

**Document del Grup de treball
per a la racionalització i el finançament
de la despesa sanitària**

3 de febrer de 2005

Document del Grup de treball per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària

0. Introducció

La salut és l'element de la vida més apreciat pel ciutadans. La sanitat és, a més a més, una de les polítiques públiques que els ciutadans consideren que haurien de ser prioritàries per al Govern¹ i és, en general, ben valorada i prestadora d'un servei de qualitat.

Malgrat això, el nostre sistema sanitari té algunes debilitats, en part relatives a la composició i gestió concreta de la despesa, però també, i sobretot, per un finançament insuficient per fer front a una despesa que creix molt més ràpidament que el conjunt dels ingressos de la sanitat, la qual cosa dificulta prestar un servei de gran importància per al benestar dels ciutadans.

Un conjunt de factors influeix significativament en l'evolució de la despesa sanitària, com l'evolució de les prestacions sanitàries amb cobertura pública, l'evolució demogràfica, els avenços tecnològics (amb noves tècniques diagnòstiques i terapèutiques més cares), l'aparició de noves patologies i el desenvolupament socioeconòmic, que genera una demanda superior al ritme de creixement de la seva renda, de més qualitat i confort. Val a dir que el problema de la sostenibilitat econòmica de la sanitat presenta causes similars a tots els països occidentals.

En aquest marc el Govern de la Generalitat de Catalunya, i concretament el Departament de Salut i el d'Economia i Finances, amb l'objectiu de promoure la sostenibilitat del sistema sanitari de finançament públic, van decidir impulsar, conjuntament, un Grup de treball per a l'adopció de mesures per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària, ja que la situació deficitària del sistema sanitari es podria veure agreujada si no s'apliquen mesures de correcció.

L'objectiu fonamental d'aquest Grup de treball és l'anàlisi de la situació financera del sector sanitari català i en especial l'evolució i situació de la seva despesa, per tal de proposar les mesures correctores que siguin necessàries per a la seva racionalització, així com revisar el model de finançament de la sanitat pública i presentar alternatives a la racionalització de la despesa.

¹ Vegeu l'*Estudi sobre la percepció ciutadana de les polítiques públiques executades pel Govern de Catalunya*, realitzat per la Secretaria del Govern de la Generalitat de Catalunya.

El membres del Grup de treball són: el Sr. Miquel Vilardell Tarrés (president), la Sra. Anna Cabré i Pla, el Sr. Julián García Vargas, el Sr. Eduardo Jaurrieta Mas, el Sr. Joan-Ramon Laporte i Roselló, el Sr. Guillem López i Casanovas, el Sr. Santiago Marimon Suñol, el Sr. Gabriel Masfurroll Lacambra, el Sr. Jordi Mercader i Miró, el Sr. Vicenç Navarro López, el Sr. Adolfo Todó Rovira, el Sr. Josep M. Via i Redons i el Sr. Joan Viñas i Salas.

El document que presentem a continuació és resultat dels treballs d'aquesta comissió. Aquests treballs inclouen el recull de les aportacions fetes per la major part dels agents que interactuen en el sector sanitari (usuaris/pacients, administracions, proveïdors, treballadors, etc.), ja que hem considerat que, de fet, són ells també els qui poden garantir la sostenibilitat econòmica del sistema, altrament prou apreciat per la ciutadania i motor, en part, de l'activitat econòmica del país, atès que és un important sector productiu.

Aquest document s'estructura en dos blocs (de mesures): primer, més finançament; segon, la millora de la qualitat i l'eficiència del sistema. Tot i l'ordre en la presentació, el Grup de treball vol subratllar que els dos blocs són igualment importants: cal millorar el finançament sanitari, alhora que cal gestionar millor els recursos que la societat posa a disposició del sistema sanitari. Creiem que, sense reformes substancials en el sistema sanitari, un increment del finançament podria tenir poc impacte per millorar-ne la qualitat i l'eficiència.

El contingut d'aquest informe mereix unes puntualitzacions:

- 1) En la nostra cultura, el sistema de salut promou l'equitat i en darrer terme la cohesió social. La seva importància és altament valorada pels ciutadans. La millora i optimització del seu finançament i la seva eficiència només són una part de la sempre necessària revisió i millora del conjunt del sector públic. El repte de la reforma del sector salut és també una oportunitat per a la reforma del conjunt del sector públic.
- 2) Per millorar la qualitat i l'eficiència del conjunt del sistema de salut, calen més recursos. No obstant això, si s'incrementessin els recursos sense corregir les ineficiències, es continuaria alimentant aquestes darreres. Per tant, qualsevol millora del finançament ha d'anar acompanyada de la millora de l'eficiència dels processos corresponents.
- 3) El sistema de salut té molt camí per recórrer per millorar l'eficiència. Això requereix aplicar les mesures adequades. Per desenvolupar-les, és essencial generar la coresponsabilització dels seus agents. Algunes de les mesures que es proposen poden afectar els interessos de sectors determinats, i generar controvèrsia. No obstant això, la responsabilitat última de la millora de la qualitat i l'eficiència del sistema és de les autoritats polítiques, les quals han de generar la confiança i el suport socials necessaris per aplicar-les.

BLOC I: MILLORA DEL FINANÇAMENT

Justificació de les necessitats financeres

El passat mes de maig, l'Informe economicofinancer del Departament d'Economia i Finances sobre l'estat de les finances de la Generalitat el 31 de desembre de 2003 va donar a conèixer, entre altres, les dades següents:

La despesa desplaçada, que inclou la despesa sanitària pública incorreguda, era, a 31 de desembre de 2003, de 2.175 milions d'euros (M€). Aquesta despesa resulta de sumar els dèficits del Departament de Salut – 6,5 M€ –, el CatSalut – 2.062 M€ – i l'Institut Català de la Salut – 107 M€. Aquesta despesa no inclou, però, ni les xifres del sector concertat, amb pèrdues acumulades de 564 M€, ni les inversions necessàries per recapitalitzar l'ICS (820 M€). Si suméssim aquestes dues xifres a la despesa desplaçada (2.175 M€), la necessitat de finançament total seria de 3.559 M€.

D'altra banda, existeix el dèficit del pressupost anual, dèficit corrent, la quantitat del qual hem considerat que és, per a la sanitat, d'uns 500 M€.

En aquest informe no tractarem la despesa desplaçada perquè considerem que la seva resolució s'insereix en el temps en la millora del finançament general i l'absorció del deute per les finances de la mateixa Generalitat. Tractarem el dèficit corrent més el diferencial que resulta del subfinançament de la sanitat, per sota del nivell que li correspon per la riquesa que Catalunya té i les aspiracions ciutadanes a un millor benestar social.

En concret, l'Informe al·ludit del Departament d'Economia i Finances feia evident la necessitat d'injectar un finançament addicional (Bloc de mesures I) per fer front, en primer lloc, als nivells reals de despesa -dèficit del pressupost anual- que assumeix ja avui la Generalitat de Catalunya en el funcionament ordinari dels serveis sanitaris proveïts al nostre país. Per tant, més que "fons addicionals" els podríem anomenar "fons d'equilibri", ja que no finançaran noves vies de despesa, sinó les ja existents.

El Grup de treball considera que aquest finançament addicional per cobrir el dèficit existent hauria de provenir, bàsicament, de dues fonts: la primera, una millora substancial del finançament autonòmic, que no és possible sense el concurs decisiu de l'Estat; i la segona, una millora de l'eficiència del sistema sanitari públic.

Hem treballat des del supòsit d'un dèficit del pressupost anual corrent d'entre 400 i 600 M€ (xifra de referència: 500). Es proposen, en primer lloc, mesures financeres a curt termini per resoldre el dèficit corrent, per tal d'evitar un deteriorament més gran de la situació actual.

Finançament per a la suficiència del sistema, sobre la despesa actual ja observada

El dèficit sanitari anual és comú a totes les comunitats autònomes, bé que la seva magnitud difereix d'una a l'altra per diversos motius. El Grup de treball considera que la millora del finançament hauria de provenir bàsicament d'una més important aportació de l'Estat, amb el compromís que aquesta es destinarà primordialment a sanitat i a la despesa social en general, combinada amb una redistribució dels recursos propis i una decidida millora de l'eficiència derivada de les accions proposades en el segon apartat de l'informe. Per millorar el finançament de la sanitat i evitar el desfasament crònic que es produeix entre els recursos disponibles per al seu finançament i les necessitats derivades de la despesa sanitària serà, per tant, necessari, d'una banda incrementar els recursos públics destinats a la salut i, de l'altra, millorar l'eficiència en la seva gestió. Des d'aquesta orientació es proposen les mesures següents:

A- Mesures relacionades amb la correcta aplicació de l'actual sistema que suposen ajustaments concrets: **(i)** increment i millor redistribució del Fons de Cohesió Social (pacients desplaçats d'altres comunitats autònomes), que incloguin tant els ajustaments derivats de l'atenció especialitzada com els derivats de l'atenció primària amb un saldo addicional positiu quantificat pel mateix CatSalut (Servei Català de la Salut) en 38 M€ **(ii)** compensació adequada de despeses provocades pels canvis demogràfics, vist que el sistema actual de registre de canvis poblacionals sembla inadequat, perquè la clàusula de revisió davant un diferencial de creixement demogràfic d'una comunitat autònoma respecte de la mitjana, d'un 3% anual, sembla excessiva, i en especial del consum de serveis per part d'estrangers, amb una xifra aproximada de 260 M€.

B- Mesures a desplegar dins del marc de l'actual sistema de finançament autonòmic. En aquests moments s'està elaborant un nou marc de finançament autonòmic, que hauria d'oferir una solució estable i sostenible per a aquesta problemàtica. Tanmateix, l'actual marc permetria provisionalment l'adopció d'un conjunt de mesures que donessin una suficiència més gran a la hisenda de la Generalitat. En aquest sentit caldria:

- Examinar la possibilitat de: 1) revisar a l'alça els actuals percentatges de participació en els diferents impostos, una part dels rendiments dels quals correspon a la Generalitat (IRPF, IVA, impostos especials sobre el tabac i l'alcohol); 2) augmentar, encara que sigui de manera gradual, els tipus impositius d'aquests tributs. Naturalment, també es podria estudiar qualsevol combinació acceptable d'aquestes dues mesures. La decisió sobre quina d'aquestes dues alternatives és preferible i quins són els impostos més apropiats entra fonamentalment en un terreny sobre el qual no li correspon pronunciar-se a aquest Grup de treball .
- Tanmateix, el Grup de treball desitja manifestar que l'impost especial sobre el tabac pot ser especialment apropiat per al finançament de la sanitat. És per aquest motiu que es podria examinar de forma preferent un increment d'aquest impost.

En concret, cal tenir en compte que: la cessió del 50% (avui un 40%) de la recaptació estatal per **l'impost sobre el tabac** significaria una quantitat addicional de 106 M€. Si aquesta participació més gran es referís a un increment del tipus general per al conjunt de l'Estat d'un 10%, es podria assolir la xifra de 160 M€. Si no es modifiqués el percentatge (de 40 a 50%), però sí la recaptació fiscal (en un 10%), la xifra seria tan sols de 54 M€.

Som conscients que un increment d'un 10% de la recaptació requereix un increment del tipus clarament superior a aquest percentatge, perquè l'increment de preus dona lloc a una reducció del consum. L'increment dels impostos sobre el tabac també és una mesura salubrista encaminada a reduir una de les epidèmies més importants del nostre temps². Eventualment, caldria considerar si aquests mateixos arguments són també aplicables per al cas de l'alcohol.

C- Altres mesures que ajudarien a donar un marge de suficiència financera a les propostes anteriors serien la millora de l'eficiència del sistema sanitari per l'aplicació de les mesures que es descriuen al segon apartat d'aquest document. El conjunt d'aquestes mesures permetria alliberar recursos per aplicar al mateix sistema, amb criteris de major racionalitat.

Aquesta redistribució de la despesa, combinada amb els ingressos procedents de la millora del finançament autonòmic, hauria de permetre assolir la suficiència financera del sistema en relació amb la despesa actual observada.

² L'evidència internacional prova clarament que un augment substancial del preu del tabac (avui un dels més baixos a Europa) en redueix el consum, sobretot entre els joves. També creiem que aquests diners han d'anar a sanitat, i per tant a les comunitats autònomes responsables dels serveis sanitaris i de salut pública que gestionen els problemes creats pel tabaquisme.

Finançament addicional a mitjà i a llarg termini que faci possible l'aspiració a equiparar els nivells de despesa respecte del PIB de Catalunya a altres regions o països de renda per càpita i característiques similars a les nostres

Efectivament, existeix un diferencial important entre la despesa pública sanitària a Catalunya i la dels països o regions que tenen un nivell de desenvolupament econòmic i social similar al de Catalunya, i a la vegada el Govern ha manifestat la seva voluntat de “millorar el finançament de la sanitat i equiparar el percentatge de finançament sanitari respecte al PIB d'altres regions o països de renda per càpita i característiques similars a Catalunya en un període de 8 anys”.

En la valoració d'aquest diferencial, el primer pas és calcular la despesa pública sanitària de la Generalitat, així com la despesa pública sanitària total a Catalunya, com a percentatge del PIB català. Al quadre annex (quadre 1), s'hi mostra l'evolució de diverses variables des de 1996 fins a 2003:

- pressupost global de la despesa pública sanitària del Govern de la Generalitat (Dept. Salut / CatSalut / ICS –Institut Català de la Salut–),
- PIB de Catalunya,
- finançament sanitari públic total a Catalunya (Generalitat, més despesa pública sanitària de diputacions, ajuntaments i altres agències públiques), i
- percentatge que el finançament públic total representa sobre el PIB a Catalunya. L'any 2003, el finançament públic sanitari a Catalunya va representar el 4,8% del PIB, del qual la despesa pública sanitària de la Generalitat de Catalunya va ser un 86,2%. El Govern de la Generalitat de Catalunya és, doncs, qui finança la major part de la sanitat pública catalana.

Amb la finalitat d'assolir l'objectiu de convergir amb regions i països de nivell de riquesa i característiques similars a Catalunya en un període de 8 anys, considerem que durant aquest període i de manera gradual i progressiva s'haurien d'assignar nous fons addicionals a la sanitat pública, procedents de dues vies fonamentals: per una banda, de la millora del finançament de la Generalitat, cosa que hauria de significar una reducció de l'actual dèficit fiscal de Catalunya amb l'Estat; per altra banda, del conjunt dels recursos públics destinats a la sanitat, cosa que pot haver de suposar un increment gradual de la càrrega fiscal, per tal d'apropar-nos també en aquest aspecte a aquells països amb els quals volem convergir en nivell de serveis de salut.

Aquest increment gradual de la pressió fiscal a Espanya, i també a Catalunya, hauria d'estar condicionat en el cas de Catalunya al reconeixement per part de l'Estat central de l'esforç fiscal més gran a Catalunya, corregint el dèficit fiscal amb més recursos per a la sanitat.

És clar que increment de pressió fiscal i reducció del dèficit fiscal Catalunya-Estat poden ser considerats financerament compartiments permeables -substitutius i/o complementaris-, ja que comparteixen ambdós un component d'esforç fiscal relatiu dels ciutadans de Catalunya, que cal valorar en comparació al que fan altres ciutadans de l'Estat espanyol (que cal corregir).

Per altra banda, sembla lògic que qualsevol esforç fiscal addicional ha d'anar acompanyat de proves fefaents d'assoliments en la millora de l'eficiència, amb reducció contrastada de les tendències observades en algunes partides de despesa, tal com s'esmenta en la segona part de l'Informe.

Altres mesures: recursos derivats, a mitjà i llarg termini, de les mesures de millora de l'eficiència del sistema sanitari proposades en el segon apartat d'aquest document, aplicats al mateix sistema amb criteris de més racionalitat, fet que obliga a prioritzar decididament l'aplicació i la determinació concreta d'un calendari per al seu endegament.

Aquesta redistribució de la despesa, combinada amb els ingressos procedents de les mesures anteriorment esmentades, hauria de permetre situar la despesa sanitària de Catalunya a un nivell comparable al de regions i països de renda per càpita semblant i característiques similars³. Els canvis per assolir aquest objectiu s'haurien d'aplicar de manera gradual, garantint que el creixement de la despesa pública sanitària a Catalunya sigui (com a mitjana anual) per sobre del creixement del PIB, durant aquestes dues legislatures. És així com podrem assolir l'objectiu de convergir amb Europa.

³ Segons estimacions, el dèficit existent, en termes de despesa pública sanitària, entre Catalunya i aquests països es situaria al voltant de 2.500 M€.

BLOC II: MILLORA DE LA QUALITAT I DE L'EFICIÈNCIA

L'objectiu de les consideracions i recomanacions d'aquest capítol és contribuir a millorar la qualitat i l'eficiència del sistema de salut, com a instrument de cohesió social basat en el coneixement, que vetlla per la salut de la població i promou el respecte dels drets dels ciutadans, la seva dignitat i la seva participació social, amb un compromís de qualitat. La millora real de l'eficiència ha de ser compatible amb mantenir els estàndards de qualitat exigibles. Per tal d'assolir el compromís de millora de la qualitat i l'eficiència, és imprescindible dotar els professionals dels instruments i condicions de treball necessaris per tal que es coresponsabilitzin amb els valors i els objectius del sistema de salut.

L'anàlisi de l'estructura organitzativa i el funcionament del sistema sanitari català ens porten a concloure que hi ha espais importants per a la millora de l'eficiència i la qualitat. Per tant, seria poc coherent plantejar la millora del finançament del sistema sanitari públic des de la perspectiva exclusiva d'incrementar els recursos.

La qualitat, l'equitat, l'eficiència i el coneixement – han de ser els criteris bàsics que han de presidir una política de racionalització de la despesa sanitària pública.

a) L'organització

1. Informació i transparència

Els costos de la prestació dels serveis vénen condicionats, entre d'altres, per l'organització del sistema. El sector públic hauria de ser un exemple de bon govern, és a dir de transparència, informació i rendició de comptes en tots els seus àmbits.

Això vol dir dotar-se d'una organització que produeixi informació sobre la seva activitat i que n'avaluï els resultats, en forma de bases de dades sobre plans estratègics i indicadors d'activitat i resultats. Aquesta informació ha de ser transparent, és a dir, accessible, creïble i fàcilment interpretable. L'avaluació dels processos i resultats de l'activitat s'ha de basar en els objectius i el seu calendari, la identificació dels èxits i la dels fracassos i mals funcionaments, i la seva correcció.

El bon govern implica publicar de manera periòdica i en temps real els resultats obtinguts per cada òrgan de responsabilitat en funció del seu pla estratègic, així com la voluntat política de basar les seves decisions en el coneixement, tot garantint la participació dels agents socials implicats.

Amb aquests criteris es proposa:

- 1.1. Incrementar i/o introduir més transparència en les activitats del conjunt del sistema, tant en l'àmbit estrictament sanitari com en l'organitzatiu i econòmic, fent que la informació sanitària sigui accessible als usuaris i als professionals, portant a terme una política de plena transparència en les dades econòmiques, d'activitats i de relacions contractuals entre els agents del sistema sanitari de finançament públic, que s'haurà d'instrumentar mitjançant les mesures següents:
 - Facilitar l'accés públic als registres de contractes, convenis i acords d'implicació econòmica.
 - Garantir l'accés públic a les dades de diferents registres existents o que s'estableixin: Central de balanços, CMBD -conjunt mínim bàsic de dades- (no identificables individualment), EESRI -Estadística d'establiments sanitaris amb règim d'internat-, "compra" de serveis, tant dels propis com dels concertats, llistes d'espera, etc.
 - Publicar a Internet els indicadors d'utilització, qualitat i eficiència de cada institució.
 - Caracteritzar de manera precisa les dades contingudes en els registres d'accés públic per tal de garantir la qualitat de la informació i del seu ús.
 - Utilitzar la normativa associada al Departament d'Economia i Finances per a la creació d'una norma de transparència econòmica equivalent a les de la Direcció General d'Assegurances: comptabilitat, solvència, comissió d'auditoria, comissió de retribucions i normativa d'incompatibilitats.
- 1.2. Formalitzar una estratègia des del Departament de Salut per a una millor i més intensiva utilització dels sistemes i tecnologies de la informació i les comunicacions.
- 1.3. Elaborar i implantar un pla de sistemes coherent, racional i adequat que, a més de permetre assolir els objectius proposats en aquest informe, entre d'altres, permeti l'increment del coneixement i la cultura de la salut dels ciutadans i faciliti la utilització racional dels serveis de salut.
- 1.4. Establir una Agència d'Informació del Sistema de Salut, amb continguts que s'aniran desenvolupant progressivament; que tindrà per objectiu genèric la promoció de l'ús, de la qualitat, de l'accés i del tractament de la informació; i que, entre altres, exercirà les funcions de Central de resultats i de control de gestió dins d'una política de transparència orientada a resultats.

Aquesta Agència d'Informació del Sistema de Salut dependrà del Departament de Salut, si bé, per assegurar la qualitat de la informació, es dotarà dels oportuns sistemes d'auditoria i de comissions d'experts⁴ independents que en puguin comprovar la tasca.

2. Un nou model organitzatiu i de gestió

Un nou model organitzatiu i de gestió de la sanitat catalana de finançament públic descentralitzat i basat en el territori representaria indubtables avantatges respecte al model actual. Entre els avantatges més significatius cal esmentar: la proximitat de les decisions al ciutadà, el qual ha de ser el centre del sistema, de manera que pugui controlar-lo i involucrar-s'hi millor. Altres avantatges potencials són més agilitat per a les decisions de millora de la qualitat; la possibilitat d'aplicar els criteris de subsidiarietat i substituïbilitat, que la prevenció i l'assistència es prestin on i per qui aporta la millor relació entre beneficis en salut i cost econòmic, dins d'una efectiva assistència continuada i integral, i més capacitat per reduir les diferències en la variabilitat de la pràctica clínica, quan són poc raonables.

Cal preservar-se dels possibles perills d'aquest nou model territorial, com són: la materialització del model en formes que resultessin encara més confuses i/o menys equitatives que la situació actual; l'articulació inadequada dels nivells assistencials i/o la redundància de serveis; un increment innecessari dels costos d'intermediació directiva; la interferència d'interessos localistes, molt legítims però que puguin ser aliens als objectius d'eficiència en els serveis de salut; una dilució de responsabilitats i en concret de la responsabilitat que per l'Estatut té el Govern respecte als serveis de salut i el descontrol, la manca de sinergies o noves formes de centrifugació de dèficits com a resultat de la descentralització.

- 2.1. Per optimitzar els avantatges i minimitzar els riscos, es considera que s'haurien d'aplicar les següents mesures per a un model organitzatiu i de gestió:
 - L'establiment d'unes regles del joc ben definides i articulades respecte a les competències i responsabilitats de les instàncies centrals, dels òrgans de govern dels territoris i dels centres i institucions sanitàries de cada territori, així com dels seus respectius òrgans de govern.
 - Que el model generalitzi un sistema de control que permeti la rendició de comptes mínima i associada a: balanços, comptes de resultats, quadres d'origen i aplicació de recursos, comptabilitat analítica, control de gestió i gestió corporativa.
 - La diferenciació entre els centres de la XUP (Xarxa d'Utilització Pública) del territori dependents dels òrgans de govern territorial i d'altres serveis que aquests puguin contractar ocasionalment.

⁴ En alguns apartats del document s'utilitza el terme "Agència" sense cap significat concret, jurídic ni orgànic, sols com a proposta d'organisme per assumir determinades funcions dins del sistema.

- La definició de les interrelacions dels òrgans de govern dels territoris, tant entre ells com respecte als serveis terciaris i especialitzats d'àmbit supraterritorial.
- La ràpida implantació del nou model per tal que englobi tots els agents.
- 2.2. L'assumpció, per part dels òrgans de govern dels territoris, del que estableix la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) en els articles 5 i 6 i en la disposició transitòria segona, apartat 4t⁵.
- 2.3. La vinculació d'un model d'aquest tipus associat a un Pla estratègic que permeti avaluar resultats i corregir desviacions en l'assignació de recursos.
- 2.4. L'establiment d'un programa econòmic per assolir l'equitat en l'assignació pressupostària als territoris, en uns terminis fixats, mitjançant una única fórmula de càpita ponderada per variables objectives i, com a mínim, segons estructures d'edat, renda i concentració poblacional. Aquest programa haurà de corregir els dèficits i desequilibris històrics.
- 2.5. El dimensionament òptim dels territoris per un adequat equilibri entre proximitat i capacitat de gestió eficient i de coordinació i substituïbilitat entre serveis. Estudis fets en altres indrets poden ser útils pel que fa al cas.
- 2.6. El foment del diàleg i la revisió de les relacions entre especialistes i metges de família per adaptar-les als nous reptes assistencials.

3. Un model per a la coresponsabilització

Des de la perspectiva de l'eficiència i de la sostenibilitat del sistema, el nou model organitzatiu de base territorial ha d'avançar, tant o més que en la descentralització, en la coresponsabilització. En tot cas, és oportú que la descentralització serveixi per a una millor coresponsabilització de tots els actors implicats. En aquest sentit, i dins d'un marc de plena transparència, serien instruments adequats els següents:

- 3.1. L'establiment d'un pressupost anual de la XUP de cada territori amb informació d'aquest, de la seva liquidació i de la memòria anual, tant al Parlament de Catalunya com en els plens municipals del territori, auditat sempre per la Sindicatura de Comptes.

⁵ Vegeu Annex.

- 3.2. La rendició pública per part de cada territori dels comptes de la despesa i de les activitats, com a mínim dos cops a l'any i trimestral de tots els centres.
- 3.3. L'establiment de mecanismes d'intervenció directa dels òrgans de govern del territori en els centres i institucions sanitàries de la XUP del seu territori, en casos de mancances significatives en els objectius de qualitat i/o pressupostaris.
- 3.4. La implantació d'incentius col·lectius als professionals del territori, vinculats als complimentes d'objectius de salut i pressupostaris.
- 3.5. La implantació de canals de participació directa i efectiva de la ciutadania, p. ex. consells participatius de salut.

4. Un sistema sanitari gestionat

És oportú que el conjunt de la sanitat de finançament públic es doti d'un model organitzatiu que incorpori els serveis corporatius com a elements d'assessorament, control i maximització de sinergies, i que permeti el creixement i la millora dels nivells d'assignació de recursos econòmics i de la seva productivitat a través de les sinergies possibles en la compra i en la utilització dels actius més costosos i el seu manteniment.

El suport polític a una estructura orgànica d'aquesta categoria exigeix professionals de primer nivell compensats en termes de mercat, que creguin des de la cúpula organitzativa en el projecte i se sentin refermats davant les dificultats pel poder polític i comptin amb el necessari calendari per portar-ho a terme.

Aquestes conviccions són les que permetrien transmetre les polítiques i mesures associades als professionals i la pràctica mèdica, a la recerca, a la prestació farmacèutica, impulsant i realimentant la utilització de la informació i les conseqüències de l'avaluació de resultats amb objectivitat.

L'aplicació dels criteris aquí exposats requerirà algunes reformes en el CatSalut i en l'ICS, però potser també en alguns centres de la XUP i en les seves relacions:

- 4.1. És oportú que el Departament de Salut, bé directament o indirectament a través del Servei Català de la Salut, i si fos oportú de l'ICS, assumeixi la gestió del sistema i desenvolupi i exerceixi les funcions pròpies d'una autèntica "Gestió corporativa", actuant en diverses àrees:

- En la de compres i logística: informant estàndards de cost per a la compra de serveis i assessorant, analitzant i de vegades agrupant compres de farmàcia, manteniment, energia, serveis logístics, etc.
 - En l'àrea d'inversions: analitzant, assessorant i de vegades agrupant i comprant equipaments, infraestructures i informàtica.
 - En l'àrea de recursos humans: analitzant el comportament i la gestió dels recursos humans; assessorant en les pautes de remuneracions, promocions i mobilitat; potenciant i transferint les millors pràctiques; cercant, nodrint i assignant fons econòmics per a la formació i valorant-ne el rendiment.
 - En l'àrea de R+D+i (recerca, docència i innovació): buscant i assignant fons; coordinant plans estratègics de R+D+i; i valorant-ne els resultats.
 - En l'àrea de la informació i l'anàlisi: unificant, utilitzant i refinant tota la informació; valorant i estudiant indicadors; realitzant *benchmarking* en totes les àrees; fent de centre neuràlgic per a l'explotació, l'anàlisi i la difusió de la informació associada a la utilització de la targeta sanitària i als protocols.
 - En l'àrea del planejament estratègic: actuant *de facto* de serveis d'estudis del Departament de Salut per a l'elaboració i l'anàlisi del Pla estratègic que ha de respondre al Pla de salut.
- 4.2. Tots els centres, serveis i establiments sanitaris han d'estar dotats de suficient autonomia de gestió i d'adequats instruments de gestió per fer-la efectiva, tinguin o no independència jurídica.
 - 4.3. Les institucions d'assistència sanitària de dependència pública (actualment ICS, consorcis i empreses i fundacions que depenen d'administracions) haurien d'estar dotades de la dimensió suficient i de la capacitat i instruments adequats i homologats per a una empresarialització pública, democràtica i moderna, és a dir, mantenint uns costos raonables de gestió corporativa, disposar d'informació centralitzada, establir i seguir objectius per centres i publicar-ne els resultats per garantir el control de la ciutadania, amb control per part dels òrgans d'elecció directa que la representen: Parlament i plens municipals.

b) Els professionals, la pràctica mèdica i el progrés en el coneixement

1. Els professionals

En totes les organitzacions les persones són el més important per al seu bon funcionament; més encara en el sistema sanitari, on els professionals de la salut tenen una gran responsabilitat, ja que tracta de la salut i vida de les persones i la humanització i l'ètica són

valors tan essencials com els aspectes científics. Però, al mateix temps, es tracta d'uns professionals que són dels relativament pitjor pagats a la UE-15.

Els professionals han de tenir el protagonisme, mitjans, capacitat de treball i organització adequats per poder acomplir tan bé com es pugui les seves funcions. S'ha de reconèixer la vàlua dels professionals i aconseguir que se sentin coresponsables del sistema de salut. Amb aquesta finalitat han de poder-se implicar en la gestió i han de tenir al seu abast la formació adequada, com un continu, des del pregrau i postgrau fins a la formació continuada.

Hi ha avui dia un cert cansament en l'actual model organitzatiu que crea desencís i desmotivació, per això hi ha una necessitat i esperança de canvi que millori l'atenció que es dóna al malalt i als familiars, posant-lo al centre del sistema i per tant millorant les seves condicions i reconeixent el seu treball, de manera objectivament discriminada.

Amb el compromís de "*fer dels professionals sanitaris el principal actiu del sistema*", cal donar més protagonisme als professionals il·lusionant-los i promovent la feina ben feta, la dedicació al sector públic i la continuïtat assistencial.

Es proposa que s'apliquin els criteris següents:

- 1.1. Facilitar les condicions i instruments de treball que permetin plasmar aquests elements:
 - autonomia professional i responsabilitat,
 - bona pràctica clínica i eficiència,
 - gestió clínica com a única fórmula de concebre la gestió en el sector salut, i
 - sistema d'incentius basats en resultats, de manera que a resultat diferent la compensació sigui diferent.

Tots aquests elements han de configurar una realitat única i indissociable.

- 1.2. Un model de política de recursos humans que valori el nivell de responsabilitat dels professionals, i que en promogui la realització humana i professional.
- 1.3. Una política de foment del coneixement i la formació continuada exercida i aplicada per la mateixa Administració, com a responsabilitat pròpia, amb avaluacions de resultats orientades a promoure la millora constant de la qualitat assistencial. Amb aquesta finalitat, cal que la formació continuada dels professionals sigui una estratègia prioritària del sistema de salut. La formació continuada dels professionals ha de ser tasca exclusiva del sistema de salut, i cal evitar que l'efectuïn els proveïdors.

- 1.4. Un model d'assignació de responsabilitats que potenciï la dedicació exclusiva per la promoció en l'assumpció de responsabilitats directives. Una sistemàtica d'anàlisi de possibles conflictes d'interessos per aplicar incompatibilitats en l'exercici de determinades responsabilitats (tant durant l'exercici de la responsabilitat com en un cert període posterior).
- 1.5. Un programa que estimuli la voluntat de dedicació més gran al sector públic i que, amb fites realistes però ambicioses, concretes i situades en el temps, tingui per objectiu la dedicació exclusiva de tots els professionals del sector públic, començant pels de responsabilitats més altes. Programa que haurà d'avançar en paral·lel a una millora en les condicions retributives dels professionals.
- 1.6. Una disponibilitat de recursos físics i humans de suport logístic, administratiu i de confort, per a unes adequades condicions de treball.
- 1.7. Una promoció de les tasques de les comissions deontològiques i el desenvolupament, en col·laboració amb els col·legis professionals, d'un codi ètic per a l'exercici de les diverses professions del sector i que també sigui d'aplicació efectiva per a les relacions entre els professionals i les indústries de tecnologies.

2. La pràctica dels professionals

Una pràctica assistencial de qualitat que, a més, assumeixi criteris de gestió clínica, és a dir, que en l'avaluació de resultats consideri també els mitjans emprats, comporta l'ús habitual de guies de pràctica clínica orientades a: un constant progrés en la qualitat, una permanent cerca de la millor relació recursos/resultats i una progressiva reducció de la variabilitat de la pràctica clínica.

Per avançar en aquest sentit es considera necessari:

- 2.1. El foment de la cultura de l'elaboració i la utilització de guies de pràctica clínica mitjançant el desenvolupament de guies, que han d'incloure la mesura de recursos i resultats, degudament avaluades, contrastades i difoses entre els professionals.
- 2.2. L'existència d'una Agència d'Avaluació, amb el suport d'experts, que, a més de definir guies de pràctica clínica, assumeixi funcions d'avaluació i de difusió de les millors guies existents.

3. Docència, recerca i centres docents

El Grup de treball considera essencial que la docència de pregrau en les professions d'assistència sanitària i la recerca en l'àmbit de les ciències de la salut es portin a terme dins dels serveis de salut. Això es tradueix en unes pautes diferents de les que s'estableixen per a altres currículums universitaris i en una caracterització peculiar dels hospitals universitaris.

Per a una millor eficiència en l'aplicació d'aquestes particularitats es proposa:

a) Respecte al finançament dels centres docents

Tots els centres sanitaris, siguin formalment declarats docents o no, han de ser considerats recurs per a la docència, tant amb relació als programes de formació continuada dels professionals, com per als programes d'educació en la salut de la població (educació en hàbits saludables, en els valors propis de la sanitat pública, etc.).

La docència de pregrau i la formació d'especialistes requereixen especial atenció. El finançament dels costos dels hospitals universitaris i dels centres d'atenció primària amb docència de pregrau haurà de respondre al sumatori de l'aplicació de quatre criteris clarament diferenciats:

- Finançament de l'activitat assistencial. Amb un model similar al d'altres hospitals i centres de salut (tarifes i/o capítatiu).
- Finançament de projectes de recerca.
- Finançament de la docència. Amb un sistema similar al d'altres àmbits universitaris, és a dir, amb un component fix i un altre variable en funció del nombre d'estudiants i graduats. Aquest segon, considerant uns costos proporcionalment més elevats als de la majoria de carreres universitàries.
- Finançament del sobrecost de l'assistència pel fet de prestar simultàniament assistència i docència. Un import directament proporcional al finançament del que seria el cost de l'activitat assistencial sense docència, però establert per anualitats fixes, i no en funció del nombre d'actes assistencials.

b) Respecte a la recerca

Per al sistema de salut, la recerca orientada a la identificació, descripció i avaluació dels problemes i les necessitats, així com a l'avaluació de l'activitat assistencial, és una font de coneixement de valor estratègic. Cal prioritzar la recerca sobre problemes per sobre de la

recerca sobre tecnologies. Cal una recerca tendent a resoldre incerteses de la pràctica i a avaluar els resultats de l'activitat assistencial, i cal que les entitats gestores promoguin la participació dels professionals en la recerca de resultats com a activitat habitual.

Cal assegurar que tots els projectes de recerca siguin avaluats i aprovats pels comitès ètics corresponents (ja existents). La recerca ha de respondre sempre a projectes concrets en què siguin avaluats els costos directes i estimats els indirectes, particularment els que afecten recursos humans, i identificables les diferents vies de finançament. Cal transparència en les fonts de finançament de la recerca.

c) Respecte als serveis especialitzats

El Departament de Salut ha de planificar els serveis terciaris i ha de vetllar activament per la racionalització de la dimensió dels serveis especialitzats (inclosos els que es puguin prestar en centres no universitaris) i la seva adequada situació geogràfica. Haurà de definir una dimensió mínima de recursos i activitats per a certs serveis especialitzats i prendre les mesures adients per assegurar, en tot moment, una dimensió òptima (i mínima) i un nivell equivalent d'isòcrones.

Els recursos disponibles per atendre urgències corresponents a serveis especialitzats estaran planificats i pautats coordinadament des del Departament de Salut.

4. Coneixement de la salut dels ciutadans i ciutadanes

- **4.1. Desenvolupar un sistema d'història clínica compartida entre els agents del sistema sanitari català** per tal que sigui accessible, per mitjans telemàtics i amb les mesures adients de seguretat i confidencialitat, la informació de salut dels ciutadans recollida i elaborada en els centres sanitaris.

c) Consum de medicaments

La despesa en medicaments ha crescut a un ritme insostenible fins el 2003, i només s'ha frenat en el 2004 (quadres 2, 3 i 4). Cal garantir que aquesta tendència es consolidi en els propers anys. L'increment de la despesa en els darrers anys es pot atribuir a factors que es reforcen mútuament. En línies generals, es poden esmentar el preu més alt dels nous medicaments, l'increment del nombre de receptes, el cost elevat de la distribució (8%) i la dispensació (27,9%) i altres factors culturals que estimulen cert consumisme de medicaments.

Malgrat que a Espanya les patents d'alguns productes clau han caducat uns anys abans que a altres països (fet que confereix una situació d'avantatge relatiu en comparació amb altres països del nostre entorn), el consum de medicaments genèrics hi és dels més baixos d'Europa. Les causes en són diverses: industrials, polítiques de registre i de fixació de preus de l'MSC (Ministeri de Sanitat i Consum), normatives, per pràctiques poc ortodoxes generalitzades en la cadena de subministrament, i també perquè l'SNS (Servei Nacional de Salut) no ha determinat quines són les seves prioritats.

La Llei del medicament i altres normatives vigents preveuen una separació entre la decisió d'autoritzar la comercialització d'un nou medicament, i la de finançar-lo amb càrrec a l'SNS. No obstant això, gairebé totes les especialitats farmacèutiques comercialitzades a Espanya (més de 6.450) són finançades per l'SNS, i cada any se n'incorporen més de 100 a la llista de les finançades⁶.

D'altra banda, Espanya és el segon país al món, darrere dels EUA, amb més penetració dels medicaments de comercialització recent, protegits per patent. Aquests fàrmacs són més cars, i el seu valor terapèutic afegit és sovint limitat i de relació cost-eficàcia reduïda. A més, els seus preus són establerts amb criteris que no es fan públics, i sense participació de les comunitats autònomes.

Els grups terapèutics i els fàrmacs més consumits canvien molt ràpidament. Aquesta ràpida renovació del mercat és més determinada per la renovació de l'oferta que per la demanda, i és incompatible amb els ritmes propis dels processos d'incorporació d'experiència clínica i de coneixement a la pràctica clínica dins de l'SNS.

Des de fa més de vint anys s'han aplicat mesures de contenció que han tingut efectes pràcticament nuls o de curta durada, i això suggereix un exhauriment de l'actual model de prestació farmacèutica a l'SNS, en el qual l'SNS ha renunciat a establir les seves necessitats i prioritats. Els metges d'atenció primària estan sotmesos a una pressió comercial per prescriure i a una d'institucional per estalviar, però els missatges que reben ajuden poc a abordar incerteses i a promoure un ús raonat dels medicaments. Per altra banda, la curta durada de les consultes estimula la prescripció quasi automàtica. A més, el sistema actual de copagaments de medicaments no promou l'equitat.

L'SNS no aborda la formació continuada dels prescriptors, la qual és substituïda en molts casos pels proveïdors de tecnologies.

⁶ A tall de comparació, la Guia terapèutica de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària proposa 405 fàrmacs per al tractament de 402 problemes de salut a l'atenció primària, els quals cobreixen pràcticament la totalitat de la demanda.

Finalment, malgrat que els medicaments suposen gairebé un terç de la despesa en salut, l'SNS no ha establert mecanismes per fer-ne un seguiment ni per avaluar-ne l'efectivitat i la toxicitat en el seu ús dins de l'SNS. Hi ha abundant investigació que suggereix que a Catalunya i Espanya cal millorar molts aspectes qualitatius de l'ús de medicaments, i que indica que els medicaments són causa freqüent de patologia iatrogènica. Bona part de la investigació que es fa amb medicaments en el sistema de salut són assaigs clínics d'interès clínic i sanitari escàs.

Davant d'aquesta situació el Grup de treball proposa les mesures següents:

⇒ **A l'Estat: (sense perjudici de traspasar competències a la Generalitat i exercir-les, vegeu l'apartat sobre Catalunya)**

- Fer efectiva la separació entre el registre i el finançament públic dels medicaments, prevista a la Llei del medicament. Seleccionar els medicaments finançats per l'SNS sobre la base dels problemes atesos i de les proves disponibles sobre cost-efectivitat comparada⁷ (Llista de medicaments d'elecció de l'SNS).
- Donar prioritat al registre d'especialitats farmacèutiques genèriques amb fàrmacs que formin part de la Llista de medicaments d'elecció de l'SNS, i determinar el nombre adequat d'ofereints que garanteixi un funcionament efectiu del mercat.
- Potenciar el sistema de preus de referència i, per a alguns grups farmacològics, ampliar-lo a tots els fàrmacs del grup⁸.
- Diferenciar el preu dels medicaments per a l'SNS d'altres possibles preus de mercat. Establir mecanismes de negociació constant dels preus dels medicaments finançats per l'SNS. Sense perjudici de l'exercici de noves competències traspassades en matèria de regulació de la dispensació de medicaments, revisar els marges de distribuïdors i dispensadors.
- Revisar els costos i el valor que aporten la distribució i la dispensació comercials dels medicaments.
- Fer les modificacions administratives necessàries per poder establir un pressupost tancat de despesa farmacèutica.

⁷ La selecció de medicaments basada en els problemes atesos, i amb criteris rigorosos d'eficàcia, seguretat i cost, millora els patrons de prescripció i ús, disminueix els costos i facilita el seguiment clínic i la relació entre els diferents nivells assistencials.

⁸ Quan hi ha diferents fàrmacs similars, entre els quals n'hi ha de genèrics i d'encara protegits per patent, el preu de referència hauria de ser el del medicament que tingui versions genèriques comercialitzades.

- Revisar les normes de regulació general de la promoció de medicaments dins i fora de l'SNS i la seva aplicació.
- Per als medicaments nous, incloure un advertiment obligatori a les caixes i envasos dels que tinguin menys de 7 anys al mercat, que adverteixi que el fàrmac és nou i que n'hi ha escassa experiència d'ús.
- Desenvolupar un organisme coordinador de la selecció de medicaments i estratègies terapèutiques, informació sobre medicaments i terapèutica i formació continuada a l'SNS. Aquest organisme ha de desenvolupar recomanacions basades en proves per als diferents àmbits i nivells de l'SNS, i ha de promoure la investigació de resultats en l'SNS.

- **Reclamar competències per a la Generalitat** de selecció de medicaments per a l'SNS, negociació de preus de compra, distribució i dispensació a càrrec de l'SNS. Paral·lelament, desenvolupar i modificar legislació de la Generalitat relacionada amb aquestes competències, i en particular per liberalitzar la distribució i la dispensació de medicaments per a l'SNS, i potenciar-ne la capacitat de negociació de preus.

⇒ ***A Catalunya, amb les actuals competències i les que cal transferir:***

- Endegar un Pla per a la qualitat en l'ús dels medicaments, que potenciï la creació de coneixement per a les necessitats de l'SNS, així com la prescripció basada en el coneixement.
- Desenvolupar un organisme de coordinació i suport al Pla de qualitat, que coordini les tasques de selecció de medicaments i estratègies terapèutiques; impulsi la creació de les comissions farmacoterapèutiques, els doni suport i en promogui la coordinació; faci un seguiment continuat del consum; desenvolupi el sistema d'informació sobre medicaments i terapèutica de l'SNS; faci un seguiment continuat dels avenços terapèutics significatius i en promogui la incorporació a l'SNS; impulsi i coordini la formació continuada en terapèutica; promogui el desenvolupament i l'adopció de guies de pràctica clínica, i faci un seguiment dels resultats en la població tractada. Aquest organisme ha de desenvolupar recomanacions basades en proves per als diferents àmbits i nivells d'atenció.
- Desenvolupar legislació per tal de liberalitzar la distribució i la dispensació dels medicaments que consumeix i finança l'SNS.

- Diàleg i negociació amb la indústria farmacèutica per tal que col·labori en l'assoliment de les prioritats de l'SNS i li doni un suport explícit que demostrï compromís amb el país, activitat innovadora i cooperació verificable amb la sostenibilitat de la sanitat pública.
- Endegar experiències públiques de dispensació de medicaments i altres productes sanitaris a les residències de gent gran i centres d'atenció primària.
- Establir un pressupost tancat de despesa farmacèutica per al conjunt de Catalunya, i pressupostos indicatius per als equips d'atenció primària i centres hospitalaris, o bé per a àrees de salut, basats en les característiques de la població atesa i de la mateixa atenció.
- Revisar els mètodes de fixació dels incentius de prescripció i la seva aplicació de manera consensuada amb els prescriptors, per tal de coresponsabilitzar-los i de promoure la prescripció de qualitat.
- Promoure la prescripció per nom genèric en tots els àmbits i nivells, acompanyada de mesures que garanteixin la dispensació dels de cost més baix.
- Establir unes normes de relacions dels prescriptors i dispensadors de l'SNS amb la indústria farmacèutica i de productes sanitaris. Establir normes de relacions amb les indústries tecnològiques per a tots els agents externs que intervinguin en el subministrament de medicaments i altres productes sanitaris a l'SNS.
- Promoure la formació continuada i l'avaluació contínua dels resultats de la pràctica assistencial mitjançant l'establiment de sistemes propis d'informació objectiva sobre medicaments i terapèutica, i el desenvolupament d'investigació clínica centrada en els problemes clínics, més que en els medicaments.

d) Serveis socio-sanitaris

Tot i que aquest no és l'objectiu principal d'aquest Grup de treball, hem cregut convenient pronunciar-nos breument sobre aquesta qüestió, atesa la seva transcendència.

Es tracta d'un problema social amb impactes diversos, entre ells sobre les estructures familiars. En aquest sentit, un dels principals reptes que té avui la societat catalana fa referència a la situació laboral de les futures cohorts de dones d'edat mitjana. A diferència de les actuals dones cuidadores, que majoritàriament van abandonar el mercat de treball en contreure matrimoni, les noves generacions de dones han protagonitzat una transició laboral: no sols tenen menys fills, sinó que, quan els tenen, és més tard i la majoria no abandona, per aquest motiu, el mercat de treball. Aquest canvi de comportament, l'origen del qual cal buscar en

l'augment del benestar material i en els nivells educatius més alts, ha comportat la generalització d'un nou model de família en el qual són fonamentals les aportacions econòmiques d'ambdós membres de la parella.

És poc probable, en general, que en el futur la família es pugui permetre o desitgi donar una resposta tan intensa com la que actualment ofereixen les dones d'edat mitjana a familiars amb problemes de dependència, perquè les taxes femenines d'ocupació del futur seran previsiblement molt superiors a les actuals. La dependència, doncs, s'hauria de resoldre mitjançant sistemes específics d'atenció.

El desenvolupament d'aquests serveis tindria un impacte important en el sector sanitari, i molt especialment en els serveis socio-sanitaris, perquè una gran quantitat d'aquests poden ser transferits als serveis socials. Una regulació adequada de la dependència a l'Estat espanyol hauria de permetre aclarir l'actual panorama, de manera que una part de la dependència que en l'actualitat s'atén en el sistema sanitari i socio-sanitari seria assumida pels serveis socials. Aquest canvi, més enllà dels arguments econòmics, cal promoure'l des de la lògica sanitària i social, perquè no és positiu medicalitzar els problemes socials; això es veuria afavorit per:

- **La definició del catàleg de prestacions i de la cartera de serveis socio-sanitaris**, per tal d'establir què és socio-sanitari i diferenciar-ho de les situacions que, provocant dependència, no són tributàries de ser ateses en dispositius socio-sanitaris, ni sanitaris, sinó en alternatives més adequades i menys costoses⁹. La Llei de cohesió i qualitat indicava la necessitat, via reglament, de fer un catàleg de prestacions i serveis socio-sanitaris i concretar-ne el finançament (no abordat fins ara).
- Dedicar fons, per part de l'Estat, a finançar aquests serveis que s'estan prestant en algunes comunitats autònomes.

e) Salut pública

Una mesura molt important per incrementar l'eficiència del sistema és donar més protagonisme a la salut pública a Catalunya, promovent mesures preventives i de promoció de la salut que tenen un impacte important no sols sobre la qualitat de vida de la ciutadania, sinó també sobre

⁹ A més a més, cal tenir en compte que el nombre d'estades hospitalàries innecessàries i/o evitables segueix augmentant, especialment en els pacients de més de 70 anys. El control adequat a l'atenció primària i l'accés a serveis socio-sanitaris contribuiria a alentir l'increment d'ús dels serveis hospitalaris. Hi ha diferències territorials que no s'expliquen per l'estructura d'edat de la població ni per característiques epidemiològiques específiques. Hi ha importants variacions en l'oferta instal·lada a cada territori, i per tant en l'accessibilitat, i en la pràctica mèdica dels professionals. Reduir aquestes diferències contribuirà a la millora de la qualitat i a la racionalització de la despesa.

l'eficiència del sistema¹⁰. Des d'aquest punt de vista, el Grup de treball emfatitza que la salut pública ha de ser una àrea prioritària per al Govern, no sols per millorar la salut de la població, sinó també per racionalitzar la despesa pública sanitària, donant-li una prioritat dins del sistema que històricament no ha tingut.

f) Pagaments directes per part de l'usuari

- Els ciutadans consideren que la sanitat és una de les polítiques públiques que haurien de ser prioritàries per al Govern i és, en general, ben valorada i prestadora d'un servei de qualitat. És lògic, per tant, que les interrelacions entre la ciutadania i el sistema sanitari comportin una elevada sensibilitat social. Com també hem al·ludit al principi, és objecte d'aquest Grup de treball la proposta de mesures per a la millora de la racionalització i el finançament de la despesa sanitària. Quines de les propostes es considerin adients i prioritàries per ser portades a terme, és responsabilitat del Govern. Ara bé, la millora de la satisfacció de la ciutadania en el sistema sanitari i en la gestió del seu finançament i despesa també és un objectiu de la racionalització. En aquest sentit, amb l'objectiu del foment de la confiança dels catalans en el seu sistema sanitari i tal com es fa palès en aquest informe, hi ha diverses àrees (per exemple, certs costos d'intermediació, certs costos de medicaments), en les quals el sistema de salut té una àmplia possibilitat de millorar la despesa sense necessitat d'imposar noves càrregues a la ciutadania; per altra banda, el finançament de la sanitat catalana, valorat des de l'òptica de la solidaritat i l'equitat, es ressent de desajustos fiscals. En general, la imposició de copagaments no hauria de respondre a objectius de recaptació, sinó de regulació de la demanda. Possiblement la seva futura acceptació social dependrà en gran part de les millores en transparència i eficiència.
- Equitat en el copagament de medicaments. L'actual distribució dels copagaments sobre medicaments podria no ser la ideal per a l'equitat i hauria de ser objecte de correcció, tenint en compte càrregues familiars, capacitat adquisitiva i presència de malalties.
- És necessària una acurada i progressiva definició de la cartera de serveis, per evitar dubtes en el seu contingut, en els termes de la Llei de cohesió¹¹. El contingut de la cartera de

¹⁰ S'ha calculat als EUA que, com a resultat de les campanyes antitabac, el càncer de pulmó ha disminuït d'una manera tan notable que aquell govern s'ha estalviat prop de 20.000 milions d'euros, resultat de la disminució de la morbiditat d'aquest tipus de càncer.

¹¹ La Llei 16/2003 de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut redefeix el Catàleg de prestacions a les quals tot ciutadà té dret, apunta com es podrien incorporar noves prestacions en el sistema sanitari de finançament públic i dissenya un doble marc per fixar la caracterització de les prestacions: les carteres de serveis que faran efectives les prestacions en cada comunitat autònoma i les garanties de les prestacions: d'accessibilitat, mobilitat, temps, informació, seguretat i de qualitat i serveis de referència. Caracteritza la cartera de serveis dient: "és el conjunt de tècniques, tecnologies o procediments, entenent-les com a cada un dels mètodes, activitats i recursos basats en el coneixement i experimentació científica, mitjançant els quals es fan efectives les prestacions sanitàries".

serveis s'hauria de basar en criteris d'eficiència i de seguretat en termes de salut i acompanyar-se d'un constant procés de valoració cost-efectivitat dels procediments i tècniques emprades.

- La factibilitat d'identificar grups d'usuaris que fan un mal ús del sistema no és una tasca senzilla. No obstant això, dins de la política de racionalització el sistema ha de vetllar per l'ús adequat dels serveis. Per això és convenient implantar mesures encaminades a aquest objectiu, com per exemple l'ampliació i modificació d'horaris i personal d'atenció primària, un millor accés a l'atenció continuada, l'acció iniciada per *Sanitat respon* d'emprar la telefonia per assessorar i facilitar l'accés raonable als serveis sanitaris, i la capacitat del metge d'atenció primària de conèixer l'adquisició de medicaments per l'usuari mitjançant els nous sistemes d'informació. Aquesta darrera, precisament, és una perspectiva que convindrà potenciar, ja que avui seria possible desenvolupar i implantar sistemes prou intel·ligents com per detectar automàticament l'excés d'adquisició de medicaments respecte a les pautes de prescripció.

Seria convenient que s'implantessin mesures i programes per evitar usos inadequats individuals. En això convé actuar com en qualsevol àmbit de la salut, mitjançant:

- mesures preventives: com les dels exemples que s'acaben d'esmentar,
- mesures de promoció: millor comunicació amb la població sobre com usar els serveis; temàtica a incorporar en els programes de promoció de la salut i d'educació en hàbits saludables,
- mesures diagnòstiques: convindria valorar si incorporar o no i com en la història clínica (compartida en un futur) la "mala praxi" en l'ús dels serveis per part de la persona concreta,
- mesures rehabilitadores: comunicació personal verbal o escrita per part dels serveis d'atenció a l'usuari per fer entendre als qui en facin un ús inadequat la manera com haurien de canviar el seu comportament, així com les conseqüències negatives del seu comportament per als altres usuaris i per als professionals de la seva localitat o comarca.
- El copagament per ús inadequat dels serveis de salut pot ser una mesura correctiva, individualitzada i temporal, dins d'un programa específic per a l'ús adequat dels serveis de salut.

g) Les relacions entre sector públic i medicina privada (sense finançament públic)

Catalunya ha apostat per un sistema sanitari mixt en la provisió, en el qual el pes principal no resideix en la propietat de les institucions i dispositius, sinó en el finançament públic per cobrir les necessitats de la població.

Els centres i entitats són de propietat pública (Institut Català de la Salut [ICS]; municipis, empreses públiques i consorcis) o de propietat privada integrada a la xarxa –xarxa d'utilització pública (amb i sense ànim de lucre -institucions privades i benèfiques)– o col·laboradora de la xarxa (per concurs o compra d'activitat).

Ara bé, juntament amb el sistema d'utilització pública coexisteix un sector privat (sense finançament públic), mutual o d'assegurança de salut, que per a un nombre no negligible de persones és de caràcter complementari al públic.

En aquest context, cal tenir en compte la magnitud de l'assegurament privat a Catalunya: 1 de cada 4/5 ciutadans té assegurament privat -a més de l'obligatori- (1.340.000 persones) i 200.000 més estan integrats a Muface. A més, cal assenyalar que aquest assegurament privat conté una tradició que no té cap altre territori de l'Estat espanyol, i que és part important de la cultura de país de Catalunya.

D'altra banda, tant la sanitat de finançament públic com la privada tenen un impacte econòmic molt positiu de creació de riquesa i d'alta generació de llocs de treball. Convé no sols mantenir la convivència i complementarietat de la sanitat privada i de la pública, sinó que, a més, es potenciïn en allò que afavoreixi a totes dues (p. ex. en la recerca). Però tampoc poden oblidar-se ni el mandat constitucional, base de la sanitat de finançament públic, ni els valors específics que hi són associats. Cal que la sanitat de finançament públic, i per tant el seu Govern, vetlli per tal que aquesta convivència i col·laboració no sigui en detriment del rol social que sols pertoca a la pública.

Convé, per tant:

- Desenvolupar un marc de convivència activa que sigui positiva tant per al sector privat com per al públic.
- Vetllar perquè la positiva potenciació del sector privat es faci en favor de l'esmentat sistema públic.

ANNEX: Articles 5 i 6 i disposició transitòria segona, apartat 4, de la LOSC

Article 5

Recursos

Configuren el Servei Català de la Salut:

- a) Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio sanitària de la Generalitat, inclosos els transferits de la Seguretat Social i de l'Administració institucional de la sanitat nacional, que s'hi integren a tots els efectes.
- b) Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio sanitària de les Diputacions catalanes, dels Ajuntaments i de les altres entitats locals de Catalunya, que s'hi integren o adscriuen funcionalment, en els termes que prevegin les normes de transferència o els respectius convenis subscrits a aquests efectes, segons correspongui.
- c) Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio sanitària de les fundacions beneficoassistencials vinculades a les Administracions Públiques, i aquells no inclosos en els epígrafs anteriors, amb preferència sense ànim de lucre, mitjançant els quals sigui imprescindible satisfer necessitats del sistema sanitari públic a l'empara dels pertinents convenis, que s'hi adscriuen funcionalment.

Article 6

Finalitats

—1 Són finalitats del Servei Català de la Salut:

- a) L'adequada distribució dels recursos sanitaris en tot el territori, tenint en compte les característiques socioeconòmiques, sanitàries i poblacionals de Catalunya.
- b) L'òptima distribució dels mitjans econòmics afectes al finançament dels serveis i les prestacions que configuren el sistema sanitari públic i de cobertura pública.
- c) La coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles.
- d) La integració de les actuacions existents relatives a la protecció i la millora de la salut de la població.
- e) La prestació dels serveis de promoció i protecció de la salut, de prevenció de la malaltia, d'assistència sanitària i socio sanitària i de rehabilitació, de caràcter individual o col·lectiu, i la seva extensió progressiva a tots els ciutadans.
- f) La humanització dels serveis sanitaris, mantenint el màxim respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual.
- g) La millora i el canvi progressiu cap a la qualitat i la modernització dels serveis.
- h) L'estímul i el sosteniment de la investigació científica en l'àmbit de la salut.
- i) L'actualització harmònica, eficient i coordinada del sistema sanitari públic de Catalunya, tant dels equipaments com dels mitjans tècnics i personals.

—2 El Servei Català de la Salut compta amb una organització adequada que permeti:

- a) Una atenció integral de la salut, comprensiva tant de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia com de les accions curatives i rehabilitadores necessàries, tot col·laborant en la reinserció social.
- b) Garantir la salut com a dret inalienable de la població catalana i l'accés a guarir-se, a través de l'estructura del Servei Català de la Salut, que l'ha d'oferir en condicions d'un escrupolós respecte a la intimitat personal i a la llibertat individual de l'usuari del Servei Català de la Salut, tot garantint la confidencialitat de la informació relacionada amb els serveis sanitaris que es prestin, sense cap tipus de discriminació per raons de raça, sexe, religió, opinió, o qualsevol altra condició o circumstància personal o social.
- c) Que totes les Regions sanitàries, els Sectors Sanitaris, les Àrees Bàsiques de Salut i tots els establiments sanitaris en què s'estructura el Servei Català de la Salut disposin de la informació pertinent sobre els drets i els deures que assisteixen els seus usuaris com a tals i la facin arribar a aquests, tot reconeixent la lliure elecció de metge, dins les possibilitats que ofereix el sistema sanitari d'utilització pública.
- d) Que quan qualsevol usuari del Servei Català de la Salut cregui objectivament que els seus drets han estat vulnerats o agredits durant l'assistència que ha rebut, o voldria rebre dins del Servei Català de la Salut, pugui fer la denúncia oportuna a la Unitat d'Admissions i Atenció a l'Usuari de què cada Regió Sanitària disposa a aquest efecte.
- e) Una actuació amb criteris de planificació i avaluació continuada sobre la base de sistemes d'informació actualitzada, objectiva i programada.
- f) La immediatesa en la prestació sanitària urgent.
- g) Una descentralització i desconcentració de funcions, amb l'objectiu de la gestió territorial dels recursos sanitaris.

h) La participació comunitària a través de les diferents entitats representatives: territorials, socials i professionals.

Disposició transitòria segona, apartat 4 — Les funcions del Servei Català de la Salut i de les Regions Sanitàries a què fan referència els epígrafs c), d) i e) de l'article 7, apartat 1, i els epígrafs b), c) i d) de l'article 22, apartat 1, respectivament, les han d'anar assumint progressivament, a mesura que el Consell Executiu, per Decret, els vagi assignant de manera gradual els recursos sanitaris que s'esmenten en l'article 5, epígraf a) i, altrament, es vagin fent efectives les transferències de les corporacions locals d'acord amb el que preveu aquesta Llei. Simultàniament, s'han d'anar adscriuint al Servei Català de la Salut i a les Regions Sanitàries el personal, els béns, els drets i les obligacions corresponents, en els termes que prevegin els pertinents decrets i convenis, i fins a llur definitiva consolidació, que ha de coincidir amb la integració dels centres, els serveis, els establiments, els programes i les actuacions de l'Institut Català de la Salut i les corporacions locals, si n'és el cas. En tot cas, ambdós processos de transferències s'han de programar de manera que hom garanteixi la gestió adequada dels centres, els serveis, els establiments, els programes i les actuacions sanitàries.

ANNEX:

QUADRE 1. ESTIMACIÓ DE LA DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA A CATALUNYA

	Pressupost CatSalut / ICS i Dept. Salut (1)	PIB de Catalunya en euros (2)	Finançament públic total (3)	Despesa sanitària pública / PIB
1996	3.473.345.651,72	88.148.707.000	4.030.836.906,08	4,60%
1997	3.685.065.450,22	93.513.809.000	4.276.538.907,29	4,60%
1998	3.892.322.671,38	98.608.532.000	4.517.062.062,74	4,60%
1999	4.217.192.524,36	105.564.530.000	4.894.075.330,17	4,60%
2000	4.484.938.636,66	113.733.379.000	5.204.796.179,50	4,60%
2001	4.794.030.834,11	120.238.198.000	5.563.499.390,12	4,60%
2002	5.190.156.589,92	127.808.594.000	6.023.205.528,26	4,70%
2003	5.597.509.999,02	135.901.060.000	6.495.941.420,35	4,80%

xifres en euros

Fonts:

(1) Divisió de Recursos Econòmics. CatSalut.

(2) Comptabilitat Regional d'Espanya de l'INE.

(3) *La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris.* Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Any 2001.

QUADRE 2. LA PRESTACIÓ FARMACÈUTICA A L'SNS

- La prestació farmacèutica de l'SNS inclou els medicaments (especialitats farmacèutiques, fórmules magistrals i preparats oficials) i els productes sanitaris.
- Els copagaments difereixen segons que la persona protegida sigui treballador actiu (paga un 40% del PVP, excepte per a la medicació crònica, en què paga un 10%), o pensionista (jubilats, accidents de treball i malaltia professional, síndrome tòxica i minusvàlids, 0%).
- L'article 94 de la Llei del medicament diferencia el registre d'una especialitat farmacèutica de la seva inclusió a la prestació de l'SNS, i estableix els criteris per al finançament. No obstant això, aquesta diferenciació no s'aplica, de manera que pràcticament tots els medicaments de prescripció són finançats per l'SNS (els únics no finançats són les especialitats "publicitàries" adquiribles sense recepta mèdica, que poden ser objecte de publicitat adreçada directament als consumidors).
- El Govern pot modular la participació en el pagament segons capacitat de pagament, utilitat terapèutica i social del medicament, necessitats de certs col·lectius, gravetat i limitacions pressupostàries (Llei del medicament, art. 95).
- El preu final dels medicaments dispensats a través d'oficines de farmàcia es compon de quatre elements: preu de venda del laboratori (68,59%), distribució (9,6% addicional), dispensació (27,9% addicional) i IVA (4% addicional). El marge de distribució serà reduït a 8,6% en el 2005, i a 7,6% en el 2006.
- Una especialitat farmacèutica genèrica (EFG) és la que té la mateixa forma farmacèutica i igual composició qualitativa i quantitativa en substàncies medicinals que una altra especialitat de referència. Té bioequivalència (de nivells plasmàtics) amb l'especialitat farmacèutica original.
- Només es pot comercialitzar una EFG d'un fàrmac quan la patent d'aquest ha caducat. La legislació europea recent estableix que aquest període és de 10 anys com a mínim (11 si el fabricant demostra eficàcia en alguna nova indicació) des de la seva aprovació per l'Agència Europea del Medicament (EMA) o per l'Agència del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS) a Espanya (Directiva 2001/83/CE).
- Les EFG es designen pel nom científic del fàrmac, seguit del nom del titular o fabricant. Això estimula l'ús de la terminologia científica en comptes dels noms de fantasia, i en conseqüència facilita la cerca d'informació independent en bases de dades i evita la influència indeguda dels noms comercials.
- Entre les diferents alternatives bioequivalents disponibles, el Govern pot establir quines seran objecte de finançament amb càrrec a l'SNS segons el seu preu (Llei 13/1996, art. 169, ap. 6). El Govern estableix el preu de referència de les especialitats. Totes les EFG han de tenir un preu inferior al de referència (Llei de cohesió i qualitat de l'SNS). Les especialitats que se situïn per sobre del preu de referència seran dispensades a preu de referència si no n'hi ha d'altres disponibles. El farmacèutic ha de dispensar l'EFG de menor preu (nou art. 94.6 de la Llei del medicament).

QUADRE 3. MERCAT FARMACÈUTIC I CONSUM DE MEDICAMENTS A ESPANYA I A CATALUNYA

- Hi ha 6.450 especialitats farmacèutiques incloses en el finançament públic (10.776 formats). D'aquestes, 1.370 són especialitats farmacèutiques genèriques (EFG).
- Al mercat farmacèutic la competència no es basa en el preu, sinó en la diferenciació de producte. La patent de producte confereix als fàrmacs nous un caràcter de monopoli temporal.
- A Espanya el 2001 la despesa farmacèutica va equivaler a un 1,27% del PIB (la mitjana UE-15 va ser de 0,94%). La despesa per habitant va variar molt d'una comunitat autònoma a l'altra: per exemple, el 2003 va ser de 158,7 € a Madrid, i de 246,8 € al País Valencià.
- L'any 2003 a Catalunya es van fer 116,1 milions de receptes a càrrec del CatSalut (18,3 per habitant, a un import per recepta de 12,77 €). Aquesta despesa va augmentar en 12,27% (de 1.312 M€ a 1.473 M€, 220,06 € per habitant), respecte al 2002. La introducció de preus de referència a productes d'alt consum en el 2004 ha reduït el creixement interanual a un 5%, aproximadament.
- En els darrers 14 anys a Catalunya la despesa farmacèutica ha augmentat anualment en una mitjana de 10,56%, i l'IPC de 4,19%. El nombre de receptes ha crescut un 4,49%, bé que el 2002 i el 2003 va ser més alt, de 6,8% i 7,1%, respectivament. No obstant això, el nombre de nous usuaris no sembla créixer més d'un 1% anual.
- A Espanya i a Catalunya ja ha assolit més del 26% de la despesa pública en salut (la mitjana UE-15 és de 15,4%). A aquesta xifra cal afegir-hi 358 M€ de medicaments hospitalaris (6%). Per tant, els medicaments suposen un 32% de la despesa pública en salut.
- En el conjunt de l'Estat, l'any 2002 els pensionistes (23,4% de la població protegida) varen gastar un 72,1% de la despesa farmacèutica total. L'aportació directa dels usuaris ha disminuït progressivament, de 18,6% el 1981 a 6,3% el 2003, sobretot perquè la proporció de pensionistes ha crescut.
- Espanya és el país de la UE amb més penetració de les noves molècules (amb menys de 5 anys): l'any 2001 van suposar més de 27% de la despesa i s'ha citat un 35% per al 2003. Dels 10 medicaments que van originar més despesa a càrrec de l'SNS el 2003, tots van ser productes relativament nous protegits per patent. 9 d'aquests 10 medicaments no es poden considerar d'elecció en les seves indicacions.
- A finals de 2003 a Espanya les EFG representaven un 6,5% del mercat en unitats i un 4,5% en valor. Aquest darrer percentatge es compara amb el 19% al Canadà, 9,6% als Estats Units, 15,5% al Regne Unit, 8,5% a Bèlgica, 16% a Alemanya, 6,5% a França, 1% a Itàlia, 8,5% al Japó i 10% a Austràlia.
- A Catalunya el 2003 es va registrar àmplia variabilitat en la despesa segons l'equip d'atenció primària (EAP): de 50,42€ per persona, a 168,39€ per persona (mitjana de 88,09€/persona).
- Entre gener i octubre de 2004, després que s'apliquessin preus de referència a fàrmacs d'ús elevat, el creixement s'ha frenat, i a l'octubre era de 4,67%. El nombre de receptes dispensades ha crescut un 3,29%, i el de nous usuaris menys d'un 1%. Els fàrmacs amb més creixement del consum han estat noves molècules que aporten un valor afegit marginal.

QUADRE 4. VALOR TERAPÈUTIC DELS MEDICAMENTS, PRESCRIPCIÓ I UTILITZACIÓ DELS MEDICAMENTS

- Els criteris emprats per aprovar un nou medicament són l'eficàcia i la seguretat. L'eficàcia és la capacitat per modificar favorablement un símptoma o una malaltia; es mesura per comparació amb placebo. L'eficàcia és una probabilitat, no una garantia de millora.
- Per al registre d'un nou medicament, la normativa estableix que l'eficàcia i la seguretat s'avaluen en assaigs clínics controlats amb placebo. Per tant, si no es fan també assaigs comparatius amb altres fàrmacs, hi ha incertesa sobre la seva superioritat terapèutica. Els fabricants no tenen especial interès en aquests assaigs, perquè són més complexos i cars, i el nou fàrmac podria revelar-se inferior als més antics.
- La prescripció raonada (terme més adequat que "racional") de medicaments consisteix a recomanar el medicament apropiat per al pacient que el necessiti, a la dosi i durada adequades, a un cost raonable, amb la informació necessària per al pacient i amb planificació del seu seguiment. La prescripció forma part de la visita mèdica: la seva qualitat depèn dels mateixos elements que determinen la qualitat de l'activitat assistencial (condicions assistencials, condicions laborals, incentius empresarials, formació continuada, etc.).
- Les dades disponibles indiquen que a Catalunya la majoria dels metges tenen uns patrons de prescripció de medicaments "esperables" en funció dels motius més freqüents de consulta i els estàndards terapèutics de qualitat. No obstant això, una proporció elevada dels medicaments són prescrits o usats per persones que no els necessiten o en les quals no estan indicats. Inversament, molts pacients que podrien obtenir un benefici d'un tractament farmacològic no el reben.
- Les dades disponibles no revelen que a Espanya el consum (expressat en dosis) sigui més alt que en altres països de la UE.
- És impossible pretendre que l'SNS pugui gestionar bé la prescripció i l'ús de 6.500 especialitats farmacèutiques. L'experiència nacional (limitada als hospitals) i internacional indica que la selecció de medicaments sobre la base de criteris d'eficàcia, seguretat, conveniència i cost comparats, millora els patrons quantitius i (sobretot) qualitius de prescripció, disminueix la despesa (sobretot perquè disminueix la prescripció de medicaments innecessaris), i facilita centrar les prioritats (d'informació, de formació continuada, d'avaluació de resultats, d'informació als pacients, etc.) en els problemes reals de salut.
- Els fàrmacs són causants d'un 5 a 10% de la patologia visitada a l'atenció primària i un 10-20% dels ingressos hospitalaris. La seguretat dels medicaments nous és substancialment desconeguda.