

PACTE NACIONAL DE SALUT A CATALUNYA (PROPOSTES DE CCOO DE CATALUNYA)

1. FINANÇAMENT I COBERTURA

1. Apostem per un model de Sistema Nacional de Salut equitatiu, d'accés universal i com a dret de ciutadania (amb independència del temps que es porti empadronat). No te sentit el "retorn" a un sistema de Seguretat Social quant el finançament ja no te rés a veure amb "quotes" sinó amb impostos generals.
2. Proposem un finançament sanitari a través d'impostos directes, proporcionals i progressius, i mitjançant un sistema "capitatiu" que valori la població i les necessitats reals de salut als territoris.
3. En tot cas es podria plantejar l'increment de determinats impostos indirectes (tabac, alcohol, begudes amb excés de sucre, "menjar escombraries" per exemple) des d'una basant salubriste, amb l'objectiu de reduir-ne el consum i amb la condició de que siguin finalistes.
4. Som contraris a l'aplicació indiscriminada de copagaments i a la desgravació de les assegurances privades. El que s'ha de garantir és la qualitat de les prestacions sanitàries públiques de tal manera que cap ciutadà de Catalunya tingui necessitat de pagar-se una mútua privada.
5. Malgrat tot no hem d'oblidar que actualment ja n'hi ha de copagaments. Cal:
 - Evitar que actuïn com a barrera d'accés.
 - Han de tenir un import reduït per a tota la població (pensionistes o actius) i, per tant, sense finalitat recaptatòria.
 - S'ha d'acumular la xifra que es paga **per la totalitat** dels copagaments (amb un límit màxim d'aportació) i cal deixar-ne fora a pacients crònics i persones sense capacitat econòmica.
 - Si el que realment es busca es "racionalitzar la demanda" només n'hi hauria d'haver en allò que es demanat per l'usuari i no quant la demanda està feta per un professional.

6. Per millorar el finançament sanitari s'hauria tant d'incrementar els recursos públics destinats a la salut com millorar l'eficiència en la gestió.
7. El finançament sanitari hauria de tenir caràcter finalista, establint mecanismes de control de la seva utilització i condicionant els nous fons a la comprovació de l'ús correcte dels ja rebuts.
8. En el cas dels accidents laborals i malalties professionals plantejem la integració d'aquesta assistència sanitària en el servei públic, alhora que considerem no té cap sentit separar l'assistència sanitària entre contingència laboral o comuna (en tractar-se de patologies diferenciades solament pel fet de produir-se dins o fora del lloc de treball).
9. En qualsevol cas s'haurien de buscar fórmules efectives per tal que les mútues i asseguradores laborals, d'accidents de trànsit, esportives i escolars es fessin càrrec d'aquella part dels costos que sent de la seva responsabilitat actualment es traslladen al sistema públic.
10. Cal desmedicalitzar la salut avançant en camps com la prevenció i l'educació sanitària, integrant l'atenció sanitària dins de la salut pública i fent un èmfasi especial en la prevenció primària de la malaltia i la promoció de la salut.
11. S'ha de potenciar l'AP. incrementant la seva capacitat resolutiva, sense restringir l'accés a proves diagnòstiques i adequant les plantilles als canvis demogràfics i millorant la integració entre els diferents centres i serveis del sistema sanitari i sociosanitari.
12. En aquelles prestacions excloses del sistema sanitari públic (copagament del 100%) es podrien buscar mecanismes per establir preus públics que permetessin a ciutadans amb pocs recursos accedir a aquestes prestacions a preus assequibles.

2. PROFESSIONALS

13. Cal avançar cap a un model on els professionals tinguin major potestat per gestionar el seu treball autònomament, on s'incentivi el desenvolupament professional, la participació en la gestió i direcció dels serveis, la dedicació al sector públic, la continuïtat assistencial i l'ús adequat i prudent dels recursos disponibles en funció de l'interès general.
14. La capacitat de compra de serveis per part de l'atenció primària és un mecanisme que pot facilitar el paper d'agent de salut d'aquest nivell assistencial.

15. És essencial redefinir les responsabilitats i competències de cadascun dels professionals dels centres sanitaris, seguint criteris de qualitat i eficàcia i evitant enfrontaments corporatius.
16. Des d'una visió de cooperació interprofessional i multidisciplinària en els serveis de salut, infermeria ha de respondre a nous reptes participant activament en els processos de gestió del coneixement i en l'avaluació de la pràctica assistencial des de les seves pròpies competències, en un model que dilueixi jerarquies verticals i promogui xarxes professionals de treball cooperatiu.
17. Els nomenats "incentius", en la pràctica, s'han vist concretats únicament en termes econòmics mentre que altres formes ni s'han explorat. Entenem que la incentivació no ha de ser només econòmica, cal obrir el camp a altres fórmules que s'han mostrat vàlides en professionals qualificats.
18. El pes del complement de productivitat variable en el conjunt de les retribucions no pot ser "testimonial" ja que diversos estudis demostren que petites recompenses no incentiven prou i més si es presenten de forma aïllada, són exclusivament econòmiques, no participades ni ben comunicades.
19. Cal fer-ne un ús adequat valorant bàsicament objectius relacionats amb la qualitat assistencial, avaluant resultats en salut sobre la població, amb criteris amplis i ben ponderats, i amb sistemes d'avaluació estables.
20. La Carrera Professional per aconseguir els seus objectius ha de ser voluntària, progressiva, objectiva, transparent, factible, avaluadora del grau d'excel·lència assolit, incentivadora, amb participació dels professionals i homogènia per a tot el sistema. No s'ha de confondre ni amb la promoció jeràrquica ni amb un mer complement d'antiguitat ("triennis il·lustrats").
21. Existeix una desconexió evident entre el sistema sanitari i la formació de pregrau (entre el sistema i els futurs professionals). Per intentar solucionar el problema seria bàsic que tots els recursos del sistema de salut col·laboressin no mitjançant el mecanisme tradicional de contracte individual amb alguns dels seus professionals sinó amb el compromís d'unitats assistencials prèviament acreditades que haurien d'incorporar entre els seus objectius el de la docència de pregrau.
22. La medicina familiar i comunitària no només és una especialitat sinó també una disciplina acadèmica. La seva pràctica absència de la universitat genera biaixos formatius. Si la medicina familiar i comunitària i l'atenció primària han de ser el centre del sistema sanitari també han de ser-ho en l'educatiu, incorporant-se com a assignatura pròpia, com a

- matèria longitudinal al llarg dels anys, transversal amb altres disciplines, i com a àmbit de pràctiques en totes les facultats de medicina.
23. El sistema actual de formació d'especialistes és poc versàtil, afavoreix la recirculació i dificulta l'adaptació dels professionals a les noves necessitats. La nova regulació de la troncalitat en la formació d'especialistes pot ser un avanç substancial cap a la flexibilització de l'oferta de professionals.
 24. El sistema de formació MIR té, entre les seves principals debilitats, l'aprofitament que en moltes ocasions realitza el sistema d'aquest personal en formació (que no hauria de ser solament personal assistencial) com a "mà d'obra barata", el que facilita part de la insatisfacció d'aquest col·lectiu.
 25. Quant a infermeria la creació de les especialitats s'hauria d'acompanyar de majors competències, definint el paper en la practica professional de les infermeres especialistes i la relació entre titulació i lloc de treball.
 26. La formació continuada ha de constituir amb la de pregrau i l'especialitzada un "continuum" durant tot l'exercici professional. Resulta imprescindible que el sistema proporcioni als i les professionals una activitat formativa continuada considerant que la formació permanent ha de ser una obligació a assumir tant pel propi sistema com pels professionals, per la qual cosa bona part d'aquesta activitat haurà de tenir un espai específic en el tram horari de la jornada laboral dels i les professionals.
 27. El model retributiu del personal sanitari s'hauria de basar en una forma de pagament que valorés no solament el "que sóc" sinó, també i fonamentalment, la quantitat i qualitat del treball realitzat d'acord amb la responsabilitat, dedicació i compliment d'objectius (el "que faig", "com ho faig" i amb "quins resultats").
 28. Cal homogeneïtzar dins la totalitat del sistema les condicions de treball i el model retributiu dels diferents professionals, però introduint criteris que contemplin sistema d'incentius atractius, amb estratègies de desenvolupament professional i reconeixement de mèrits a nivell assistencial, evitant incentius perversos i fent prevaldre criteris basats en l'avaluació dels professionals segons qualitat i resultats.
 29. Considerem que cal evitar el "pagament per acte" docs es podria incentiva la pèrdua de productivitat en horari regular i incrementar el risc de pacients sotmesos a intervencions innecessàries.
 30. En el moment d'elaborar aquest document, encara no hi ha un registre fiable de professionals sanitaris que permeti disposar d'un coneixement

continuat de l'evolució de les professions sanitàries per detectar precoçment mancances o excessos.

31. El “numerus clausus” és la resultant d'interessos contraposats (autoritats sanitàries, acadèmiques, associacions professionals, estudiantils, etc). Idealment caldria fixar-lo segons la previsió de necessitats, però no existeix un registre fiable de professionals que permeti avaluar bé les necessitats. Considerem que el seu establiment no s'hauria de condicionar a les places MIR donat que no només cal formar llicenciats en medicina perquè siguin assistencials sinó que també en calen per fer recerca, salut pública, etc.
32. La interacció entre Administració i la resta d'organitzacions professionals ja està articulada amb la creació dels Consells de la Professió Mèdica i Infermera com a òrgans permanents de consulta i participació d'aquests col·lectius professionals, que cal reactivar.

3. PRESTACIONS I CARTERA DE SERVEIS

33. Amb l'objectiu d'incorporar de manera continuada les millors tecnologies i procediments en la cartera de prestacions s'hauria de revisar de forma contínua la seguretat, qualitat, eficàcia, eficiència i efectivitat de les activitats, tecnologies i prestacions incloses en la cartera de serveis per assegurar l'adequació de la mateixa als possibles canvis i modificacions que es produeixin, el que exigeix mecanismes àgils de reavaluació i revisió periòdica i contínua.
34. Considerem prioritari introduir criteris de finançament selectiu de medicaments, tecnologies i prestacions, amb decisions que s'han de basar en l'efectivitat clínica, la relació cost/eficiència, l'existència o no d'altres alternatives, utilitzant regles de decisió transparents, basades en el coneixement científic i deixant la feina a una agència avaluadora independent.
35. Cal detallar de forma clara tant les indicacions com els grups de risc als quals es dirigirà un determinat fàrmac, tecnologia o procediment introduït en la cartera de prestacions/serveis ja que una mesura eficaç en una indicació i grup de pacients pot no ser-ho en d'altres.
36. Dins del catàleg de prestacions/cartera de serveis s'ha d'incloure no solament les farmacèutiques i la tecnologia sanitària, sinó també aquells processos relacionats amb la medicina preventiva, la comunitària, l'atenció sanitària i la salut pública.
37. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS) s'ha de convertir en un instrument bàsic per cohesionar el sistema, integrar la informació i garantir tant l'accés a indicadors d'estructura, processos, i resultats (que

permetin fer un control i seguiment de les actuacions del sistema sanitari de cobertura pública amb transparència i retiment de comptes) com avaluar de forma independent i sistemàtica el cost/utilitat tant de qualsevol nova possible incorporació a la cartera de serveis com de les ja existents.

38. Cal vetllar per la independència d'aquest organisme no tant sols envers la indústria, sinó també de la resta d'agents implicats el que inclou despolitització i capacitat dels actors polítics de no intervenir en decisions tècniques, posant-se prèviament d'acord sobre quins seran els criteris que permetran prendre de forma transparent, eficient i equitativa decisions de finançament públic basades en l'evidència científica i no en altres interessos. Ha de tenir plena autonomia, caràcter tècnic i els informes han de ser vinculants.
39. S'ha d'articular un sistema prou àgil per tal que cap nou procediment es generalitzi sense una avaluació prèvia, deslligant autorització de finançament públic i evitant, fins que no existeixi evidència suficient del seu cost/eficiència, finançar tot el que es registra i comercialitza.
40. A l'hora d'elaborar i actualitzar el catàleg de prestacions s'ha de valorar l'accessibilitat i l'equitat, assegurant la millor cartera comuna de serveis en condicions d'igualtat (que no vol dir uniformitat absoluta) per a tota la ciutadania i sense copagaments que generin barreres d'accés.
41. La participació professional en el catàleg de prestacions s'hauria de fer de forma multidisciplinària a partir de l'AQuAS amb una selecció mitjançant un procés transparent i democràtic que garanteixi els mèrits dels seleccionats.
42. És important fomentar la participació activa dels ciutadans (per exemple en consells assessors) perquè no visquin el procés com un mecanisme merament economicista que limita la seva capacitat d'accedir a la millor tecnologia, sinó com un mecanisme de millora periòdica per maximitzar l'eficiència social del conjunt del sistema.

4. MODEL DE SERVEIS

43. L'atenció primària és on s'hauria de produir el primer contacte dels ciutadans amb el sistema sanitari i l'element bàsic per al manteniment i millora de la salut de la població general. Per això cal augmentar la seva capacitat resolutiva incrementant els recursos destinats a aquest nivell i un canvi de rol de l'atenció especialitzada que hauria de passar a jugar un paper de consultoria i suport.

44. Cal una definició clara dels rols professionals en els equips, flexibilitat organitzativa i funcional i millorar la coordinació i la integració amb la resta de dispositius (especialment amb l'Atenció especialitzada i la sociosanitària).
45. Un aspecte important a resoldre (i freqüentment demandat pels usuaris) és la lliure elecció del personal d'infermeria en els equips d'atenció primària.
46. Implementar un marc de lliure elecció d'especialista en la sanitat pública té importants dificultats que passen per una voluntat real en posar els mitjans organitzatius i la informació necessària per fer-la real i operativa (entendem que la condició fonamental per poder triar és tenir informació).
47. La immensa majoria de ciutadans busquen l'atenció en els centres i hospitals més propers al seu domicili, i més si tenim en compte que en situacions d'urgència busquen l'atenció en aquests centres propers. Per això la seva primera elecció informada seria, sens dubte, que aquests estiguin ben equipats i que funcionin correctament, el que exigeix una planificació sanitària equitativa i tècnicament eficient dels recursos.
48. La salut pública ha de ser no solament una de les grans prioritats en l'acció del Departament de Salut sinó també del Govern i de totes les seves polítiques públiques, la qual cosa exigeix portar les seves accions més enllà del sector sanitari fent de la prevenció, la protecció i promoció de la salut part important de la política pública (educació, desigualtats socials, accés al treball, habitatge, etc.).
49. Els sistemes d'informació en salut pública i vigilància epidemiològica han d'estar integrats en el sistema general d'informació sanitària per a la seva explotació tant interna (circulació de la informació dins del propi sistema) com externa (accessible als usuaris del sistema).
50. Cal resoldre els problemes de fragmentació de l'atenció dins el sistema sanitari i de competència entre proveïdors, especialment a nivell territorial, per millorar la coordinació assistencial.
51. Seria important avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament "per càpita" que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries.
52. Considerem imprescindible i urgent una avaluació rigorosa i independent de les formes de gestió existents per valorar l'eficiència real de cada opció, les seves fortaleeses i limitacions i els riscos/beneficis, abans d'una generalització no fonamentada d'alguns d'aquests models.

53. Cal avançar en un sistema transparent de contractació, avaluació i control continu que corregeixi de forma immediata les possibles desviacions, evitant que en les formes privades de gestió puguin prevaldre criteris mercantils per sobre dels assistencials, establint per contracte la limitació de beneficis.
54. Considerem que la participació privada lucrativa com a forma de gestió hauria de ser una opció excepcional, limitada en el temps, subjecta a estrictes mecanismes transparents i independents de regulació i control, necessitada de justificació cas per cas i explicitant-se els criteris que determinen la seva utilització enfront d'altres opcions.

5. AVALUACIÓ, RETIMENT DE COMPTES I TRANSPARÈNCIA

55. Per “transparència” entenem l'accés fàcil, comprensible i comparable de qualsevol dada (tant clínica com d'administració i gestió) referida a entitats, centres i/o la pròpia Administració, que no afecti a dades de salut de persones particulars identificables, que no comporti un risc per la seguretat o que violi les lleis de protecció de dades, així com l'accés a qualsevol tipus de document, informe o acta d'òrgans de govern.
56. Cal aprofitar les oportunitats que ofereixen els sistemes i tecnologies de la informació per dotar a la sanitat catalana de finançament públic d'una efectiva transparència i d'un sistema eficient de control i avaluació de costos i riscos vinculats a l'obtenció de resultats en salut, en qualitat i productivitat dels serveis i també econòmics, d'acord amb els contractes programa. Per això cal un sistema d'informació de la sanitat de finançament públic integrat i obligatori per a totes les entitats, amb interoperabilitat de les seves dades i accés a documents, i amb informació de l'activitat, llistes/temps d'espera, pressupost i execució del mateix.
57. Considerem imprescindible que les dades siguin comparables entre centres, recollides de forma transparent i homogènia, amb la participació dels professionals i la implicació de la ciutadania en la definició dels principals indicadors i que, en definitiva, la informació de tota activitat finançada amb diner públic ha de ser també pública.
58. Referent a la recerca i la col·laboració públic-privada remarcar que s'ha de fer sota estrictes plantejaments de transparència i retiment de comptes i que la sanitat de finançament públic ha d'evitar que aquesta col·laboració sigui en detriment del rol social que només correspon a la pública. Convé, per tant, vetllar perquè la potenciació del sector privat es faci en favor de l'esmentat sistema públic incrementant la transparència

en la gestió dels recursos i en les fonts de finançament de la recerca finançada amb diner públic.

6. COMPROMÍS CIUTADÀ

59. La participació de ciutadans i pacients en el sistema sanitari implicant-se en el mateix és una condició necessària per al seu bon govern i funcionament. Aquesta participació en decisions sobre polítiques i serveis sanitaris té el valor afegit de contribuir a la identificació de la ciutadania amb el sistema i la seva millora i sostenibilitat.
60. El procés polític democràtic pel qual es tria i controla als governants és la principal forma institucional de participació ciutadana en el govern de la sanitat pública. La presència de representants directes de la població i de persones vinculades a moviments cívics locals i nomenades per entitats ciutadanes en els òrgans consultius pot ser una altra forma de participació ciutadana en la governança del sistema.
61. La participació ciutadana no s'ha de limitar a l'àmbit estricte dels sistemes sanitaris sinó que abasta el conjunt de factors que influeixen de forma rellevant en la salut de les persones i poblacions (economia, habitatge, treball, educació, transport...).
62. Fer que el ciutadà i el pacient siguin el centre i referent del sistema sanitari passa per aconseguir que els seus drets siguin en la pràctica reals i efectius. La crida a la responsabilitat dels ciutadans com a usuaris dels serveis sanitaris de finançament públic no sempre es correspon amb facilitar la informació que ajudaria a assumir adequadament aquesta responsabilitat. Per a això és necessari que siguin coneguts per a tots: població, pacients i professionals sanitaris, la qual cosa requereix un esforç de difusió sent convenient sintetitzar el llistat de drets i deures en uns pocs punts clau, fàcilment recordables i en forma de Carta de Drets i Deures, que hauria d'estar exposada en tots els centres i consultes, de manera que estigui present en la cultura organitzativa i en la ment de professionals i ciutadans.
63. Un element central per a la participació de ciutadans i de pacients és l'accés a informació de qualitat. La informació permet opinar i triar amb coneixement de causa, sigui com a ciutadà actiu (interessat en la sanitat com a assumpte públic) o individualment (com a pacient interessat en la pròpia salut i en les decisions que l'afecten). Per això és important la transparència i el lliure accés per part de la ciutadania a tota informació en poder de l'Administració sanitària.
64. Recomanem ampliar al màxim la llibertat d'elecció dins de la sanitat eliminant els obstacles burocràtics, i posant activament els mitjans

necessaris per fer-la real, el més important dels quals és una bona informació. Considerem molt pobre un dret a triar que es limiti al “on” i al “qui” de l'atenció i no inclogui el control i la decisió del pacient sobre la seva atenció mèdica, és a dir: “el què” i “el com”.

65. Els “òrgans de participació” no han ser merament consultius i sense funcions efectives als quals simplement se'ls facilita informació. Han de ser òrgans veritablement participatius essent imprescindible que les seves opinions i/o recomanacions siguin tingudes en compte pels òrgans de govern dels centres i per l'administració sanitària.
66. Rebre resposta dintre del termini i en la forma escaient a queixes, reclamacions, denúncies o suggeriments requereix d'un sistema que garanteixi que aquestes reben formalment la consideració per part dels responsables dels centres. Haurien de ser gestionades per un ens/òrgan extern al sistema.
67. Cal continuar i millorar el paper proactiu del Servei Català de la Salut per comptar amb instruments que li permetin conèixer les necessitats, demandes i preferències de pacients, cuidadors, familiars i ciutadans en general, però anant més enllà de les simples enquestes de satisfacció i introduint instruments que permetin conèixer, de forma pública i transparent, els processos i resultats de l'atenció sanitària, el que sens dubte fomentará la cultura de la participació.

7. RECERCA I INNOVACIÓ EN CIÈNCIES DE LA SALUT

68. La recerca ha de respondre sempre a projectes en què siguin avaluats els costos directes, estimats els indirectes, i identificables les diferents vies de finançament, assegurant que tots els projectes siguin avaluats i aprovats pels comitès ètics corresponents.
69. Cal evitar una reorientació del finançament públic de la recerca exclusivament cap a la innovació en el sector privat que redueixi el suport públic a la investigació bàsica i la porti cap a la aplicada orientada exclusivament al mercat, així com que els assaigs clínics d'interès comercial prevalguin sobre les necessitats de recerca orientada als interessos de pacients i de institucions sanitàries.
70. Considerem fonamental la transparència en les fonts de finançament. En el finançament de la recerca en les institucions sanitàries s'hauria d'incloure en el contracte i pressupost de cada centre un d'específic (clarament explicitat i sotmès a posterior avaluació de compliment) per a recerca clínica.

71. La quantificació del retorn social de la inversió en recerca engloba un elevat nombre de dimensions. Tradicionalment s'ha avaluat el retorn des de un punt de vista econòmic i si bé un retorn econòmic important pot tenir conseqüències socials no sempre ha de ser així. Una part important del retorn a la ciutadania de l'esforç realitzat a través de la recerca finançada públicament es dóna en el camp de la recerca social, dels determinants en salut o en els sistemes d'avaluació dels serveis sanitaris en salut, de difícil valoració de rendibilitat econòmica a curt termini, motiu pel qual cal incrementar la participació pública en el finançament d'aquest tipus de recerca.
72. Cal donar suport preferent a la recerca en l'àmbit d'atenció primària i dels estils de vida, incloure la recerca entre les activitats professionals habituals juntament amb l'assistència i la formació continuada i promoure proporcionalment més la recerca clínica en els centres assistencials, afavorint la col·laboració interinstitucional per als projectes que requereixen recerca bàsica.
73. El sector salut no és un sector més de l'economia atès que pot ser un gran activador de projectes d'impacte econòmic i Catalunya té un gran potencial per desenvolupar un clúster de primer nivell en aquest camp que cal potenciar.

8. GOVERNANÇA

74. Cal reforçar el paper del Departament de Salut com autoritat sanitària i a qui també li pertoca la direcció, vigilància i tutela del Servei Català de la Salut (SCS), així com el control, la inspecció i l'avaluació de les seves activitats.
75. Entre les finalitats i funcions del SCS hi ha la prestació de serveis d'assistència sanitària i sociosanitària mitjançant la gestió i administració de centres, serveis i establiments, si bé la LOSC diu que aquestes finalitats i funcions també les pot desenvolupar establint convenis o concerts amb entitats públiques o privades (art 6 i 7). Aquest "també" s'ha convertit per alguns, basant-se en l'anomenada "separació de funcions", en la suposada forma exclusiva prevista a la Llei.
76. La LOSC va establir un model "integrat" denominat "Servei Català de la Salut" explicitant quins centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària el configuren i com (art. 4 i 5) perquè s'hi integren o s'hi adscriuen funcionalment atenent, respectivament, a la naturalesa de l'entitat titular o als pertinents convenis. La part de desplegament de la LOSC corresponent a integrar o vincular al SCS centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària segueix pendent malgrat que la

disposició transitòria 1^a de la mateixa llei fins hi tot marca un termini de dos anys per a aquesta integració o adscripció. Ni la posterior modificació de l'any 95 ni la llei 8/2007 de l'ICS han modificat ni l'art. 5 ni la transitòria primera de la LOSC de 1990 i per tant segueix vigent que tant l'ICS com els centres dependents d'administracions públiques haurien de configurar, per integració o adscripció, el SCS.

77. Una reflexió que cal fer en la línia del “Estudi del Sector Públic de la Generalitat de Catalunya” de maig de 2010 es si, perquè “algú” faci d'asseguradora pública, cal una estructura diferenciada i complexa com el CatSalut o es podria fer el mateix traspasant les seves funcions a alguna secretaria/divisió dependent del propi Departament.
78. Entenem l'autonomia de gestió a nivell de centre o equip, no com a independència jurídica però sí amb comptabilitat pròpia i retiment de comptes en resultats de salut i equilibri pressupostari. S'ha de poder exercir on s'adopten les decisions que afecten als qui assignen la major part dels recursos sanitaris. Aquesta necessària autonomia de gestió té uns alts nivells d'incompatibilitat amb la intervenció prèvia administrativa, el que no exclou un control financer permanent a través dels sistemes d'informació del propi sistema sanitari i una avaluació “ex-post” de cada entitat amb rigor, transparència i retiment real de comptes (“conseqüències”).
79. Cal avançar en la generalització de fórmules ajustades de finançament “per càpita” que reparteixin els recursos en funció de les necessitats sanitàries de la població a nivell territorial i no dels interessos particulars de les organitzacions sanitàries, afavorint la coordinació entre nivells assistencials.
80. L'organització de la provisió mitjançant la integració efectiva, real o virtual, dels proveïdors en xarxes de serveis de salut integrades és assolible en un sistema nacional de salut de provisió pública sense que els proveïdors hagin necessàriament d'estar fusionats en una mateixa entitat. El factor clau per assolir aquests objectius es la implementació d'estratègies en l'àmbit de la microgestió, liderades pels professionals de les diferents entitats.
81. La direcció política del sistema sanitari ha de continuar estant situada al Departament i al Govern però fora de l'àmbit polític considerem caldria professionalitzar la gestió del sistema sanitari desvinculant la política del que és estrictament tècnic. És en aquest sentit que proposem la creació d'un nou model d'òrgans col·legiats de govern a tots els nivells del sistema sanitari.

Aquests consells de govern :

- Estaran formats, bàsicament, per professionals de prestigi amb perfils diversos (no poden faltar professionals de la salut i de l'economia).
- Tots els membres actuaran amb absoluta independència de criteri.
- El nomenament respondrà exclusivament a criteris professionals, sent seleccionats de forma transparent i en funció de la seva experiència i capacitat.
- Han de tenir vinculació amb el territori.
- No han de tenir capacitat de gestió (aquesta correspon a gestors professionals que han de ser nomenats mitjançant procediments públics i reglats en base a criteris estrictament professionals. Aquests mateixos criteris s'han d'aplicar a tots els càrrecs directius).
- El gerent ha de retre comptes davant el Consell de Govern que, alhora, pot decidir el seu nomenament o cessament.
- El procediment de nomenament i cessi dels membres dels consells de govern i dels gestors ha d'estar completament desvinculat del cicle polític i de criteris partidistes.
- Aquest model requereix d'un alt grau d'autonomia i de retiment de comptes que necessàriament ha de tenir conseqüències (positives o negatives) i que s'hauria d'acompanyar de la professionalització i estabilitat dels equips gestors per tal de tenir una administració sanitària eficient, políticament neutral, professionalitzada i estable.

82. Coincidint amb "L'informe relatiu a la moció 3/10 del Parlament de Catalunya sobre les polítiques de salut", entenem que convé clarificar quines entitats són mitjans propis i instrumentals de l'Administració, tant evitant declarar com a "mitjà propi" aquelles que no reuneixen els requisits (sobretot el de control per part del poder adjudicador) com, a l'inrevés, no declarar mitjà propi aquelles que clarament són controlades o dependents del CatSalut o del Departament de Salut, fet que permetria que una part important de les entitats poguessin gaudir d'encàrrecs de gestió sense necessitat d'acudir a procediments públics de licitació.

83. Per millorar la coordinació entre nivells s'hauria d'anar abandonant la gestió sanitària basada en "compartiments estancs" i pressupostos rígids i orientar els recursos segons el cost de l'atenció que requereix un pacient, al marge d'on la rebi i pagant per resultats en salut. En aquest sentit seria imprescindible coordinar els serveis sanitaris i socials entre

si, i aquests amb les estructures de salut pública (com a veritable gestió multidisciplinària d'una necessitat) perquè els problemes dels ciutadans siguin atesos de forma integral.