

El propòsit de la convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya

Roser Fernández

Direcció General. La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials. Barcelona.

El propòsit de la convivència

En un moment marcat per la confrontació permanent, parlar de convivència és fonamental i perquè aquesta tingui valor, cal compartir propòsit. En aquest article es preten superar confusions sovint intencionades i prejudicis de valor, i obrir línies de reflexió i de treball per sumar i avançar plegats per fer front als reptes i oportunitats de futur, des del bon propòsit de la convivència entre el que és públic i el que és privat per a millorar la salut i el benestar de les persones.

Catalunya, referent històric de la convivència publicoprivada en el finançament i la provisió

Per tal de situar-nos a la realitat actual, i no anar-nos-en 100 anys enrere, partim del context que, des de 1986, a Espanya es va optar per un Sistema Nacional de Salut (SNS) de cobertura universal i gratuïta, que garanteix l'equitat d'accés a l'atenció sanitària.

En aquest context, un dels trets diferencials històrics del model sanitari català és la doble convivència pública i privada en el finançament i en la provisió.

Convivència en el finançament

Tal com recull Joan M. V. Pons en el seu article *La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya*¹, inclòs en aquesta mateixa publicació, a Catalunya conviuen el sistema públic de salut —el que és d'accés universal i gratuït per a tota la població— i el sistema privat de salut —de finançament privat i voluntari, sovint a través d'asseguradores. Són complementaris i, per això, per als que contracten una assegurança sanitària privada, en diem que tenen doble cobertura. Històricament, a Catalunya la doble cobertura s'ha situat entorn al 25%, mentre que la mitjana estatal era de 14,5%. Segurament

s'explica no només pel major poder adquisitiu relatiu sinó per l'existència de moltes mutualitats locals i sectorials amb fort arrelament a la classe mitjana.

Convivència en la provisió

El sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) és una xarxa mixta de provisió on hi ha entitats de diversa naturalesa jurídica, pública i privada, que històricament presten serveis de cobertura pública a tot el territori català. És una xarxa on conviu la gestió directa de serveis (Institut Català de la Salut [ICS]) i la gestió indirecta (els centres concertats). Aquesta xarxa concertada ha permès sumar al sistema públic de salut entitats d'excel·lència com Sant Joan de Déu, la Fundació Puigvert o l'Institut Guttmann, i a entitats de proximitat territorial com l'Hospital de Palamós, Althaia (Xarxa Assistencial Universitària de Manresa), la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona, etc., i no només hospitals, sinó també entitats de base associativa (EBA) en l'atenció primària o més del 85% de la xarxa sociosanitària i de salut mental del SISCAT.

A Catalunya, el 65% del SNS–SISCAT està concertat, mentre que a la resta de comunitats autònomes, pràcticament el 100% de l'SNS és de gestió directa per part de l'Administració. Aquesta realitat també té una raó històrica: la manca d'inversió en infraestructures de la Seguretat Social a Catalunya, que es va haver de suplir mitjançant la col·laboració de la societat civil i la integració, via concertació, al sistema públic de fundacions de base local, mutualitats i ordes religioses.

A la Taula 1 s'inclouen factors de contribució de valor dels atributs diferencials del model sanitari català, respecte de l'SNS.

Per tant, resumint, a Catalunya, si volem diferenciar sistema públic de salut i sistema privat de salut, hem de diferenciar SISCAT i no-SISCAT, respectivament. I dins de la xarxa del sistema públic de salut (SISCAT) hem de diferenciar la gestió directa de la gestió indirecta, l'ICS i els centres concertats, respectivament.

Dit això, i per passar de la descripció a la reflexió positiva, ens centrarem en quins són els nous paradigmes i dilemes del moment, i en les oportunitats de la convivència si compartim propòsit.

Correspondència: Roser Fernández
Direcció General
La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials
C/ València, 333 baixos
08009 Barcelona
Tel. 932 093 699
Adreça electrònica: direcciógeneral@uch.cat

TAULA 1. Diferències entre el model sanitari català i el Sistema Nacional de Salut

TRETS DIFERENCIALS			
Sistema descentralitzat i de proximitat territorial	Xarxa de provisió plural, estable i inclusiva	Governança pública del sistema centrada en les funcions de direcció del sistema	Organitzacions compromeses de govern i gestió professionalitzada
<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilitat a la cartera de serveis • Arrelament dels centres a la comunitat territorial • Participació ciutadana • Equilibri territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitat d'innovació • Flexibilitat i agilitat en l'adaptació als canvis necessaris • Aprofitament dels recursos existents • Accés als centres d'excel·lència sense exclusions 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de qualitat basada en l'acreditació de tots els centres • Planificació que aglutina el compromís de tots amb les polítiques públiques • Cartera de serveis organitzada territorialment per arribar a tota la població amb criteris d'accés i qualitat • Contractació de serveis a partir de la planificació i comptant amb les potencialitats dels serveis que operen en el territori • Model de contraprestació econòmica que permet alinear objectius i amb incentius per orientar els serveis a resultats • Avaluació per millorar en resultats • Transparència i retiment de comptes a la societat, mitjançant la Central de Resultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicació de les polítiques públiques a través de les organitzacions amb objectius explícits i avaluable • Coherència amb els valors socials que fonamenten els models organitzatius del segle XXI i en línia amb la concepció europea de l'economia social • Actuació sota l'imperatiu ètic d'eficiència, qualitat i seguretat • Compromís social que incorpora els valors de la sostenibilitat i el respecte al medi ambient en un concepte ampli d'un model d'atenció ecològic, personalitzat i proper

Font: Pla Estratègic de La Unió 2022-2025

Per què es qüestiona actualment la convivència entre públic i privat del model sanitari català?

La convivència en el finançament

En l'actualitat, la doble cobertura es qüestiona perquè ha pujat. Segons l'article de Joan M. V. Pons¹, ha passat del 24,1% l'any 2013 al 31,9% el 2022, i va pujant. El dilema que es posa sobre la taula és que puja perquè ha empitjorat l'accessibilitat (l'listes d'espera) i la confiança en la sanitat pública, sobretot després de la covid-19, i no s'acaba de recuperar.

Certament, els que posem en valor un sistema públic de salut com a pilar estratègic d'un país que vol ser de progrés econòmic i cohesió social, no podem estar contents que el sistema privat creixi perquè el públic no funciona. Amb una de cada tres persones amb assegurança voluntària de salut, podem continuar parlant de sistema complementari o, de fet, ja estem en un sistema de dues velocitats?

Alhora, cal analitzar molt bé aquest impacte en el sistema sanitari privat, en volum i en casuística, per tal que aquest creixement no vagi en detriment dels factors diferencials que la població valora en un sistema sanitari

privat, que a Catalunya té un pes important i contribueix en la millora de la salut i el creixement econòmic.

La convivència en la provisió

Aquesta convivència actualment es qüestiona per raons fonamentalment populistes i demagògiques que tenen en el seu origen debats polititzats i mediatitzats. Es vol confondre intencionadament privatització amb concertació i defensar plans de reversió de la concertació per publicar les estructures de provisió del SISCAT, donant a entendre que si no són públiques i els seus professionals no són estatutaris o funcionaris no són aptes per a prestar un servei públic. I això, sense sustentar-ho amb dades, confonent a la població i sense preguntar-li si entén que prescindir de la concertació voldria dir que sortirien de la xarxa de la sanitat pública catalana institucions com l'Orde de Sant Joan de Déu, la Fundació Guttmann o els hospitals i centres d'atenció primària concertats i la xarxa sociosanitària i de salut mental de proximitat amb els que la població i els professionals tenen sentiment de pertinença a la sanitat pública.

El debat polític se centra en això més que en mirar com podem sumar per tal de millorar l'accessibilitat i enfortir

la contribució social del model de concertació des d'una bona governança pública, que reforci el requeriments de solvència, qualitat i compromís de servei públic de les entitats que treballen per a les xarxes públiques de provisió de serveis a les persones.

Aquests dilemes artificials i intencionats, per sort, no són tan insistents en els models de col·laboració publicoprivada en recerca i innovació, malgrat que tampoc avancem en marcs normatius estables i àgils que permetin optimitzar-ne els seus resultats.

En tot cas, es preveu una involució injustificada de la convivència publicoprivada, que ha fet del model sanitari català un model referent d'excel·lència i bons resultats.

Quins nous paradigmes i reptes actuals poden esdevenir oportunitat per a innovar en la convivència del sistema sanitari públic i el sistema sanitari privat?

Simplificadament, es poden agrupar en 4, i en tots i cadascun d'ells és important incorporar-hi les oportunitats i les exigències d'una bona convivència.

1) Finançament

Segons dades de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), tenim recorregut de millora pel que fa a la despesa sanitària per càpita (en dòlars segons paritat de compra) d'Espanya (4.086) i Catalunya (3.891), respecte a la mitjana de l'OCDE (4.715) i la Unió Europea (5.551).

Per tant, cal sumar en millora de finançament, tant pel que fa al percentatge de recursos pressupostaris que es destinen a la sanitat pública, com en situar la millora de la salut i el benestar personal en les prioritats de les persones. Sempre i quan la decisió d'anar al sistema privat de salut sigui voluntària, i no associada a problemes d'accessibilitat al sistema públic, podem acabar deduint que aquesta decisió pot contribuir a millorar precisament l'accés a les persones que volen accedir al sistema públic i contribuir a la millora de l'equitat.

Una altra dimensió de la convivència és que el sistema públic de salut compti amb un sistema privat de salut acreditat per a situacions de col·lapse crític del SISCAT, com va ser el cas de l'atenció a la covid-19, i que aquesta col·laboració sigui amb transparència de criteris i requeriments.

En aquest context de convivència i de sumar recursos de finançament públic i privat, normalment pensem més en l'oferta de serveis d'atenció especialitzada d'aguts (hospitals) o activitat diagnòstica i de rehabilitació, i no tant en la resta de línies com l'atenció primària i comunitària o l'atenció intermèdia o de salut mental. En aquestes altres línies, l'oferta per a la convivència és menor. No passa el

mateix en l'àmbit de l'atenció residencial o l'atenció domiciliària, on la cobertura pública és insuficient i l'oferta del sistema privat és més àmplia.

Per tal que aquesta convivència funcioni, és important garantir la qualitat en els dos sistemes de salut i fer que, per raons de seguretat i eficiència, els sistemes d'informació es parlin i es pugui incorporar la informació de l'activitat feta en el sistema privat a la història clínica compartida i a La Meva Salut.

2) Professionals

Certament, l'actual manca de professionals obliga a optimitzar tots els recursos disponibles.

Fins ara, la convivència de professionals entre sistema públic i sistema privat de salut era espontània i resolva diversos problemes. Per una banda, el professional rebia formació, feia recerca i renom al sistema públic de salut i el seu prestigi era valorat pel sistema privat, que el captava en règim de doble ocupació en el marc de la normativa de compatibilitats vigent. I era bo per a les dues parts: d'una banda, permetia ser més tolerant amb el nivell de retribucions baixes al sistema públic perquè es compensava amb el rendiment de l'activitat al sistema privat i, d'altra banda, el sistema privat podia comptar en la seva cartera amb prestigiosos professionals del sistema públic.

Què passa actualment? Que les noves generacions de professionals, lícitament, volen compatibilitzar la seva activitat professional amb la seva vida personal i, per tant, cerquen una única ocupació que els permeti fer-ho en les millors condicions, i ho poden fer perquè en determinades especialitats hi ha més demanda que oferta de professionals. Això acaba agreujant l'impacte de la manca de professionals en el conjunt del sistema. La pressió per a millorar les condicions laborals puja al sistema públic de salut i hi ha professionals que decideixen optar directament pel sistema privat i, alhora, el sistema privat no sempre pot comptar amb professionals d'alta expertesa que vulguin complementar la seva vida laboral en l'àmbit privat.

En aquests moments, la manca de professionals és un dels principals obstacles per a millorar les llistes d'espera, tant al sistema públic com al privat.

Aquesta és una realitat que cal tenir present. Cal ser innovadors en els models de convivència i col·laboració publicoprivats, amb aliances professionals a nivell territorial, i optimitzar els recursos disponibles, fent escolta activa de les expectatives dels professionals per tal de fidelitzar i captar talent.

En aquest context, també cal tenir en compte que bona part de la formació, la recerca i la innovació compten amb el suport de recursos públics i, per tant, també cal veure

com es pot objectivar un retorn just d'aquesta inversió al sistema públic de salut.

3) Transformacions assistencials i inversions necessàries

Estem en un moment ple de reptes, però també d'oportunitats, que ens exigeixen canvis transformacionals per la pròpia evolució del perfil de persones que atenem i pel canvi en els models d'atenció. L'abordatge d'aquestes transformacions ens porta a la globalització, a un abordatge més sistèmic, que també ens exigirà innovar en els espais i estratègies de convivència.

Dos exemples de transformacions globalitzadores:

- Una, la transformació assistencial, més centrada en procurar la salut i l'autonomia personal que en curar la malaltia i atendre la dependència. És una estratègia clau per a la sostenibilitat de qualsevol sistema de salut davant l'envelliment i el creixement de la cronicitat. Això vol dir actuar preventivament, en entorns comunitaris, en avançar en la integració efectiva de l'atenció sanitària i social, en acompanyar les persones en totes les etapes de la seva vida. Aquest model centrat en la persona és molt exigent en canvis organitzatius, perquè fins ara el ciutadà s'ha hagut d'adaptar a com nosaltres ens hem organitzat i, ara, el que volem dir és que hem de capgirar els models organitzatius actuals per adaptar-nos a aquest nou entorn i procurar les aliances estratègiques necessàries per garantir la continuïtat assistencial i interactuar globalment.
- Una altra, la transformació digital, les dades massives (el *big data*), la intel·ligència artificial, que ens permetran avançar cap a una atenció cada vegada més preventiva, predictiva, personalitzada, participativa i de proximitat. La inversió en aquest àmbit no coneix fronteres ni murs entre sistemes i, per tant, ens obliga a models d'innovació col·laborativa que sumin valor al voltant de la persona, avaluin resultats i comparteixin bones pràctiques. En aquest sentit cal celebrar l'aposta de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), de la Central de Resultats (CdR) i de la Fundació TIC Salut Social en projectes integradors de salut i socials, de sistema públic i privat.

4) Transformacions socials

Més enllà d'aquestes transformacions globalitzadores hi ha les transformacions socials associades a valors que també ens han d'acostar en aquesta convivència cap a un nou model de contracte social: la transformació ecològica i de compromís en la millora del medi ambient, l'aposta clara per a l'escolta activa al professional i al ciutadà en el marc d'un nou contracte social intergeneracional, el retorn de la bona gestió en el servei públic i el retiment de comptes a partir dels resultats, el de la corresponsabilitat individual i col·lectiva en la salut i el benestar, i la correcció de les desigualtats; un nou concepte de salut pública que vam tenir ben present durant la covid-19 i que hauriem de recordar i reivindicar.

Aquests canvis transformacionals són transversals, per al sistema públic i per al sistema privat, i la seva convivència col·laborativa ha d'enfortir al conjunt del sistema de salut del país.

El model sanitari català, un model històricament marcat per la convivència pública i privada, està ben preparat per fer front a aquests reptes i aprofitar les oportunitats si supera els debats populistes i centra la governança pública en tot allò que suma capacitats, qualitat i compromís al servei de la millora de la salut i el benestar de les persones. Catalunya ha de ser referent europeu de la convivència entorn un *hub* de recerca i innovació *bio*, tecnològica, assistencial i social a l'entorn de la salut; referent d'un país que aposta pel progrés econòmic i la cohesió social, que ha superat la confrontació entre economia productiva i economia social, i ha apostat per la seva convivència, deixant palès que sense creixement econòmic no hi ha recursos per redistribuir riquesa ni fer polítiques socials. El sector salut és el millor exemple d'aquesta convivència al servei de les persones.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Pons JMV. La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2024;107:146-153.