



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

EL FUTURO DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO- PRIVADAS EN CATALUNYA

Miquel Argenter Giralt
XXXII Jornadas AES Economía de la Salud
Bilbao, 16 de mayo de 2012

Índice

- **Marco conceptual de la colaboración público-privada**
- **El modelo sanitario catalán**
- **La compra de servicios sanitarios**
- **Otras experiencias de colaboración público-privada en Catalunya**
- **Conclusiones**

Marco conceptual de la colaboración público-privada

Colaboración público-privada: características

- Respuesta a necesidades complejas
- Flexibilidad y libertad de pactos
- Objetos complejos (mixtos)
- Compartir riesgos
- Aprovechando *experteces*
- Coordinación
- Confianza

Colaboración público-privada: tipos

Subcontratar:

- Contratos de servicios
- Contratos de gestión
- Contratos de construcción, mantenimiento y equipamiento
- Contratos híbridos (grandes contratos de infraestructuras en TICs y de servicios)
- Leasings

Beneficios:

- Eficiencia
- Calidad
- Coste y riesgos compartidos

Concesiones:

- Respaldo de garantías gubernamentales / otros incentivos fiscales
- Apoyo del gobierno o de contratos de compra con terceros
- Independencia

Iniciativas privadas de financiación

Otros tipos, sin garantías gubernamentales:

- Privatización
- Libre entrada en el mercado
- Otras

Colaboración público-privada: responsabilidades (I)

Opción	Responsabilidad sector privado	Responsabilidad sector público
Instalación de servicios privados dentro o cerca de un hospital público	Gestiona servicios privados, incluyendo alojamiento y/o servicios clínicos	Dirige el hospital y contrata servicios privados para compartir costes, personal y equipamiento
Externalizar servicios clínicos de apoyo	Presta servicios clínicos de apoyo	Dirige el hospital y presta servicios clínicos
Externalizar servicios clínicos básicos y especializados	Presta servicios clínicos básicos y especializados	Dirige el hospital y presta otros servicios clínicos
Gestión privada de un hospital público	Gestión bajo contrato con el gobierno o aseguradora pública, presta servicios y puede ser responsable del personal y las nuevas inversiones	Contrata y paga a un proveedor privado que presta los servicios públicos, monitoriza y regula los servicios y el cumplimiento del contrato

Colaboración público-privada: responsabilidades (II)

Opción	Responsabilidad sector privado	Responsabilidad sector público
Financiación privada, construcción y alquiler de un nuevo hospital	Finanza, construye, tiene la propiedad y realquila el nuevo hospital al gobierno	Dirige el hospital y realiza periódicamente los pagos del alquiler
Financiación privada, construcción y gestión de un nuevo hospital	Financia, construye y gestiona el nuevo hospital para el gobierno, y presta servicios hospitalarios	Reembolsa al operador privado de los costes de capital y de los costes corrientes por el servicios prestado
Venta como empresa solvente de un hospital público	Compra y sigue operando como hospital público bajo contrato	Pago al operador por los servicios prestados, monitoriza y regula los servicios y el cumplimiento del contrato
Venta hospital público para usos alternativos	Compra y da un uso alternativo al hospital público por contrato	Monitoriza la conversión para asegurar el cumplimiento del contrato

El modelo sanitario catalán

El modelo sanitario catalán

Situación histórica diferencial

1981: Transferencias sanitarias

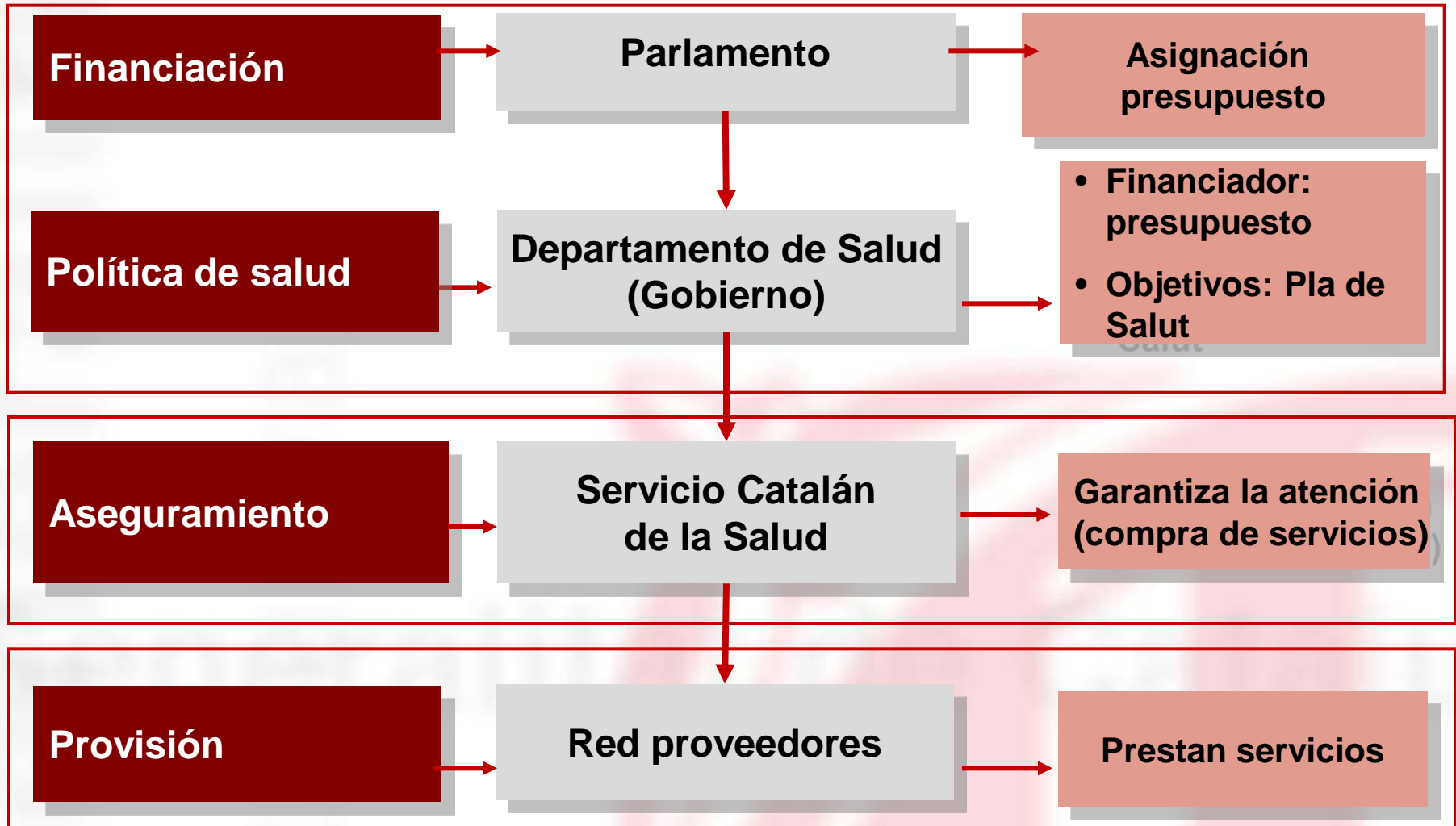
1983: Creación del Institut Català de la Salut (ICS)

1990: Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya: creación Servei Català de Salut (CatSalut)

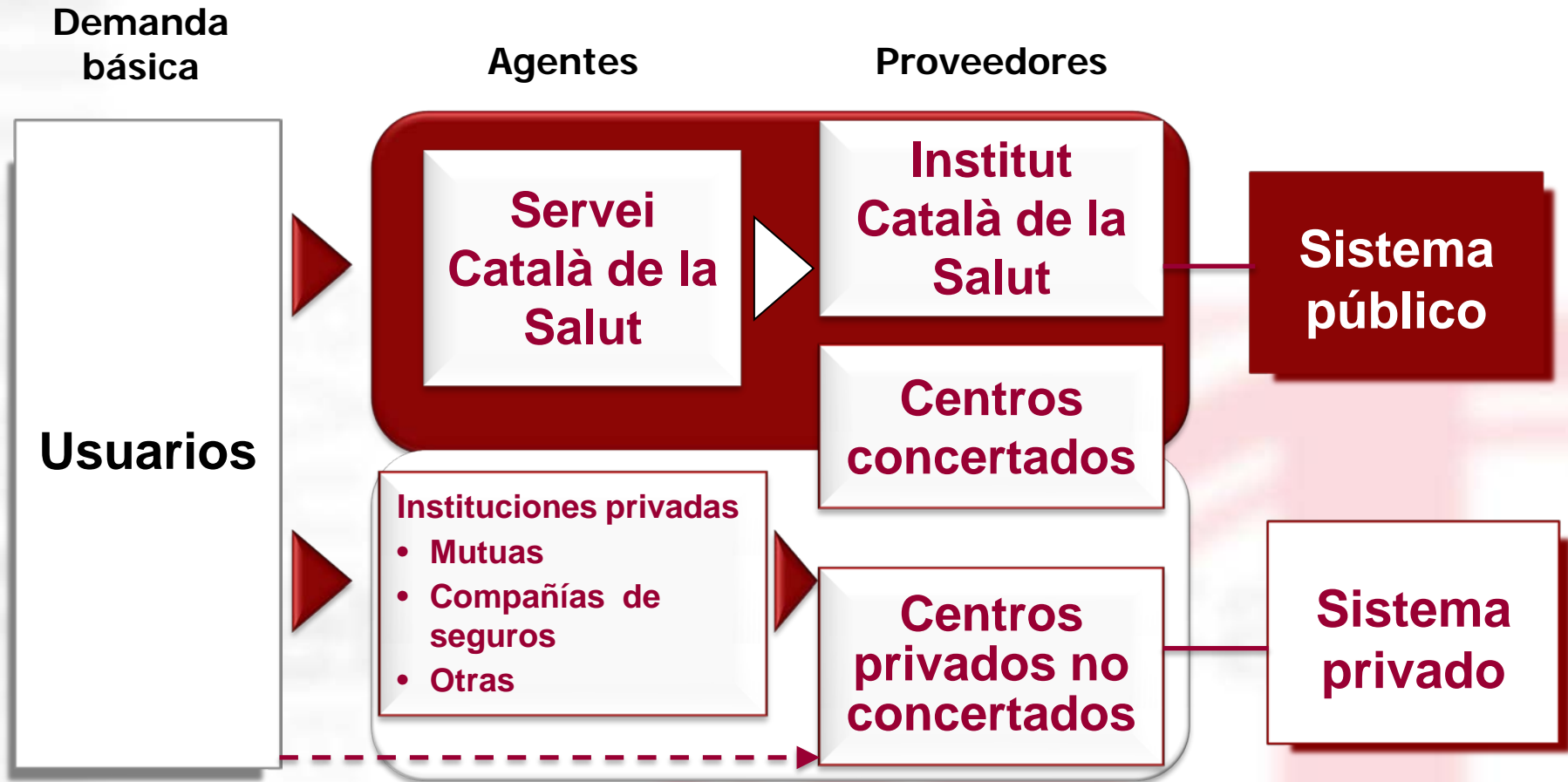


- **Convivencia sistema público – sistema privado**
- **Separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios**
- **Mercado mixto de proveedores públicos/privados, con diferentes fórmulas de gestión**
- **Red descentralizada de servicios en el territorio**
- **Participación comunitaria**

Separación de funciones



Configuración del modelo sanitario catalán



El proceso y sus instrumentos

OBJETIVOS:
PLAN DE SALUD

PRIORIZACIÓN:
PRESUPUESTO

OPERATIVIZACIÓN:
COMPRA DE SERVICIOS

La compra de servicios sanitarios

Compra de servicios sanitarios

Aseguramiento



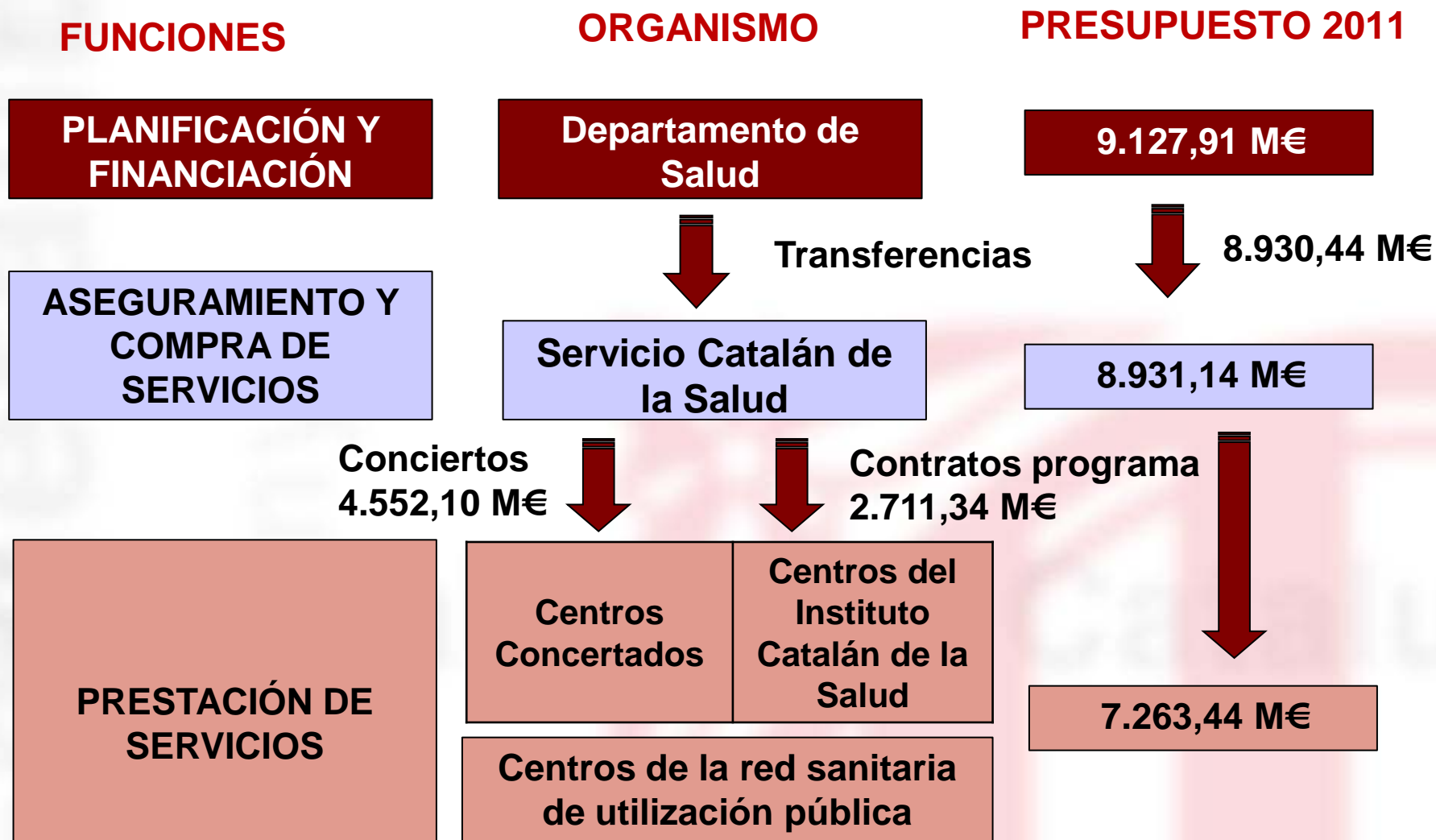
Provisión de servicios



Contr. Progra.

Concierto

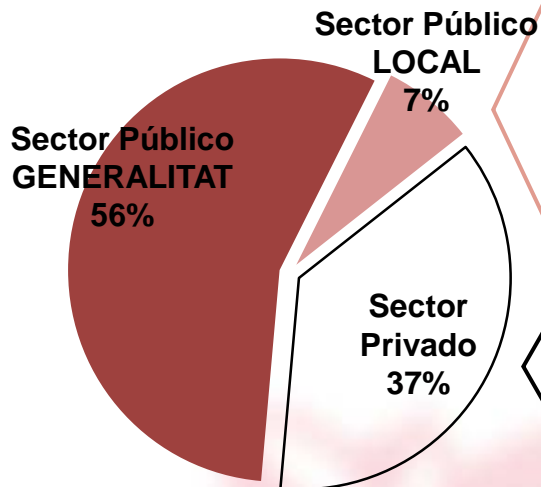
Los proveedores de servicios



Estructura de la red de entidades proveedoras concertadas –no ICS- según titularidad y forma jurídica, por líneas de servicio (I)

ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- 72% Consorcios
- 18% Fundaciones
- 10% Empresas públicas

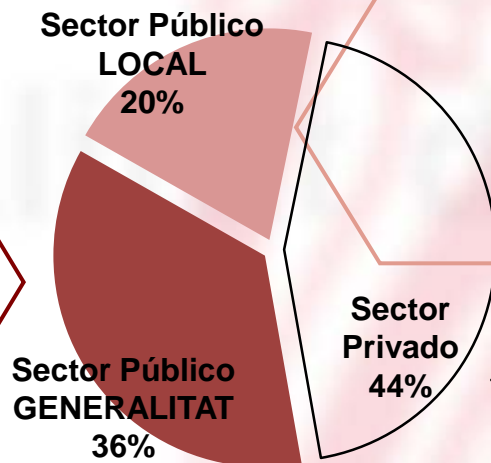


- 95% Empresas públicas
- 2% Ayuntamientos
- 1% Mancomunidades
- 2% Organismos autónomos

- 63% Fundaciones
- 14% Instituciones religiosas
- 12% Sociedades mercantiles
- 11% Mutuas de Previsión Social

ATENCIÓN PRIMARIA:

- 78% Consorcios (9% a través de sociedades filiales)
- 22% Empresas públicas



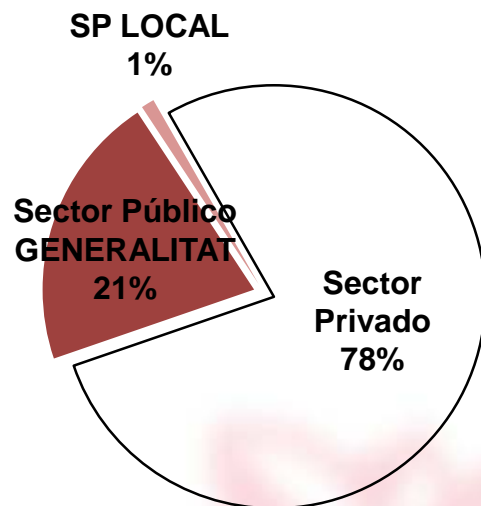
- 42% Empresas públicas
- 29% Consorcios (3% a través de sociedades filiales)
- 23% Organismos autónomos
- 6% Fundaciones

- 36% Fundaciones
- 34% Entidades Base Asociativa
- 30% Mutuas de Previsión Social

Estructura de la red de entidades proveedoras concertadas –no ICS- según titularidad y forma jurídica, por líneas de servicio (II)

SALUD MENTAL:

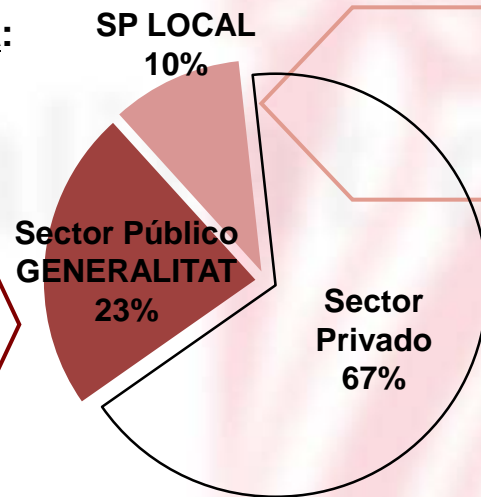
- 52% Consorcios
- 45% Empresas públicas
- 3% Fundaciones



- 52% Instituciones religiosas
- 23% Sociedades mercantiles
- 17% Fundaciones
- 6% Asociaciones
- 2% Mutuas de Previsión Social

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:

- 57% Consorcios
- 36% Empresas públicas
- 7% ICASS
- 1% Fundaciones



- 76% Empresas públicas
- 21% Consorcios
- 3% Fundaciones

- 44% Fundaciones
- 32% Sociedades mercantiles
- 19% Instituciones religiosas
- 4% Mutuas de Previsión Social

Previsión de evolución de los actuales sistema de compra de servicios sanitarios

EVOLUCIÓN DE LA COMPRA DE SERVICIOS

- Modelo basado en la oferta → Modelo basado en necesidades
- Fragmentado por líneas → Compra global: sinergias y sustitución
- Medida de la calidad “ad hoc” para cada línea → Medida de calidad en términos de salud
- Falta de comunicación entre los diferentes niveles implicados → Estimula la comunicación: coordinación, cooperación, etc.

Evolución de la compra de servicios de atención hospitalaria y especializada en Catalunya

- **Pago por presupuesto: años 1981 a 1986.**
- **Pago por acto: UBA's entre los años 1987 y 1996.**
- **Pago por caso: actividad modulada por complejidad (IRR) y por estructura (IRE), a partir del año 1997.**
- **Pago por cápita: en la actualidad está en fase de extensión en todo el territorio.**

Sistema de compra de servicios de base poblacional (sistema capitolativo). Objetivos

- **Favorecer la creación de sistemas integrados de salud a partir de las necesidades asistenciales de la población.**
- **Mejorar la eficiencia del sistema favoreciendo una gestión más coordinada del sistema sanitario.**
- **Estimular la mejora de la calidad de los servicios de salud, situando la asistencia al nivel más adecuado.**
- **Corresponsabilizar los diferentes niveles de atención transfiriendo una parte del riesgo a los proveedores.**

Funciones del CatSalut en el modelo capitativo

- **Definir el ámbito geográfico y la población cubierta.**
- **Definir la cartera de servicios.**
- **Definir y evaluar los objetivos de salud.**
- **Definir la asignación de recursos y el riesgo a transferir.**
- **Definir los criterios de ordenación de los servicios.**

Funciones de los proveedores en el modelo caputivo

- **Garantizar la coordinación de la red.**
- **Garantizar las colaboraciones, alianzas y sinergias entre los diferentes proveedores y niveles asistenciales.**
- **Garantizar el acceso y la prestación eficiente a la población.**
- **Garantizar el cumplimiento de los objetivos sanitarios y económicos pactados.**

Elementos de futuro en el sistema de asignación capitolativo

- Orientados a la creación de modelos integrados en el territorio: continuum asistencial, coordinación entre líneas, sustitución, etc.
- Eliminar la competencia entre territorios.
- Asignar recursos en un territorio, revisando el modelo de asignación de la fase piloto y ajustando el riesgo a partir de nuevas variables.
- Definir un sistema de pago específico para el alta compleja y el terciarismo.
- Compartir riesgo con los proveedores.
- Incentivo a los resultados en salud y a la calidad en las intervenciones.

Otras experiencias de la colaboración público-privada en Catalunya

Iniciativas en el ámbito de farmacia

- ❖ Dejar de relacionarse con proveedores de medicamentos (contratos de compra) para pasar a relacionarse con *partners* con objetivos comunes: compartir el resultado significa compartir el riesgo.
- ❖ Promover la innovación conjuntamente el ámbito clínico y el de la industria.

Ejemplos:

- Introducción de nuevos medicamentos: acuerdos de riesgo compartido.
- Plan de acción de compra pública innovadora: acuerdos de compra pública innovadora.

Iniciativas para la financiación de inversiones

Se han utilizado fórmulas de colaboración público-privada también para la realización de determinadas inversiones.

- Construcción de un centro sanitario incluyendo la gestión del funcionamiento de los servicios no sanitarios en el contrato y la financiación de la inversión.
- Gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.
- Compra pública innovadora.
- Renovación de equipamiento mediante la gestión compartida entre centro sanitario y proveedor de equipos y *know-how* mediante empresas mixtas.

Conclusiones

Conclusiones (I)

- La CPP no es un sistema de financiación, aunque lo pueda facilitar.
- La CPP ha sido y es un instrumento al servicio de la separación de funciones en el sistema sanitario en Catalunya.
- Para captar la complejidad del proceso asistencial es necesario abordarlo en su totalidad, integrando todas las líneas asistenciales.
- El sistema de incentivos (contratos) debe facilitar y promover la situación de los recursos en el nivel de atención (línea de servicio) óptimo.

Conclusiones (II)

- Sólo la coordinación entre proveedores de servicios (públicos y privados) puede mejorar la eficacia y eficiencia del sistema en su globalidad.
- Por tanto, la CPP puede aportar no sólo el valor de la colaboración Administración-Proveedor sino además el valor de la colaboración entre proveedores en el marco de la relación con la Administración.
- Por todo ello, la CPP en el marco del modelo sanitario en Catalunya continuará estando en la base de los instrumentos de mejora de la calidad del sistema para conseguir un modelo de atención más integrado y que atienda el proceso global.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

www.gencat.cat/salut