels experts en demografia.
- b. **Tecnològics.** En la nova societat de la informació, els avanços que s'han produït al terreny científic no solament aporten consistència a les expectatives sobre l'augment de l'esperança de vida, sinó que gràcies a les noves tecnologies, l'accés a aquesta informació s'ha incrementat i engloba un espectre social més ampli.
- c. **Sociològics.** Encara que ha disminuït, a la nostra societat persisteix la desigualtat d'oportunitats que es tradueix en condicions de salut diferents segons el grup de població. Les diferències en l'esperança de vida arriben fins als 8 anys entre barris d'una mateixa ciutat (Institut Municipal de Salut Pública, 1998). Per tant, l'efectivitat dels programes de salut en els pròxims anys dependrà de la capacitat per focalitzar les nostres activitats sobre aquests grups vulnerables (Wolfson i Rowe, 2001). D'altra banda, els moviments migratoris que es registren entre les grans ciutats voltants,

propiciats per la recerca de preus d'habitatge assequibles, origina en aquests moments tensions molt importants en el finançament dels serveis, reflectits en la infradotació de molts centres sanitaris.

- d. Econòmics.** Finalment, i per tal de no excedir-nos, senyalarem la preocupació creixent per la sostenibilitat de les prestacions que l'Estat de Benestar ens procura. Entre les línies més evidents per afrontar la insuficiència financera del sistema de salut es troben les polítiques de millora de l'eficiència dels recursos i les polítiques de racionalització i priorització de les prestacions (Puig, 1999).

D'aquests quatre condicionants es deriven una sèrie d'escenaris de futur, sobre els quals ens atrevim a vaticinar que (Pané i Vargas, 2002):

- Els serveis de salut hauran de considerar un espai destinat més a millorar la qualitat de vida que a curar-la, i ambdues activitats coincidiran en uns grups de població entre els quals es troba majoritàriament la població dependent. L'atenció a la dependència exigirà la coordinació entre els serveis de salut i els socials.
- L'efectivitat dels programes de salut estarà vinculada a la capacitat de focalització i d'oferir aquest programes als domicilis de les persones (polítiques de proximitat).
- S'haurien de preveure sistemes de finançament en base capítativa de manera que "el diner segueixi al pacient", permetent que els serveis s'adaptin a les fluctuacions de la demanda.
- La recerca de l'eficiència exigeix cercar fórmules que incentivin la constitució d'aliances entre proveïdors que millorin la coordinació entre nivells assistencials, de forma que el pacient pugui ser atès al lloc més cost - efectiu.

3.2.2. Els nous instruments de gestió: la integració de serveis

La separació de funcions i la introducció de mercats interns es va convertir en una de les reformes sanitàries més promogudes en sistemes nacionals de salut de països com Suècia, Regne Unit, Finlàndia, Itàlia, Espanya (especialment en Catalunya), en les dècades dels vuitanta i noranta. En els últims anys, no obstant, s'observa un abandó d'aquestes estratègies de promoció de la competència en favor de polítiques que emfatitzen la col·laboració i coordinació entre els serveis com a via per millorar l'eficiència del sistema i la continuïtat de l'atenció. La integració de serveis s'ha convertit en una prioritat en molts països, especialment per resoldre problemes de salut crònics que requereixen l'atenció de múltiples professionals i serveis (WHO, 2000).

En el cas de Catalunya, aquest canvi de paradigma en la política sanitària segueix la traça de diverses experiències d'integració de serveis sanitaris, que s'han produït dins de la XHUP, precisament com a reacció a les polítiques d'incentivació de la competència que s'han practicat fins ara i a la cerca d'una major

eficiència. Aquestes estratègies d'integració s'han configurat fins ara, mitjançant diversos tipus de relacions entre organitzacions:

1. Relacions basades en aliances estratègiques que impliquen compartir determinats recursos i objectius, generalment mantenint la identitat legal i autonomia de gestió de cada organització. Un exemple el constitueix les aliances establertes entre determinats hospitals per compartir professionals.
2. Relacions basades en **aliances estratègiques que impliquen** la creació d'una xarxa de proveïdors sanitaris per tal de coordinar l'atenció a la salut d'una determinada població responsabilitzant-se dels costos i dels resultats de salut dels ciutadans. Aquest tipus d'organitzacions que es denominen **Organitzacions Sanitàries Integrades (OSI)** (Shortell, 1994), poden adoptar diverses formes de col·laboració interorganitzativa: des d'un consorci de gestió, una AIE, una associació entre proveïdors, etc.

A Catalunya podem trobar exemples tant d'OSI amb **d'integració horitzontal** (entre entitats que proporcionen el mateix tipus de serveis) com OSI amb **integració vertical** (entre serveis diferents al llarg del continu assistencial). Entre els primers, citem com a exemple, les operacions de fusions entre diversos centres d'atenció especialitzada, que confirmen la tendència cap a un mercat oligopolista en el sector sanitari. L'última fusió s'ha produït entre l'Hospital General de Manresa i el Centre Hospitalari de Manresa - Unitat Coronària, amb la creació d'una única empresa: Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada. O el grup format per l'Hospital Clínic de Barcelona (centre universitari), l'Hospital de San Joan de Déu (centre monogràfic pediàtric) i l'Hospital de la Diputació (centre especialitzat en obstetrícia) amb la finalitat d'integrar els serveis de pediatria per tal de descongestionar l'hospital universitari, traspasant el seu servei al centre monogràfic, i fer servir l'oferta infrautilitzada de l'Hospital de la Diputació desenvolupant noves línies de serveis. Aquest tipus d'organitzacions tenen com a principal avantatge la millora de l'eficiència tècnica i assignativa mitjançant l'aprofitament d'economies d'escala i d'abast: realitzant conjuntament les compres, fent servir instal·lacions subutilitzades, etc.

Entre els exemples **d'integració vertical** volem destacar pel seu caràcter innovador, les integracions al llarg del continu assistencial. Aquest tipus d'organitzacions persegueixen la coordinació de l'atenció del pacient al llarg de les diferents unitats operatives del sistema, contribuint així, a millorar de l'eficiència global del sistema i la continuïtat assistencial. A Catalunya han aparegut progressivament sistemes d'aquest tipus, normalment liderat per un hospital al què se li contracta la gestió de l'atenció primària d'un territori, responsables de cobrir un rang de serveis per la població d'aquell territori.

Exemples de OSI verticals a Catalunya

OSI	Població	Entitats que la componen	Tipus de relació interorganitzativa	Amplitud	Sistema de pagament
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)	104.693	CABE, Hospital de Palamós, SSIBE-AIE (serveis comuns)	AIE (OSI virtual)	Atenció primària, especialitzada d'aguts i sociosanitària	Finançament per càpita
Consorti Sanitari del Maresme	208.225	Ajuntament de Mataró, Servei Català de la Salut i Consell Comarcal del Maresme	Consorti de Gestió (OSI vertical)	Atenció primària, especialitzada d'aguts, sociosanitària, salut mental	Pagament per línies assistencials
Consorti Sanitari de Terrassa	122.731	Ajuntament de Terrassa, Fundació Sant Llàtzer i Generalitat	Consorti de gestió (OSI vertical)	Atenció primària, especialitzada d'aguts	Pagament per línies assistencials
Badalona Serveis Assistencials	224.994	Hospital Municipal de Badalona SA, Badalona Gestió Assistencial SL, Centre Sociosanitari del Carme, SA	OSI virtual	Atenció primària, especialitzada d'aguts, sociosanitària	Pagament per línies assistencials
Grup SAGESSA	305.422	Consells Comarcals del Baix Camp, Ribera d'Ebre, Baix Ebre, Priorat, Terra Alta i Montsià, Hospital Sant Joan de Reus, Hospital Comarcal Móra d'Ebre, Hospital de la Santa Creu de Tortosa i Serveis Assistencials d'Amposta	Societat Mercantil de capital públic (OSI virtual)	Atenció primària, especialitzada d'aguts, sociosanitària	Pagament per línies assistencials
Corporació de Salut del Maresme i Selva Marítima	178.685	Consorti Sanitari de la Selva, Hospital Sant Jaume de Calella, Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes, Hospital Municipal de Lloret de Mar	Consorti de gestió (OSI vertical)	Atenció primària, especialitzada d'aguts i sociosanitària	Finançament per càpita

3.2.3. La prova pilot de finançament per càpita

Amb la posada en marxa de la Prova pilot de finançament per càpita (2001-2003) en cinc zones de Catalunya, el Servei Català de la Salut ha volgut incentivar la integració de serveis mitjançant l'assignació per càpita a l'aliança de proveïdors d'un mateix territori. El finançament per càpita és uns dels instruments més potents amb els què compta el comprador de serveis per incentivar la coordinació assistencial al llarg del continu.

El finançament per càpita incentiva als proveïdors a cercar fórmules que els permeti alinear els seus interessos per assolir els objectius globals del sistema, reduir costos i enfortir la qualitat dels serveis. Com resultat d'aquest tipus d'assignació, la xarxa de proveïdors té incentius a tractar el problema de salut en el

lloc més cost-efectiu dintre del continu assistencial. Això implicaria la substitució entre nivells assistencials i la disminució de proves complementàries innecessàries dintre del sistema.

La prova pilot implica la constitució d'aliances conformades pels proveïdors ICS i no ICS del territori. No obstant, uns dels problemes fonamentals de la prova és la manca d'autonomia de gestió dels centres de l'ICS per implementar, en els seus centres, les estratègies de col·laboració que es determinen a nivell de la xarxa;. Tanmateix no tenen capacitat per corresponsabilitzar-se en les desviacions de la despesa, i el que constitueix un major inconvenient és el fet que continuen rebent el seu finançament per via pressupostària, cosa que fa la seva participació virtual. Per tant, resultarà condició *sine qua non* per l'extensió del finançament per càpita a altres zones de Catalunya, dotar de més autonomia de gestió als centres de l'ICS (Vargas, 2002).

4. Resultats del model concertat

Assolir una distribució adequada dels recursos amb una utilització oportuna dels inputs necessaris per a la producció dels bens i serveis sanitaris, és equivalent a exigir que els sistemes sanitaris actuïn respectant els principis d'equitat i eficiència (Murillo, 1998). En aquest apartat farem referència a diferents indicadors de resultats relacionats amb l'eficiència del sector públic concertat sanitari a Catalunya, amb les limitacions metodològiques i d'informació pròpies d'indicadors basats en outputs intermedis³.

- **Els costos unitaris hospitalaris són inferiors.**

Aquesta és la conclusió que es treu quan es compara l'estada mitja i les ratios de personal per llit del sector concertat a Catalunya amb les de l'ICS, i amb d'altres comunitats autònomes. L'estada mitja per al global de les altes dels hospitals del sector concertat, és 6,23 dies, mentre que a l'ICS és de 8,42 dies (Generalitat de Catalunya, 2000). Una part important d'aquesta disminució es produeix a conseqüència de la millora de l'eficiència en els hospitals, però també cal tenir en compte l'impacte exercit per la incorporació de la Cirurgia Major Ambulatoria. Les plantilles de personal per llit, també se situen al sector concertat (1,88 personal sanitari/llit) per sota de les dels hospitals de l'ICS (2,50 personal sanitari/llit) (Generalitat de Catalunya, 2000) i de la mitja estatal (González et al.1999).

- **Més productivitat a un cost inferior**

La comparació dels models retributius dels convenis ICS i XHUP mostren diferències de productivitat i de cost salarial en el personal no facultatiu (infermeria, auxiliar d'infermeria, auxiliar administratiu)⁴. El personal

³ Els outputs intermedis resulten molt menys útils que els finals a l'hora de mesurar l'eficiència d'un sistema sanitari, atès el grau d'ambigüitat i la difícil interpretació que presenten aquest tipus d'indicadors. No obstant això, la major part de la informació que es disposa per avaluar un sistema de salut està relacionada amb els productes intermedis.

⁴ La comparació s'ha fet a partir de les xifres del VI Conveni col·lectiu dels hospitals concertats de la XHUP de 4 Novembre de 2002 i de l'Acord de la Mesa Sectorial de Sanitat sobre les condicions de treball de les institucions sanitàries de l'ICS, de 29 d'octubre de 2002.

no facultatiu en el conveni ICS compleix una jornada anual un 4% inferior en horari diürn, i un 11,5% inferior en horari nocturn al del personal XHUP (Veure Figura 1. Annex). A més, a nivell retributiu aquest personal percep a l'ICS una remuneració per hora treballada entre un 5 i un 6% superior a la retribució del conveni XHUP (Veure Figura 2. Annex).

Els bons resultats obtinguts en qualitat assistencial, funcionament i sostenibilitat econòmica dels hospitals del sector concertat queden reflectits anualment en el programa de benchmark Top 20, que l'empresa IASIST realitza a nivell nacional. Els últims 2 anys, 10 hospitals d'aquests Top20 procedien del sector concertat **Catalán (Iasist, 2004)**.

- **Més racionalització de la despesa farmacèutica**

El seguiment del pressupost de farmàcia (DMA) assignat als Equips d'Atenció Primària (EAP) l'any 2003, mostra un creixement superior de la despesa pels EAP ICS a la dels EAP no ICS, un 13,45% en front al 10,58%. El percentatge de medicaments genèrics (més cost-efectius) també va ser inferior pels equips de l'ICS (un 14,65% en front a l'15,51%). La mitja estatal es va situar en un 7,1% de prescripció genèrica.

- **Més control de la despesa sanitària pública**

El seguiment pressupostari del CatSalut/ICS per a l'any 2004 revela una desviació del pressupost del capítol I de l'ICS de 15 milions d'euros⁵, mentre que la despesa pressupostada pels concerts (capítol II) no presenta cap desviació. Aquest fet diferencial es produeix com a conseqüència d'un sistema de compra de serveis al sector concertat que fa servir mecanismes de pagament que permeten *tancar* el pressupost. En el cas de l'atenció primària, el sistema de pagament que es fa servir és un pressupost per càpita tancat, que s'assigna al principi de l'exercici, per tal de cobrir les despeses de personal i productes intermedis principalment. En el cas de l'atenció especialitzada, el sistema de pagament pressupostari està basat en l'activitat i es dota de mecanismes per tancar l'assignació pressupostària: la activitat i les tarifes es fixen de manera prospectiva, i la diferència entre l'activitat realitzada a final d'any i la comprada (activitat marginal), es remunera a preus molt inferior (30%-15% de la tarifa). En el cas de la despesa farmacèutica, s'assigna als equips d'atenció primària, un pressupost de farmàcia per càpita i se'ls corresponsabilitza en la despesa farmacèutica, de manera que si la despesa real queda per sobre de la pressupostada, els equips d'atenció primària concertats han d'assumir una part del dèficit.

⁵ Pressupost al que caldria afegir les factures pendents d'imputar (que suposen uns 3.327 milions d'euros)

5. Elements de millora del model de concertació

Malgrat els avantatges enumerats, el model de compra de serveis i els seus instruments han quedat els últims anys desvirtuats provocant distorsions al sistema. La causa probablement hauria que trobar-la en les fortes restriccions pressupostàries i en el fracàs d'intentar estendre el model a la xarxa de l'ICS. A continuació presentem alguns d'aquests elements distorsionadors:

- El subfinançament sanitari s'ha traduït en un dèficit de l'Administració Pública que s'ha centrifugat als centres concertats per diverses vies i instruments de compra (creixement de tarifes per sota del cost marginal, creixement d'activitat per sota de les necessitats, etc.). Un exemple clar és la diferència entre el creixement de *l'activitat contractada* als hospitals i el creixement de la demanda de serveis hospitalaris a algunes zones de Catalunya, de manera que, en alguns casos, la diferència entre l'activitat real i la contractada pot superar el 20%. Aquest diferencial es remunera a un preu per sota del cost marginal de l'alta, el que es tradueix en un dèficit pel proveïdor. Aquesta situació no es dona a l'ICS, que si fa més activitat se li reconeix en els exercicis posteriors.

Un altre exemple de mecanismes per centrifugar el dèficit és el creixement del pressupost de farmàcia previst, sistemàticament, per sota del real. Això significa que la despesa farmacèutica real dels centres se situa molt sovint per sobre de l'assignada, i part d'aquesta desviació, conseqüència d'una previsió infraestimada, recau sobre el proveïdor sanitari.

La centrifugació del dèficit ha produït fortes tensions financeres al sector concertat. Aquesta situació queda reflectida en el nivell d'endeutament dels hospitals de la XHUP (sense ICS), que ha crescut substancialment els últims anys. Així mateix resulta rellevant el creixement de l'endeutament amb les entitats financeres, tal i com mostren les dades de la Central de Balanços pel període 1996-2002 (Veure Taula III. Annex).

- El sistema de regularitzacions de les tarifes de l'any anterior, que no s'aplica fins un any després de la seva aprovació (un 50% aproximadament el mes de juny i la resta entre setembre i octubre de l'any següent), produeix fortes tensions de tresoreria als centres de la XHUP. Aquesta situació queda reflectida en els índex de liquiditat. Aquests mostren per a l'any 2002 una situació de suspensió de pagaments tècnica i un deteriorament del nivell de solvència per al conjunt de centres de la XHUP no ICS (**Central de Balanços, 2002**). (Veure Taula IV. Annex).

Els problemes que genera el sistema de regularització actual es podrien corregir amb una **regularització i revisió automàtica dels concerts sanitaris plurianuals per a la compra de serveis**. Els concerts sanitaris que celebra el CatSalut, siguin convenis interadministratius, siguin concerts amb centres de les diferents

xarxes d'utilització pública (hospitals d'aguts, centres d'atenció primària, salut mental i atenció sociosanitària) o siguin contractes administratius amb altres centres, poden tenir una vigència de fins a sis anys, segons determina l'art. 7 del Decret 345/2001. Si el contracte comporta a més la realització d'obres, el seu termini de vigència pot ser ampliat fins a cinquanta anys, per remissió de l'art. 7 del referit Decret a l'art. 157 a) LCAP.

La celebració de concerts plurianuals no vulnera l'exigència legal d'aprovació prèvia del preu del contracte (art. 62.c) LCAP), ja que aquest s'aprova en relació a l'exercici en curs en el moment de la celebració del concert, i es fa constar que respecte d'exercicis pressupostaris futurs constitueix un expedient de tramitació anticipada, que el CatSalut prendrà les mesures perquè s'inclogui als pressupostos d'exercicis futurs (art. 69.3 LCAP) i que, en tot cas, la vigència del contracte més enllà de l'exercici pressupostari en el qual està aprovat el seu preu queda condicionada a l'aprovació del pressupost a cada nou exercici (art. 69.4 LCAP).

Conseqüentment **no hi ha cap disposició normativa que determini que els concerts sanitaris hagin de tenir una vigència d'un any.**

Els concerts plurianuals, en tant que contractes administratius, han de revisar obligatòriament el seu preu segons el sistema de revisió establert al plec (o al contracte). La revisió de preus és obligatòria per a tot contracte administratiu sempre i quan hagi transcorregut un any des de la seva adjudicació i s'hagi executat el contracte en un 20% (art. 103.1 LCAP). La fórmula o sistema de revisió és invariable durant tota la vigència del mateix.

La **revisió de preus és independent de les modificacions del concert** per augment o reducció d'activitat o per incorporació de nova activitat. L'art. 163.2 LCAP preveu que l'Administració pugui modificar les característiques dels serveis concertats i les tarifes quan raons d'interès públic ho justifiquin. D'altra banda, l'art. 8.2. del Decret 345/2001 remet a una Ordre l'establiment de les modalitats de pagament i les tarifes dels serveis concertats.

L'art. 2.1. del Decret 345/2001 estableix que els concerts s'actualitzaran "tenint en compte les necessitats que prevegi el Pla de Salut de Catalunya en l'àmbit territorial corresponent, la utilització òptima dels recursos sanitaris públics i les dotacions pressupostàries consignades a aquests efectes".

Vist els antecedents legals, a efectes de reduir l'impacte per les tresoreries de les institucions que comporta l'actual sistema anual de contractació, proposaríem a l'Administració Sanitària la implantació d'un **nou model de contractació que contempli a més de la plurianualitat dels concerts**, les següents mesures:

1r.- La **regularització automàtica dels preus de cada exercici** amb efectes retroactius d'1 de gener, segons la variació real que hagi experimentat l'Índex de Preus al Consum pel conjunt nacional total en l'exercici corresponent. Aquesta regularització hauria de ser abonada dins del primer trimestre de l'any.

2n.- La **revisió automàtica, amb efectes d'1 de gener de l'any en curs, d'acord amb la inflació prevista per a cada exercici per la Llei de Pressupostos Generals de l'Estat**, amb independència de les regularitzacions que procedeixin a posteriori, un cop publicades al DOGC les tarifes de cada anualitat, i la seva regularització final d'acord amb l'apartat 1r anterior.

3r.- **Abonar dins del mateix any natural els endarreriments per les diferències de tarifes respecte de la revisió segons l'IPC previst** aplicada automàticament des de principi d'any.

4rt.- **L'aprovació i publicació de les tarifes, com a màxim, dins del primer trimestre de cada exercici.**

Tot això sens perjudici de la necessària negociació, amb caràcter anual o plurianual, del volum d'activitat concertada per a les diferents línies d'activitat.

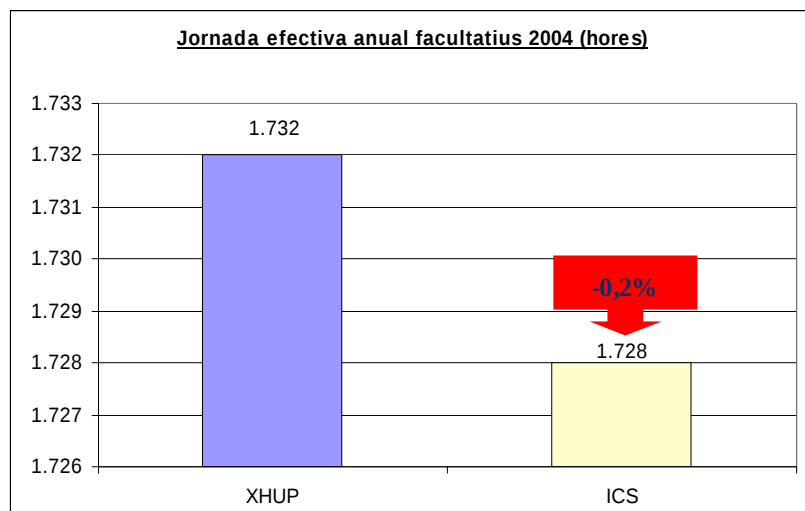
Referències bibliogràfiques

- Cámaras de Comercio. Informe Sectorial. Madrid: Cámaras de Comercio; Julio 2004.
- Central de Balanços. Informe economicofinanciero 2002. Barcelona: CatSalut; 2002.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. EESRI 1999. Informació estadística de l'assistència hospitalària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.
- González B, Barber P, Pinilla J, Álamo F, Casado D. Organización y gestión. En: López-Casasnovas G, Rico A, editores. Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías II. Bilbao: Fundación BBV; 1999. p. 15-233.
- Iasist. Top 20 Benchmarks para la excelencia. Barcelona: IASIST; 2004.
- Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de Salut Mortalitat i Natalitat a la ciutat de Barcelona 1998. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1998.
- Institute for the future. Health and Health Care 2010. The forecast, the challenge. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2000.
- López-Casasnovas G, Ortún V. La política sanitària a Catalunya 1989-1998. Estudios sobre la economía española, EEE 24. Barcelona: FEDEA; 1998.
- Manté, C. Y Jose María, F. Els consorcis sanitaris a Catalunya. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 1999.
- Murillo C. El sistema sanitario en España. Estudios sobre la economía española, EEE 39. Barcelona: FEDEA; 1998.
- Ortún V. El sector de la sanitat. En: L'economia catalana davant del canvi de segle. 1ª edició. Barcelona: Banco Bilbao Vizcaya i Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Finances; 1994. p. 313-340.
- Puig J. Model de finançament del sistema sanitari. Informe Tècnic. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 1999. Disponible en: URL: <http://www.chc.scs.es/grupchc/CATALA/50000.htm>
- Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls econòmics del sistema sanitari 1997; 30: 7-11.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R.; Anderson, D.A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Affairs 1994; Winter: 46-64.
- Vargas, I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de Gestión 2002; 8(4): 167-179.
- WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

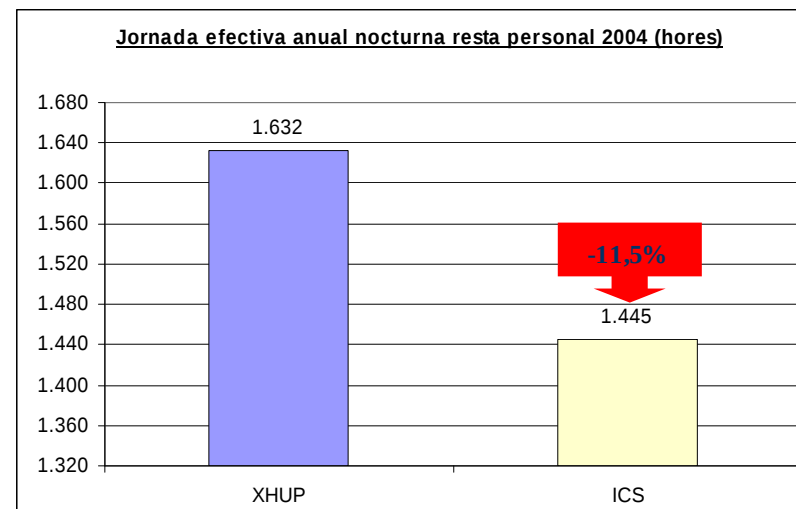
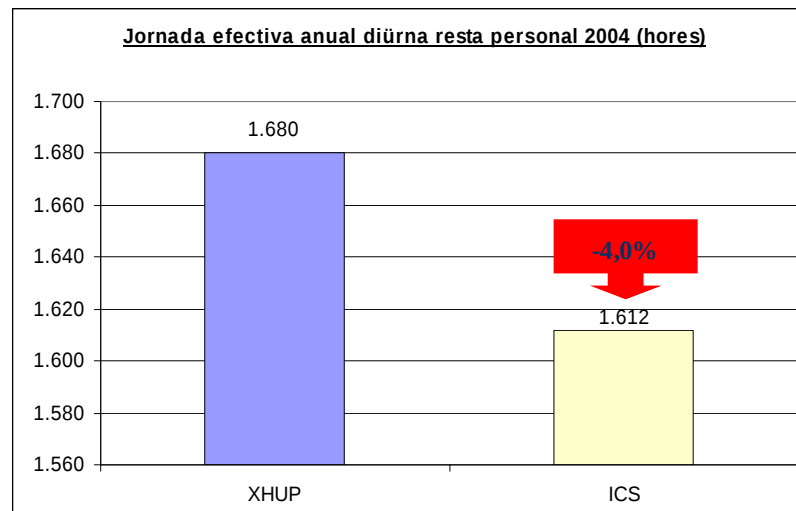
ANNEX

TAULA I. Comparativa jornada anual XHUP vs ICS (2004)

FACULTATIUS

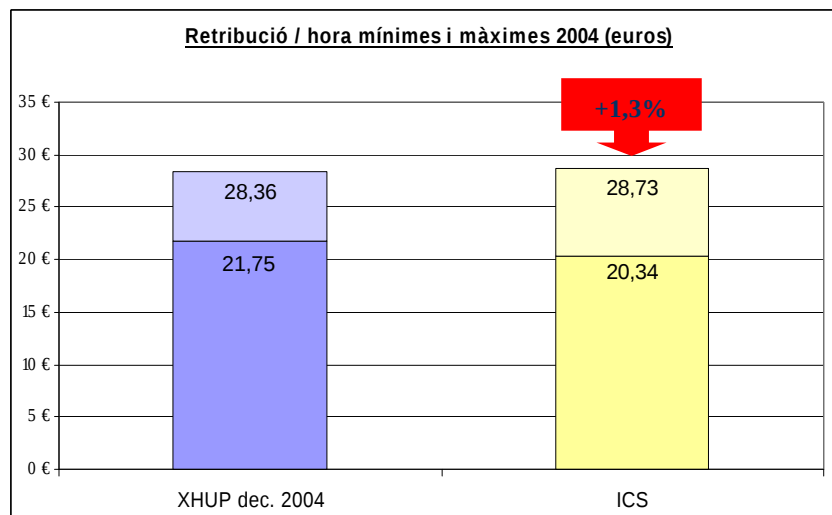


RESTA PERSONAL

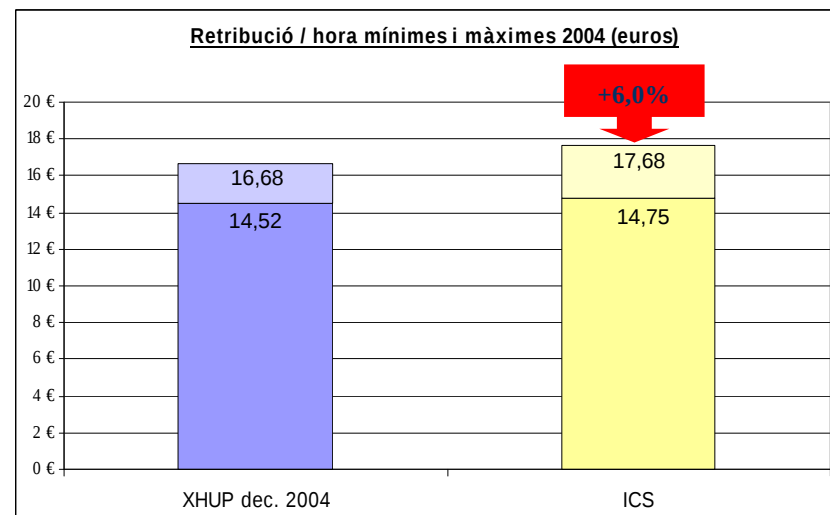


TAULA II. Comparativa retribució / hora XHUP vs ICS (2004)

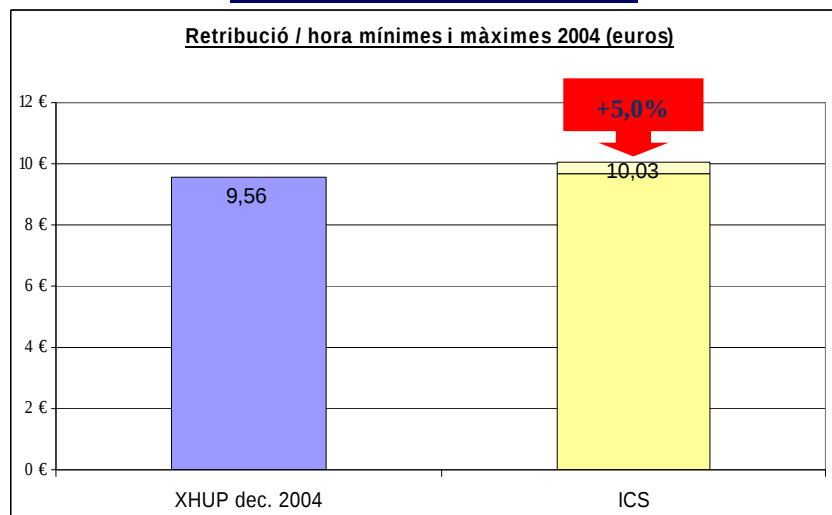
FACULTATIUS



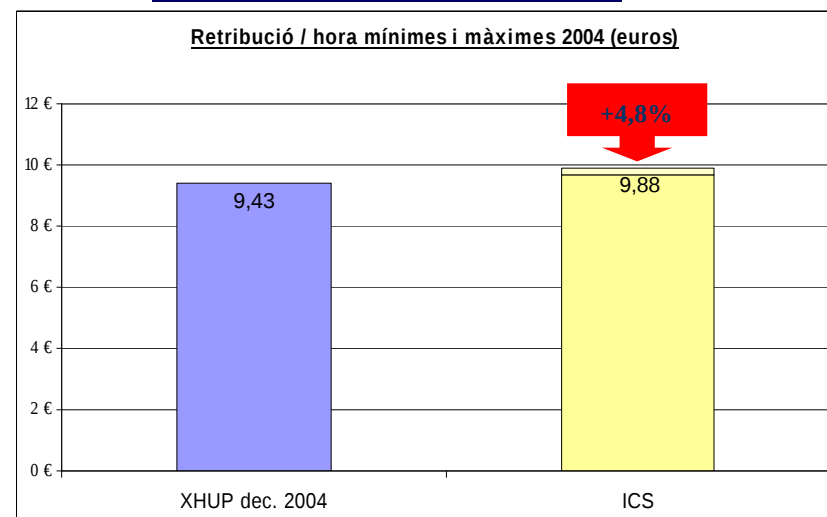
DUI (INFERMERA)



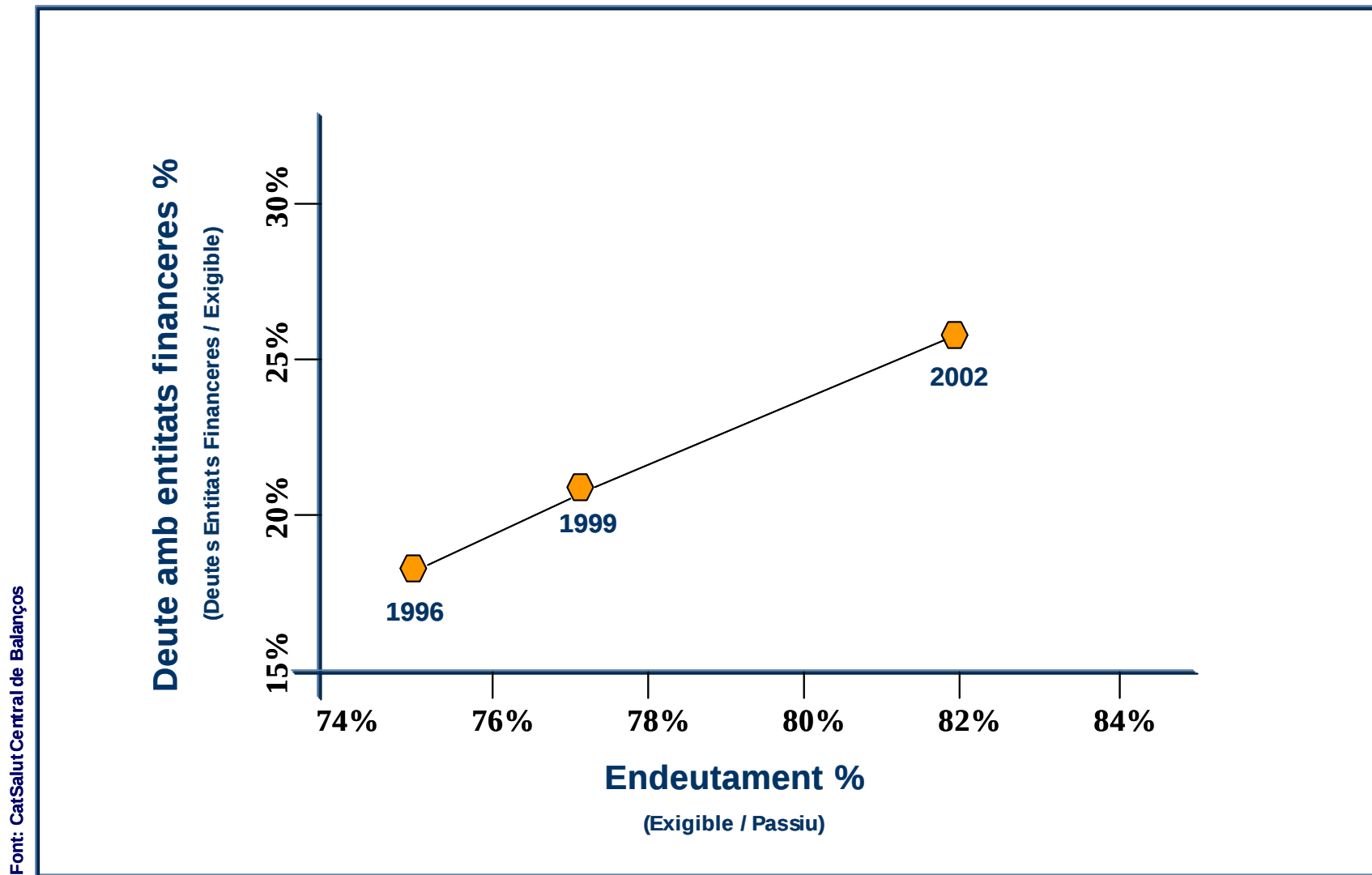
AUXILIAR INFERMERIA



AUXILIAR ADMINISTRATIU



TAULA III. Evolució del grau d'endeutament hospitals d'aguts XHUP (sense ICS)



TAULA IV Evolució liquiditat i solvència hospitals d'aguts XHUP (sense ICS)

