

**Segon document marc del Grup
de Treball per a la Racionalització
i el Finançament de la Despesa
Sanitària**

Març 2010

Introducció

La transformació del nostre entorn social i econòmic en els darrers vint anys és inqüestionable, com ho és també el fet que aquests canvis han produït un efecte sobre el sistema sanitari a Catalunya, que es caracteritza per la separació de l'autoritat sanitària, la contractació i la compra de serveis i la provisió, definida a la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) a través de la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut). Al llarg dels anys, l'evolució dels agents sanitaris implicats en la provisió d'aquests serveis públics s'ha traduït en un esforç col·lectiu per conjugar la qualitat assistencial amb la modernització de la gestió. Aquest procés s'ha anat produint en paral·lel a l'adaptació del CatSalut a una renovació a l'hora de conceptualitzar les seves funcions i la definició pràctica com a asseguradora pública universal.

Alguns dels canvis que s'han produït han esdevingut reptes de diversa naturalesa. Els canvis demogràfics, tecnològics, d'accessibilitat, de demanda i de consum dels serveis sanitaris, que s'han produït en són un bon exemple i han tingut una incidència especial sobre la sostenibilitat financera i de recursos del sistema sanitari. Garantir aquesta sostenibilitat, també en termes de qualitat i equitat, és un dels reptes davant del qual es troba el model sanitari a Catalunya.

Davant d'aquesta situació, l'any 2004 el conseller d'Economia i Finances, i la consellera de Salut van impulsar la creació del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la despesa sanitària per abordar l'evolució de la despesa sanitària dels darrers anys i la recerca de mesures per garantir la sostenibilitat financera del sistema sanitari a Catalunya. Uns mesos després, el Grup de Treball va lliurar a ambdós consellers un document amb un recull de propostes. Transcorreguts més de quatre anys, i havent valorat molt positivament la tasca realitzada pel grup durant l'etapa anterior, el passat 19 de març, la consellera de Salut i el conseller d'Economia i Finances van tornar a reunir el grup d'experts esmentat amb un objectiu doble: fer un balanç d'aplicació de les actuacions proposades pel grup a través del document lliurat al Govern i reflexionar sobre quins són els nous reptes estratègics del sistema sanitari davant del canvi de context econòmic i dels canvis socials.

Pel que fa al procés de reflexió, a diferència de l'etapa anterior, les demandes al grup s'han concretat, i la reflexió s'ha orientat a partir d'una sèrie de preguntes concretes que s'estructuren al voltant dels temes següents:

- ⇒ Les previsions sobre l'evolució de la despesa sanitària tenint en compte els aspectes demogràfics, d'innovació i de nivell de renda.
- ⇒ Les noves fórmules per racionalitzar la demanda.
- ⇒ Els nous models de gestió del sector sanitari per optimitzar els recursos.
- ⇒ La sostenibilitat del finançament del sistema sanitari.

- ⇒ Elements de compensació en el marc d'un sistema sanitari descentralitzat:
 - ✓ Entre les comunitats autònomes de l'Estat
 - ✓ Amb la resta de països europeus
- ⇒ Evolució del sector privat i de les relacions amb el sector públic.
- ⇒ La sanitat com a sector econòmic (farmàcia, recerca, tecnologia i consultoria, entre d'altres).

Metodologia¹

Durant els darrers mesos, a través de múltiples reunions, els integrants del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària han reflexionat, discutit i debatut al voltant d'una sèrie de preguntes concretes que li han plantejat el Departament d'Economia i Finances i el Departament de Salut. Aquestes qüestions se centren en les àrees principals d'interès sobre les quals es requereix el pronunciament dels experts.

Les preguntes plantejades han estat les següents:

1. Quines són les **previsions sobre l'evolució de la despesa sanitària en el pròxims anys**? Per dissenyar polítiques adequades, cal disposar de previsions fiables sobre la necessitat futura de recursos sanitaris a Catalunya que tinguin en compte l'evolució demogràfica, tecnològica i del nivell de renda.
2. Com podem garantir la **sostenibilitat financera del sistema sanitari català**? En el marc financer actual hi ha diversos mecanismes i instruments que poden contribuir a assolir aquesta sostenibilitat, cal identificar quins són els més adequats.
3. **Quines fórmules hi ha per millorar la gestió sanitària**? Per millorar la sostenibilitat del sistema sanitari, cal incrementar l'eficiència en la gestió i optimitzar els recursos a través de nous mecanismes que racionalitzin millor la despesa.
4. Cal revisar la **cobertura pública** i de **serveis sanitaris**? Veient les dificultats en què es troba actualment el sistema sanitari per mantenir els nivells de qualitat, cal valorar l'eficàcia de la cobertura oferta fins ara i la idoneïtat de modificar-la, en un context en què també hi ha les assegurances privades de salut i la possibilitat de recórrer a relacions de complementarietat i/o substituïbilitat entre el sector públic i el sector privat proveïdor de serveis sanitaris.
5. Quin ha de ser el paper de la nova **Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQ)** en la presa de decisions en matèria de la revisió de la cartera pública de serveis sanitaris? L'AIAQ es crea amb la voluntat d'afavorir la millora de la qualitat del sistema sanitari de cobertura pública.
6. En un sistema sanitari, caracteritzat per la diversitat de models de gestió, tenen sentit les **aliances estratègiques** entre proveïdors? Analitzar la idoneïtat d'aquestes aliances implica valorar la seva viabilitat i entre quins agents del sector s'haurien de produir, només entre el sector públic o també amb el sector privat.
7. Quin és el **model territorial** que volem per al sistema sanitari? El Departament de Salut ha optat per dividir Catalunya en governs territorials de salut per adaptar les polítiques de salut a la pluralitat del territori. La creació d'aquesta nova divisió genera nous reptes vinculats a la seva relació amb les divisions existents fins ara: les

regions sanitàries i els sectors sanitaris.

8. Quin hauria de ser el **nou model de relacions del Departament de Salut amb els professionals sanitaris** en el context del sistema sanitari del segle XXI? Els professionals sanitaris, com a agents bàsics per garantir la qualitat del nostre sistema, han hagut d'adaptar-se a les necessitats d'una societat cada cop més informada i exigent. Aquest fet ha generat un seguit de noves situacions a les quals cal donar resposta i que giren al voltant de les noves competències dels professionals, la definició dels lideratges clínics, la multidisciplinarietat dels equips, l'autonomia de gestió i/o l'assumpció de riscos dels professionals.
9. Una quantitat significativa de recursos públics van destinats a la **recerca i la innovació** (un 2,3% del pressupost 2009 del Departament de Salut). Per aquest motiu, és essencial identificar quin hauria de ser el procés d'avaluació *ex ante* i *ex post* dels recursos destinats a R+D+I.
10. Un cop culminat el procés de cessió de les competències de salut a totes les comunitats autònomes i l'apropament a un model federal, quin paper ha de tenir el **Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut**?
11. Les despeses del Departament de Salut van més enllà de les estrictament **sanitàries**. L'atenció a la dependència, que es realitza des de la xarxa de centres sociosanitaris i de salut mental, la docència realitzada als hospitals universitaris i l'escolarització d'infants o adolescents que requereixen un suport sanitari als centres educatius són mostra d'aquesta situació. **Com s'haurien d'identificar, avaluar i, si escau, repercutir aquestes despeses?**
12. El sector de la salut ha estat considerat tradicionalment des del vessant de la despesa, però és un fet que el **sector de la salut genera externalitats positives**. Com es poden identificar, mesurar i avaluar?

També s'ha distribuït documentació de suport entre els experts del grup relativa a aquests punts. Aquest material ha consistit en documents elaborats pel Departament d'Economia i Finances, el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut, estudis, articles científics i articles opinió.

En aquesta ocasió no s'ha requerit als experts que arribessin a un consens; és per això que el document recull propostes que han assolit un consens més o menys majoritari entre els membres del grup. Aquells membres del grup que han volgut matisar o mostrar la seva opinió personal en relació amb les propostes han tingut l'oportunitat de fer-ho a través del que hem anomenat vots particulars, que han estat incorporats al final del document.

PREGUNTA 1

Quines són les previsions sobre l'evolució de la despesa sanitària en els pròxims anys? Per dissenyar polítiques adequades, cal disposar de previsions fiables sobre la necessitat futura de recursos sanitaris a Catalunya; previsions que tinguin en compte l'evolució demogràfica, tecnològica i del nivell de renda.

L'evolució de la despesa sanitària està estretament vinculada a les transformacions que s'estan produint en la nostra societat, entre d'altres: el model de governança del sistema, l'augment dels costos associats a la introducció de les noves tecnologies², l'increment de la demanda de serveis sanitaris, el major grau d'exigència de la ciutadania, l'increment i l'envelliment progressiu de la població, la voluntat política d'incrementar la despesa sanitària pública, la pressió dels interessos corporatius i d'empreses i el model de relacions entre el que és públic i el que és privat. Tanmateix, cal tenir en compte que s'ha sobredimensionat l'impacte d'alguna d'aquestes variables, tot i que tenen influència sobre l'evolució de la despesa, com, per exemple, l'envelliment de la població^{a3}.

Pel que fa a l'evolució de la despesa en farmàcia, s'apunta que el creixement es caracteritzarà per:

- ⇒ El creixement de la despesa farmacèutica hospitalària, que inclou els medicaments de dispensació hospitalària, però no necessàriament d'ús hospitalari, i la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria⁴.
- ⇒ El creixement de la despesa en nous productes biotecnològics i altres d'ús especialitzat.

Quant a les estimacions del creixement de la despesa, tot i reconèixer que el nivell de despesa sanitària està vinculat al model sanitari i a la voluntat política, es preveu que la despesa sanitària continuï creixent per sobre del PIB, tal com ha succeït els darrers anys.

Per exemple, en un context econòmic favorable, s'estima que la despesa sanitària podria créixer aproximadament a un ritme del 4% anual en termes reals per tal de mantenir el nivell actual de serveis d'atenció sanitària i la distància que hi ha entre Catalunya i altres comunitats i regions europees de renda per capita similar. Ara bé, per tal d'assolir l'objectiu de reduir i eliminar la diferència en la satisfacció de les necessitats d'atenció que pateix la població catalana en comparació amb el que s'espera d'un país europeu amb la renda per capita catalana, s'estima que caldria un creixement mínim anual de la despesa sanitària pública en termes reals entre el 7-8% durant els propers deu anys. Aquest escenari de creixement pressupostari és

^a Segons assenyala un estudi aportat per membres del Grup, només un 10% del creixement de la despesa sanitària total que s'havia produït als EUA havia estat causat pel creixement de la població de més de 65 anys. Aquest mateix estudi identifica la tecnologia mèdica (fàrmacs, productes sanitaris i tecnologies) com a responsable del 30% del creixement de la despesa pública sanitària.

incompatible amb el marc vigent de finançament autonòmic de la sanitat i segurament exigiria un marc de finançament de la Generalitat de Catalunya fora dels sistemes actuals⁵⁻⁶⁻⁷.

PREGUNTA 2

Com podem garantir la sostenibilitat financera del sistema sanitari català? En el marc financer actual hi ha diversos mecanismes i instruments que poden contribuir a assolir aquesta sostenibilitat; cal identificar quins són els més adequats.

El Grup entén per sostenibilitat del sistema sanitari que la gent continui confiant en el sistema públic de salut amb el nivell de qualitat actual. En aquest sentit, la sostenibilitat, tal com ja va assenyalar el Grup de treball en el primer document, passa per un doble paquet de mesures: un orientat a la millora de l'eficiència del sistema sanitari i l'altre orientat a la identificació i l'aplicació de mesures que permetin incrementar els recursos econòmics destinats a la salut, tenint presents els factors d'eficiència, corregint el nivell de despesa insuficient i convergint en un nivell de despesa global per capita similar al dels països amb PIB per capita similar al de Catalunya.

Els membres del Grup confien que l'aprovació i la presentació del nou model de finançament tingui un impacte positiu sobre la sostenibilitat financera del sistema sanitari a Catalunya i faciliti l'increment dels recursos econòmics necessaris.

Com a punt de partida, cal tenir en compte que la relació de la ciutadania amb el sistema sanitari ha evolucionat significativament al llarg dels anys. Les transformacions que s'han produït es reflecteixen en les expectatives de la ciutadania. Les expectatives són modelades per l'educació o la capacitat d'accés a la informació, entre d'altres. Aquest nou paper que ha assumit la població fa imprescindible la introducció de canvis per afavorir la sostenibilitat financera i incrementar l'eficiència i la qualitat del sistema.

Propostes realitzades pel Grup de treball:

- ⇒ Potenciar les polítiques de salut pública (protecció, prevenció i promoció) orientades a la comunitat i que són eficaces i efectives en la millora de la salut de la població.
- ⇒ Fomentar actuacions orientades a la millora de l'educació sanitària de la ciutadania, que aportin instruments per responsabilitzar-la sobre el bon ús del sistema sanitari.
- ⇒ Promoure l'anàlisi de possibles instruments de mesura i incentivació per a l'equilibri entre el progrés econòmic i el progrés sanitari en qualitat i equitat i entre les disponibilitats individuals i col·lectives de la ciutadania per contribuir financerament a aquest progrés sanitari en qualitat i equitat⁸⁻⁹.
- ⇒ Revisar la cobertura pública i de serveis sanitaris (consulteu la pregunta 4)
- ⇒ Incrementar els recursos de l'Estat i de la Generalitat per augmentar la capacitat financera del Departament de Salut (sigui via un increment dels ingressos o una reducció de les despeses). Per fer front a aquest

objectiu cal:

- Revisar l'IVA i l'IBI sanitaris. Actualment, els serveis sanitaris estan exempts de l'IVA però no els productes sanitaris i aprovisionaments dels proveïdors d'assistència sanitària de finançament públic, tot i que en la prestació d'alguns serveis s'aplica un tipus reduït del 7%, com és el cas del transport de viatgers i els seus equipatges, els serveis d'hostaleria, els serveis prestats per intèrprets, artistes o directors o les entrades a teatres, circs i espectacles. Així doncs, s'han d'assumir com un cost més de la seva activitat, produint-se un greuge comparatiu. Aquesta situació també es dona en el cas de l'IBI en el que les propietats de l'Estat, les Comunitats Autònomes o els ens locals destinades a la seguretat ciutadana o els serveis educatius, estan exempts d'aquest impost. En canvi les propietats destinades a la provisió de serveis sanitaris públics no.
 - Reclamar la cessió del patrimoni de la Seguretat Social a la Generalitat.
 - Assumir responsabilitats per part de les mútues i asseguradores laborals, d'accidents, esportives i escolars. Actualment, el sistema sanitari públic està assumint els costos dels tractaments de malalties professionals o de l'assistència per accidents que haurien de ser assumits per les mútues laborals o d'accidents.
 - Incrementar l'aportació a la sanitat, en el pressupost de la Generalitat, prioritzant-la dins de la despesa pública¹⁰.
 - Incrementar els impostos indirectes (tabac i l'alcohol) que siguin finalistes a efectes de reduir-ne el seu consum i si més no, incrementar la recaptació¹¹.
 - Contemplar la possibilitat d'incrementar impostos finalistes per contribuir al bon funcionament de la sanitat¹².
- ⇒ Implantar canvis en els models, les tècniques i els procediments de gestió sanitària i la pràctica clínica per tal d'assolir una major eficiència i qualitat del sistema. Amb aquest objectiu s'haurien de promoure les mesures següents:
- Potenciar el treball de coordinació entre els agents del sistema sanitari implicats en l'assistència, en el marc del desplegament de l'article 5 de la Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya.
 - Establir avaluacions que analitzin l'evolució d'indicadors lligats a la sostenibilitat financera del sistema sanitari. Aquesta anàlisi hauria de servir per fomentar un control de l'ús incorrecte dels recursos i per establir mecanismes per evitar-lo¹³.

- Crear un sistema d'informació unificat (SIU) de la xarxa sanitària pública que permeti fer un seguiment de l'equitat i la qualitat en resultats de salut, de la satisfacció de la ciutadania i dels professionals. Per exemple, caldria disposar d'una llista d'espera única (no per centres). El sistema hauria d'incloure:
 - Dades institucionals d'activitat i econòmiques, personals de salut i de relacions individuals ciutadania – sistema en xarxa (cites, agendas), que atenguin objectius de millora d'equitat i qualitat en resultats de salut, tant l'objectivable com la percebuda, tant de la ciutadania com dels professionals.
 - Monitoratge, detallat i desagregat dels factors de més incidència en la satisfacció, indispensable per a la sostenibilitat, com ara els temps d'espera dels pacients o el coneixement de les retribucions dels professionals.
 - Liderar, els professionals de medicina de família i els professionals d'infermeria, els fluxos assistencials a l'inici de l'assistència.
 - Reforçar el paper i el funcionament de les comissions farmacoterapèutiques allà on n'hi hagi, i crear-ne on no n'hi hagi.
 - Elaborar, implantar i fer el seguiment de guies de pràctica clínica on s'indiquin les parts de l'escalat de proves complementàries i terapèutiques¹⁴.
 - Promoure la investigació sobre l'ús de recursos en salut, posant l'accent sobre els resultats (i no sobre els processos).
- ⇒ Reforçar la regulació del sector privat, dins del conjunt del sector salut, de manera que s'alineï als objectius del sistema de salut, especialment en el context que tingui una presència creixent per disminuir la pressió sobre la despesa pública^{15_16_17}.

Per últim, es planteja l'anàlisi de la desgravació fiscal en les pòlisses d'assegurança lliure i mútues de provisió social. En termes de reducció pressió assistencial i manteniment del model sanitari actual, alguns membres del grup es mostren favorables a aquesta desgravació. D'altres en són contraris al considerar que reforça la polarització dins els sistema sanitari que es tradueix en desigualtats i ineficiències, genera desconfiança entre la ciutadania en vers el sector públic, genera costos de transacció elevats i reforça el desenvolupament del sector privat al nostre país¹⁸.

PREGUNTA 3

Quines fórmules hi ha per millorar la gestió sanitària? Per millorar la sostenibilitat del sistema sanitari, cal incrementar l'eficiència en la gestió i optimitzar els recursos a través de nous mecanismes que racionalitzin millor la despesa.

L'assoliment de millores en la gestió sanitària pot provenir de diversos àmbits. Seguint aquest criteri, les actuacions que proposa el Grup de treball seran presentades en diversos apartats.

En matèria de prestació farmacèutica i productes sanitaris: propostes generals de millora de la gestió:

La despesa en medicaments i altres tecnologies ofereix moltes possibilitats de racionalització, per tal de millorar-ne l'efectivitat i la seguretat en relació amb el cost. La contenció depèn a la vegada de processos de **selecció** dels productes finançats a càrrec del sistema i de l'**actuació sobre la demanda** originada pels prescriptors.

⇒ Política de selecció de medicaments i tecnologies, caracteritzat per:

- Responsabilitzar d'aquest objectiu el conjunt del sistema de salut i no només els professionals i els usuaris¹⁹.
- Garantir i limitar la cobertura dels fàrmacs i productes sanitaris i de les tecnologies més efectives i segures en relació amb el cost, seguint el principi de preu proporcional a l'efecte sobre la salut.
- Crear els mecanismes necessaris per garantir la incorporació dels avenços innovadors en termes d'eficàcia i seguretat en la pràctica clínica.
- Portar el Consell Interterritorial de Salut i el Govern de l'Estat a una actuació política decidida davant el Ministeri de Sanitat i Política Social, per tal d'afavorir una reforma que permeti que:
 - o Les tecnologies finançades se seleccionin rigorosament segons l'efectivitat, la seguretat i el cost-efectivitat, al conjunt de l'Estat.
 - o Les comunitats autònomes (CA) participin en la determinació del preu que el Sistema Nacional de Salut pot pagar per a cadascuna de les tecnologies i medicaments finançats²⁰.
- Centrar esforços més enllà dels medicaments, productes i tecnologies de cost elevat, perquè hi ha medicaments de cost unitari relativament baix però d'ús generalitzat.

- Complementar la política de selecció de medicaments i tecnologies amb el seguiment de la utilització en termes quantitativs i qualitativs, posant l'accent en l'anàlisi dels resultats en salut.
- ⇒ L'actuació sobre la demanda s'hauria de basar en la creació i el reforçament de comissions farmacoterapèutiques, que haurien d'afavorir: la difusió d'informació contrastada, equilibrada i sense interès comercial; la creació d'instruments de suport a la prescripció (eines informàtiques, guies de pràctica clínica, protocols); el seguiment del consum a la seva àrea d'influència; la promoció de la recerca sobre efectivitat, seguretat i cost-efectivitat de les intervencions, i la formació continuada dels professionals.
- ⇒ Replantejament profund de la relació entre el finançament públic i el sector farmacèutic i del medicament.

En matèria de gestió de recursos humans i de sistemes d'informació:

- ⇒ Establir un sistema de remuneració transparent dels directius dels dispositius sanitaris d'un territori, vinculat a indicadors de qualitat, d'equitat i de sostenibilitat²¹.
- ⇒ Millorar el desenvolupament d'indicadors d'eficiència, qualitat i satisfacció a tot el territori gestionats centralitzadament a través del desenvolupament del sistema d'informació (SI) i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).
- ⇒ En la línia oberta per la Central de Resultats, recollir dades assistencials homologades i comparables a tots els centres, amb una central de dades que les avalui, inspeccioni i les faci accessibles públicament²²⁻²³.
- ⇒ Diferenciar en els costos tant en els centres propis com i en els models de concertació relatius al finançament destinat a la docència i la investigació.
- ⇒ Elaborar i implementar en les entitats i organitzacions del sistema sanitari codis d'ètica de fidelitat a la sostenibilitat del sistema públic per als centres i entitats del SISCAT i en l'àmbit de les persones i agents de la gestió del coneixement²⁴.

En matèria de gestió dels centres sanitaris:

- ⇒ Seguir avaluant diferents models de gestió en relació a l'eficiència, la qualitat i els resultats en salut, a través de la Central de Resultats i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat. I posteriorment a l'avaluació, impulsar els més òptims on es trobin especificats semblants als casos estudiats²⁵.
- ⇒ Millorar el grau d'autonomia de la gestió clínica dels professionals dins dels centres, vinculat a l'assumpció de responsabilitats²⁶.
- ⇒ Implantar models desitjables de dedicació exclusiva controlats per evitar els possibles conflictes d'interessos dels professionals.

En matèria de nivells assistencials i la relació que tenen:

- ⇒ Potenciar el paper de la salut pública.
- ⇒ Reforçar el paper de l'atenció primària, considerada una àrea central del sistema sanitari públic, com a cohesionadora gestora de processos i garantia del contínuum assistencial, des de la prevenció, el diagnòstic, el tractament, l'atenció ambulatoria especialitzada, l'hospitalització, l'atenció al domicili i en la fase pal·liativa fins a la terminal. En aquesta línia és cabdal:
 - El desplegament efectiu del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, que contribuirà a aquesta transformació en la relació dels nivells assistencials.
 - El desenvolupament d'un sistema d'informació per a tot el SISCAT serà un instrument facilitador per garantir el contínuum assistencial.

En matèria de racionalització i ordenació dels dispositius assistencials:

- ⇒ Planificar, concentrar i potenciar els procediments d'alta tecnologia per millorar l'eficiència i l'equitat del sistema a través de les millores en la racionalització que ofereix el treball en xarxa.
- ⇒ Crear més places d'atenció a subaguts i convalsència per tal de reduir les estades hospitalàries. Establir criteris i compromisos contractuals perquè aquestes places facilitin descongestionar les urgències de forma efectiva i reduir el cost de l'assistència.
- ⇒ Continuar amb la compra pública a través d'instruments de compra centralitzada²⁷.

PREGUNTA 4

Cal revisar la cobertura pública i de serveis sanitaris? Veient les dificultats en què es troba actualment el sistema sanitari per mantenir els nivells de qualitat, cal valorar l'eficàcia de la cobertura oferta fins ara i la idoneïtat de modificar-la, en un context en què també hi ha les assegurances privades de salut i la possibilitat de recórrer a relacions de complementarietat i/o de substitució entre el sector públic i el sector privat proveïdor de serveis sanitaris.

Atesa l'actual dificultat del sistema sanitari per mantenir la sostenibilitat financera i la qualitat de l'atenció, sembla que la revisió de la cobertura oferta i els criteris utilitzats fins al moment són claus per incorporar noves prestacions (com la podologia o l'odontologia) atenent el seu contingut i el seu finançament.

En relació amb aquestes dues variables es realitzen una sèrie de propostes:

- ⇒ Actualitzar la cartera de serveis a partir de criteris d'evidència sobre el cost-efectivitat de la prestació, en el marc del model legal actual del sistema de salut.
 - Incorporar al finançament públic tot tractament (nou o per substitució d'un de menor valor) que aportï valor afegit seguint criteris de cost-efectivitat i de seguretat per a la salut i que sigui assumible en funció dels recursos disponibles.
 - Realitzar un seguiment de l'ús de les tecnologies cobertes pel sistema de salut, en termes quantitius i qualitius, posant l'accent en els resultats en salut.
- ⇒ Introduir un sistema d'avaluació del progrés de les prestacions, les tècniques, els tractaments, les tecnologies i els medicaments i prioritzar l'avaluació per AVAQ (any de vida ajustats per qualitat)²⁸.
- ⇒ Permetre en el sector amb finançament públic el pagament per serveis addicionals, relacionats exclusivament amb el confort que no siguin substantius per a l'assistència necessària.

En el marc de les discussions dels membres del grup al voltant de la revisió de la cobertura pública i de serveis sanitaris, es planteja la revisió de la responsabilitat financera directa de la ciutadania (copagaments, preus públics i taxes) en l'ús d'alguns serveis i prestacions del sistema públic. En el marc de la revisió dels actuals mecanismes de copagament, es planteja per exemple el dels productes farmacèutics, i la conveniència que s'assumeixi el copagament en funció de la renda i el patrimoni sota criteris d'equitat social. Tot i que alguns membres són favorables a aquesta proposta, d'altres consideren, per una banda que, la mesura suposa un trencament del model universal, i per l'altre que els ingressos que s'obtidrien no serien gaire significatius.^{29_30_31_32}

PREGUNTA 5

Quin ha de ser el paper de la nova Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQ) en la presa de decisions en matèria de la revisió de la cartera pública de serveis sanitaris? L'AIAQ es crea amb la voluntat d'afavorir la millora de la qualitat del sistema sanitari de cobertura pública.

La creació d'una agència d'informació del sistema de salut i una d'avaluació és una proposta que sorgeix en el si dels treballs del Grup durant la seva primera etapa i que és recollida en el text del document lliurat al Govern.

A banda de les tasques que es van descriure en el primer document, s'assenyalen les funcions següents:

- ⇒ Desenvolupar un sistema d'informació unificat de tot el Sistema Nacional de Salut, amb indicadors de les estructures, dels processos i dels resultats que permetin fer un seguiment i un control del sistema sanitari de cobertura pública i les seves actuacions, i que doni suport al CatSalut en la seva funció d'asseguradora pública. En el cas dels centres privats no concertats, caldria disposar d'informació sobre els aspectes rellevants que afecten la qualitat i seguretat dels pacients³³.
- ⇒ Definir un model per a l'avaluació del progrés sostenible i la gestió del coneixement, amb una utilització sistemàtica i explícita d'estudis de cost-utilitat previs a la incorporació al finançament públic (total o parcial) de qualsevol nou tractament i d'una dinàmica d'actualització de les avaluacions de qualitat i cost-utilitat/efectivitat de les prestacions, els tractaments i els processos assistencials aplicats³⁴.
- ⇒ Analitzar, avaluar i difondre:
 - les noves tecnologies.
 - la informació econòmica del sistema de salut i dels centres sanitaris.
- ⇒ Vigilar les dinàmiques i els riscos del sistema, tant del sector públic com del privat.
- ⇒ Informar sobre noves molècules.
- ⇒ Formar els professionals en l'ús de les noves tecnologies mèdiques (centre de simulació).
- ⇒ Començar a codificar els guanys de les intervencions en termes d'AVAQ passant els qüestionaris adients abans i després de les prestacions³⁵.

A través de la realització d'aquestes funcions, l'AIAQ ha d'esdevenir un instrument integrador de la informació, vertebrador i cohesionador del sistema, que garanteixi l'accés a informació veraç, creïble i fàcilment interpretable per tal de permetre la transparència i la rendició de comptes.

Per garantir uns nivells de transparència alts i el compromís ètic de

l'organització, els membres del Grup de treball demanen la incorporació de mecanismes que permetin aflorar i aclarir possibles conflictes d'interessos tant de les persones que treballin en el si de l'agència com d'aquelles que hi col·laborin³⁶.

En relació amb el paper de l'AIAQ, alguns membres del Grup assenyalen la necessitat de millorar la coordinació i el treball en xarxa amb la resta d'agències d'avaluació a les comunitats autònomes a fi que les seves avaluacions siguin reconegudes mútuament en el marc del Sistema Nacional de Salut estatal³⁷.

En termes generals, el Grup de treball valora positivament les actuacions que s'estan realitzant per a la creació de l'AIAQ. El projecte és molt ampli i ambiciós i presenta un bon model de govern; ara bé, atesa la complexitat que té, els membres del Grup recomanen l'elaboració d'un pla d'actuacions on es prioritzin les que es duran a terme els propers anys³⁸⁻³⁹.

PREGUNTA 6 ⁴⁰

En un sistema sanitari caracteritzat per la diversitat de models de gestió, tenen sentit les aliances estratègiques entre proveïdors? Analitzar la idoneïtat d'aquestes aliances implica valorar-ne la viabilitat i saber entre quins agents del sector s'haurien de produir, només entre el sector públic o també amb el sector privat.

El Grup d'experts considera que, en certes circumstàncies, les aliances estratègiques entre proveïdors poden ser un instrument que faciliti la integració de serveis prestats per diferents entitats, afavoreixi la continuïtat assistencial i contribueixi a la millora en la gestió dels recursos. D'altra banda, s'assenyala la seva potencialitat creativa i de maximització de l'aprofitament dels recursos. A través de la coordinació entre proveïdors, es facilita una utilització més eficient dels recursos i s'afavoreix la introducció d'elements de modernització en la gestió⁴¹.

Aquestes són les propostes dels experts en relació amb aquestes aliances:

- ⇒ Constituir aliances entre proveïdors públics, públics i privats del Sistema Nacional de Salut però també entre hospitals de diferents governs territorials de salut.
- ⇒ Definir amb claredat l'objectiu de l'aliança (què s'espera millorar en crear-la).
- ⇒ Realitzar un estudi individualitzat previ en què es valorin les aportacions de cadascun dels actors de l'aliança. A través d'aquest estudi es podran tenir en compte les particularitats de cadascuna de les situacions.
- ⇒ Realitzar controls estrictes per garantir la qualitat de l'assistència i una bona informació de les despeses.
- ⇒ Fomentar aliances en el marc del model de finançament de base poblacional, per tal que cadascun dels proveïdors aportï el valor de la seva experiència⁴².
- ⇒ Facilitar aliances que propiciïn una atenció primària efectivament vertebradora del sistema i que no depenguin de l'hospital.
- ⇒ Evitar l'establiment d'aliances que només serveixin per crear una nova entitat que tingui uns costos de gestió, d'administració i de serveis amb objectius pressupostaris incrementalistes.
- ⇒ Fer dels directors de sectors els promotors-àrbitres de les aliances, que han de garantir el paper vertebrador de l'atenció primària i han de facilitar la participació ciutadana⁴³.

PREGUNTA 7 ⁴⁴

Quin és el model territorial que volem per al sistema sanitari? El Departament de Salut ha optat per dividir Catalunya en governs territorials de salut per adaptar les polítiques de salut a la pluralitat del territori. La creació d'aquesta nova divisió genera nous reptes vinculats a la relació que han de tenir amb les divisions fins ara existents: les regions sanitàries i els sectors sanitaris.

Els membres del Grup enumeren una sèrie de característiques que per a ells hauria de complir el model territorial:

- ⇒ Respondre a la cooperació i coordinació dels serveis, alguns dels quals no pertanyen en exclusiva al Departament de Salut (salut pública o dependència).
- ⇒ Garantir la coordinació amb els ajuntaments com element clau del model territorial.
- ⇒ Promoure que les autoritats locals participin en el govern de la salut dels seus territoris.
- ⇒ Garantir que el model territorial de salut coincideixi amb el dels serveis socials i el de dependència, així com amb les demarcacions electorals o les seves agrupacions.
- ⇒ Dissenyar, sobre la base de xarxes, un sistema de treball i de pràctiques col·laboradores.
- ⇒ Fomentar el lideratge salubrista i clínic en el territori.
- ⇒ Incorporar al model valors com ara la participació, la proximitat, la descentralització, la confiança, la integració i l'autonomia⁴⁵.
- ⇒ Desenvolupar un model de finançament capitatiu d'equitat i eficiència. Cal l'establiment d'un programa econòmic per assolir l'equitat en l'assignació pressupostària als territoris (no als centres), en uns terminis delimitats, mitjançant una única fórmula de capita ponderada per variables objectives i, com a mínim, segons estructures i condicions socioeconòmiques.

D'altra banda, hi ha un conjunt de propostes vinculades a les característiques i al paper que els governs territorials de salut (GTS) han de desenvolupar⁴⁶:

- ⇒ Esdevenir instruments de millora de l'eficiència, la transparència, la subsidiarietat i d'increment de la participació.
- ⇒ Constituir-se com a àmbit de coordinació de les competències que tenen totes dues administracions.

- ⇒ Fomentar la rendició de comptes efectiva i transparent dels representants dels ajuntaments en els GTS, particularment per a la coordinació i l'obtenció de sinèrgies entre serveis contractats o dependents de diverses administracions o diversos territoris de salut.
- ⇒ Suprimir qualsevol possibilitat de tracte preferent en el règim de concerts i contractes a les entitats o empreses no afectades per les exigències de sostenibilitat financera.
- ⇒ Unificar el sistema d'informació a cadascun dels GTS, i afavorir-ne la comparació.
- ⇒ Atribuir als directors de sectors del Servei Català de la Salut la capacitat de fer compatibles les propostes i els contractes dels proveïdors sobre el territori amb els objectius de salut, definits en el "full de ruta" dels GTS.

PREGUNTA 8 ⁴⁷

Quin hauria de ser el nou model de relacions del Departament de Salut amb els professionals sanitaris en el context del sistema sanitari del segle XXI? Els professionals sanitaris, com a agents bàsics per garantir la qualitat del nostre sistema, han hagut d'adaptar-se a les necessitats d'una societat cada cop més informada i exigent. Aquest fet ha generat un seguit de noves situacions a les quals cal donar resposta i que giren al voltant de les noves competències dels professionals, la definició dels lideratges clínics, la multidisciplinarietat dels equips, l'autonomia de gestió i/o l'assumpció de riscos dels professionals.

Les reflexions i propostes dels membres del Grup al voltant del paper dels professionals i de la relació que mantenen amb el sistema sanitari s'agrupen en grans àmbits.

Quant a la política de planificació de recursos humans:

- ⇒ Definir un sistema i una política de recursos humans efectiva, amb una responsabilitat clara a l'hora de conèixer el desenvolupament del conjunt d'iniciatives posades en marxa en el sistema, en relació amb:
 - la remuneració
 - l'ocupació
 - la formació
 - la motivació
 - la selecció
 - l'estat d'ànim del col·lectiu
- ⇒ Crear un observatori dels professionals sanitaris encarregat de fer estudis que facilitin la presa de mesures adients en temps i qualitat, tenint en compte les circumstàncies d'un món més globalitzat, també en el marc de les professions sanitàries, que porta necessàriament a una revisió a curt termini dels numerus clausus de les facultats de medicina⁴⁸.
- ⇒ Disposar d'un coneixement continuat de l'evolució de les professions sanitàries per detectar precoçment mancances o excessos.
- ⇒ Recollir la informació necessària per a la definició i el seguiment de la política de recursos humans amb el suport de l'AIAQ.

Quant a les necessitats dels professionals:

- ⇒ Impulsar el nou professionalisme com a reforç dels valors que han de prevaler entre els professionals⁴⁹.
- ⇒ Potenciar l'autonomia professional i la gestió de l'agenda pròpia en el marc de les garanties de no fer perillar l'equitat assistencial per a la ciutadania⁵⁰.

- ⇒ Potenciar l'autonomia de gestió en la presa de decisions clíniques (gestió clínica)⁵¹.
- ⇒ Incrementar la participació dels professionals en el govern de les institucions i en el procés de presa de decisions⁵².
- ⇒ Reconèixer la qualitat dels professionals a través del desenvolupament professional continu individualitzat i de l'aprofundiment en la direcció per objectius (DPO), vetllant per fer-ne un ús adequat i valorant aquells objectius relacionats amb la qualitat assistencial.
- ⇒ Garantir un nou model retributiu que reconegui la tasca dels professionals d'acord amb la seva responsabilitat, dedicació i compliment d'objectius.
- ⇒ Organitzar els dispositius assistencials per tal que millorin les condicions laborals dels professionals i facilitar-los la tasca diària.
- ⇒ Permetre una major possibilitat de conciliar la vida professional i personal en el marc de les garanties de no fer perillar l'equitat assistencial a la ciutadania.
- ⇒ Vetllar per que el nostre sistema sanitari disposi d'un mercat laboral propi caracteritzat per la qualitat de l'oferta i l'estabilitat, amb criteris objectius durant el procés de selecció.
- ⇒ Treballar per assolir que els professionals percebin que pertanyen a un col·lectiu valorat per la societat, amb un desenvolupament personal i professional que els realitzi i els legítimi, i contribueixi al desenvolupament d'un projecte de salut eficient, equitatiu i d'alta qualitat.

Quant al model de relació entre els agents del sistema:

- ⇒ Centrar les actuacions del Departament en la macrogestió (planificació, acreditació, formació i plans docents) i menys en la microgestió.
- ⇒ Fomentar la confiança entre els professionals, la ciutadania, els proveïdors i l'Administració, i superar les relacions bilaterals fragmentades entre els agents.
- ⇒ Impulsar i afavorir espais multilaterals per a la cerca del consens, com els consells de la professió mèdica i infermera, que donen veu a tots els agents en un espai de debat al voltant de les perspectives de futur i els valors de la professió, més enllà de les reivindicacions laborals.
- ⇒ Crear un consell de participació de professionals assistencials del SISCAT.

Quant a la formació en el marc de les transformacions que està produint el procés de Bolonya⁵³:

- ⇒ Estimular la formació continuada dels professionals amb programes de reciclatge amb la requalificació de competències periòdica a través de mèrits acreditats obtinguts en programes de formació acreditats.
- ⇒ Revisar els criteris d'aprovació d'acreditació d'activitats de formació continuada del Consell de Formació Continuada, que s'hauran de basar en la qualitat, la independència, la pertinença i l'experiència de les institucions que les desenvolupen.
- ⇒ Revisar l'ús de la xarxa assistencial en la formació dels professionals sanitaris, aprofitant-ne tots els elements útils, incorporant l'atenció primària com a eix central i valorant tots els centres del país que puguin aportar millores a la docència i que alhora serveixin per incentivar els nostres professionals.
- ⇒ Crear més vincles d'interrelació entre el món universitari i les institucions assistencials sanitàries.
- ⇒ Realitzar un seguiment del nou model universitari per garantir els nous equips interdisciplinaris.
- ⇒ Definir les responsabilitats i les competències evitant enfrontaments corporatius i valorant-ne la responsabilitat.
- ⇒ Estendre els programes de formació a distància.

PONÈNCIA PREGUNTA 9

Una quantitat significativa de recursos públics es destinen a la recerca i la innovació (un 2,3% del pressupost 2009 del Departament de Salut). Per aquest motiu és essencial identificar quin hauria de ser el procés d'avaluació ex ante i ex post dels recursos destinats a R+D+I.

Els membres del Grup valoren l'avenç de la recerca en el nostre país durant els darrers anys i entenen que la recerca és una condició per assegurar la qualitat assistencial i un motor per a la formació continuada dels professionals. Al mateix temps identifiquen una sèrie de propostes per millorar-ne la gestió i l'avaluació⁵⁴.

- ⇒ Definir, en cada centre, en cada organització proveïdora i en el conjunt del sistema de salut, les línies prioritàries de recerca sobre la base de la identificació d'incerteses, de l'impacte sanitari d'aquestes sobre els pacients i sobre les institucions sanitàries i de l'anàlisi de febleses, forteses, oportunitats i resistències.
- ⇒ Incloure en els contractes-programa i el pressupost de cada centre, ja sigui hospitalari o no, un pressupost específic per a recerca clínica.
- ⇒ Incloure la recerca entre les activitats professionals habituals en totes les organitzacions proveïdores, juntament amb l'assistència i la formació continuada. En general, incloure l'activitat de recerca entre els incentius salarials dels professionals.
- ⇒ Promoure i donar suport preferent a la recerca en l'àmbit d'atenció primària, la recerca sobre estils de vida i la recerca sobre el contínuum assistencial⁵⁵.
- ⇒ Posar les estructures de recerca actualment existents al servei de les prioritats assistencials de cada centre, organització proveïdora o del conjunt del sistema de salut. En particular, cal dotar-les de capacitat per donar suport als investigadors clínics en la formulació d'hipòtesis, l'elaboració de protocols, l'establiment d'aliances amb altres centres i institucions nacionals i estrangeres, la cerca de finançament, els tràmits administratius, el desenvolupament dels projectes, i l'anàlisi, interpretació i publicació de resultats.
- ⇒ Promoure proporcionalment més la recerca clínica en els centres assistencials, i afavorir com més millor la col·laboració interinstitucional per als projectes que requereixen recerca bàsica.
- ⇒ Evitar que el desenvolupament de la recerca als centres sanitaris interfereixi negativament en la qualitat i la capacitat assistencial dels centres.
- ⇒ Incrementar la transparència en la gestió dels recursos (més rendició de comptes de l'activitat de recerca finançada amb recursos públics⁵⁶⁻⁵⁷).

- ⇒ Assegurar el retorn de la inversió en recerca que fa el Departament de Salut, a través especialment del seguiment d'aspectes de propietat intel·lectual:
 - conèixer i avaluar els convenis amb companyies privades;
 - conèixer, regular i negociar els projectes de recerca susceptibles de generar patents;
 - negociar la participació en la propietat de les patents generades en cada projecte, i
 - condicionar les inversions públiques en projectes de recerca a la participació en l'explotació de possibles patents.
- ⇒ Valorar l'impacte de retorn a la ciutadania de l'esforç realitzat a través de la recerca finançada públicament.
- ⇒ Incrementar la despesa en R+D+I del sistema públic i privat.
- ⇒ Realitzar avaluacions crítiques prèvies a la recerca, dutes a terme per experts independents, per tal de garantir la idoneïtat de la recerca i la qualitat dels projectes finançats amb recursos públics, sense permetre consolidacions.
- ⇒ Crear mecanismes que permetin la participació de la ciutadania en la definició de les prioritats en R+D+I.
- ⇒ Garantir que una part substancial dels projectes tinguin referents internacionals.
- ⇒ Incrementar la participació pública en el finançament de la recerca social i dels sistemes d'avaluació dels serveis sanitaris en salut.
- ⇒ Adequar els incentius fiscals per ser més efectius en l'incentiu a la inversió en R+D+I⁵⁸.
- ⇒ Evitar que els assaigs clínics d'interès comercial distorsioni de les necessitats de recerca orientada als interessos dels pacients i de les institucions sanitàries⁵⁹.
- ⇒ Revisar les línies i apostar per les més productives i de més retorn, en els casos en què els resultats de l'avaluació no siguin favorables.
- ⇒ Realitzar estudis d'impacte sobre l'aplicació de la recerca en ciències de la salut, amb criteris industrials i de competitivitat internacional.
- ⇒ Identificar i recollir, a través de l'AIAQ, les patents generades des de la recerca en ciències de la salut, els recursos externs captats i les empreses derivades (*spin-offs*) creades amb la implicació de la Bioregió de Catalunya en la recollida d'aquesta informació.
- ⇒ Promoure actituds proactives dins del sistema de salut per proposar línies de recerca i projectes d'investigació en col·laboració amb la indústria farmacèutica i de productes sanitaris.

- ⇒ Promoure la recerca en l'ús de les TIC en la pràctica assistencial i en la gestió de la recerca clínica.
- ⇒ Potenciar l'avaluació centralitzada de projectes de recerca multicèntrica i avaluar el nombre òptim de comitès d'ètica de la investigació clínica existents a Catalunya.

PONÈNCIA PREGUNTA 10

Un cop culminat el procés de cessió de les competències de salut a totes les comunitats autònomes i l'apropament a un model federal, quin paper ha de tenir el Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut?

Per abordar la pregunta plantejada, els membres del Grup d'experts fan una sèrie de propostes relacionades amb el model de governança i el paper dels agents que hi estan implicats.

Quant al Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (SNS):

- ⇒ Actualitzar les funcions del Consell Interterritorial perquè esdevingui un veritable òrgan garant de la cohesió del sistema i coordinador de les intervencions conjuntes entre comunitats autònomes i entre les comunitats autònomes i el Ministeri de Sanitat i Política Social.
- ⇒ Introduir mecanismes per augmentar el protagonisme de les comunitats autònomes.
- ⇒ Incrementar la participació de les comunitats autònomes en la presa de decisions.
- ⇒ Definir els temes susceptibles de ser acordats en el si d'aquest òrgan.
- ⇒ Capacitar el Consell per a la presa de decisions vinculants a partir d'acords assolits per la majoria (pes de les comunitats autònomes en funció de la seva població), juntament amb el Ministeri de Sanitat i Política Social.

Quant al Ministeri de Sanitat i Política Social:

- ⇒ Promoure i facilitar, juntament amb les comunitats autònomes, l'aplicació dels acords assolits en el si del Consell Interterritorial.
- ⇒ Liderar les polítiques que afecten la ciutadania de l'Estat i promoure estratègies de salut en totes les polítiques, amb la coordinació de la resta de ministeris implicats.
- ⇒ Regular, planificar i avaluar el marc estatal en el qual actuen les comunitats autònomes.
- ⇒ Assumir la pròpia responsabilitat en temes d'Estat que afecten les competències compartides (polítiques de salut pública i política de recursos humans)⁶⁰.

Quant a altres propostes relacionades amb la governabilitat del sistema:

- ⇒ Assolir un Pacte de Salut que encarrili les reformes del sistema per sobre dels interessos socioeconòmics i polítics⁶¹⁻⁶².

- ⇒ Potenciar el treball conjunt entre les comunitats autònomes per assolir el consens en els grans temes (planificació de política de recursos humans, sostenibilitat financera del sistema).
- ⇒ Prioritzar la coordinació *ex ante* que permeti l'anticipació a les situacions i ser actius en lloc de reactius.
- ⇒ Evitar les correccions *ex post* no consensuades, quan les decisions es prenen en funció de la interpretació que es desprèn de la normativa.
- ⇒ Millorar els sistemes d'informació d'àmbit estatal que es nodreixen de la informació que proporcionen les comunitats autònomes.
- ⇒ Millorar els recursos provinents del Fons de Cohesió Sanitària així com els recursos que les comunitats autònomes han de rebre per als centres de referència de què disposen⁶³.

PONÈNCIA PREGUNTA 11

Les despeses del Departament de Salut van més enllà de les estrictament sanitàries. L'atenció a la dependència, que es du a terme des de la xarxa de centres sociosanitaris i de salut mental, la docència realitzada als hospitals universitaris i l'escolarització d'infants o adolescents que requereixen d'un suport sanitari als centres educatius són mostres d'aquesta situació. Com s'haurien d'identificar, avaluar i, si escau, repercutir aquestes despeses?

En el marc d'aquesta situació, els experts del Grup fan propostes per tal d'identificar, avaluar i repercutir aquestes despeses:

- ⇒ Crear un Programa de cooperació intergovernamental i interadministracions catalanes en el qual es prevegi:
 - la política de salut en totes les polítiques (serveis socials, educació, medi ambient, urbanisme, treball, seguretat i ordre públic).
 - l'impacte de totes les polítiques en la despesa en serveis sanitaris.
- ⇒ Incorporar, en el marc d'aquest programa, les tasques i despeses associades en els contractes que es facin amb els centres del Servei Nacional de Salut a Catalunya, com a programes identificables.
- ⇒ Preveure com actuar sobre els pressupostos i les disponibilitats financeres dels departaments i d'altres administracions implicades en la provisió del servei, en el programa general com en la part corresponent en els contractes de prestació de serveis.
- ⇒ Desenvolupar un sistema de comptabilitat i d'estudi de costos que permeti conèixer la distribució de despeses i de compromisos financers per sectors una vegada acordat el criteri en la distribució de responsabilitats.
- ⇒ Potenciar estratègies de planificació i avaluació del cost-resolució per abordar les necessitats de recursos humans vinculats a l'atenció d'aquests àmbits compartits.
- ⇒ Abordar les necessitats de personal, tenint en compte que és en el camp de les necessitats de personal on cal ser més previsor, proactiu i acurat en la relació cost/resolució⁶⁴.
- ⇒ Mantenir una revisió permanent entre els departaments responsables de salut i d'atenció social de la llarga estada sociosanitària i de salut mental en el marc de l'atenció a la dependència, mentre no s'assoleixi la integració entre els àmbits social i sanitari.
- ⇒ Evitar que els professionals amb titulació acadèmica sanitària assumeixin atencions no sanitàries de dependència generades no per estats de salut sinó per exclusió social, que no requereixin dels seus coneixements i experiència.

- ⇒ Estudiar el possible establiment d'un sistema públic, o d'estricta control públic d'abast nacional, que organitzi la cobertura d'hores/persona que demanda la dependència i que representi dedicacions compromeses i rendes oficials no estables, amb regulació de formació i dedicacions, i fiscalitat ad hoc, per a les persones que, tenint o no d'altres ingressos (sou o pensió), resolguin la dependència dedicant-hi hores, amb independència de quin departament o ministeri la financi, però garantint uns costos d'intermediació i gestió mínims.
- ⇒ Fomentar que el sistema d'ajuts financers a la dependència valori, a banda de la situació de la persona dependent, el seu entorn.
- ⇒ Potenciar els serveis socials també a la xarxa sanitària.
- ⇒ Crear un departament unificat a partir dels actuals departaments de Salut i d'Acció Social i Ciutadania, com a condició necessària però no suficient per al millor funcionament dels serveis. En aquest sentit caldria:
 - Definir clarament les responsabilitats de cadascun dels serveis.
 - Regular l'entrada i la sortida dels serveis sanitaris i dels serveis socials.
 - Proporcionar una atenció específica i diferenciada als problemes d'exclusió social.
 - Evitar la medicalització dels problemes socials.

PREGUNTA 12

El sector de la salut ha estat tradicionalment considerat des del vessant de la despesa, però és un fet que el sector de la salut genera externalitats positives. Com es poden identificar, mesurar i avaluar?

El sector de la salut és un sector clarament productiu de l'economia, que impulsa l'ocupació i el creixement econòmic, i que ha esdevingut un sector generador de cohesió social i clau en la millora de la qualitat de vida. És especialment significatiu l'impacte del sector salut en l'àmbit local tant pel que fa a la creació d'externalitats positives en forma de capital social com per la contribució al benestar de la població d'aquell àmbit.

En relació amb aquesta capacitat del sector de la salut de generar externalitats positives, el Grup d'experts fa diverses propostes per identificar i avaluar la seva contribució:

- ⇒ Quantificar les externalitats positives i valorar-les des de tres punts de vista:
 - *Econòmic*. Contribució que el sector salut té en la creació de riquesa i ocupació del país, tant en les activitats de docència, recerca i assistència com en les de salut pública, fent èmfasi en els impactes necessaris exigibles als serveis públics.
 - *Social*. Increment del benestar, la seguretat i la solidaritat. Diversos estudis han assenyalat que, en l'increment de la productivitat, la flexibilitat laboral i la competitivitat d'un país, la seguretat i la protecció socials tenen un paper molt important.
 - *Polític*. Grau d'identificació de la ciutadania amb el seu govern, que és considerat sensible a les necessitats d'assistència sanitària, com també de promoció de la salut, no sols en la política del departament responsable dels serveis sanitaris sinó pels seus efectes a la resta de polítiques.

- ⇒ Identificar les conseqüències de la mala praxi en el conjunt de l'economia i en el benestar de la gent, i orientar el guany que els canvis que la corregeixen suposin.

VOTS PARTICULARS

Metodologia

¹ **Guillem López Casanovas:** Desitjo deixar constància que, tot i el suport general que mostro al document en favor del major consens possible, després d'una gran tasca en aquest sentit de molts, i en particular del seu president, valoro que la falta de concreció que resulten d'algunes afirmacions que s'hi han introduït, tant en el document com en els més de seixanta vots particulars, fan que l'Informe tingui menys capacitat de portar-se a la pràctica. Vull emfatitzar que, atès el moment pel qual travessa el nostre sistema de salut, cal atendre no tan sols al que com a analistes ens agradaria que fossin els nostres serveis sanitaris, sinó també cal considerar si això és factible. De manera que crec que no s'hauria d'haver acceptat propostes que no incorporessin la manera com assolir-les, és a dir, la seva guia d'acció; no es tracta tant de posar deures als polítics com d'ajudar a tractar els greus problemes que tenim. D'aquí que a les reunions m'hagi oposat sovint a *desiderata* d'aportacions que redefinien objectius, que entenc són en bona part polítics i no corresponen a la Comissió, sense precisar després com assolir-los. La meua posició general és que no resulta acceptable cap proposta de més despesa sense identificar-ne el finançament o quina altra partida es reduirà, per la via de l'eficiència o la prioritació. Sempre argumentant en cada cas el *què* i el *com* de les mesures, en favor de l'estat de benestar, contra els entusiastes, com a guia de treball. Vull manifestar, per tant, que si el document s'hagués centrat exclusivament en la resposta a les preguntes formulades i en la millor manera per fer-les operatives, el text hagués resultat més breu i més útil com a instrument de política sanitària. En tot cas, si es vol saber què penso del que se'ns demanà inicialment, invito que es faci una lectura individualitzada de les meves respostes breus, incloses en el quadre annex de respostes a les preguntes formulades.

Pregunta 1

² **Vicenç Navarro:** Cal incloure a l'*organització dels serveis sanitaris*, perquè aquells sistemes que tenen l'atenció primària i de salut pública més desenvolupada tenen una despesa sanitària menor, a causa de la major eficiència del sistema.

³ **Josep Maria Via:** No veig aquest exemple traslladable al nostre context. La pressió comercial que hi ha als Estats Units per inventar, comercialitzar i explotar d'una manera excessiva tecnologia i vendre proves, fàrmacs i productes sanitaris innecessaris, no es dona al nostre país. Jo no afirmaria el que afirmem basant-me en un estudi de l'únic país desenvolupat del món que no té un sistema de salut comparable al nostre.

⁴ **Joan Ramon Laporte:** El creixement de la despesa en nous productes biotecnològics i altres d'ús especialitzat (redacció alternativa).

⁵ **Josep Maria Via:** És un error agafar com a punt de partida l'actual nivell d'eficiència del sistema per definir com hauria d'evolucionar. Seria necessària una decisió política ferma i contundent, consistent en la implantació generalitzada de mesures en els contractes amb els proveïdors que forcessin a evidenciar que es treballa amb models de gestió clínica integrals i avaluables, comportaria una millora de l'eficiència. Poder fer més amb el mateix. A partir d'aquí, sense qüestionar el punt de partida que cal injectar recursos; amb els anys, aquest hipotètic 7-8% que caldria incrementar cada any, es podria reduir o com a mínim estabilitzar.

⁶ **Santiago Marimon:** No hi ha exigència objectiva perquè el creixement del

finançament de la despesa en salut surti del marc solidari, i fer-ho accentuaria en sectors de rendes mitjanes-altes, una menor disponibilitat per al finançament via impostos o altres vies dins d'un marc de solidaritat i una superior pressió perquè la provisió resulti menys equitativa.

⁷ **Vicenç Navarro:** L'augment de recursos no es pot condicionar a un canvi de finançament de la Generalitat de Catalunya que vagi més enllà del que s'acaba d'aprovar. En realitat, segons el nou sistema de finançament, la Generalitat té ja la potestat suficient per augmentar els impostos tant directes com indirectes. Els impostos a Catalunya són més baixos que en els països d'Europa de desenvolupament econòmic semblant. No es poden centrar tots els problemes de finançament que té la Generalitat en el sistema de finançament autonòmic; part del problema és que els impostos, i sobretot a les rendes superiors, són més baixos que els dels seus homòlegs de la UE, amb un frau fiscal molt més elevat.

Pregunta 2

⁸ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb la segona part de la mesura que deixa oberta la porta al copagament.

⁹ **Vicenç Navarro:** Un dels problemes més grans que té el sistema català és el subfinançament, que deriva sobretot de la baixa despesa pública sanitària per habitant. L'increment dels recursos ha de derivar predominantment de l'augment de la despesa pública a partir de l'aportació dels individus com a ciutadans, a través d'aportacions fiscals. No és equitatiu que es vulgui cobrir aquest dèficit a base d'aportacions individuals. Catalunya té una de les despeses públiques sanitàries per habitant més baixes de la UE i, a causa d'aquest fet, hi ha la baixa càrrega fiscal i l'escassa progressivitat. Aquesta és la raó del problema.

^{10_11_12} **Josep Maria Via:** En el context actual, considero prioritària l'aplicació de mesures dirigides a millorar l'eficiència en l'ús dels recursos i la millora del model de finançament que suposa un greuge comparatiu en relació amb el conjunt d'Espanya, per davant de l'increment de la pressió fiscal. En aquest sentit, seria favorable a l'increment dels impostos indirectes tal com es proposa, sempre que l'increment es produís a tot l'Estat.

¹³ **Santiago Marimon:** Considero del tot improcedent vincular problemes de sostenibilitat financera del sistema al seu possible ús ciutadà. El que és qualificable d'incorrecte és excepcional, sovint facilitat per pràctiques –actives o passives– del mateix sistema, modificables i sense vinculació a la sostenibilitat financera.

¹⁴ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb aquesta mesura perquè diversos estudis demostren que les guies de pràctica clínica no són llegides ni seguides pels professionals, i a més contenen missatges més comercials que sanitaris, originats a la indústria. A més, no es pot parlar de guies de pràctica clínica sense fer referència als conflictes d'interessos. Aquestes guies són finançades directament i indirectament pels laboratoris farmacèutics interessats. Vegeu l'article següent de l'exdirectora del *New England Journal of Medicine*: Angell M. *Industry-sponsored clinical research. A broken system*. JAMA 2008; 300:1069-71.

¹⁵ **Santiago Marimon:** La regulació necessària del sector privat no ha de tenir per objectiu el creixement de la despesa privada, amb proveïdors interessats objectivament en l'incrementalisme (tampoc per evitar-la). Aquest creixement, si bé puntualment es tradueix en menys despesa pública, per mimetisme, també es

tradueix en més demanda de creixement de la despesa pública o en més insatisfacció ciutadana i, en conseqüència, contamina la pública.

¹⁶ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb la idea que el sector privat ajudi a disminuir la despesa pública, excepte que es conclouï que cal regular el sector privat per alguna raó concreta.

¹⁷ **Vicenç Navarro:** Estic d'acord amb la primera part d'aquest paràgraf però no amb la segona. La regulació del sector privat és necessària per garantir la qualitat del sector i així protegir a la ciutadania que l'utilitza. No té res a veure amb la seva mida o ni amb el fet que hagi d'augmentar, i amb això no hi estic d'acord, perquè els dèficits del sector públic no s'han de resoldre a base d'augmentar el sector privat sinó a base de corregir els del públic. Catalunya és un dels països d'Europa que té una sanitat més polaritzada per classe social. El 35% de la població catalana, de renda superior, utilitza els serveis sanitaris privats, mentre que el 65% de la població restant, les classes populars, utilitza la sanitat pública. Aquesta polarització no és bona ni per a les classes més riques ni per a les classes més populars. La privada pot ser millor que la pública en temes molt importants com la privacitat, el confort (un llit per habitació), el major temps de visita, les menors llistes d'espera. Ara bé la pública és en general millor que la privada quant a la qualitat del personal i la infraestructura tècnica. El que es necessita és un sistema únic que tingui el millor del que té ara la privada del que té ara la pública. Aquest sistema multiclassista únic requereix una despesa pública per habitant molt més alta.

¹⁸ **Vicenç Navarro:** La desgravació de l'assegurança privada contribuiria encara més a polaritzar el sistema sanitari més dual que hi ha a la UE, tal com explico en el vot particular del paràgraf anterior.

D'altra banda, sembla paradoxal que en un moment que falten diners públics es faci un subsidi al sector privat: la desgravació és un subsidi públic a l'entitat desgravada.

El problema major d'equitat que té la sanitat catalana és la seva polarització per classe social. La documentació empírica que descriu aquesta situació és sòlida i molt potent. No podem tenir dues catalunyes; de la mateixa manera que no podem tenir dos tipus de sanitat. La desgravació fiscal és contribuir a un sistema sanitari dual per classe social.

Pregunta 3

¹⁹ **Joan Ramon Laporte:** Els responsables en són els dirigents del sistema de salut (polítics i gestors), no els prescriptors ni els usuaris. Convé fer palès que a Catalunya i a Espanya els dirigents del sistema de salut traspassen la seva responsabilitat als professionals. Això crea confusió, desconfiança i malestar entre els professionals. És típic sentir metges que diuen que no entenen per què la mateixa Administració que aprova determinats fàrmacs diu tot seguit als prescriptors que no els usin.

²⁰ **Joan Ramon Laporte:** Les comunitats autònomes no només haurien de participar, sinó que haurien de tenir un pes majoritari en els organismes i procediments per determinar el preu i les modalitats de pagament que el Sistema Nacional de Salut està disposat a pagar per les tecnologies i els medicaments que finança.

²¹ **Josep Maria Via:** Incorporació sistemàtica a tots els salaris d'una part fixa i d'una variable lligada a objectius, excloent-ne el personal al qual (per raons òbvies, o bé perquè els costos administratius d'avaluar-ho no justificassin la mesura), no

tingués sentit aplicar-ho. En qualsevol cas els metges hi quedarien inclosos, de la mateixa manera que el personal amb responsabilitats de gestió.

²² **Josep Maria Via:** Proposo crear aquestes dades amb els registres ja existents, com el CMBD.

²³ **Santiago Marimon:** Aquesta línia no està oberta, més aviat se segueix amb un tradicional triple obscurantisme:

- no fer accessibles les dades sinó sols indicadors elaborats;
- d'aquests no facilitar-ne un accés públic;
- qualificar l'obscurantisme de *condifencialitat*

²⁴ **Joan Ramon Laporte:** Cal obligar a la declaració de conflictes d'interessos dels professionals, i cal prohibir-ne alguns tipus. Per exemple:

1. No és ètic que no s'exigeixi declaració de conflictes d'interessos a tots els professionals que prescriuen i determinen despesa a entitats públiques (i em pregunto si també a les privades).
2. Caldria que en els nous contractes de personal s'afegeixi una clàusula de prohibició de rebre regals de laboratoris o de treballar (com a consultor, com a conferenciant, amb altres funcions) per a un laboratori farmacèutic. Tampoc no s'hauria de permetre que els professionals del sistema de salut assisteixin a congressos amb els costos pagats per la indústria farmacèutica. Si la indústria no permet que els seus treballadors rebin regals de qualsevol proveïdor, per què el sistema de salut ho permet? La manca de regulació de les relacions amb la indústria proveïdora és una de les causes principals d'ineficiència del sistema de salut, a més de causa important de mala pràctica i d'iatrogènia.
3. No és ètic que qui declari que té conflictes d'interessos pugui formar part d'organismes que recomanen o decideixen despesa de determinats productes.
4. No és ètic que professionals amb conflictes d'interessos siguin membres de comitès i comissions que recomanen seleccionar i comprar medicaments i productes sanitaris.
5. No és ètic que les persones amb responsabilitat en centres públics de cap de servei cap amunt treballin simultàniament a entitats i organitzacions (privades) que fan el mateix tipus d'activitat que els centres públics. Això genera un conflicte d'interessos evident.
6. Hauria d'estar prohibit viatjar a càrrec d'empreses farmacèutiques o altres subministradores del sistema de salut, i això hauria de constar als contractes dels professionals.
7. Aquestes limitacions s'haurien d'estendre als professionals "nous prescriptors" (infermers, podòlegs).

²⁵ **Joan Ramon Laporte:** En desacord perquè no concreta quins són els "models" i perquè no diu en quines variables o dimensions s'ha de basar l'avaluació de l'activitat.

²⁶ **Joan Ramon Laporte:** Més que *autonomia* (un concepte que és poc concret i pot amagar la privatització), s'hauria de proposar més *democràcia*, basada en la transparència en el govern, la rendició de comptes i la participació dels professionals en el govern. Una vegada s'hagi democratitzat el funcionament dels centres, una vegada s'hagi enretirat el poder omnímode als gerents imposats des de dalt, es podrà parlar d'altres valors. Parlar d'*autonomia* crea confusió i obre la porta a privatitzar.

²⁷ **Joan Ramon Laporte:** Compra que cal acompanyar de procediments simples i transparents de control i auditoria.

Pregunta 4

²⁸ **Joan Ramon Laporte:** Considero preferible parlar de cost-efectivitat en comptes d'AVAQ. Els AVAQ són només una de les diverses maneres o unitats que s'utilitzen per avaluar l'efectivitat en relació amb el cost.

²⁹ **Josep Maria Via:** Considero que no es pot plantejar cap tipus de copagament –a banda dels esmentats en relació amb el confort i els medicaments- en la mesura que no s'evidenciï de forma explícita la implantació de mesures de millora de l'eficiència i els resultats d'aquestes mesures i, mentre no es resolgui el greuge comparatiu que en matèria de finançament autonòmic pateix Catalunya en relació amb el conjunt d'Espanya.

³⁰ **Santiago Marimon:** Una redistribució del copagament actual en funció de renda hauria de ser, en tot cas, posterior a la supressió de costos innecessaris i disfuncions existents en la introducció, la difusió i la dispensació de medicaments.

³¹ **Vicenç Navarro:** Aquest paràgraf barreja diversos elements de pagaments de l'usuari. Un n'és el famós copagament de l'euro que es presenta com a necessari perquè té un efecte dissuasori davant del que es considera un abús del sistema per part de l'usuari. En realitat, no hi ha evidència que hi ha aquest abús. És cert que el nombre de visites sanitàries per habitant (9) és superior a la mitjana de la UE (6). Però d'aquestes 9 visites, un 30% es deuen a visites de tipus administratiu que en altres països les fa el personal administratiu i l'altre 20% són atencions que en altres països cobreix el personal d'infermeria que estan subutilitzades en el nostre país. Quan es compara el nombre de visites estrictament clíniques, mèdiques, es pot veure que la mitjana de Catalunya és bastant semblant a la de la UE. D'altra banda, l'impacte dissuasori d'un euro per visita és pràcticament inexistent per la majoria de la població. Sí que ho pot ser per a persones amb molt pocs recursos per a les quals aquest euro pot significar una dissuasió que no hauríem d'estimular perquè aquests grups més pobres són els que més necessiten el sistema sanitari. D'aquí que jo estigui en contra del sistema de copagament i, en el cas que es fes, crec fonamental que hi hauria d'haver un límit al pagament d'euros per any, una quantitat accessible per a la gent amb pocs recursos.

L'altre sistema de copagament és el de farmàcia per als pensionistes. Es diu que alguns pensionistes haurien de fer un pagament. Ara bé, jo estic d'acord amb el principi que el copagament s'hauria de fer segons la capacitat que tingui cada ciutadà, però el fet és que en els sistemes universals que cobreixen tota la ciutadania; per definició hi ha persones que tenen més recursos i que tenen els mateixos drets que els altres. La seva aportació la fan a través dels impostos. Eliminar aquesta universalització com a dret de ciutadà i convertir els serveis universals en assistencials (que només els pobres ho tinguin gratuït) disminueix la popularitat d'aquests programes, perquè les classes mitjanes i de rendes superiors es resisteixen a pagar per serveis de què no es beneficien. No crec que la mesura que els pensionistes paguin sigui una mesura encertada. És més, s'ha de recordar que el percentatge de pobresa entre la gent gran és més elevat que entre la població general. Serà, a més, una mesura molt impopular.

El tercer sistema és el sistema de pagament per anar als serveis com odontologia, podologia i altres, que s'haurien d'oferir a la ciutadania a partir de l'expansió de la despesa pública sanitària (resultat d'un augment del impostos). Ara bé, si això no

fos possible, sí que és necessari que el sector públic ofereixi aquests serveis, però regulant els preus d'aquests serveis, prestats dins el sistema públic. Des d'aquest punt de vista sí que afavoreix l'expansió de la despesa privada dins de la pública, incloent-hi despeses de tipus confort dins la pública.

³² **Joan Ramon Laporte:** El concepte de *copagament* descarrega la responsabilitat sobre les ineficiències del sistema de salut en l'usuari. No seria just fer pagar als ciutadans l'activitat assistencial decidida per tercers (JR Repullo. La insoportable levedad del copago. *El País*, 9 de maig de 2009, pàg. 14: "...deberíamos actuar sólo en decisiones de utilización que tomen los propios pacientes, y que básicamente afectan al primer contacto con el sistema sanitario... Hay que tener en cuenta que a partir de este momento son fundamentalmente los médicos los que determinan, indican o prescriben las acciones subsiguientes"). D'altra banda, el fet que la intensitat del copagament depengui de la renda declarada crea desigualtat, perquè és ben sabut que el nivell de frau fiscal augmenta amb el nivell de renda.

Pregunta 5

³³ **Santiago Marimon:** El sistema d'informació unificat no ha de ser un sistema d'indicadors per al CatSalut sinó que ha de tenir una orientació prioritària per aportar dades i informacions als professionals i a la ciutadania, i a les seves relacions personalitzades i, complementàriament, ha de ser útil per al Servei Català de la Salut (no tan sols per a "l'asseguradora CatSalut"), als gestors i als representants polítics, en les seves funcions. Al marge d'aquest model d'informació, per les activitats sanitàries que són alienes al sistema nacional de salut (si és privat no és nacional), el Departament de Salut ha de disposar de mitjans informatius de control per a la protecció de la salut i la seguretat tant de la ciutadania com del sistema de finançament públic.

³⁴ **Joan Ramon Laporte:** Definir els criteris d'avaluació per a la presa de decisions relativa al finançament públic dels medicaments, productes sanitaris i altres tecnologies (redacció alternativa).

³⁵ **Joan Ramon Laporte:** La manera com està redactada aquesta proposta pot fer semblar erròniament que els AVAQ són l'única unitat de mesura vàlida en estudis de cost-efectivitat. Tampoc no queda clar si "els guanys de les intervencions" són els que diuen els assaigs clínics promoguts, realitzats, analitzats i interpretats pels fabricants, o bé si es tracta dels guanys quan les intervencions són usades en la pràctica real. A més, la paraula *codificar* no sembla ser la més adequada en aquest context. Un possible redactat alternatiu: "Avaluar de manera sistemàtica l'eficiència (cost-efectivitat) de les intervencions i les prestacions del sistema de salut en les condicions reals d'ús".

³⁶ **Joan Ramon Laporte:** La qüestió dels conflictes d'interessos no afecta solament l'agència, sinó el conjunt del sistema. No em sembla suficient aquesta proposta: els conflictes d'interessos són inevitables, però segons en quins nivells no tan sols han d'"afloiar" i "ser aclarits" sinó que s'han d'evitar completament.

³⁷ **Joan Ramon Laporte:** En relació amb al paper de l'AIAQ, alguns membres del grup assenyalen la necessitat de potenciar la coordinació i el treball en xarxa amb altres agències d'avaluació a altres comunitats autònomes, per tal de començar a construir una agència d'avaluació d'àmbit estatal, en el marc d'un model quasifederal (redacció alternativa).

³⁸ **Josep Maria Via:** Considero indispensable que el govern i el personal de l'AIAQ, sigui independent del Govern de la Generalitat, el qual no ha d'intervenir ni

directament ni indirectament en la definició de la composició dels responsables i tècnics de l'agència.

³⁹ **Santiago Marimon:** Considero que, en el procés de transformació de l'AATRM a l'AIAQ, i de central de balanços a central de resultats, no s'està generant un model de govern i de relacions amb el sector amb un nivell ètic, de transparència i de protecció dels drets inherents a la informació, que sigui un exemple suficient de qualitat.

Pregunta 6, 7 i 8

^{40_44_47} **Santiago Marimon:** El sistema sanitari de finançament públic té a Catalunya masses components de confusió i contradicció acumulats al llarg dels anys: no configuració segons la LOSC (article 5, 1990, avui vigent), no articulació dels decrets de la xarxa d'utilització pública (pròrrogues anuals des de 1999, ara fins a 2011), utilització de conceptes sense base legal (CatSalut = asseguradora pública), o amb fragmentació legal i al marge de sensibilitats democràtiques i d'interessos (dinàmica públic vs. privat). Darrerament s'han afegit en quatre àmbits més:

1. Model territorial amb
 - a) contradiccions entre el decret per als governs territorials de salut (no transferència de competències, sense pressupost propi) i la verbalització (responsables de la gestió en el territori);
 - b) entre els seus objectius (atenció integrada de proximitat) i el seu dimensionament (majoria per sota de la població raonable per assolir-ho);
 - c) diferències entre el que s'aconsella en l'Informe Vilardell 2005 i la realitat;
 - d) consideració que la proximitat és sempre física i que millor informació vol dir sistemes d'informació cantonals.
2. Model de gestió: confusió entre autogestió, autonomia de gestió (gerencial), autonomia de direcció, gestió clínica.
3. El terme *aliances estratègiques*, emprat tant per qualsevol coordinació plasmada en un document com per camuflar amiguisme, batalles de poder social o formes de desmantellar l'ICS.
4. L'Avantprojecte de decret del SISCAT aprovat pel CatSalut el 23 de novembre passat.

Aquest confusionisme contamina les respostes a les preguntes 6, 7 i 8 i, sobretot, com poden ser interpretades i utilitzades moltes d'aquestes. Per aquest motiu, més que ratificar-les, matisar-les o discrepar-ne, vull expressar les meves reserves explicitant que la reforma pendent més important i més necessària per a la sostenibilitat consisteix a clarificar, a partir de la llei, sense eufemismes i en temes de relacions, responsabilitats i compromisos, què és i què hauria de ser el nostre Sistema Nacional de Salut; el fet que no és -ni pot ser- un mer mercat intervingut i amb finançament públic.

Pregunta 6

⁴¹ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb l'entusiasme que denota la referència a la "potencialitat creativa i de maximització de l'aprofitament de recursos". Massa

sovint ocorre al contrari: duplicitat de recursos i ofertes que determinen malbaratament.

⁴² **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb el foment d'aliances estratègiques sense condicions.

⁴³ **Josep Maria Via:** Una característica positiva i un valor distintiu del model sanitari català ha estat el desenvolupament, sota el principi de l'aprofitament de tots els recursos i infraestructures sanitàries existents, amb independència de la seva titularitat pública o privada (amb o sense ànim de lucre). Des d'aquesta perspectiva, tenint en compte que a l'hora de fomentar una aliança estratègica, s'han de complir els requisits expressats pel GTR, cal incentivar i promoure les aliances estratègiques prestant atenció a les fórmules jurídiques emprades, de manera que s'eviti l'actual intervencionisme creixent dels òrgans administratius clàssics (Intervenció General de la Generalitat, Sindicatura de Comptes, Tribunal de Comptes...). Evitar l'intervencionisme no significa que aquests òrgans no exerceixin raonablement les seves responsabilitats de control sobre l'assignació i l'ús dels recursos públics; vol dir que deixin d'actuar com ho estan fent en l'actualitat en, per exemple, els consorcis sanitaris, en els quals impossibiliten *de facto* l'autonomia de gestió, requisit indispensable, desitjable i característic del model sanitari català.

Pel que fa als consorcis sanitaris (no deixen de ser una forma d'aliança estratègica), penso que cal considerar la desaparició dels representants de la Generalitat dels òrgans de govern dels consorcis. En primer lloc, perquè la separació de funcions entre comprador i proveïdor sigui real (que no ho és) i, en segon lloc, per evitar l'intervencionisme esmentat.

Pregunta 7

⁴⁵ **Joan Ramon Laporte:** Incorporar al model els valors com la participació, la proximitat, la descentralització, la transparència i la rendició de comptes dels gestors, la confiança, la integració i l'autonomia (redacció alternativa).

⁴⁶ **Josep Maria Via:** En relació amb els GTS proposo que el Departament de Salut presenti en el Parlament en un termini raonable (3 o 5 anys), una avaluació que posés de manifest els avantatges derivats del model esmentat, l'increment de costos que eventualment es pugui suposar i els beneficis (o inconvenients) derivats d'aquest sobrecost.

Pregunta 8

⁴⁸ **Joan Viñas:** Addicionalment, proposo la constitució d'una comissió mixta entre el departament responsable d'Universitats i el de Salut per tractar dels temes relacionats entre els estudis universitaris i el sistema sanitari, com ara la formació de professionals de la salut, el nombre necessari de professionals, així com l'accés i la formació dels MIR, la formació contínua i la necessitat d'exàmens específics d'accés per facilitar l'entrada a estudiants del territori, ja que és més probable que hi restin posteriorment.

⁴⁹ **Joan Ramon Laporte:** El terme *nou professionalisme* és confús.

⁵⁰ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb aquest tipus de plantejament. La paraula *autonomia* és sovint un eufemisme emprat per fer referència a la privatització.

⁵¹ **Joan Ramon Laporte:** La gestió clínica no és el mateix que l'autonomia de gestió. Gestió clínica significa que l'organització, l'estructura, procediments, cadena de comandaments i altres són orientats principalment a donar suport a la feina del clínic (per exemple, oferir-li sistemes d'informació de qualitat, estructura informàtica de qualitat, procediments que alleugereixin l'activitat per tal que es pugui concentrar en els casos més complexos, etc.). *Autonomia* és un concepte menys precís que fa referència a la llibertat que té el professional de salut per prendre decisions. Proposta: "prioritzar la gestió clínica a l'hora de definir l'estructura, el govern, els procediments i les activitats dels centres i dels seus professionals".

⁵² **Joan Ramon Laporte:** Revisar els mecanismes no democràtics de nomenament, govern i control del govern dels centres (a càrrec dels seus professionals). Potenciar els valors democràtics de la transparència i la rendició de comptes dels directors dels centres assistencials.

⁵³ **Joan Ramon Laporte:** Propostes addicionals:

No acreditar les activitats de formació continuada promogudes o finançades per empreses subministradores del sistema de salut, com companyies farmacèutiques, de productes sanitaris i de tecnologia mèdica.

Prohibir l'activitat de promoció comercial de medicaments, productes sanitaris i tecnologia mèdica als centres de salut i oferir formació continuada sobre les innovacions diagnòstiques.

Pregunta 9

⁵⁴ **Santiago Marimon:** En aquestes propostes, en referir-se a *centres* o a *organitzacions proveïdores* abunden els termes *cada* o *totes*. Crec inadequat aquest caràcter absolut, per a tothom. Forçar a fer recerca els qui no tenen interès, dimensió –o potser capacitat– pot ser devaluador de la recerca. No és tampoc positiu confondre *recerca* amb altres activitats que sí que han de fer tots els equips: autoformació continuada, autoavaluació de qualitat.

⁵⁵ **Vicenç Navarro:** Crec que aquest capítol no només s'hauria d'incloure en la recerca dels estils de vida, sinó també en els determinants socials, econòmics, polítics i culturals de la salut, que tenen una enorme importància a l'hora de configurar la salut i qualitat de vida de la ciutadania. També incloure salut pública, que és d'una enorme importància a l'hora de determinar la salut.

⁵⁶ **Santiago Marimon:** En la relació transparència–fonts de recerca, el problema més gran està en la manca de transparència pública de la recerca finançada privadament a centres del SISCAT.

⁵⁷ **Joan Ramon Laporte:** La rendició de comptes de l'activitat de recerca també s'hauria de produir quan la recerca estigui finançada amb recursos privats. El fet que els professionals pagats per una institució pública dediquin el seu temps a estudiar i desenvolupar nous medicaments per a la indústria farmacèutica (una activitat molt estesa) és un greu malbaratament per al sistema de salut. (Convé recordar que els nous medicaments i tecnologies no són necessàriament innovadors, perquè la legislació europea preveu l'aprovació només si són superiors a placebo o a no cap intervenció, i no obliga a comparar-los amb els medicaments i productes sanitaris ja disponibles.)

⁵⁸ **Joan Ramon Laporte:** Desacord amb la mesura. Tothom demana incentius fiscals: per què n'hauria de tenir la recerca i no n'hauria de tenir, per exemple, la formació continuada?

⁵⁹ **Vicenç Navarro:** Protegir els pacients i els professionals de les possibles influències i interferències d'interessos comercials en la pràctica mèdica i en l'atenció sanitària. Incrementar la transparència en les transaccions d'una banda, limitar l'accés dels interessos comercials als professionals i garantir-ne la integritat i la independència, i d'altra banda no permetre que professionals del sector complementin els seus ingressos a partir de les seves relacions amb els sectors comercials del sector sanitari.

Hi ha gran quantitat d'evidència que la relació entre grups empresarials amb ànim de lucre i els professionals sanitaris (així com administradors i gerents del sistema) interfereixen en la bona pràctica mèdica (fent prevaldre l'ànim de lucre sobre les necessitats del pacient), cosa que ha determinat que molts països s'hagin establert lleis que permetin garantir la integritat professional i la qualitat dels serveis.

Pregunta 10

⁶⁰ **Vicenç Navarro:** Establir, en col·laboració amb les comunitats autònomes, el sistema d'informació estatal que ofereix el marc en què encaixi la informació proveïda per les comunitats autònomes en termes que siguin comparables. La situació quant al sistema d'informació de l'Estat és molt deficient i en part es deu a la manca de lideratge del govern central que no ha ofert el marc en què els sistemes autonòmics es puguin comparar.

⁶¹ **Joan Ramon Laporte:** No subscric la necessitat d'un pacte sense contingut; per tant no puc subscriure una proposta poc específica com aquesta.

⁶² **Santiago Marimon:** Proposta d'un redactat alternatiu: "Assolir un pacte sanitari que doni resposta a reformes del sistema que afecten el govern de totes les comunitats autònomes i interessos econòmics i socials no menyspreables".

⁶³ **Joan Ramon Laporte:** La formulació d'aquesta proposta és massa inespecífica.

Pregunta 11

⁶⁴ **Josep Maria Via:** Pensant en el personal administratiu i funcionari del sistema, crec que caldria recomanar –al conjunt d'administracions públiques- una reducció radical de personal. Evidentment, més enllà de la supressió d'algun dels escassos contractes laborals, caldria procedir per la via de la congelació de plantilles. Si quan governava CiU ja em semblava exagerada la nòmina de personal de la Generalitat, el creixement que s'ha produït en els últims anys sobrepassa la meua capacitat d'anàlisi racional. La meua experiència com a director general a Sanitat (1991-1994) i com a secretari del Govern de la Generalitat (1997-2000), em van portar a la conclusió que per assumir correctament les funcions d'aquelles àrees en tenia prou amb el 40% del personal total que tenia.