

INFORME 5/2025

SISTEMA
DE CONTRAPRESTACIÓ
DELS SERVEIS
D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA
I ESPECIALITZADA D'AGUTS
PRESTATS PELS CENTRES
DEL SISCAT
PER COMPTE
DEL CATSALUT
EXERCICI 2022



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



INFORME 5/2025

**SISTEMA
DE CONTRAPRESTACIÓ
DELS SERVEIS
D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA
I ESPECIALITZADA D'AGUTS
PRESTATS PELS CENTRES
DEL SISCAT
PER COMPTE
DEL CATSALUT
EXERCICI 2022**



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



Edició: maig de 2025

Document electrònic etiquetat per a persones amb discapacitat visual

Pàgines en blanc inserides per facilitar la impressió a doble cara

Autor i editor:

Sindicatura de Comptes de Catalunya
Via Laietana, 60
08003 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Publicació subjecta a dipòsit legal d'acord amb el que preveu el Reial decret 635/2015, del 10 de juliol

ÍNDEX

ABREVIACIONS.....	8
ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS	8
RESUM EXECUTIU	9
1. INTRODUCCIÓ	13
1.1. ANTECEDENTS.....	13
1.2. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS A CATALUNYA.....	22
1.3. MARC NORMATIU	31
1.4. ENTITAT FISCALITZADA	33
2. ABAST I METODOLOGIA.....	35
2.1. OBJECTE I ABAST.....	35
2.2. METODOLOGIA	36
3. CONCLUSIONS	36
4. RECOMANACIONS.....	47
5. RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ	51
5.1. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS ÉS ADEQUAT PER PROMOURE LES DIRECTRIUS I ELS OBJECTIUS ESTABLERTS AL PLA DE SALUT DE CATALUNYA?.....	52
5.1.1. Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són coherents amb el Pla de salut de Catalunya?	52
5.1.2. Els objectius del pagament per resultats estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya?.....	56
5.1.3. La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarca adequadament en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut?.....	57
5.2. LA CONTRACTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS AMB ELS DIFERENTS PROVEÏDORS S'AJUSTA A LA NORMATIVA I A CRITERIS OBJECTIUS, UNIFORMES I QUE RESPECTIN EL PRINCIPI D'ECONOMIA?	59
5.2.1. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut es va articular d'acord amb el que estableix la normativa?	59

5.2.2.	L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades respon a un criteri objectiu i uniforme?.....	62
5.2.3.	L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades garanteix el menor cost possible per al CatSalut d'acord amb el sistema de contraprestació vigent?.....	66
5.2.4.	Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van assignar entre els diferents proveïdors concertats emprant criteris objectius que en garantissin la idoneïtat?.....	71
5.3.	L'APLICACIÓ DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS COMPENSA ADEQUADAMENT ELS SERVEIS PRESTATS PELS PROVEÏDORS?	73
5.3.1.	El sistema de determinació del nivell d'estructura reflecteix de manera apropiada les diferències estructurals entre els proveïdors?	73
5.3.2.	El càlcul dels indicadors de complexitat reflecteix de manera adequada la casuística atesa pels proveïdors?	75
5.3.3.	El sistema de contraprestació de les urgències compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors?	79
5.3.4.	El CatSalut disposa d'informes econòmics que justifiquin els preus fixats com a contraprestació pels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?.....	84
5.4.	L'APLICACIÓ DEL SISTEMA DE PAGAMENT DONA RESPOSTA A LES NECESSITATS ECONÒMIQUES I FINANCERES DELS PROVEÏDORS DERIVADES DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS?	89
5.4.1.	La facturació i la regularització de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts s'han fet d'acord amb el que preveu la resolució d'aplicació del sistema de pagament?	89
5.4.2.	L'aplicació del sistema de pagament ha permès dotar les entitats proveïdores concertades d'un finançament adient per a la prestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?	90
5.4.3.	El CatSalut va finançar serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per vies diferents als preus fixats en el marc del sistema de contraprestació ordinari?	92
5.5.	EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS ESTÀ ASSOLINT ELS RESULTATS QUE PERSEGUEIX EL CATSALUT?	95
5.5.1.	Els incentius econòmics establerts en el sistema de determinació de preus han produït els efectes esperats, de manera que en resti justificada l'aplicació?.....	95
5.5.2.	En quina mesura la contraprestació per resultats ha millorat la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis?	106

5.5.3.	S'estan assolint millores pel que fa a la qualitat dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, la seva accessibilitat i l'eficiència en la seva prestació?	108
6.	ANNEXOS	112
6.1.	TEORIA DEL CANVI	112
6.2.	OBJECTIUS, SUBOBJECTIUS I CRITERIS D'AUDITORIA	113
6.3.	PARÀMETRES I PREUS DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA ESPECIALITZADA	116
6.3.1.	Paràmetres del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts	116
6.3.2.	Preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada	118
6.3.3.	Imports assignats per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts	125
6.4.	MOSTRA DE SERVEIS, DISPOSITIUS I PROGRAMES ESPECÍFICS DE RECONEGUDA NECESSITAT	129
6.5.	GLOSSARI DE TERMES.....	131
7.	TRÀMIT D'AL·LEGACIONS	132
7.1.	AL·LEGACIONS REBUDES	133
7.2.	TRACTAMENT DE LES AL·LEGACIONS	162
	APROVACIÓ DE L'INFORME	162

ABREVIACIONS

CatSalut	Servei Català de la Salut
CMA	Cirurgia major ambulatoria
CMBD-HA	Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts
CMBD-UR	Conjunt mínim bàsic de dades d'urgències
GRD	Grups relacionats pel diagnòstic
ICO	Institut Català d'Oncologia
ICS	Institut Català de la Salut
IRR	Intensitat relativa de recursos
IRU	Índex relatiu d'urgències
LOSC	Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya
M€	Milions d'euros
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
URG	<i>Urgency related groups</i>

ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS

Els imports monetaris que es presenten en els quadres d'aquest informe s'han arrodonit de manera individualitzada, fet que pot produir diferències entre la suma de les xifres parcials i els totals dels quadres.

RESUM EXECUTIU

Els serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són serveis assistencials que formen part de la cartera comuna i de la cartera complementària de serveis assistencials. Estan coberts totalment per finançament públic: intervencions quirúrgiques amb ingrés o sense, consultes externes, urgències, hospital de dia, tractaments, proves diagnòstiques, tècniques, tecnologies i procediments.

El Servei Català de la Salut (CatSalut) compra els serveis sanitaris a les entitats proveïdores que gestionen els hospitals integrats a la xarxa pública, que són els que presten els serveis d'atenció hospitalària i especialitzada de cobertura pública a la ciutadania.

L'any 2022 la despesa pressupostària del CatSalut per la provisió de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts va ser el 54,20% de la despesa de l'assistència sanitària (sense considerar la despesa per la COVID-19), fet que va representar una despesa per habitant de 670,51 €. Amb aquests recursos, els hospitals de la xarxa pública van realitzar 854.452 altes, 770.329 proves diagnòstiques, 1.346 trasplantaments i 1.179.866 sessions d'hospitals de dia per compte del CatSalut.

Aquests aspectes van motivar la decisió de la Sindicatura d'avaluar el sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres del SISCAT, amb el propòsit últim d'avaluar si s'ajusta als objectius assistencials establerts pel CatSalut d'acord amb els criteris d'eficàcia, d'eficiència i d'economia. El treball ha incorporat també una perspectiva avaluadora, de manera que s'han considerat aspectes de pertinència, coherència i utilitat de l'instrument de política pública objecte de fiscalització.

L'informe ha tingut en consideració la visió de les parts interessades en relació amb l'instrument de política pública analitzat. Concretament, la Sindicatura ha mantingut entrevistes amb les entitats patronals del sector sanitari concertat: la Unió Catalana d'Hospitals i el Consorci de Salut i Social de Catalunya. Els resultats de l'auditoria han estat compartits amb elles i inclouen les seves consideracions en la mesura que revesteixen rellevància en el treball.

L'objectiu de l'auditoria operativa s'ha articulat mitjançant la definició de 5 objectius principals, que comprenen tots els aspectes avaluats i que se situen en l'esfera dels àmbits de la planificació estratègica, la contractació dels serveis amb les entitats proveïdores, l'adequació de la contraprestació pels serveis prestats i l'avaluació dels resultats i impactes assolits. Les conclusions més rellevants per a cadascun dels criteris d'auditoria analitzats es resumeixen tot seguit:

- Pertinència dels objectius de la intervenció
 - S'observa manca de coherència entre els objectius que persegueix el sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts i les directrius i els objectius definits al Pla de salut.

- El CatSalut no ha justificat que alguns serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat derivin d'un pla de salut o d'altres criteris de política sanitària, ni el motiu pel qual aquestes accions sanitàries es van assignar a determinades entitats ni els criteris utilitzats per fixar-ne la quantia.
- L'assignació de la contraprestació fixa per les consultes externes i els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat presenta elements de discrecionalitat que no garanteixen el respecte als principis preceptius de legalitat, transparència i d'interès general.
- Economia
 - La manera com s'estableixen els convenis entre el CatSalut i les entitats proveïdores concertades, agrupant diversos centres hospitalaris en un sol conveni, no respon a criteris objectius o uniformes, ni tampoc respon al principi d'economia en l'adquisició dels serveis per a la ciutadania, ja que amb el sistema de contraprestació vigent aquests serveis podrien adquirir-se a un preu més baix.
 - En l'avaluació dels convenis, la Sindicatura ha constatat igualment problemes greus d'incompliment de la legalitat. D'una banda, la prestació de serveis per part de l'Institut Català de la Salut per compte del CatSalut no es fa a l'empara del corresponent contracte programa, instrument previst en la legislació a aquest efecte. De l'altra, la signatura de les clàusules addicionals als convenis subscrits entre el CatSalut i les entitats del sector concertat es fa de manera extemporània, fet que les converteix en actes nuls de ple dret.
- Eficàcia
 - La Sindicatura ha pogut avaluar l'impacte de les mesures per fomentar l'activitat quirúrgica i per penalitzar els reingressos als hospitals catalans establertes amb el sistema de contraprestació. En el cas del foment de l'activitat quirúrgica, l'incentiu introduït ha estat eficaç, mentre que, en el cas dels reingressos hospitalaris, la penalització establerta no ha resultat efectiva.
 - S'ha constatat que la introducció de l'incentiu per fomentar l'hospitalització domiciliària que evita l'internament en un centre hospitalari ha anat acompanyada d'increments notables en aquest tipus d'activitat.
 - Anàlogament, l'incentiu financer per al foment de la substitució de la cirurgia convencional per cirurgia sense estada a l'hospital ha anat acompanyat d'una major implantació de la cirurgia ambulatoria. Tanmateix, la Sindicatura ha constatat que, per a determinats tipus de cirurgia, la substitució ha assolit els màxims objectius possibles i, per tant, l'incentiu financer per fomentar-la ja no resulta eficaç.

- L'aplicació del sistema de contraprestació es manifesta ineficaç a l'hora de compensar adequadament alguns elements propis dels centres proveïdors, com l'estructura, la casuística atesa o l'atenció urgent. A més, no s'ha acreditat en tots els casos que els preus aplicats pel CatSalut cobreixin les estructures de costos inherents als serveis prestats pels proveïdors.
- L'aplicació del sistema de pagament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts no ha estat eficaç a l'hora de dotar les entitats proveïdores de finançament adequat en temps i quantia.
- Eficiència
 - La virtual impossibilitat de millorar les taxes de substitució de la cirurgia convencional per cirurgia sense ingrés a través de l'incentiu financer aplicat pel CatSalut comporta un ús ineficient dels recursos públics destinats a l'atenció hospitalària.
- Coherència externa amb altres intervencions
 - El sistema de contraprestació de les urgències hospitalàries presenta distorsions que podrien donar lloc a incentius no intencionats contraris a algunes de les orientacions de política sanitària vigents a Catalunya en matèria d'atenció urgent, cosa que evidenciaria problemes de coherència externa del sistema de pagament.
 - La manca de confluència del sistema de pagament vigent amb altres polítiques de finançament del CatSalut, articulades mitjançant l'atorgament de subvencions finalistes a les entitats proveïdores del SISCAT, podria incórrer en un risc de sobrefinançament dels actius que adquireixen aquestes entitats.
- Utilitat
 - En termes d'utilitat per a la ciutadania, s'observen millores modestes quant a la qualitat, l'accessibilitat i l'eficiència en la prestació dels serveis, derivades del sistema de contraprestació vigent.

Per tant, els fets observats no permeten garantir un marc d'actuació que respongui de manera efectiva als principis d'eficàcia, eficiència i economia. Pel que fa a l'enfocament avaluador de la política, s'han observat aspectes que debiliten els criteris de pertinència, d'utilitat i de coherència interna i externa en la intervenció pública analitzada.

La Sindicatura ha proposat recomanacions de millora en totes les dimensions analitzades. En aquest sentit i davant de la manca de formalització del contracte programa entre el CatSalut i l'ICS, es recomana a l'Administració de la Generalitat que els projectes normatius se sotmetin a una avaluació d'impacte normatiu *ex post*. Així mateix, convé que el CatSalut subscrigui les clàusules anuals amb els centres proveïdors abans d'iniciar l'activitat com a regla general.

1. INTRODUCCIÓ

La Sindicatura de Comptes, com a òrgan fiscalitzador del sector públic de Catalunya, d'acord amb la normativa vigent i en compliment del seu Programa anual d'activitats, ha elaborat l'informe de fiscalització operativa sobre el sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres integrats en el SISCAT per compte del CatSalut, corresponent a l'any 2022.

1.1. ANTECEDENTS

El sistema públic d'atenció a la salut a Catalunya presenta certes característiques particulars que convé tenir presents per a una adequada comprensió de l'objecte d'aquest informe. La configuració institucional i el model de governança de la sanitat catalana són fruit d'unes voluntats polítiques condicionades pels seus antecedents històrics, que n'han determinat l'evolució posterior. Alhora, el sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària no és aliè als principis en què es fonamenten els models de pagament que s'apliquen arreu del món. En aquest apartat se sintetitzen breument tots aquests elements.

L'atenció hospitalària en el model sanitari català

L'origen del model sanitari català, tal com el coneixem avui, es remunta als primers anys de la dècada de 1980, moment en què es fan les primeres passes en el desplegament de l'Estatut d'autonomia en matèria de sanitat. El traspàs dels serveis assistencials de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya ve precedit per l'elaboració del primer mapa sanitari de Catalunya, que especifica les necessitats del territori en matèria de recursos assistencials. En un context en què ja es reconeixia constitucionalment el dret a la salut, aquest mapa posà de manifest que els equipaments cedits per l'Administració de l'Estat, concentrats a les àrees més densament poblades, eren insuficients per a una adequada cobertura de les necessitats poblacionals. Alhora, es constatà l'existència d'un conjunt d'hospitals amb una localització més repartida pel territori, majoritàriament sense ànim de lucre, i de titularitat diversa, l'aprofitament dels quals permetria disposar d'un nombre molt més gran de llits en l'àmbit sanitari públic.¹

En aquest fet rau una primera singularitat del model sanitari català: la necessitat de concertar la prestació de serveis amb hospitals la titularitat dels quals no correspon a l'autoritat sanitària, si es volen aprofitar tots els recursos assistencials existents. El consens polític en

1. Bustins, M. i Salvador, X. (2009). Model sanitari català. Característiques. Dins F. Brosa i E. Agustí (dir.) i X. Salvador (coord.), *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur* (p. 13-28). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La titularitat dels hospitals esmentats incloïa institucions com ara la Creu Roja, l'Església catòlica, entitats mutualistes o ajuntaments, majoritàriament sense ànim de lucre.

el moment de la gestació del model sanitari va conduir a la incorporació d'aquests hospitals en una xarxa de nova creació anomenada xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP). Aquesta xarxa incorporà també els 8 hospitals inclosos en els recursos i serveis de la Seguretat Social traspassats a la Generalitat, la gestió dels quals s'encarregà a l'Institut Català de la Salut (ICS), ens autonòmic creat a aquest efecte.² Així, es posà en marxa una xarxa de centres on, amb independència de la seva titularitat (pública o privada) o de la seva adscripció formal a l'administració competent, es portaria a terme l'assistència hospitalària de cobertura pública. L'aprofitament dels recursos hospitalaris existents que suposava la nova xarxa va permetre que l'administració catalana evités l'esforç inversor –altrament innecessari– que hauria implicat la construcció de nous equipaments, però alhora va fer possible l'aprofitament per a la sanitat pública de l'expertesa assistencial i la forta implantació territorial amb què comptaven les diferents entitats que s'hi van incorporar.

El desplegament del primer mapa sanitari va preveure també l'obertura de 3 equipaments hospitalaris heretats del règim anterior però que no havien arribat a posar-se en funcionament.³ En comptes d'encarregar-ne la gestió a l'Institut Català de la Salut (ens adscrit a l'autoritat sanitària), s'optà en aquest cas per la fórmula jurídica del consorci, en un pas endavant vers la consolidació d'un model de governança que feia partícips de la gestió dels centres hospitalaris tant les administracions locals com certes entitats privades sense ànim de lucre amb una llarga tradició assistencial i una estreta vinculació al territori. La fórmula del consorci participat per la Generalitat i altres ens públics o privats s'estengué posteriorment en la gestió d'equipaments que, per construir-se o modernitzar-se, requerien inversions del Govern català.

La presència d'entitats de naturalesa diversa en la provisió de serveis sanitaris públics té dues implicacions destacades. D'una banda, requereix establir estàndards estructurals i de qualitat, que cal que es verifiquin mitjançant l'acreditació del centre. De l'altra, implica la necessitat d'establir concerts, acords o convenis entre l'administració competent i les entitats que no en depenen directament. Aquesta darrera tasca va assumir-la inicialment l'ICS.⁴

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) del 1990 va assentar les bases del model sanitari català, consolidant el model de prestació d'atenció hospitalària que s'havia anat configurant durant la dècada precedent. En aquest sentit, el marc institucional que dissenya la llei estableix la separació de funcions de finançament i compra, d'una banda, i de provisió, de l'altra. El Servei Català de la Salut (CatSalut), entitat creada en el marc de la mateixa llei,

2. En la seva denominació actual, els hospitals gestionats per l'ICS són l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, l'Hospital Universitari de Bellvitge i l'Hospital de Viladecans.

3. Es tracta dels actuals Hospital Universitari de Vic, Hospital de Sabadell (Parc Taulí) i Hospital de Terrassa. Vegeu Pozo, A., i Planas, I. (2010). Orígens i evolució de les entitats que integren la xarxa d'empreses públiques i consorcis. Dins I. Planas (dir.) i A. Pozo (coord.), *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut* (p. 81-111). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

4. Tal com s'establí en la Llei 12/1983, del 14 de juliol.

assumeix, entre altres atribucions, les funcions de finançador i comprador de serveis sanitaris; aquest fet permet que l'ICS esdevingui exclusivament un proveïdor de dits serveis, i que juntament amb la resta de proveïdors de naturalesa diversa assumeixi la funció de provisió sanitària.

Més enllà de l'extensió de la fórmula del consorci, ja sota l'empара de la LOSC, el traspàs a l'Administració de la Generalitat dels recursos assistencials procedents de les diputacions de Girona, Lleida i Tarragona va propiciar que s'optés per la fórmula jurídica de l'empresa pública per avançar en la incorporació de mecanismes de gestió empresarial en la prestació de serveis.⁵ La fórmula escollida aprofundeix igualment en l'esmentada separació de funcions, amb la creació d'ens que, tot i estar participats íntegrament per la Generalitat i adscrits al CatSalut, tenen personalitat jurídica diferenciada. La mateixa forma jurídica s'emprà més endavant en la creació de l'Institut Català d'Oncologia (ICO). Les empreses públiques i els consorcis –coneguts conjuntament com a EPIC– tenen la característica comuna de ser entitats participades pel CatSalut o que hi estan adscrites.

Les EPIC formen, juntament amb les entitats proveïdores desvinculades de l'autoritat sanitària, l'anomenat *sector d'entitats concertades*, denominació amb què comunament se'l distingeix del conjunt de proveïdors gestionats per l'ICS. Tots s'inclouen, tanmateix, en el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), que integra, a més de l'antiga XHUP, la resta de centres d'internament i la resta de xarxes de dispositius d'utilització pública (d'àmbit comunitari i de transport sanitari), així com proveïdors potencials d'altres serveis, en una concepció integrada de xarxes que aprofundeix en un dels principis inspiradors de la LOSC: la concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya.

Una forma jurídica singular completa el mapa d'entitats proveïdores de serveis sanitaris integrats en el SISCAT: l'Agrupació europea de cooperació territorial (AECT), figura prevista en el dret comunitari amb la finalitat de facilitar la cooperació transfronterera, transnacional i interregional a la Unió Europea, i que permet a les autoritats regionals i locals –o nacionals segons el cas– de diferents països membres establir agrupacions amb personalitat jurídica per a la prestació conjunta de serveis.⁶ Aquesta fórmula és l'emprada per a la gestió de l'Hospital de Cerdanya, de caràcter transfronterer, creat l'any 2014.

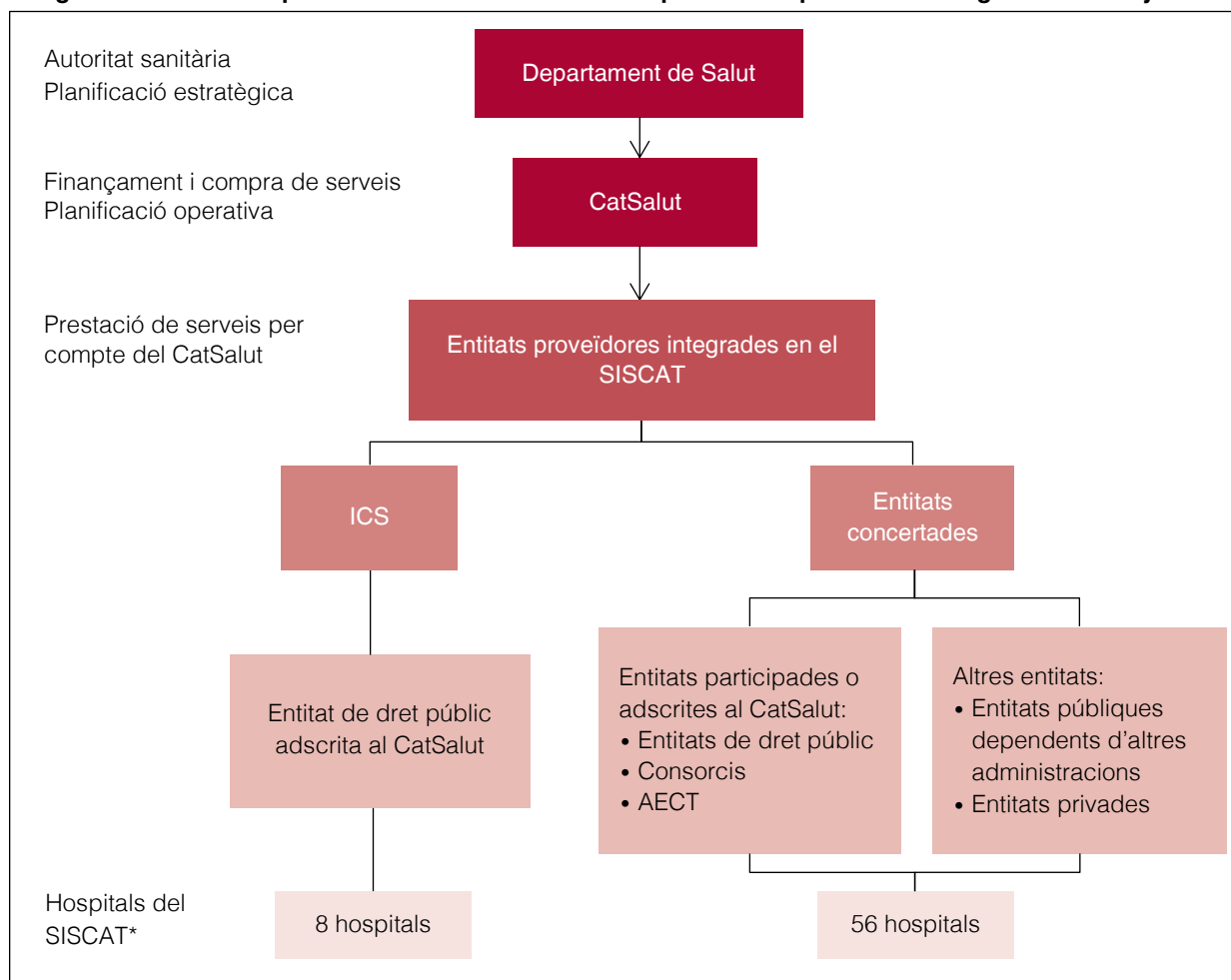
La figura 1 sintetitza les idees que s'han exposat fins aquí relatives a la provisió de serveis d'atenció hospitalària i especialitzada a Catalunya. La compra de serveis que efectua el CatSalut als diferents proveïdors hospitalaris del SISCAT segueix les directrius estratègiques formulades en el nivell de l'autoritat sanitària (Departament de Salut). Per bé que la LOSC preveu àmplies funcions per al CatSalut, incloent-hi la planificadora, el Departament de Salut ha anat reforçant el seu paper de planificador estratègic i ha deixat per al CatSalut la plani-

5. Pozo, A., i Planas, I. (2010). Orígens i evolució de les entitats que integren la xarxa d'empreses públiques i consorcis.

6. Reglament (CE) núm. 1082/2006 del Parlament Europeu i del Consell, del 5 de juliol del 2006, sobre l'Agrupació europea de cooperació territorial (AECT).

ficació operativa.⁷ La responsabilitat en la planificació estratègica recau actualment sobre la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, i s'instrumenta fonamentalment mitjançant el Pla de salut de Catalunya, així com dels plans directors i del Mapa sanitari.

Figura 1. El model de provisió de serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts a Catalunya



Font: Elaboració pròpia.

* Nombre d'hospitals del SISCAT d'acord amb la memòria del CatSalut de l'exercici 2022.

De fet, a partir de la concepció àmplia que se'n fa a la LOSC, el CatSalut ha anat evolucionant fins a centrar-se en el seu paper d'asseguradora pública de salut, en tant que ens garant de la protecció de la salut a Catalunya. En aquest sentit, dita protecció es pot entendre en termes d'un esquema d'assegurament convencional.⁸ Així, el Departament de Salut actuaria com a prenedor de l'assegurança, escollint la cobertura (cartera de serveis) i assumint-ne la prima (pressupost), mentre que el CatSalut prendria el paper d'asseguradora, garantint la cobertu-

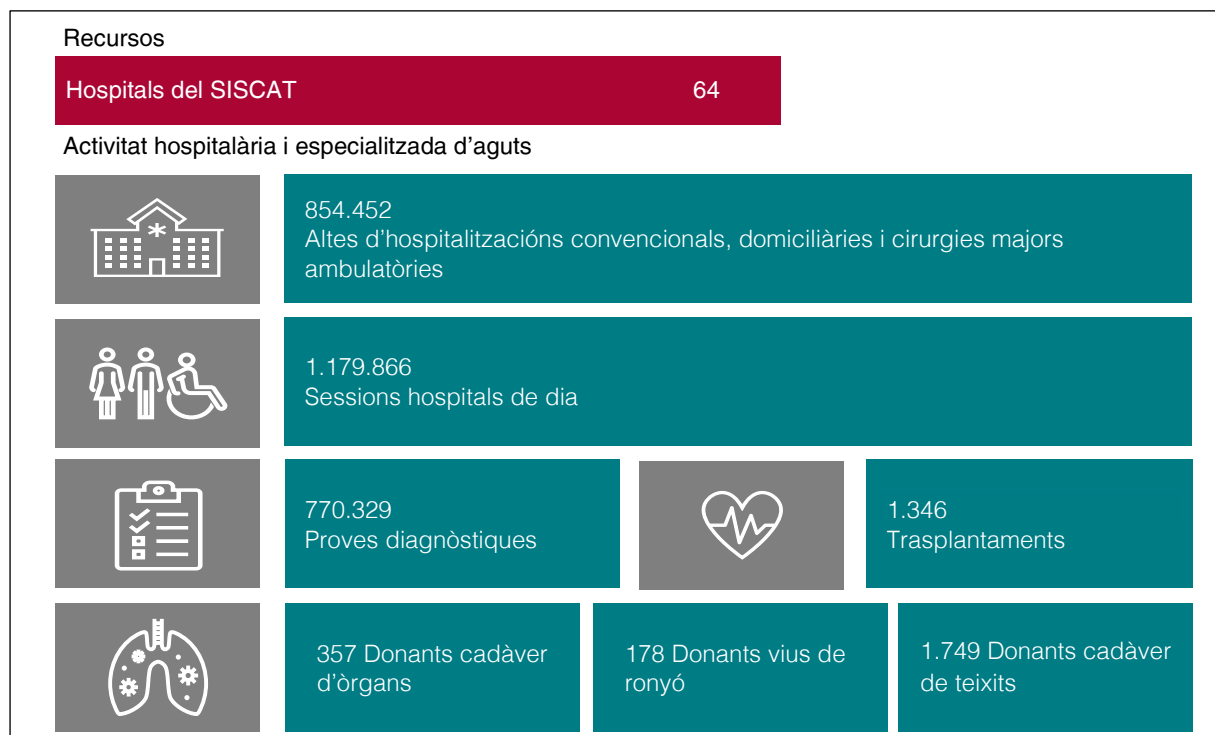
7. De la Puente, M. L., i Gomàriz, R. (2004). El Sistema d'atenció a la salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

8. Ibídem.

ra i gestionant la prima (recursos assignats a través del pressupost). Tot això orientat, lògicament, a possibilitar l'accés a la cobertura sanitària de la ciutadania, que en aquest esquema constitueix el conjunt de persones assegurades.

La ciutadania accedeix a la cobertura de salut mitjançant les entitats proveïdores, que s'encarreguen de la provisió de serveis sanitaris. La figura 2 recull algunes de les dades bàsiques d'activitat en l'àmbit de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts a Catalunya, corresponents a l'any 2022.

Figura 2. Recursos i activitat. Exercici 2022



Font: Memòria del CatSalut de l'exercici 2022.

La realització de tota aquesta activitat hospitalària seguint un esquema de separació de funcions de compra i provisió pública implica la necessitat d'establir un sistema de pagament per fer-ne efectiva la contraprestació. El sistema de contraprestació dels serveis prestats per les entitats concertades vigent actualment està regulat a través d'un decret. Abans d'entrar en el detall d'aquest sistema de contraprestació, és convenient revisar alguns elements comuns en els sistemes de pagament dels serveis sanitaris, particularment en allò referent a l'atenció hospitalària.

Els sistemes de pagament en l'atenció hospitalària i especialitzada

Tot sistema de pagament en l'àmbit de la salut persegueix establir una remuneració pels serveis prestats pels proveïdors sanitaris, per compensar-los per l'activitat realitzada. Més enllà d'aquest fet, en el terreny particular de la sanitat pública el sistema de contraprestació

esdevé un instrument de política sanitària, ja que determinats mecanismes de pagament poden contribuir a l'assoliment de certs objectius establerts pels responsables de la política. En un sentit ampli, i tenint en compte el caràcter universal del sistema de salut català, aquests objectius es podrien associar a la garantia de l'accessibilitat de l'atenció sanitària, la qualitat dels serveis sanitaris i l'eficiència en la seva prestació, donada la limitació de recursos del sector públic.

En aquest sentit, és especialment rellevant el sistema de pagament que s'estableixi en l'àmbit de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, atesa la seva importància relativa en la despesa derivada de l'activitat sanitària, també a Catalunya (figura 3). Globalment, el volum de recursos públics que el CatSalut destina als diferents nivells assistencials⁹ per a la prestació de serveis sanitaris –1.237,23 € per persona assegurada l'any 2022– fa que la determinació de la contraprestació als proveïdors esdevingui crucial, tant en l'àmbit de l'atenció hospitalària com en la seva interacció amb la resta de nivells assistencials.

Figura 3. Obligacions reconegudes al pressupost 2022 del CatSalut

Despesa d'atenció hospitalària d'aguts (a) 5.226,44 M€	Despesa de la resta d'activitat sanitària ordinària (b) 4.417,49 M€	Despesa de l'activitat sanitària ordinària 9.643, 93 M€
Despesa d'atenció hospitalària d'aguts per habitant 670,51 €	Despesa de la resta d'activitat sanitària ordinària per habitant 566,73 €	Despesa de l'activitat sanitària ordinària per habitant 237,23 €

Font: Elaboració pròpia a partir del pressupost del CatSalut de l'exercici 2022 i del Registre central de persones assegurades del CatSalut.

Notes:

Habitants segons el Registre central de persones assegurades.

- (a) Obligacions reconegudes al pressupost del 2022 del CatSalut de l'atenció hospitalària d'aguts: Inclou l'activitat d'hospitalització, urgències, tècniques, tractaments i procediments específics, consultes externes, pròtesis i serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat. No inclou la despesa sanitària de la COVID-19 ni les actuacions sanitàries finançades amb fons d'altres administracions.
- (b) Obligacions reconegudes al pressupost del 2022 del CatSalut de l'atenció primària, atenció sociosanitària, salut mental, insuficiència renal, rehabilitació, transport sanitari i emergències mèdiques, oxigenoteràpia, medicació hospitalària de dispensació ambulatoria i altres serveis d'atenció especialitzada. No inclou la despesa sanitària de la COVID-19 ni les actuacions sanitàries finançades amb fons d'altres administracions.

Alguns elements permeten identificar diferents formes de pagament que s'utilitzen habitualment en la contraprestació dels serveis sanitaris. En particular, hi ha 3 elements bàsics en la configuració d'un mecanisme de pagament en l'àmbit sanitari: allò que es paga, la naturalesa de l'import total a percebre i el moment en què es determina aquest import.

9. Habitualment es distingeixen 3 nivells assistencials: l'atenció primària (comunitària), l'atenció hospitalària i especialitzada (ambulatoria o amb internament) i l'atenció intermèdia (llarga estada i atenció a la cronicitat).

El primer element fa referència al concepte o activitat que és objecte de contraprestació. Segons allò que es remuneri, es poden distingir diferents tipus de pagament:¹⁰

- *Pagament per pressupost*; en aquest cas es retribueix l'activitat assistencial en bloc, de manera que la quantia percebuda és independent de la quantitat d'assistència sanitària realitzada.
- *Pagament per acte*; el proveïdor és remunerat per cada acte assistencial que ha fet, ja sigui una visita o una estada hospitalària.
- *Pagament per cas*; es paga al proveïdor pel nombre de casos atesos, ajustant la quantia a percebre segons el grau de complexitat dels pacients.
- *Pagament per capitació*; el proveïdor rep una quantitat fixada per cada persona assegurada que queda al seu càrrec.

Tant el pagament per acte com el pagament per cas requereixen l'establiment d'un preu unitari a partir del qual poder calcular la quantia monetària total a percebre, preu que generalment es relaciona amb els costos unitaris. En el cas del pagament per capitació, la quantia fixada per cada persona s'anomena *càpita* i es pot ajustar segons la predisposició a l'ús de recursos assistencials per part dels assegurats.

Existeixen 2 tipus de contraprestació addicionals, d'acord amb el concepte retribuït, que han guanyat rellevància darrerament:

- *Pagament o contraprestació per resultats*; es remunera l'assoliment de determinats estàndards de qualitat assistencial o del procés assistencial, o determinats resultats mesurables en termes de guanys en salut.
- *Pagament per procés clínic (episodi)*; en aquest cas, es paga una quantia fixada com a contraprestació pel conjunt d'actuacions relatives al tractament d'un mateix episodi clínic.

Segons la naturalesa de l'import a percebre es pot distingir entre pagament fix i pagament variable. Un pagament fix és independent del volum d'activitat, de manera que el proveïdor percep una quantia determinada, sigui quin sigui el nombre de pacients atesos. En canvi, si el pagament és variable, la quantia que percebrà el proveïdor dependrà del seu volum d'activitat. Dels tipus de pagament examinats més amunt, el pagament per pressupost i el pagament per capitació són pagaments fixos, mentre que els pagaments per acte o per cas són variables per definició. La contraprestació per resultats és un pagament variable en relació amb l'assoliment dels resultats establerts, mentre que el pagament per procés clínic és igualment variable en relació amb el nombre d'episodis.

10. Agustí, E., i Salvador, X. (2009). Sistemes de pagament. Bases teòriques. Dins F. Brosa i E. Agustí (dir.) i X. Salvador (coord.), *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur* (p. 29-43). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Finalment, segons el moment en què es determina l'import a cobrar, es distingeix entre pagament prospectiu i pagament retrospectiu.¹¹ Si el pagament és prospectiu, la quantia total a percebre es determina *ex ante*, és a dir, abans que tingui lloc l'activitat assistencial. En canvi, quan el pagament és retrospectiu la quantia total a percebre es determina *ex post*, això és, després que s'hagi produït l'activitat assistencial objecte de pagament. El pagament prospectiu s'associa generalment als models de pagament fix (pressupost i capitació), mentre que el pagament retrospectiu s'associa als models de pagament variable.

En un model de pagament prospectiu *pur*, el proveïdor rep una quantitat de diners que queda determinada abans de conèixer el volum real d'activitat que haurà d'atendre o els costos que se'n derivaran. En el cas d'un model de pagament retrospectiu pur, el proveïdor serà reemborsat per tots els actes assistencials realitzats o tots els casos atesos, d'acord amb els costos suportats –d'aquí que aquest model es conegui també com a *reemborsament de costos*. Aquests 2 models purs es poden interpretar com a pols extrems en relació amb els riscos que assumeix cadascuna de les parts: en un pagament estrictament prospectiu, el risc d'una elevada demanda sanitària es traspassa del comprador al proveïdor, mentre que en el model prospectiu pur aquest risc és assumit pel comprador.

El model prospectiu pur suposa forts incentius per a la reducció de costos per part dels proveïdors.¹² En canvi, el pagament retrospectiu pur no proporciona cap incentiu a la reducció dels costos; al contrari, pot comportar que certs proveïdors inflin arbitràriament els seus costos per tal d'obtenir rendes addicionals, o bé apliquin procediments o prestin serveis mèdicament innecessaris i augmentin així el cost per al comprador. En el cas d'un comprador públic, que generalment està sotmès a limitacions pressupostàries estrictes, el pagament retrospectiu presenta l'inconvenient addicional que no permet anticipar la despesa total, que és virtualment il·limitada, en la mesura en què depèn del volum total d'activitat que faci el proveïdor. D'aquí que en el cas de la compra de serveis sanitaris per part d'un comprador públic no sigui habitual el pagament retrospectiu i s'opti àmpliament pel pagament prospectiu.

Amb tot, els models de pagament prospectiu no estan exempts de limitacions per al comprador. En particular, poden comportar que el proveïdor faci un volum d'activitat sanitària inferior al que el comprador voldria: si el pagament és fix, qualsevol reducció en l'activitat suposarà un guany per al proveïdor. De la mateixa manera, en l'intent per contenir els costos, els proveïdors podrien reduir la qualitat assistencial. Com a conseqüència de tot això, podrien incrementar-se les llistes d'espera o empitjorar la qualitat en la sanitat pública.

En suma, cap dels 2 models plantejats és completament satisfactori: el model prospectiu pur permet la contenció de costos a expenses d'una limitació en l'activitat, mentre que el model retrospectiu pur permet assolir cotes d'activitat més altes a costa d'una despesa il·limitada.

11. Ibídem.

12. Chalkley, M., i Malcomson, J. (2000). Government purchasing of health services. Dins A. Culyer, i J. Newhouse (ed.), *Handbook of Health economics*. Volum 1, part A, p. 847-890. Elsevier.

La solució a la disjuntiva plantejada passa per algun punt intermedi entre el pagament prospectiu pur i el pagament retrospectiu pur. Així, el pagament prospectiu pot incloure ajustos de caràcter retrospectiu, es poden combinar pagaments amb elements fixos i variables o és possible, fins i tot, formular pagaments de naturalesa variable amb limitacions prospectives.

Com a nota addicional, cal destacar que les diferents formes de contraprestació no són mútuament excloents. Pot resultar més adient utilitzar-ne unes o altres en funció del nivell assistencial, del tipus d'activitat de què es tracti o de la disponibilitat d'informació. Es pot afirmar, igualment, que cap forma de pagament és estrictament millor que les altres. L'elecció d'una o altra dependrà dels objectius que es persegueixin. En qualsevol cas, el comprador públic ha de tenir en compte les implicacions que les diferents formes de contraprestació poden tenir pel que fa a l'actuació dels proveïdors sanitaris.

La teoria del canvi

En l'annex 1 d'aquest informe s'adjunta una representació esquemàtica del funcionament bàsic de la intervenció pública pel que fa al sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestada per les entitats proveïdores per compte del CatSalut. Aquest model, conegut en el camp de l'avaluació de polítiques públiques com a "teoria del canvi", permet establir els fonaments lògics de la política en qüestió i la cadena causal d'esdeveniments conduent als seus impactes esperats, així com les hipòtesis que la sustenten.

En el cas que ens ocupa, i de manera succinta, el sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts respon a la necessitat de remunerar els serveis d'atenció hospitalària que presten les entitats proveïdores per compte del CatSalut. Aquesta remuneració s'ha de situar en un marc en què el CatSalut, seguint les directrius estratègiques del Departament de Salut, assoleixi una compensació adequada dels serveis d'atenció hospitalària prestats per les entitats proveïdores i una actuació d'aquests proveïdors alineada amb els seus objectius, fet que tindrà, en darrer terme, un impacte positiu en la qualitat, accessibilitat i eficiència en l'àmbit sanitari. El model posa en relleu les 3 dimensions d'aquesta fiscalització: els recursos emprats i el seu cost (economia), la relació entre els recursos i els resultats obtinguts (eficiència), i l'assoliment dels resultats esperats (eficàcia).

Estructura de l'informe

Seguidament, es descriu el sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts a Catalunya, el marc legal i l'entitat objecte de fiscalització. La resta de l'informe s'estructura de la forma següent: en l'apartat 2 es descriuen els aspectes metodològics del treball de fiscalització; l'apartat 3 conté les conclusions per cadascun dels objectius de la fiscalització, i l'apartat 4, les recomanacions al CatSalut sobre millores en el sistema de contraprestació de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts. Finalment, l'apartat 5 exposa amb detall els resultats de la fiscalització.

1.2. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS A CATALUNYA

El model de contraprestació dels serveis sanitaris a Catalunya no és estàtic, sinó que ha anat evolucionant al llarg dels anys. En l'àmbit de l'atenció hospitalària, un punt d'inflexió important es produeix l'any 1997, moment en què s'introdueix un sistema de contraprestació prospectiu que inclou el pagament per cas, ajustat segons la complexitat atesa per cada centre. Amb certs ajustos, aquest model de pagament de l'alta hospitalària es manté actualment. Hi ha dues característiques generals d'aquest model que encara són vigents i que convé ressaltar: 1) la concepció global del pressupost, que es distribueix entre els proveïdors a partir de la compra de serveis, i 2) el caràcter prospectiu d'aquesta compra, que permet limitar la despesa i, alhora, donar resposta a les necessitats de la població, identificades prèviament. Amb tot, l'aplicació concreta del model difereix entre entitats proveïdores.¹³

En l'àmbit hospitalari el principal proveïdor del CatSalut és l'ICS. La prestació de serveis sanitaris de l'ICS per compte del CatSalut es regula a la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut.

Les entitats proveïdores diferents de l'ICS formen el sector concertat, i el sistema de contractació i la contraprestació econòmica dels serveis sanitaris públics que presten als ciutadans per compte del CatSalut es regula en el Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.¹⁴

D'acord amb l'article 13 del Decret 118/2014, l'encàrrec de la gestió dels serveis assistencials entre el CatSalut i les entitats proveïdores concertades s'estableix mitjançant un conveni. A les clàusules anuals addicionals al conveni s'especifiquen les activitats contractades, els paràmetres¹⁵ i els preus aplicables i els imports corresponents al període de vigència de la clàusula, d'acord amb la contractació específica de cada entitat proveïdora.

13. Paràgraf introduït arran de l'al·legació 1.2 presentada pel CatSalut. Per a més detall sobre el model de pagament introduït el 1997, vegeu Agustí, E. (2009). El model de compra d'activitat. Model de pagament dels hospitals de la XHUP des de 1997. Dins F. Brosa i E. Agustí (dir.) i X. Salvador (coord.). *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur*, p. 57-80. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La Sindicatura no considera que les característiques del model que s'esmenten siguin incompatibles amb la conveniència de conèixer els costos hospitalaris.

14. Aquest decret no és aplicable a l'Hospital de la Cerdanya, cofinançat pel CatSalut i l'Estat francès, d'acord amb la clàusula addicional quarta. Tampoc és aplicable a l'Espitau Val d'Aran, finançat via transferència i gestionat pel Servei Aranès de Salut arran de les competències traspassades de la Generalitat al Conselh Generau dera Val d'Aran en matèria de sanitat.

15. Cadascun dels valors de les activitats, preus i condicions descrits a les clàusules addicionals d'un contracte o conveni de gestió de serveis sanitaris.

El sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestada per l'ICS

L'assistència hospitalària i especialitzada d'aguts que l'ICS va prestar per compte del CatSalut es va finançar mitjançant 2 vies:

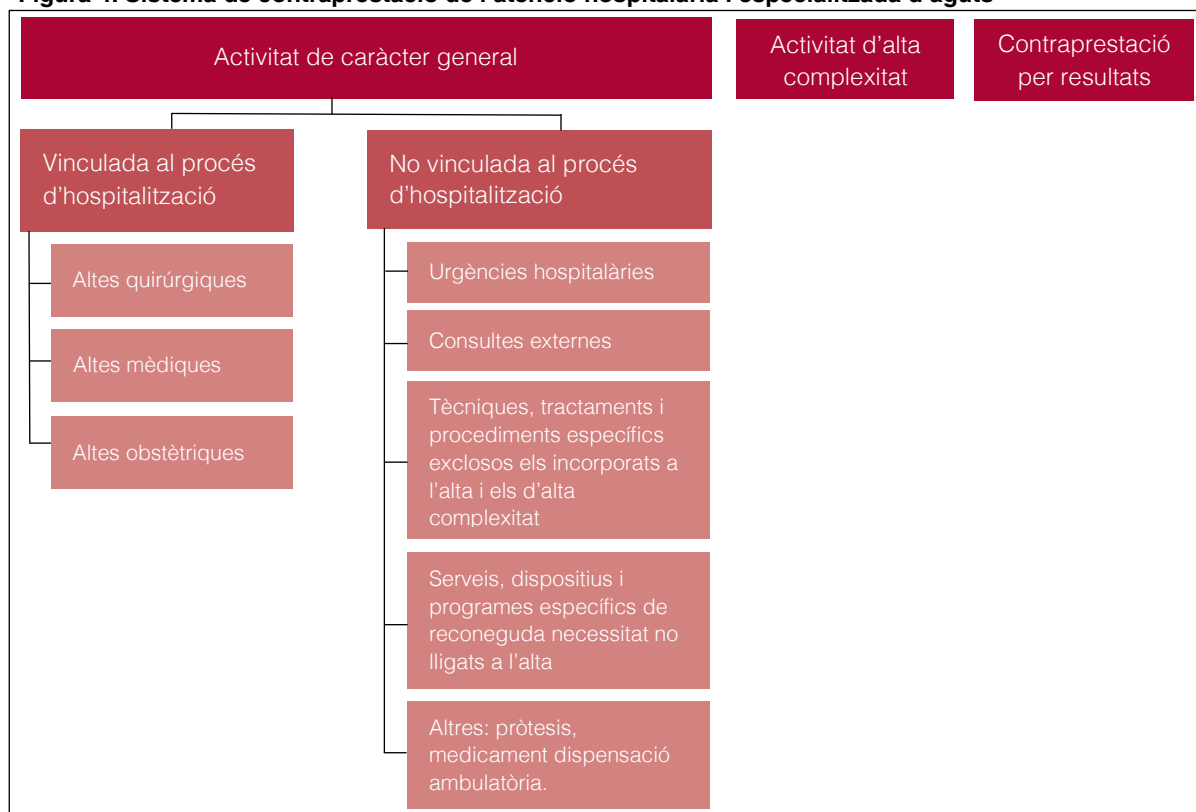
- Transferències per la contraprestació de l'activitat assistencial realitzada a compte del CatSalut pels diferents hospitals de l'ICS. L'import d'aquestes transferències es corresponia amb l'import de l'assignació pressupostària i es va formalitzar mitjançant clàusules addicionals de concertació, a les quals constava l'activitat que havien de fer els centres gestionats per l'ICS per compte del CatSalut valorada amb els preus que el CatSalut va aplicar a les entitats concertades.
- Facturació al CatSalut de nous serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat per cobrir necessitats sanitàries que van sorgir durant l'any o que provenien d'anys anteriors. Mitjançant resolucions del 21 de juny i del 5 de desembre de 2022, el director del CatSalut va establir els imports de les noves accions que el CatSalut va finançar a l'ICS, que no estaven incorporades a les clàusules addicionals de concertació.

El sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestada per les entitats concertades

El Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, preveu dues modalitats alternatives de contraprestació econòmica: 1) la contraprestació per línies assistencials, i 2) la contraprestació de base poblacional. En aquest apartat es descriu únicament la primera modalitat, en tot allò relatiu a l'atenció hospitalària i especialitzada, perquè és la que efectivament s'aplica a totes les entitats durant el període fiscalitzat. La segona modalitat consisteix en la gestió unificada, per part d'una o més entitats proveïdores, dels serveis assistencials en un territori determinat, la contraprestació dels quals és assimilable a un pagament per capitació a un conjunt de proveïdors. La Sindicatura no té constància que el model de base poblacional s'hagi aplicat en cap territori des de l'entrada en vigor del decret. Cal mencionar que el model de pagament de base poblacional incentiva la coordinació entre proveïdors al territori, facilitant la continuïtat assistencial, però, alhora, suposa un important traspàs de risc als hospitals, donada l'elevada variabilitat del consum de recursos dels pacients en aquest àmbit.¹⁶

El sistema de contraprestació de la línia d'atenció hospitalària i especialitzada es pot dividir en 3 blocs: la contraprestació de l'activitat de caràcter general, la contraprestació de l'activitat d'alta complexitat i la contraprestació per resultats (figura 4).

16. Paràgraf introduït arran de l'al·legació I.2 presentada pel CatSalut. Per a més detall sobre els diferents sistemes de pagament, vegeu l'apartat 1.1 d'aquest informe.

Figura 4. Sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts

Font: Elaboració pròpia a partir del que estableix el Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

Contraprestació de l'activitat vinculada al procés d'hospitalització

La contraprestació econòmica de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts que fa un centre a compte de la sanitat pública es determina partint del nombre d'altres hospitalàries.

El preu de les altes hospitalàries té un component d'estructura¹⁷ i un altre vinculat a la complexitat de la casuística¹⁸ de l'activitat de cada centre. La contraprestació d'una alta hospitalària es calcula mitjançant la fórmula següent:

$$\text{Preu alta}_{ij} = (\text{preu unitari d'estructura}_{ei}) + (\text{preu mitjà casuística} \times \text{IRR}_{ji} \times \text{FP}_j)$$

Clau:

i: Hospital; j: Tipus d'alta (mèdica, quirúrgica, obstètrica); e: Nivell estructural de l'hospital i (7 nivells); IRR: Intensitat relativa de recursos en funció de la casuística per hospital i i tipus d'alta j; FP: Factor de ponderació per tipus d'alta j

17. Els hospitals es classifiquen en diferents nivells d'estructura en funció del nombre de llits, del nombre de quiròfans, del nombre de llit de cures intensives, de la disponibilitat de serveis quirúrgics, i de la seva activitat docent.

18. Atributs dels pacients que inclouen la gravetat de la malaltia, el seu pronòstic, la dificultat de tractament, la necessitat d'actuació mèdica i la intensitat de consum de recursos.

En relació amb l'estructura, els hospitals es classifiquen en un dels 7 nivells d'estructura que estableix el Decret 118/2014, i a cada nivell li correspon un preu unitari d'estructura.

La complexitat de la casuística de cada hospital es valora per tipus d'alta (mèdica, quirúrgica i obstètrica) mitjançant un indicador de la intensitat relativa de recursos (IRR) que indica el consum de recursos de les altes ateses per un centre hospitalari en relació amb el consum de recursos del conjunt de totes les altes del SISCAT. La casuística s'ajusta en funció d'un factor de ponderació que s'assigna a cada tipus d'alta per fomentar la consecució de determinats objectius.

Per determinar la IRR de cada centre, el CatSalut utilitza un sistema de classificació de pacients anomenat *grups relacionats amb el diagnòstic* (GRD), que permet agrupar les altes amb un consum de recursos similar. Cada GRD té associat un pes relatiu, que indica els recursos que consumirà de mitjana un pacient atès en aquell grup en relació amb el consum de recursos mitjà de tots els pacients.

Contraprestació de l'atenció urgent hospitalària

La contraprestació econòmica de l'atenció urgent hospitalària està determinada per 2 activitats assistencials: la visita de triatge i la urgència atesa.

$$\text{Preu urgència hospitalària}_i = \text{preu triatge} + \text{preu mitjà urgència atesa} \times \text{IRU}_i$$

Clau:

i: Hospital

IRU: Índex relatiu d'urgències per hospital i

En cas que, un cop efectuada la visita de triatge, no en derivi un procés assistencial posterior, la contraprestació només inclou el preu unitari establert per la visita de triatge.

L'índex relatiu d'urgències (IRU) és un indicador que relaciona la complexitat de la casuística de les urgències ateses per un hospital amb la complexitat del conjunt d'urgències ateses en tots els hospitals concertats del SISCAT.

En zones geogràficament aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències, la contraprestació és una assignació única global destinada a afrontar els costos derivats del manteniment d'una estructura mínima d'atenció d'urgències.

Contraprestació de consultes externes

La contraprestació de les consultes externes es una quantia fixa que s'actualitza anualment independentment del nombre de visites ateses.

Contraprestació de tècniques, tractaments i procediments específics

El paràmetre de pagament és el cas atès. La contraprestació econòmica és el resultat del nombre de casos atesos pel preu unitari establert per a cada categoria en què es classifiquen les tècniques, els tractaments i els procediments específics.

Contraprestació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat

Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat són activitats que cal implementar derivades del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària. La contraprestació econòmica de la major part d'aquestes actuacions és un import assignat i de la resta, un preu per cada cas o alta realitzada.

Contraprestació de l'activitat d'alta complexitat

L'activitat d'alta complexitat fa referència a serveis altament especialitzats en patologies amb baixa incidència, i amb un requeriment tecnològic i d'expertesa professional elevats, de manera que aquests serveis es concentren en un nombre reduït de proveïdors dins el sistema públic de salut.

El paràmetre aplicable és l'episodi d'alta. La contraprestació econòmica és el resultat del nombre d'altres pel preu unitari establert per a cada categoria en què es classifica l'assistència hospitalària i especialitzada d'aguts d'alta complexitat.

Contraprestació per resultats

La contraprestació per resultats és la retribució variable vinculada a la consecució de determinats objectius per part de les entitats proveïdores de serveis sanitaris i té com a objectiu incentivar la millora de la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis.

Contraprestació efectiva dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts

D'acord amb el Decret 118/2014, els convenis inclouen les prestacions i els serveis que en constitueixen l'objecte i el sistema de facturació i les formes de pagament.¹⁹ En funció de l'execució de les prestacions i els serveis, la contraprestació es fa efectiva mitjançant la percepció mensual d'una part fixa i d'una part variable, segons els percentatges i les condicions de facturació, que el conseller de Salut determina anualment. D'aquesta manera, s'introdueix un element fix en el pagament de l'activitat hospitalària, de manera que els

19. Article 14 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

proveïdors s'asseguren rebre una certa quantia amb independència del volum d'activitat que facin, i sempre que assolixin un volum mínim d'activitat (80%).

Per a l'any 2022, la contraprestació de les entitats concertades es va fer efectiva d'acord amb els criteris que consten al quadre 1.

Quadre 1. Contraprestació efectiva dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts

Línia assistencial	Forma efectiva de contraprestació
Hospitalització	• Pagament fix mensual del 70% del pressupost contractat. • Pagament variable mensual del 30% del preu unitari aplicat a les unitats realitzades sempre que no superin les unitats contractades. • Pagament variable mensual de l'activitat que sobrepassa la contractada a un percentatge del preu unitari depenent de l'activitat i del percentatge d'activitat realitzada que sobrepassa la contractada.
Urgències hospitalàries	
Algunes tècniques, tractaments i procediments específics: l'hospital de dia, la cirurgia menor ambulatoria i la cirurgia menor ambulatoria complexa amb anestèsia o sedació per a menors de 15 anys o discapacitats intel·lectuals	
Resta de tècniques, tractaments i procediments específics i altes d'alta complexitat	• Pagament 100% variable mensual en funció de l'activitat realitzada que no sobrepassa la contractada • Pagament variable mensual de l'activitat que sobrepassa la contractada a un percentatge del preu unitari depenent de l'activitat i del percentatge d'activitat realitzada que sobrepassa la contractada.
Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat amb unitats d'activitat contractades	• Pagament 100% variable mensual en funció de l'activitat realitzada amb límit de l'activitat contractada.
Consulta externa	• Pagament fix mensual corresponent a 1/12 part de la quantia anual assignada.
Urgències en centres situats en zones geogràficament aïllades	
Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat sense unitats d'activitat contractades	
Contraprestació per resultats	• Pagament fix mensual corresponent a 1/12 part del 90% de la quantia anual assignada. • L'import s'ajusta al final de l'exercici en funció del grau d'assoliment dels objectius fixats.

Font: Resolució del conseller de Salut del 27 de desembre del 2022 i de les clàusules addicionals del 2022 dels convenis del CatSalut per a la prestació de serveis hospitalaris i especialitzats d'aguts amb les entitats proveïdores.

Anualment, es regularitza²⁰ l'activitat facturada mensualment i també es regularitzen les altes de reingrés que tenen una penalització respecte de les altes, i l'activitat anual realitzada que no arriba al 80% de la contractada que es liquida segons els preus fixats a la clàusula addicional corresponent.

L'any 2022 la despesa dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pel total de les entitats proveïdores va ser 5.689,64 M€, dels quals 3.673,79 M€ corresponien als serveis prestats per entitats concertades calculats d'acord amb els criteris esmentats en els paràgrafs anteriors, i 2.015,85 M€, als serveis prestats per l'ICS, d'acord amb la distribució que s'indica al quadre 2.

Quadre 2. Finançament de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts realitzada el 2022

Finançament	Entitats concertades	ICS	Total
Contraprestació per facturació	3.673.788.552	151.621.034	3.825.409.587
Transferències	0	1.864.233.477	1.864.233.477
Total despesa meritada	3.673.788.552	2.015.854.511	5.689.643.064

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació facilitada pel CatSalut.

La major part de l'activitat realitzada per l'ICS per compte del CatSalut es va finançar mitjançant transferències per 1.864,23 M€, el 92,48% de la despesa dels serveis prestats per l'ICS. La resta d'activitat corresponia als nous serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat i es va finançar mitjançant contraprestació per la facturació emesa per l'ICS per 151,62 M€.

Tot i que el que realment percep l'ICS com a contraprestació efectiva és l'import de la transferència que figura al pressupost, el CatSalut va valorar totes les activitats que va dur a terme l'ICS d'acord amb els paràmetres aplicables a les entitats concertades. D'aquesta valoració es desprèn que l'import de les transferències pagades a l'ICS va ser superior, en 28,02 M€, a l'import que hauria resultat si s'haguessin valorat els serveis prestats d'acord amb els preus i paràmetres aplicables a les entitats concertades (quadre 3).

20. D'acord amb el manual de facturació del CatSalut, la regularització és el procés de facturació, recollit en les clàusules addicionals dels contractes o convenis de gestió de serveis sanitaris, que permet ajustar les facturacions efectuades al llarg d'un exercici, o un període de temps, als paràmetres establerts en les clàusules esmentades un cop aquestes són signades.

Quadre 3. Serveis i import dels serveis de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats el 2022

Atenció hospitalària i especialitzada d'aguts	Entitats concertades		ICS	
	Serveis prestats	Import dels serveis	Serveis prestats	Import dels serveis
Altes hospitalització	555.617	1.416.239.073	215.524	693.146.841
Altes i reingressos quirúrgics	303.330	821.850.661	100.308	367.139.577
Altes i reingressos mèdics	220.603	525.602.257	103.531	296.214.573
Altes i reingressos obstètrics	31.684	68.786.155	11.685	29.792.691
Consultes externes ateses	8.709.344	517.424.126	4.079.256	246.719.517
Urgències ateses i triatge	5.366.318	302.931.761	1.599.391	93.964.813
Triage	2.730.648	48.495.591	819.111	14.505.271
Urgències ateses	2.635.670	246.023.625	780.280	79.459.541
Dispositiu mínim		8.412.545		
Casos de tècniques, serveis i procediments específics	1.769.000	444.405.052	708.471	196.987.773
Hospital de dia	846.287	185.712.155	332.393	78.583.925
Cirurgia menor ambulatoria	262.787	54.018.485	63.556	14.389.702
Rehabilitació	121.231	29.549.897	22.054	5.028.978
Resta de tècniques, serveis i procediments	538.695	175.124.515	290.468	98.985.168
Altes d'activitat d'alta complexitat	76.199	313.643.185	61.794	339.305.894
Cateterismes cardíacs	7.913	11.451.235	13.797	23.325.858
Trasplantaments	1.391	49.130.883	1.200	50.872.503
Cirurgia valvular	943	23.079.105	960	23.495.165
Resta d'activitat d'alta complexitat	65.952	229.981.962	45.837	241.612.369
Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat		371.964.299		220.638.858
Contraprestació per resultats		131.726.172		56.898.563
Altres serveis (pròtesis, docència i recerca...)		175.454.885		140.176.429
Total activitat hospitalària i especialitzada d'aguts ordinària* valorada en paràmetres d'entitats concertades		3.673.788.552		1.987.838.687
Import de la transferència que excedia l'import de l'activitat de l'ICS valorada en paràmetres d'entitats concertades				28.015.824
Despesa meritada de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts ordinària*		3.673.788.552		2.015.854.511

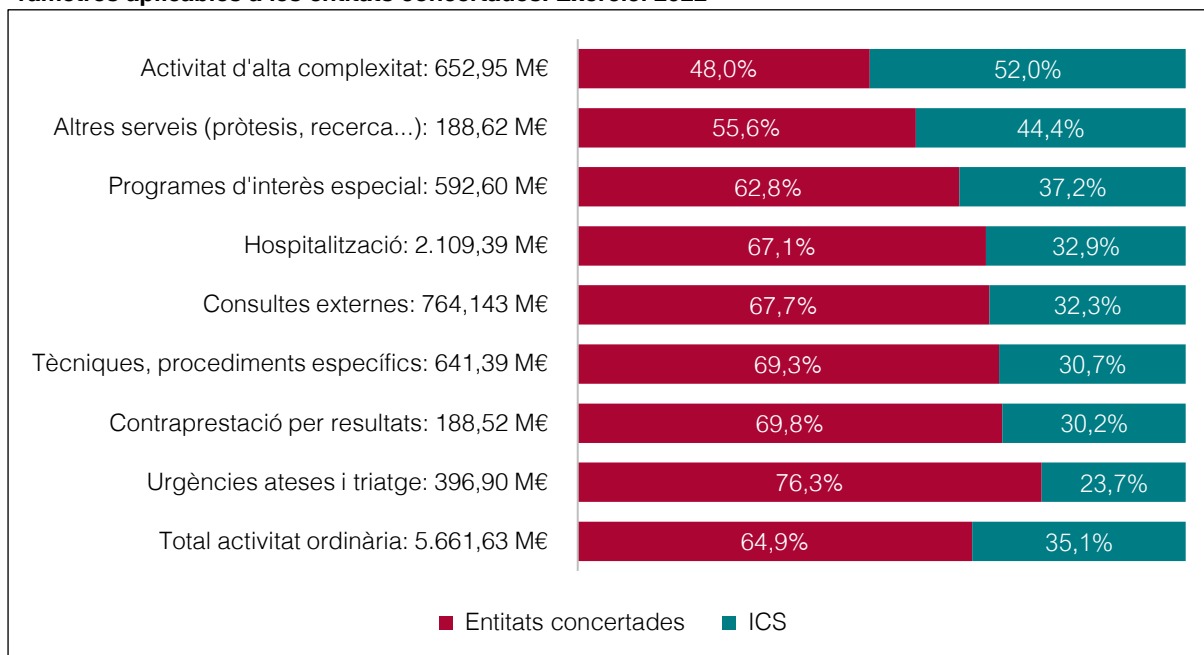
Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació facilitada pel CatSalut.

* L'activitat ordinària no inclou l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per la COVID-19.

Així doncs, si homogeneïtzem el criteri de contraprestació de les diferents activitats que integren l'atenció hospitalària i especialitzada, a raó dels paràmetres aplicables a les entitats concertades, resultaria que el total de la despesa realitzada l'any 2022 pel conjunt dels centres proveïdors, els concertats i els de l'ICS, va ser de 5.661,63 M€, el 64,9% de la qual correspon a centres proveïdors concertats (gràfic 1).

Gràfic 1. Distribució de l'import de l'activitat hospitalària i especialitzada realitzada valorada amb paràmetres aplicables a les entitats concertades. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia a partir de la informació facilitada pel CatSalut.

En suma, el sistema de contraprestació a les entitats concertades és un sistema de pagament prospectiu, amb certs ajustos retrospectius. La compra de serveis es basa en l'activitat (variable), excepte en el cas de les consultes externes i la majoria de programes específics, en què el pagament és fix. Tanmateix, en el cas del pagament variable s'estableix un topall a les clàusules addicionals, que és l'activitat contractada (amb marginalitats).²¹

En canvi, la contraprestació per l'activitat realitzada per l'ICS és un sistema pressupostari amb ajustos retrospectius.

21. El terme marginalitat, o activitat marginal, fa referència als casos atesos per un hospital que excedeixen el nombre de casos contractat pel CatSalut. Aquesta activitat generalment es paga a un preu inferior al de l'activitat contractada.

1.3. MARC NORMATIU

En relació amb el sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada per compte del CatSalut són rellevants les normes jurídiques que es detallen a continuació, ordenades cronològicament.

- Constitució espanyola del 1978. L'article 43 de la Constitució garanteix el dret a la protecció de la salut de la ciutadania i estableix que és competència dels poders públics la seva tutela i organització, per mitjà de la prevenció i de les prestacions i serveis necessaris a aquest efecte.
- Llei de l'Estat 14/1986, del 25 d'abril, general de sanitat. Aquesta llei estableix les bases del Sistema Nacional de Salut, que es defineix com el conjunt dels serveis de salut de les diferents comunitats autònomes, convenientment coordinats. Així, l'article 50 de la llei preveu que a cada comunitat autònoma es constitueixi un servei de salut integrat per tots els centres, serveis i establiments de caràcter públic, gestionat sota la responsabilitat de cada una d'elles.

La llei preveu que els hospitals privats que ho sol·licitin es vinculin al Sistema Nacional de Salut mitjançant la creació d'una xarxa pública d'hospitals (article 66), la vinculació a la qual s'establirà amb la fórmula del conveni (article 67). Cal apuntar que el legislador català es va avançar a aquesta previsió amb el Decret 202/1985, del 15 de juliol, de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública, actualment derogat pel Decret 196/2010, que se cita més avall.

- Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. És la norma bàsica que assenta les bases del model sanitari català. El seu objecte és l'ordenació del sistema sanitari públic de Catalunya, d'acord amb els principis d'universalització; integració de serveis; simplificació, racionalització, eficàcia i eficiència de l'organització sanitària; concepció integral de la salut; descentralització i desconcentració de la gestió; organització per sectors de l'atenció sanitària, i participació comunitària.

La llei estableix la creació del Servei Català de la Salut, configurat per tots els centres, els serveis i els establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, d'acord amb la previsió de la Llei general de sanitat. El nou ens s'organitzarà de manera desconcentrada, d'acord amb el principi de descentralització esmentat.

Pel que a la prestació efectiva dels serveis sanitaris, el marc dissenyat per la llei consolida el principi de separació de funcions de finançament, compra i provisió de serveis, que preveu que l'actual CatSalut assumirà les funcions de finançament i de compra de serveis, mentre que la seva provisió recaurà sobre un conjunt de proveïdors, degudament acreditats, amb titularitat i fórmules de gestió diverses.

- Estatut d'autonomia de Catalunya de 2006. L'article 23 de l'Estatut consolida el principi d'universalització del sistema sanitari català, en garantir que totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública. Al mateix article s'estableix el dret a l'elecció de metge o metgessa i de centre sanitari, així com el dret a la informació de caràcter mèdic i assistencial.

L'article 162 estableix l'assumpció competencial de la Generalitat en matèria sanitària i de salut, en termes similars a l'Estatut d'autonomia de l'any 1979. En aquest sentit, correspon a la Generalitat en matèria de sanitat i salut pública, la competència exclusiva sobre l'organització, el funcionament intern, l'avaluació, la inspecció i el control de centres, serveis i establiments sanitaris.

- Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut. Aquesta norma fa un pas endavant en la consolidació de l'autonomia de gestió de l'ICS, definint-lo com a entitat de dret públic de la Generalitat, amb personalitat jurídica pròpia i plena capacitat d'obrar per al compliment de les seves funcions, gaudint d'autonomia funcional i restant adscrit al CatSalut. D'aquesta manera, s'aprofundeix en el principi de separació de funcions establert a la LOSC, ja que l'ICS adopta una forma jurídica assimilable a la d'altres proveïdors del sistema.

L'article 14 d'aquesta llei defineix l'instrument de relació entre el CatSalut, com a comprador, i l'ICS, com a proveïdor sanitari, establint que la prestació de serveis del segon per compte del primer s'articularà per mitjà d'un contracte programa subscrit per ambdues entitats, amb l'aprovació prèvia del Govern, a proposta conjunta dels departaments competents en matèria de salut i d'economia i finances, i d'acord amb la normativa aplicable al sector públic de la Generalitat.

- Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Aquest decret aglutina les diferents xarxes de centres sanitaris d'utilització pública preexistents però no tant pel seu caràcter monogràfic, sinó pel tipus de serveis que presten, de manera que el sistema SISCAT resti configurat per la xarxa de serveis d'internament –que inclou la XHUP–, la xarxa de serveis comunitaris i la xarxa de transport sanitari. Aquest sistema es completa amb la previsió d'un catàleg de potencials proveïdors de serveis sanitaris no integrats en les xarxes anteriors. L'objectiu del decret és avançar en la concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya. Arran d'aquest decret, l'antiga XHUP queda plenament integrada en la xarxa de centres d'internament del SISCAT.
- Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut. Aquest decret regula conjuntament els encàrrecs de gestió dels serveis públics que el Servei Català de la Salut ha d'establir amb els centres i establiments del SISCAT, els sistemes de contraprestació de la gestió d'aquests serveis públics, la cartera complementària de serveis no previstos en la cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut, i el sistema d'assignació territorial a regions sanitàries

i sectors dels recursos per al finançament d'aquests serveis sobre la base de les necessitats de la població derivades de les seves característiques singulars i de morbiditat i comorbiditat.

La part més substantiva d'aquest decret en relació amb aquest treball de fiscalització és al capítol 2, relatiu al sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada, i que defineix el conjunt de regles que regeixen la contraprestació dels serveis prestats per les entitats del sector concertat.

- Llei 9/2017, del 8 de novembre, de contractes del sector públic. L'article 32 d'aquesta norma estableix que la compensació a un ens que tingui la consideració de mitjà propi de l'Administració pels encàrrecs corresponents es determini per referència a tarifes aprovades per l'entitat pública de la qual depèn el mitjà propi. Aquestes tarifes es calculen de manera que representin els costos reals de les unitats produïdes directament pel mitjà propi.

1.4. ENTITAT FISCALITZADA

El CatSalut és un ens públic de naturalesa institucional adscrit al Departament de Salut, creat per la Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, dotat de personalitat jurídica pròpia i plena capacitat per al compliment de les seves finalitats. Es regeix pels preceptes de la mateixa llei i les seves disposicions complementàries de desenvolupament.

Té com a objectiu principal garantir l'atenció sanitària de cobertura pública, integral i de qualitat a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya, mitjançant una adequada adaptació de l'oferta a les necessitats de la població, que es materialitza amb l'establiment de convenis amb les entitats públiques i privades prestadores de serveis hospitalaris.

Dins el CatSalut, els òrgans vinculats al sistema de contraprestacions de l'activitat hospitalària i especialitzada el 2022 van ser els següents:²²

- Divisió de Provisió de Serveis, dependent de la Gerència d'Organitzacions, supeditada a l'Àrea Assistencial, a qui corresponia distribuir els recursos destinats a la provisió de serveis assistencials; definir i formular els models de convenis per a la gestió de serveis assistencials i promoure la millora contínua orientada a l'assoliment dels objectius de la política sanitària, i participar en la definició dels models de provisió de serveis i en el desenvolupament dels sistemes de pagament, entre d'altres.

22. Resolució SLT/2405/2022, del 21 de juliol, per la qual es dona publicitat a l'Acord del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, de l'11 de juliol del 2022, pel qual s'aprova l'estructura dels òrgans del Servei Català de la Salut.

- Àrea Econòmica i d'Inversions que, entre d'altres, tenia les funcions de definir i formular els sistemes de pagament corresponents als convenis per a la gestió de serveis assistencials; promoure i desenvolupar els sistemes de comptabilitat analítica en el sector sanitari, i promoure la millora contínua dels sistemes de pagament orientada a l'assoliment dels objectius de la política sanitària.
- Divisió Econòmica de Serveis Assistencials, dependent de la Gerència de Resultats,²³ supeditada a l'Àrea Econòmica i d'Inversions, a qui corresponia, entre d'altres, fer les previsions de tancament i el seguiment de la vessant econòmica de la contractació de serveis; definir els criteris i requisits de facturació dels serveis assistencials i fer-ne el seguiment; analitzar i tramitar la facturació de serveis sanitaris, i coordinar, impulsar i analitzar el procés de la facturació de l'assistència sanitària.

Els òrgans centrals de direcció del CatSalut, durant el període fiscalitzat, van ser el Consell de Direcció i el director.

D'altra banda, el CatSalut compta amb òrgans de participació especialment rellevants en relació amb el sistema de contraprestació. En primer lloc, la Comissió de Sistemes de Pagament, formada per representants del CatSalut i de les patronals del sector (el Consorci de Salut i Social de Catalunya, la Unió Catalana d'Hospitals i l'Associació Catalana d'Entitats de Salut). S'hi presenten els sistemes de pagament, tarifes i programes que s'han d'aprovar al Consell de Direcció. En segon lloc, la Comissió d'Entitats Proveïdores, amb funcions similars a l'anterior però amb una representació més àmplia d'entitats.

A escala territorial, l'any 2022 el CatSalut s'ordenava en 9 regions sanitàries,²⁴ delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics. Les regions compten amb una dotació de recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població. Cada regió s'ordena, al seu torn, en sectors sanitaris, que agrupen les anomenades àrees bàsiques de salut, formades per barris o districtes a les àrees urbanes, o per un o més municipis en l'àmbit rural.

23. La Resolució SLT/3955/2023, del 21 de novembre, va modificar l'Acord de l'11 de juliol del 2022, pel qual s'aprova l'estructura dels òrgans del CatSalut, i, entre altres modificacions, va suprimir la Gerència de Resultats i les seves funcions es van assignar a la Gerència Econòmica, de la qual va passar a dependre la Divisió Econòmica de Serveis Assistencials.

24. Mitjançant el Decret 116/2023, del 20 de juny, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut, es va crear una nova regió sanitària que comprèn les comarques de l'Alt Penedès, el Baix Penedès, el Garraf i l'Anoia.

2. ABAST I METODOLOGIA

2.1. OBJECTE I ABAST

L'objectiu d'aquest informe és avaluar si el sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres del SISCAT s'ajusta als objectius assistencials establerts pel CatSalut d'acord amb els criteris d'eficàcia, d'eficiència i d'economia. S'ha incorporat l'enfocament avaluador en la planificació i l'execució dels treballs, en el sentit que s'hi inclouen alguns objectius propis de l'avaluació dels programes i polítiques públiques, com ara l'avaluació de les necessitats; la coherència interna i externa de la política, i la pertinència dels objectius estratègics.

Per tal de poder avaluar aquest sistema s'han definit 5 objectius principals, expressats en forma de preguntes, que comprenen tots els aspectes que s'han avaluat i que estan adreçats a respondre a l'objectiu global de l'auditoria:

1. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts és adequat per promoure les directrius i els objectius establerts al Pla de salut de Catalunya?
2. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts amb els diferents proveïdors s'ajusta a la normativa i a criteris objectius, uniformes i que respectin el principi d'economia?
3. L'aplicació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts compensa adequadament els serveis prestats pels proveïdors?
4. L'aplicació del sistema de pagament de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts respon a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors?
5. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts està assolint els resultats que persegueix el CatSalut?

Cadascun d'aquests objectius s'ha dividit en diversos subobjectius o subpreguntes, per als quals s'han establert criteris, qualitatius i quantitatius, entesos com estàndards o punts de referència per tal d'avaluar l'evidència, arribar a conclusions i respondre sobre els objectius de l'auditoria (vegeu l'annex 2).

L'abast material de la fiscalització és l'avaluació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts. En concret, de l'activitat d'hospitalització, de consultes

externes, d'urgències hospitalàries, de tècniques, tractaments i procediments específics, de l'activitat d'alta complexitat i de la contraprestació de resultats.

Ha quedat exclosa de la fiscalització l'avaluació de l'activitat hospitalària derivada de la COVID-19. També les pròtesis, la recerca i la docència i la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria.

L'àmbit temporal d'aquest informe és l'any 2022, però, quan s'ha considerat necessari per completar el treball, s'ha ampliat a períodes anteriors i posteriors. Concretament, s'han comparat els preus de cadascuna de les activitats de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts de l'any 2021 amb els del 2022 i s'han analitzat alguns aspectes relacionats amb la contractació de les entitats proveïdores de serveis sanitaris des del 2012, any en què es van signar la majoria dels convenis amb els quals es formalitza l'encàrrec de gestió per la prestació d'aquests serveis el 2022. Així mateix, s'han analitzat fets posteriors d'interès en relació amb la gestió i l'avaluació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts.

2.2. METODOLOGIA

El treball de fiscalització s'ha dut a terme d'acord amb els principis fonamentals de fiscalització de les institucions públiques de control extern i les normes tècniques d'auditoria que es desprenen de la ISSAI 300, sobre els principis fonamentals de la fiscalització operativa, i les GPF-OCEX 3000, 3910 i 3920, sobre l'auditoria operativa.

Per elaborar el treball la Sindicatura ha dut a terme prèviament una anàlisi de l'entorn relacionat amb la matèria. Per això, ha consultat i revisat la documentació que ha considerat més rellevant en aquest àmbit, referida bàsicament a la legislació aplicable, convenis públics vigents, informació econòmica pressupostària i estudis de recerca d'organitzacions i professionals especialitzats.

La Sindicatura ha obtingut evidència per elaborar les conclusions del treball a partir d'una anàlisi de les dades relacionades amb l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, d'una revisió documental i d'entrevistes amb les parts interessades (el CatSalut, professionals externs experts en la matèria i associacions d'entitats sanitàries i socials –el Consorci de Salut i Social de Catalunya i la Unió Catalana d'Hospitals–).

3. CONCLUSIONS

A continuació es presenten les conclusions per al conjunt de les preguntes d'avaluació del sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels hospitals del SISCAT per compte del CatSalut, referits a l'any 2022. Els resultats d'auditoria que motiven i expliquen aquestes conclusions es troben a l'apartat 5 de l'informe.

En termes generals, les conclusions als 5 objectius d'auditoria identificats per la Sindicatura posen en relleu problemes en l'aplicació del sistema de contraprestació que afecten negativament l'eficàcia, l'eficiència i l'economia en la gestió de la intervenció pública analitzada: la manca de coherència entre els objectius que es pretenen assolir amb el sistema de contraprestació, i les directrius i els objectius definits en el marc del Pla de salut; l'assignació de prestacions a les entitats proveïdores sense criteris prou definits; la falta d'informes econòmics que justifiquin els preus dels serveis hospitalaris; la demora en l'actualització i retribució als proveïdors del preu dels serveis prestats; la manca de coherència externa amb altres polítiques, en la confluència amb altres polítiques de finançament de les entitats proveïdores del SISCAT; un considerable potencial de millora en l'obtenció dels resultats que persegueix el CatSalut, i la manca d'avaluació del resultat de les estratègies definides en el marc del sistema de contraprestació. Així mateix, s'observen incompliments del marc jurídic que regula la contractació de l'activitat assistencial i aspectes que constitueixen un incompliment del dret a una bona administració.

El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts és adequat per promoure les directrius i els objectius establerts al Pla de salut de Catalunya?

S'observa una manca de coherència entre els objectius que persegueix el sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts i les directrius i objectius definits al Pla de salut, mentre que en relació amb els serveis, dispositius i programes de reconeguda necessitat, la Sindicatura només ha pogut determinar que 6 dels 11 programes revisats s'emmarcaven dins les directrius i objectius establerts pel Departament de Salut en el marc del Pla de salut.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels subobjectius d'auditoria següents:

Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són coherents amb el Pla de salut de Catalunya?

S'observa una manca de coherència entre els objectius que persegueix el sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts i les directrius i objectius definits al Pla de salut (vegeu l'apartat 5.1.1):

1. El sistema de determinació de preus de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts incorpora mecanismes que permeten incentivar o penalitzar determinades actuacions dels proveïdors integrats en el SISCAT. Els objectius que es volen assolir mitjançant la determinació dels preus haurien d'estar alineats amb el Pla de salut de Catalunya, en tant

que instrument de planificació que estableix les prioritats d'actuació en matèria sanitària en cada moment.

Tanmateix, dels diferents objectius associats a la fixació dels preus de l'activitat, únicament la promoció de l'hospitalització domiciliària que evita completament l'ingrés a un centre hospitalari està emparada pel Pla de salut de Catalunya vigent l'any 2022. Cap dels objectius restants es pot vincular de forma directa amb els objectius establerts al Pla de salut vigent, ni tampoc amb els objectius o línies d'actuació dels 2 plans precedents.

La manca d'avaluació de la congruència entre els objectius que es volen assolir amb la determinació dels preus i les prioritats establertes al Pla de salut vigent permet que alguns incentius esdevinguin anacrònics i acabin revestint caràcter de permanència.

Els objectius del pagament per resultats estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya?

Només 1 dels 6 objectius fonamentals vinculats a la contraprestació per resultats de l'any 2022 està directament relacionat amb els eixos estratègics del Pla de salut, en contra d'allò que disposa el Decret 118/2014, amb un pes relatiu del 28,86%, mentre que la resta dels objectius, amb un pes conjunt del 71,14% en la contraprestació, no hi tenien una relació directa, tal com es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.1.2):

2. L'any 2022, únicament l'objectiu de consolidació de l'equip del Programa d'optimització de l'ús d'antimicrobians de l'hospital, d'entre els inclosos en la contraprestació per resultats als centres proveïdors, estava directament relacionat amb els eixos estratègics del Pla de salut, amb un pes del 28,86% en el conjunt de dita contraprestació. Hi ha 2 objectius més, els referents a l'estructura dels equips de control de la infecció hospitalaris, d'una banda, i a disminuir el temps d'espera per ingrés a hospitalització convencional dels pacients atesos al servei d'urgències, de l'altra, que estaven relacionats amb altres elements de la planificació estratègica en salut, però no estrictament amb els eixos estratègics del Pla de salut, tal com estableix la normativa.

La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarca adequadament en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut?

No tots els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarquen en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut, com es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.1.3):

3. Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat haurien de ser activitats que cal implementar derivades del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària. Tanmateix, dels 11 programes revisats, la Sindicatura ha

comprovat que les activitats previstes en 2 d'ells no hi estaven vinculades, i en altres 3 el CatSalut no ha aportat suficient informació per tal de determinar-ho.

La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts amb els diferents proveïdors s'ajusta a la normativa i a criteris objectius, uniformes i que respectin el principi d'economia?

La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, a l'ICS i a la resta de proveïdors concertats, s'ha articulat mitjançant fórmules no contractuals que han incomplert els preceptes de la normativa de caràcter bàsic, amb efectes jurídics diferenciats en un grup de proveïdors i l'altre. Igualment, la manera en què s'han articulat els convenis amb les entitats proveïdores concertades no garanteix que la compra dels serveis per part del CatSalut respongui a criteris objectius o uniformes, ni tampoc al principi d'economia en l'adquisició dels serveis per a la ciutadania.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut es va articular d'acord amb el que estableix la normativa?

Les prestacions sanitàries per part dels proveïdors concertats l'any 2022 no tindrien empara legal en cap acte o negoci jurídic, atès que s'han articulat mitjançant pròrroques que constituïen actes nuls de ple dret. En el cas de l'ICS, les prestacions realitzades per compte del CatSalut no compten amb l'instrument jurídic que preveu la normativa, el contracte programa entre l'ICS i el CatSalut, i han estat objecte de pròrroga anual sota supòsits que constitueixen una causa d'anul·labilitat. Aquesta afirmació es fonamenta en les conclusions següents (vegeu l'apartat 5.2.1):

4. L'encàrrec de gestió de serveis hospitalaris a les entitats proveïdores concertades per part del CatSalut es va formalitzar mitjançant convenis, tal com estableix la normativa, però la formalització de les pròrroques d'aquests convenis es va fer fora del termini de vigència del conveni o un cop finalitzada la pròrroga anterior. Aquest fet comporta l'extinció del conveni, per inexistència de pròrroga expressa formalitzada abans de finalitzar el termini de durada del conveni.

Aquesta situació s'ha equiparat a un supòsit de nul·litat de ple dret, com en el cas d'una contractació prescindint totalment i absolutament del procediment, d'acord amb la Llei 39/2015, de l'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques. En conseqüència, les prestacions sanitàries que es van dur a terme no tindrien empara legal en cap acte o negoci jurídic.

5. Les prestacions per part de les entitats proveïdores dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts a càrrec del CatSalut són objecte d'encàrrecs de gestió, sota un sistema de contraprestació regulat pel Decret 118/2014, del 5 d'agost.

Tanmateix, per al cas de les entitats proveïdores que compleixen els requisits per ser mitjà propi del CatSalut, s'haurien d'aprovar les tarifes per a cadascuna de les línies assistencials, en funció dels costos reals de les activitats encarregades, en compliment del text refós de la Llei de contractes del sector públic.

6. El CatSalut i l'ICS no han subscrit el contracte programa previst a l'article 14 de la Llei de l'ICS, que hauria d'articular la prestació de serveis del segon per compte del primer i establir, entre d'altres, els serveis a prestar i el seu finançament. En la pràctica, el finançament de l'activitat dels centres proveïdors de l'ICS es vehicula mitjançant transferències a càrrec del pressupost del CatSalut.

Un cop finalitzat l'any, l'import transferit es formalitza de manera extemporània en clàusules addicionals, que estableixen unes condicions de facturació i pagament fictícies que no es compleixen. El fet que aquestes clàusules se signin amb posterioritat a la seva vigència, sense preveure'n l'eficàcia retroactiva, constitueix una causa d'anul·labilitat.

L'incompliment del mandat normatiu de subscriure un contracte programa entre ambdues parts i la subscripció extemporània de clàusules addicionals constitueixen un incompliment del principi de bon govern i una vulneració del dret dels ciutadans a una bona administració, en el sentit que el CatSalut i l'ICS han incomplert el deure d'actuar amb la diligència deguda. Aquest incompliment també és extensible al Govern, per la manca de control de l'avaluació normativa *ex post* sobre el compliment de la Llei i els Estatuts de l'ICS.

L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades respon a un criteri objectiu i uniforme?

No hi ha un criteri de delimitació de les unitats proveïdores objecte dels convenis de gestió que sigui uniforme per a totes les entitats que presten serveis d'atenció hospitalària i especialitzada per compte del CatSalut, ni estrictament objectiu, tal com es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.2.2):

7. El CatSalut subscriu tants convenis amb les entitats proveïdores com unitats proveïdores li corresponguin. Tanmateix, no existeix un criteri de delimitació de la unitat proveïdora que sigui homogeni per a totes les entitats proveïdores: en alguns casos, el CatSalut estableix convenis independents per a cadascun dels seus centres, mentre que en d'altres, el CatSalut subscriu els convenis amb una agrupació de centres hospitalaris, englo-

bats en una mateixa unitat proveïdora, fet que esdevé crucial en la determinació dels preus que acaba pagant per l'activitat realitzada en aquells centres hospitalaris.

L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades garanteix el mínim cost possible per al CatSalut d'acord amb el sistema de contraprestació vigent?

L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades per a l'en-càrrec dels serveis assistencials no garanteix que el CatSalut compri aquests serveis en termes d'economia, tal com es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.2.3):

8. La integració de centres hospitalaris en una sola unitat proveïdora, a l'efecte de la compra de serveis sanitaris, suposa un cost més elevat de l'activitat contractada per al CatSalut quan hi ha diferències de caràcter estructural entre ells, atès que això suposa una despesa superior a l'hora de remunerar l'entitat que els gestiona pels serveis prestats.

Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van assignar entre els diferents proveïdors concertats emprant criteris objectius que en garantissin la idoneïtat?

La Sindicatura no pot garantir que els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat que es financen amb una quantia anual determinada s'hagin assignat a les entitats concertades amb criteris objectius i econòmics que emparin la idoneïtat dels proveïdors ni, per tant, que els elements de discrecionalitat respectin els principis preceptius de legalitat, transparència i interès general. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.2.4):

9. El CatSalut no ha facilitat cap documentació ni una explicació prou detallada dels criteris que va utilitzar per decidir els proveïdors que havien de realitzar els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat, ni per determinar la quantia anual assignada a cada entitat proveïdora per les diverses actuacions que els va encarregar.

L'aplicació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts compensa adequadament els serveis prestats pels proveïdors?

L'aplicació del sistema de contraprestació es manifesta ineficaç a l'hora de compensar adequadament alguns elements propis dels centres proveïdors, com l'estructura, la casuística atesa o l'atenció urgent, i no s'ha acreditat en tots els casos que els preus aplicats pel CatSalut cobreixin les estructures de costos inherents als serveis prestats pels proveïdors en termes d'economia.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

Els sistema de determinació del nivell d'estructura reflecteix de manera apropiada les diferències estructurals entre els proveïdors?

El nivell d'estructura que tenen assignat els hospitals no reflecteix adequadament les característiques estructurals de cada centre, ja que, d'una banda, el sistema de determinació dels nivells d'estructura no permet ajustar l'estructura hospitalària a les característiques de cada centre, i d'altra banda, les dades sobre l'estructura hospitalària del SISCAT i les corresponents assignacions de nivell dels hospitals no estan actualitzades. Aquesta afirmació es fonamenta en les conclusions següents (vegeu l'apartat 5.3.1):

10. El sistema de pagament de l'estructura hospitalària es fonamenta en l'assignació a cada hospital d'1 dels 6 nivells d'estructura establerts, o el nivell 7, si és un hospital monogràfic. Cada hospital obté una puntuació en funció de criteris estructurals que el situa en un interval de puntuació, i a cada interval s'assigna un nivell d'estructura, al qual li correspon un preu d'alta per estructura. Tanmateix, l'aplicació d'una escala de nivells dificulta el reconeixement de les característiques estructurals pròpies de cada centre i pot donar lloc a situacions no equitatives entre els hospitals.
11. El CatSalut no ha revisat l'estructura hospitalària ni l'assignació dels nivells d'estructura als hospitals des de l'entrada en vigor del Decret 118/2014, l'any 2015, tot i que l'estructura hospitalària del SISCAT podria haver canviat, sobretot a partir de la pandèmia de la COVID-19, que va comportar que el sistema sanitari hagués d'adaptar la seva capacitat instal·lada i productiva per tal de donar resposta a les necessitats assistencials.

El càlcul dels indicadors de complexitat reflecteix de manera adequada la casuística atesa pels proveïdors?

El paràmetre emprat per calcular i retribuir el consum de recursos per part del proveïdor hospitalari, indicatiu de la complexitat relativa dels pacients hospitalitzats a cada unitat proveïdora –la IRR–, podria no reflectir adequadament el consum real per part dels proveïdors del SISCAT, element que resulta determinant a l'hora de calcular la contraprestació econòmica de les unitats proveïdores en relació amb la seva casuística (o conjunt de casos atesos a l'hospital). Aquesta conclusió es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.2):

12. En el càlcul de la IRR, el CatSalut utilitza pesos obtinguts a partir de costos d'hospitals dels Estats Units i, per tant, el resultat podria no reflectir adequadament el consum de recursos efectuat per les unitats proveïdores del SISCAT, d'acord amb la seva casuística. L'ús d'un conjunt de pesos alternatiu, estimat amb costos procedents, entre d'altres, d'una mostra d'hospitals catalans, ha revelat que els indicadors de casuística són sensi-

bles a la modificació dels pesos emprats, especialment pel que fa a l'activitat obstètrica: l'any 2022 el consum de recursos de les unitats proveïdores que duen a terme activitat obstètrica podria estar infravalorat de manera acusada.

El sistema de contraprestació de les urgències compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors?

El sistema de contraprestació de les urgències hospitalàries no compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors, ja que el factor de ponderació emprat no reflecteix de manera acurada la complexitat atesa ni es tenen en compte els elements estructurals en la fixació del preu unitari, que d'altra banda resulta insuficient per cobrir el cost de la urgència atesa en termes mitjans. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.3.3):

13. El sistema de contraprestació de les urgències hospitalàries no permet cobrir-ne els costos. El factor de ponderació emprat, en aplicació del que preveu la normativa, està basat en un sistema de classificació de casos poc acurat a l'hora de determinar la complexitat de les urgències ateses. La contraprestació de les urgències no té en compte les diferències estructurals entre els dispositius, que tampoc queden reflectides en el factor de ponderació del preu unitari. Aquest preu, d'altra banda, resulta insuficient per cobrir el cost unitari mitjà de la urgència atesa. Com a conseqüència de totes aquestes distorsions, poden generar-se incentius no intencionats contraris a algunes de les orientacions de política sanitària vigents a Catalunya, cosa que evidenciaria problemes de coherència externa del sistema de pagament.

El CatSalut disposa d'informes econòmics que justifiquin els preus fixats com a contraprestació pels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

El CatSalut no disposa d'informes econòmics que justifiquin el càlcul de l'import dels preus unitaris que determinen la contraprestació dels serveis sanitaris de la majoria de serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats per les entitats proveïdores, ni tampoc per als imports anuals assignats a les entitats per realitzar les activitats sanitàries que es financen via pressupost, fet que introdueix nous elements de discrecionalitat que no garanteixen els principis preceptius de legalitat, transparència i interès general. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.3.4):

14. El CatSalut no disposa d'informes econòmics que justifiquin el càlcul de l'import dels preus unitaris de l'alta de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts vinculat a l'estructura dels hospitals i a la complexitat de la casuística atesa, de la urgència atesa o de la visita de triatge de l'atenció sanitària urgent. Tampoc ha aportat documentació justificava de l'import anual assignat a les consultes externes i als serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat contractats.

Pel que fa a les noves tècniques, tractaments i procediments específics, tot i que la Sindicatura ha obtingut els escandalls de costos a partir dels quals es van fixar els preus unitaris d'aquelles incorporades o modificades l'any 2022 i de l'activitat d'alta complexitat, no els ha obtingut per a les incorporacions o modificacions d'anys anteriors, ni ha pogut disposar de la documentació justificativa del motiu pel qual, en alguns hospitals, l'import de consultes externes i l'import anual assignat a determinats serveis, dispositius i programes de reconeguda necessitat va augmentar l'any 2022 per sobre de la resta d'hospitals, respecte del 2021.

L'aplicació del sistema de pagament dona resposta a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors derivades de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

L'aplicació del sistema de pagament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts no ha estat eficaç a l'hora de dotar les entitats proveïdores de finançament adequat en temps i quantia, alhora que podria haver-hi un risc de sobrefinançament d'algunes prestacions.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels subobjectius d'auditoria següents:

La facturació i la regularització de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts s'han fet d'acord amb el que preveu la resolució d'aplicació del sistema de pagament?

La regularització per part del CatSalut de l'activitat realitzada per les entitats proveïdores es calcula d'acord amb criteris interpretatius que, en relació amb els paràmetres d'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts, no estan expressament concretats al text de la Resolució de la conselleria de Salut i que en algun cas podrien resultar contraris als principis d'economia, tal com es fonamenta en les conclusions següents (vegeu l'apartat 5.4.1):

15. Per al còmput de l'activitat marginal, aquella que sobrepassa l'activitat contractada, l'activitat realitzada no inclou les anomenades altes de reingrés, mentre que en el cas del còmput del mínim del 80% sobre l'activitat contractada, llindar que el CatSalut estableix perquè el proveïdor pugui gaudir de l'esquema de pagament fix i variable, sí que les inclou. Aquest diferent criteri interpretatiu no està concretat al text de la Resolució del conseller de Salut que és aplicable en aquest cas, ni se'n desprèn.

Per altra banda, en el segon cas, la determinació del llindar del 80% d'activitat realitzada amb inclusió de les altes de reingrés podria ser contrària al principi d'economia, ja que facilita a les unitats proveïdores assolir aquest mínim i, en conseqüència, beneficiar-se de l'esquema de pagament fix i variable, que implica una contraprestació més elevada.

L'aplicació del sistema de pagament ha permès dotar les entitats proveïdores concertades d'un finançament adient per a la prestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

La contraprestació efectiva dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts no va permetre dotar les entitats d'un finançament adient en temps i quantia, afirmació que es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.4.2):

16. L'any 2022 les entitats proveïdores van facturar els serveis prestats per compte del CatSalut mensualment, però d'acord amb els termes establerts a les clàusules addicionals de l'any anterior. L'any 2023, quan el CatSalut i les entitats proveïdores havien signat les clàusules addicionals corresponents a l'any 2022, es va regularitzar l'activitat realitzada el 2022 d'acord amb l'actualització dels preus i els paràmetres, tot i que el mes de febrer del 2024 encara no n'havien percebut la quantia íntegra perquè el CatSalut no tenia prou disponibilitat pressupostària.

L'import de les despeses no aplicades al pressupost del CatSalut per insuficiència de crèdit pressupostari corresponent a la concertació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts va ascendir a 332,83 M€ l'any 2022, un 112,76% més que l'any anterior, contra el que disposen els articles 28.b i 35 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya.

El CatSalut va finançar serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per vies diferents als preus fixats mitjançant el sistema de contraprestació ordinari?

En el període fiscalitzat el CatSalut va finançar inversions en renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics a les entitats proveïdores del SISCAT, mitjançant l'atorgament de subvencions finalistes que podrien incórrer en un risc de sobrefinançament dels actius. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.4.3):

17. El CatSalut retribueix l'activitat de les entitats proveïdores de serveis hospitalaris d'acord amb un sistema de preus que hauria de cobrir els costos estàndard, directes i indirectes, entre ells, el cost de l'amortització dels equipaments sanitaris i aparells mèdics, perquè les entitats proveïdores puguin reposar-los. Tanmateix, excepte per a les incorporacions o modificacions de les tècniques, els tractaments i els procediments i l'activitat d'alta complexitat dels anys 2022 i 2023, el CatSalut no disposa d'estudis sobre l'adequació dels preus als costos de l'activitat de les entitats proveïdores del SISCAT, fet que no permet constatar si els preus cobreixen el cost de l'amortització dels equipaments i, per tant, que el finançament de les inversions en la seva renovació mitjançant aportacions finalistes no incorri en un risc de sobrefinançament.

El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts està assolint els resultats que persegueix el CatSalut?

Els resultats assolits mitjançant el sistema de contraprestació vigent manifesten millores modestes, en el sentit que els incentius econòmics impulsats pel CatSalut han mostrat una eficàcia desigual. En termes d'utilitat per a la ciutadania, s'observen millores modestes quant a la qualitat, l'accessibilitat i l'eficiència dels serveis.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels subobjectius d'auditoria següents:

Els incentius econòmics establerts en el sistema de determinació de preus han produït els efectes esperats, de manera que en resti justificada l'aplicació?

Els incentius econòmics impulsats pel CatSalut mitjançant el sistema del preu de l'alta hospitalària han mostrat una eficàcia desigual, fet que, en determinats casos, posaria en dubte la seva pertinència o oportunitat per tal d'obtenir els resultats pretesos, com es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.5.1):

18. Els incentius associats als factors de ponderació de l'alta hospitalària orientats a potenciar l'activitat quirúrgica s'han mostrat efectius, mentre que els orientats a penalitzar les altes de reingrés no sembla que tinguin impacte.

Pel que fa als incentius orientats a potenciar determinades modalitats assistencials equiparant-ne el preu al d'intervencions amb un cost més elevat, com són els incentius a l'hospitalització domiciliària i a l'activitat de cirurgia major ambulatoria (CMA), la Sindicatura no ha pogut determinar si els efectes observats en l'activitat vinculada a aquestes modalitats són producte dels incentius aplicats, tot i que sí que s'observa l'efecte esperat. Tanmateix, en el cas de la CMA, s'ha evidenciat que per a determinats tipus de cirurgies l'incentiu té una efectivitat escassa, perquè ja s'han assolit els màxims objectius possibles. D'aquí que l'incentiu financer aplicat al foment d'aquestes intervencions comporti un ús ineficient dels recursos públics.

En quina mesura la contraprestació per resultats ha millorat la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis?

Els objectius establerts pel CatSalut l'any 2022 vinculats a la contraprestació per resultats van incentivar de manera limitada la millora de la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.5.2):

19. Més del 65% de l'import assignat a la contraprestació per resultats l'any 2022 es va destinar a 4 objectius fàcilment abastables per les entitats proveïdores, que gairebé totes van assolir, igual com l'any anterior, quan els requisits d'assoliment eren gairebé els mateixos. Per altra banda, aquests indicadors no mesuren els resultats en termes de millores en salut i, per tant, difícilment s'obtindran millores en qualitat.

S'estan assolint millores pel que fa a la qualitat dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, la seva accessibilitat i l'eficiència en la seva prestació?

Tot i que les polítiques sanitàries s'encaminen a millorar l'accés als serveis de salut, la seva qualitat i l'eficiència en la seva provisió, s'observen millores modestes en aquests àmbits, els d'impacte directe o indirecte en el benestar dels usuaris de la xarxa sanitària d'utilització pública. Aquesta afirmació es fonamenta en la conclusió següent (vegeu l'apartat 5.5.3):

20. L'anàlisi per part de la Sindicatura dels indicadors de qualitat, eficiència i accessibilitat dels serveis sanitaris prestats en la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya elaborats anualment pel CatSalut i la seva evolució en el temps, ha posat en relleu millores modestes pel que fa a l'eficiència en l'ús dels recursos hospitalaris i millores més substantives pel que fa a l'accessibilitat dels serveis sanitaris d'atenció hospitalària – excepte en el cas de les intervencions per processos oncològics, en què empitjora. Per contra, no s'observen millores pel que fa a la qualitat de l'atenció assistencial rebuda pels pacients en l'àmbit hospitalari.

4. RECOMANACIONS

A continuació s'inclouen les recomanacions al CatSalut que es consideren pertinents a partir del resultat del treball de fiscalització.

Pertinència dels objectius a assolir mitjançant l'aplicació d'incentius monetaris

1. Cal que el CatSalut revisi i avaluï si els incentius establerts a través del sistema de determinació de preus de l'hospitalització persegueixen objectius coherents amb la planificació estratègica del Departament de Salut. Igualment, és necessari que el CatSalut avaluï la congruència entre els objectius vinculats a la contraprestació per resultats i els eixos estratègics del pla de salut vigent en cada moment.

Contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada

2. El CatSalut ha d'establir un criteri homogeni per a totes les entitats proveïdores pel que fa a la delimitació de les unitats proveïdores respectives, a l'efecte de la compra de serveis sanitaris. Donat el sistema de determinació de preus vigent, i per tal d'assegurar que la compra de l'activitat d'hospitalització s'ajusti al principi d'economia, la unitat proveïdora ha de coincidir, en cada cas, amb un sol centre hospitalari, entenent com a tal aquell hospital d'aguts que estigui referenciat a l'annex del Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

3. El CatSalut hauria d'impulsar, en el marc de la comissió de sistemes de pagament, la proposta de modificació oportuna perquè el preu de l'alta hospitalària es fonamenti en un model de pagament centrat en la casuística, prenent com a ponderació del preu unitari de l'alta els pesos corresponents a l'agrupació de casos més adient, estimats en base a costos reals, i considerant els ajustos necessaris per factors vinculats a l'estructura dels centres, o d'altres que es considerin apropiats. Aquesta proposta evitaria les distorsions degudes a la preponderància del component d'estructura en el model actual i, alhora, possibilitaria l'encaix de les entitats que operen com a mitjans propis, com és el cas de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), per a les quals la normativa contractual exigeix que el sistema de compensació es basi en la determinació de tarifes establertes en funció dels costos reals de les activitats a realitzar. Igualment, facilitaria l'encaix de l'ICS –mitjançant el contracte programa corresponent– en un model de pagament comú a totes les entitats proveïdores. Per tal de facilitar la necessària adaptació dels diferents actors a aquest model de pagament de l'alta hospitalària, el CatSalut hauria de preveure'n una aplicació progressiva.

Estructura dels hospitals

4. En el sistema de contraprestació de les altes hospitalàries, el pes de l'estructura va ser el 63% del preu de les altes, i el de la casuística, el 37%. En correspondència amb la recomanació número 3, el CatSalut hauria d'estudiar la idoneïtat d'augmentar el pes de la casuística en el preu de les altes i disminuir el de l'estructura, perquè el sistema de pagament hauria de finançar essencialment el tipus d'activitat que fan els hospitals.
5. L'actual sistema de contraprestació de l'estructura, basat en l'assignació d'un nivell d'estructura a cada hospital, no permet ajustar l'estructura hospitalària a les característiques específiques de cada centre. D'acord amb les recomanacions número 3 i 4 d'aquest informe, el CatSalut hauria d'impulsar una revisió del sistema de contraprestació de l'estructura, vers un model sense els nivells discrets d'estructura, amb l'objectiu de garantir una contraprestació econòmica amb ajustos més precisos pel que fa a l'estructura hospitalària.

Complexitat de la casuística dels hospitals

6. En el càlcul del factor de ponderació de la casuística, el CatSalut utilitza ponderacions de l'alta hospitalària estimades a partir de costos hospitalaris dels Estats Units, ja que no es coneixen amb prou precisió els costos dels hospitals catalans. En aquest sentit, el CatSalut hauria d'impulsar el desenvolupament d'un marc de comptabilitat analítica homogeni per a tots els hospitals d'aguts del SISCAT i les accions necessàries per a una implementació efectiva d'aquest marc de comptabilitat analítica en el conjunt de proveïdors, especialment entre aquells que, per la seva dimensió, puguin mancar dels recursos necessaris per intro-

duir sistemes de comptabilitat analítica i de gestió. Partint d'aquest marc, s'haurien de poder obtenir estimacions fiables dels costos dels hospitals catalans.

7. El CatSalut hauria d'impulsar l'elaboració d'un conjunt de pesos, associats a l'agrupació de casos emprada per determinar la casuística més adient, que s'obtinguin a partir d'estimacions basades en costos reals dels hospitals del SISCAT, en correspondència amb la recomanació anterior. La necessitat d'elaborar aquest conjunt de pesos s'ha d'entendre també en el marc de la recomanació número 3 d'aquest informe. Igualment, el CatSalut hauria de valorar, dins la comissió de sistemes de pagament, la idoneïtat i viabilitat de desenvolupar un sistema d'agrupació de casos propi del sistema sanitari català, en línia amb les experiències d'altres països del nostre entorn.

Urgències

8. És necessari que el CatSalut revisi el preu unitari de la urgència atesa per tal d'adaptar-ne l'import als costos unitaris de l'atenció hospitalària urgent. Addicionalment, cal que el CatSalut revisi el factor de ponderació de la urgència atesa emprat en l'actualitat, de manera que reflecteixi millor la complexitat del pacient urgent, i tingui en compte també elements d'estructura dels dispositius d'urgències. En aquesta revisió, el CatSalut pot considerar també la idoneïtat d'emprar el factor de ponderació per generar incentius coherents amb l'eix 1 del Pla nacional d'urgències de Catalunya.

Tècniques, tractaments i procediments específics i activitat d'alta complexitat

9. El CatSalut estableix els preus unitaris de les tècniques, els tractaments i els procediments específics i de l'activitat d'alta complexitat en funció d'uns escandalls de costos d'aquestes prestacions. Alguns d'aquests preus unitaris es van calcular amb anterioritat al 2003 i des d'aleshores no s'han modificat, només s'han actualitzat amb els increments anuals de preus. El CatSalut hauria de revisar el cost d'aquestes prestacions per determinar un preu ajustat als costos estàndard reals actuals.

Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat

10. La majoria de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van finançar amb una quantia anual assignada. Amb objecte de facilitar el seguiment de l'activitat que les entitats proveïdores estan prestant i millorar l'eficiència del sistema de pagament, el CatSalut hauria de revisar les accions sanitàries que estan lligades a una activitat assistencial en la qual es pot delimitar una activitat unitària i finançar-les via preu unitari. El CatSalut també hauria de revisar si es mantenen les necessitats sanitàries que van donar

lloc a la creació de programes, atès que com a mínim el 34% dels programes de quantia assignada finançats el 2022 fa com a mínim més de 20 anys que s'estan executant.

Preus de les prestacions sanitàries

11. Durant l'any 2022, el CatSalut va afegir i modificar prestacions i, en conseqüència, els preus de l'apartat de tècniques, tractaments i procediments, alguns d'ells amb efecte retroactiu. Per permetre la planificació de l'activitat per part de les entitats proveïdores, el CatSalut hauria de mantenir invariables les prestacions ja contractades i també estudiar la possibilitat de contractar l'activitat de manera pluriennal, fet que garantiria als proveïdors un marc d'actuació estable i transparent.

Facturació i regularització

12. Cal que el CatSalut apliqui un criteri uniforme en el càlcul de l'activitat realitzada per les unitats proveïdores, en el marc de la resolució que anualment determina les condicions de pagament i facturació, o proposi al Departament de Salut una redacció més precisa que especifiqui aquest criteri amb claredat. En tot cas, tal criteri hauria de ser coherent amb el principi d'economia en l'adquisició de recursos.

Contraprestació per resultats

13. Amb objecte que la contraprestació per resultats incentivi les actuacions dels proveïdors i permeti millorar la qualitat assistencial i els resultats en salut del SISCAT, el CatSalut hauria d'estudiar la idoneïtat d'augmentar el pes d'aquest pagament variable en la quantia total contractada del servei d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts que actualment és aproximadament el 5% de l'import contractat. En qualsevol cas, caldria que incorporés a la contraprestació per resultats indicadors que mesuressin els resultats en salut. El CatSalut també hauria de donar a conèixer a les entitats proveïdores els objectius vinculats a la contraprestació per resultats i els indicadors abans de l'inici de l'any en què els han d'assolir, perquè aquestes entitats poguessin planificar la seva activitat i assolir els objectius establerts.

Eficàcia dels incentius monetaris aplicats mitjançant el sistema de fixació de preus

14. Donada la manca d'efectivitat de la penalització dels reingressos, caldria revisar-ne la magnitud, i valorar aplicar dita penalització al conjunt de les altes considerades com a reingrés clínicament relacionat. En aquest sentit, es podria aplicar una penalització més moderada sobre el conjunt de dites altes, donant més marge al comprador per adaptar-ne la magnitud als resultats observats. En la mateixa línia, el CatSalut podria aplicar incentius

a la reducció dels reingressos hospitalaris per qualsevol causa a través de la contraprestació per resultats, si aquesta actuació és coherent amb el Pla de salut de Catalunya.

15. Donada la impossibilitat virtual d'assolir millores en la taxa d'intervencions ambulatories en determinats casos, és imprescindible que el CatSalut revisi la conveniència de seguir aplicant un incentiu financer a la CMA en les intervencions en què hi ha un marge escàs per assolir percentatges de cirurgia ambulatoria més elevats. En aquest sentit, el CatSalut hauria de ser selectiu en l'aplicació d'incentius econòmics a la CMA, aplicant-los únicament en aquells casos en què existeixi marge de millora d'acord amb la pràctica clínica i l'evidència comparada. La Sindicatura considera que el model de pagament que s'indica a la recomanació número 3 és adient a aquest efecte, donat que l'extracció d'una part important de l'activitat quirúrgica del pagament de l'alta hospitalària, afegida a l'activitat terciària, desvirtuaria completament la IRR com a mesura relativa de casuística.

Utilitat del sistema de pagament

16. En relació amb l'eficiència en la provisió, cal que el CatSalut abordi les causes que limiten l'increment en la implantació de la cirurgia ambulatoria en determinats casos, juntament amb l'aplicació d'incentius selectius per potenciar-la. En aquest sentit, cal valorar el paper de l'atenció intermèdia en l'atenció a les persones que no comptin amb un acompanyament postoperatori adequat. En relació amb la qualitat assistencial, el CatSalut hauria de valorar la introducció d'incentius o penalitzacions que incideixin específicament en les dimensions de qualitat assistencial que es mesuren, donada l'evolució negativa d'aquests indicadors. Finalment, en relació amb l'accessibilitat dels serveis, el CatSalut hauria de revisar l'adequació dels recursos disponibles i de la contractació per fer front a la demanda en el cas particular de l'atenció oncològica, així com explorar les possibilitats de millora de l'eficiència específicament en aquest àmbit.
17. En el marc del contracte programa entre el CatSalut i l'ICS, és necessària la introducció d'incentius monetaris dirigits a les unitats proveïdores que gestiona aquest darrer, equivalents als incentius que s'apliquen a la resta de proveïdors del SISCAT, quan l'avaluació d'aquests incentius n'hagi mostrat l'eficàcia.

5. RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ

En aquest apartat es recull el resultat de la fiscalització en relació amb cadascun dels objectius de la fiscalització. Per facilitar l'obtenció de respostes a aquests objectius, s'ha desglossat cada un en diversos subobjectius en forma de preguntes.

5.1. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS ÉS ADEQUAT PER PROMOURE LES DIRECTRIUS I ELS OBJECTIUS ESTABLERTS AL PLA DE SALUT DE CATALUNYA?

5.1.1. Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són coherents amb el Pla de salut de Catalunya?

El sistema de determinació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada permet introduir incentius econòmics, per mitjà dels quals el comprador públic pot tractar d'assolir diversos objectius de política sanitària. La Sindicatura ha identificat els incentius vinculats al preu de l'alta hospitalària que, introduïts amb anterioritat, eren encara vigents l'any 2022 (quadre 4).

Quadre 4. Incentius vinculats al preu de l'alta hospitalària

Objectiu	Incentiu
Fomentar l'activitat quirúrgica	Increment d'un 2% en el preu unitari de les altes quirúrgiques respecte del preu unitari de les altes mèdiques i obstètriques.
Contenir els reingressos hospitalaris	Penalització del 60% en el preu unitari de les altes que es considerin reingrés hospitalari.
Fomentar la CMA	Retribució de la CMA com a alta quirúrgica amb hospitalització convencional.
Fomentar l'hospitalització domiciliària	Retribució de l'hospitalització domiciliària que evita l'ingrés al centre com a alta mèdica amb hospitalització convencional.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació facilitada pel CatSalut.

En primer lloc, el sistema de determinació del preu de l'alta hospitalària conté els anomenats factors de ponderació, que es multipliquen pel preu unitari de l'alta i en poden alterar, així, el valor. Aquests factors de ponderació es determinen anualment mitjançant una resolució de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut.²⁵ Els factors de ponderació corresponents a l'any 2022 es poden veure al quadre 5.

25. Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, article 49.

Quadre 5. Factors de ponderació

Altes hospitalàries	Factor de ponderació
Alta quirúrgica	1,02
Alta mèdica	1,00
Alta obstètrica	1,00
Alta de reingrés	0,40

Font: Resolució del conseller de Salut, del 21 de juny del 2022, per la qual s'estableixen, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada.

Atès que el preu unitari és el mateix per a cada tipus d'alta, amb aquests factors de ponderació es persegueixen 2 objectius: d'una banda, incentivar l'activitat quirúrgica dels hospitals, pel fet que cada alta quirúrgica es paga a un preu un 2% superior al de les altes mèdiques o obstètriques, i de l'altra, penalitzar les altes de reingrés –ja siguin mèdiques, quirúrgiques o obstètriques–, pel fet que el seu preu final incorpora una penalització del 60% en relació amb el preu unitari de l'alta. D'acord amb fonts del CatSalut, el primer incentiu cerca incrementar l'activitat quirúrgica dels hospitals amb la intenció que siguin cada cop més quirúrgics i l'activitat mèdica es desplaci a altres àmbits de l'atenció especialitzada, a altres línies assistencials o, fins i tot, al domicili del pacient, sempre que alguna d'aquestes alternatives assistencials sigui factible. El segon, en canvi, cerca reduir o contenir les altes que es produeixen com a conseqüència d'un reingrés, amb el benentès que el reingrés clínicament relacionat amb el primer episodi pot ser indicatiu d'una manca de qualitat assistencial.

Així mateix, a partir de les entrevistes mantingudes amb els responsables del CatSalut, la Sindicatura ha tingut coneixement de 2 incentius addicionals vinculats al preu de l'alta hospitalària: d'una banda, l'encaminat a fomentar l'activitat de CMA mitjançant l'equiparació del seu pagament al d'una alta quirúrgica convencional, tot i no requerir ingrés a l'hospital; de l'altra, l'encaminat a fomentar l'activitat d'hospitalització domiciliària, que suposa l'evitació total de l'ingrés al centre hospitalari, mitjançant l'equiparació del seu pagament al d'una alta mèdica convencional, és a dir, amb hospitalització al centre.²⁶ En ambdós casos, l'incentiu per al proveïdor consisteix a rebre una remuneració corresponent a un ingrés convencional, però sense haver d'assumir els costos d'hospitalització. Per al sistema de salut, les activitats incentivades suposen més eficiència en termes d'estada mitjana i d'ocupació de llits als hospitals. Per al pacient, impliquen més confort i benestar, perquè pot passar la convalescència o hospitalització al seu domicili.

D'acord amb l'article 62.1 de la Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, el Pla de salut és l'instrument indicatiu i el marc de referència de totes les actuacions públiques en matèria de salut en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. Això no vol dir que totes aquestes actuacions hagin d'estar recollides explícitament al Pla de salut, però sí que s'espera que siguin coherents i s'adeqüin a allò que estableix el Pla. A més, el desenvolupament

26. Per a més detall en relació amb l'hospitalització domiciliària, vegeu l'apartat 5.5.1.

pament normatiu posterior conté referències específiques a la congruència entre determinades previsions normatives i el Pla de salut. En el cas concret del sistema de determinació de preus, l'article 34.4 del Decret 118/2014 estableix que el factor de ponderació és el valor que s'assigna a cada tipus d'alta amb la finalitat de fomentar l'assoliment dels objectius que estableix el Pla de salut de Catalunya.

Així doncs, els objectius que el CatSalut vol assolir mitjançant el sistema de determinació de preus han d'estar alineats amb allò que estableix el Pla de salut, ja sigui perquè la normativa ho estableix expressament o perquè el marc general d'ordenació sanitària així ho prescriu.

Atesa la necessitat de coherència entre uns i altres objectius, la Sindicatura ha examinat els plans de salut vigents des de l'entrada en vigor del Decret 118/2014 i ha constatat els aspectes següents:

Incentiu a l'activitat quirúrgica

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025 no fa cap menció a la necessitat que els hospitals augmentin l'activitat quirúrgica. El Pla inclou un eix estratègic referent als "àmbits de transformació dels serveis de salut", però cap dels seus objectius es pot vincular de manera directa amb l'incentiu analitzat.²⁷ Cal cercar al Pla de salut anterior (2016-2020) per trobar una menció a l'augment de l'activitat quirúrgica i al descens del nombre d'hospitalitzacions mèdiques que es produeix entre els anys 2012 i 2015, així com a la "reordenació de l'atenció terciària", tot plegat en el marc del repte titulat "organitzar-se millor per ser més efectius".²⁸ Tot i això, no se'n fa cap altra menció ni en les línies estratègiques del pla ni en els seus objectius.

Penalització de les altes de reingrés

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025 no fa cap menció a la necessitat de reduir les altes de reingrés, ni cap dels seus eixos estratègics es pot vincular directament a aquest objectiu. El darrer pla que estableix objectius alineats amb el factor de ponderació emprat en el cas de les altes de reingrés és el Pla de salut de Catalunya 2011-2015: en la seva línia d'actuació 1, relativa als objectius i programes de salut, es van establir 3 objectius de reducció de les altes de reingrés corresponents a 3 patologies concretes.²⁹

27. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2021). Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut, p. 98.

28. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2016). Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut, p. 26.

29. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2012). Pla de salut de Catalunya 2011-2025. Barcelona: Departament de Salut.

Incentiu a la CMA

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025 no fa cap menció a la necessitat d'incrementar l'activitat de CMA, ni cap dels seus eixos estratègics es pot vincular directament a aquest objectiu. Els plans vigents en els períodes 2011-2015 i 2016-2020 fan referència a la CMA en el marc de les millores d'eficiència, accessibilitat i resolució del sistema; el primer, a més, fa referència a l'augment en l'índex de substitució de la CMA esdevingut en els 5 anys anteriors.³⁰ Tanmateix, cap dels 2 plans inclou la CMA en els seus objectius o línies d'actuació.

Hospitalització domiciliària

El Pla de salut 2021-2025 inclou en el seu objectiu específic de redefinir la xarxa d'atenció sociosanitària, dins l'eix relatiu als àmbits de transformació dels serveis de salut, l'acció de promoure les alternatives a l'hospitalització i fomentar les unitats integrals d'hospitalització domiciliària, d'acord amb l'evidència disponible, des d'una visió d'atenció integrada.³¹ D'altra banda, el Pla de salut 2016-2020 va incloure com un dels seus eixos de treball amb perspectiva 2020, concretament dins del projecte 4.3 (Revisió del model d'atenció continuada i urgent i dels seus resultats), el propòsit de "potenciar el desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional (hospitalització domiciliària, subaguts o hospitals de dia) i de fluxos alternatius en l'atenció urgent de determinats grups de malalts, com ara els pacients oncològics o crònics complexos, amb l'objectiu que les seves descompensacions se solucionin en entorns centrats en els usuaris i les seves necessitats".³²

A partir de l'anàlisi de la congruència entre els objectius que es volen assolir mitjançant el sistema de fixació de preus de l'atenció hospitalària i la planificació estratègica en matèria de salut, la Sindicatura conclou el següent:

- Dels diferents objectius associats a la fixació dels preus de l'activitat, únicament la promoció de l'hospitalització domiciliària que evita completament l'ingrés a un centre hospitalari està emparada pel Pla de salut de Catalunya vigent l'any 2022. Cap dels objectius restants es pot vincular de manera directa amb els objectius establerts al Pla de salut vigent, ni tampoc amb els objectius o línies d'actuació dels 2 plans precedents.
- La manca d'avaluació de la congruència entre els objectius que es volen assolir amb la determinació dels preus i les prioritats establertes al Pla de salut vigent permet que determinats incentius esdevinguin anacrònics i acabin revestint caràcter de permanència.

30. Ibídem.

31. Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 2021-2025.

32. Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 2016-2020, p. 95.

5.1.2. Els objectius del pagament per resultats estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya?

La contraprestació per resultats s'estableix en el marc del conveni de gestió de serveis subscrit amb el CatSalut i vincula una part de la remuneració que perceben els hospitals a l'assoliment d'objectius específics i mesurables. L'article 50 del Decret 118/2014 determina que els objectius del pagament per resultats han d'estar necessàriament relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya.

Del total de 33 objectius que es ponderen en la contraprestació per resultats, la Sindicatura n'ha seleccionat una mostra de 6, amb un pes aproximat del 95% del total de la contraprestació (quadre 6).

Quadre 6. Objectius amb una quantia de contraprestació per resultats més elevada. Exercici 2022

Objectiu	Import assignat a la contraprestació per resultats (%)
Proporcionar les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'hospital	28,86
Consolidar l'equip del Programa d'optimització de l'ús d'antimicrobians (PROA Cat)	28,86
Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica	24,83
Disminuir el temps d'espera per hospitalització dels pacients atesos a urgències	4,74
Disposar d'un equip de control de la infecció hospitalaris amb una determinada estructura	3,99
Assolir un determinat valor mínim del grau de cobertura de la identificació inequívoca de pacients	3,67
Resta d'objectius	5,05
Total objectius	100,00

Font: Elaboració pròpia a partir de l'avaluació d'objectius vinculats a la contraprestació per resultats facilitada pel CatSalut.

L'anàlisi d'aquests objectius i la seva relació amb els eixos estratègics del Pla de salut han permès a la Sindicatura constatar el següent:

- Dels 6 objectius vinculats a la contraprestació per resultats analitzats, només un d'ells, la consolidació de l'equip del Programa d'optimització de l'ús d'antimicrobians de l'hospital, està directament relacionat amb un dels eixos estratègics del Pla de salut, concretament l'eix 5, referent a la resistència als antibiòtics, que fa referència explícita a l'estratègia de l'equip del Programa d'optimització de l'ús d'antimicrobians (PROA Cat) per disminuir la resistència microbiana.

Cal precisar que l'objectiu relatiu a l'estructura dels equips de control de la infecció hospitalaris, tot i no estar relacionat directament amb cap dels eixos estratègics del Pla, sí que està vinculat a un dels objectius de salut a assolir al llarg de la seva vigència, el de reduir les infeccions nosocomials (qualitat dels serveis). D'altra banda, l'objectiu de disminuir el temps d'espera per ingrés a hospitalització convencional dels pacients atesos al servei d'urgències fa

referència a un dels eixos del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), però no es pot vincular a cap dels eixos estratègics del Pla de salut, contra allò que disposa la normativa.

5.1.3. La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarca adequadament en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut?

D'acord amb l'apartat 2.1 de les definicions incloses al Decret 118/2014, els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat són activitats que cal implementar derivades del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària.

El mateix text normatiu estableix que, en el cas de les entitats proveïdores de serveis sanitaris concertades, la relació dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat els fixa anualment la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut. En compliment d'aquest precepte, l'any 2022 el conseller de Salut va determinar la relació dels serveis, dispositius i programes específics que tenien un interès especial sanitari per a aquell any.

Pel que fa als centres proveïdors de l'ICS que presten serveis per compte del CatSalut, la relació dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'estableix en les clàusules addicionals de concertació i en les resolucions del 21 de juny i del 5 de desembre del 2022 del director del CatSalut, mitjançant les quals el CatSalut encarrega a l'ICS la prestació d'aquests serveis derivats de noves necessitats.

Durant l'any 2022 les entitats proveïdores del SISCAT van prestar els serveis vinculats a 55 serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat per valor de 592,60 M€, dels quals 371,96 M€ corresponien a actuacions realitzades per les entitats concertades, i 220,64 M€, a actuacions realitzades per l'ICS valorades d'acord amb criteris i paràmetres propis de les contraprestacions de les entitats concertades (vegeu els quadres 32 i 33 dels apartats 6.6.2 i 6.3.3 de l'annex 3).

A partir d'una mostra d'11 serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat que les entitats proveïdores concertades van executar l'any 2022, la Sindicatura ha sol·licitat al CatSalut la justificació de la necessitat d'implementar aquestes actuacions que haurien de derivar del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària.

El CatSalut ha facilitat informació dels programes sol·licitats en un escrit, però no ha lliurat el document de cadascun dels serveis, dispositius i programes específics aprovats per l'òrgan rector del CatSalut, en els quals hauria de constar, entre d'altres, la finalitat del programa, les actuacions del programa i l'objectiu del Pla de salut o criteri de política sanitària dels quals deriva.

Al quadre 35 de l'apartat 6.4 de l'annex 4 consta la mostra de programes analitzats, de l'anàlisi de la qual es desprèn el següent:

El Programa d'atenció especialitzada intensiva i integral de la discapacitat d'origen neurològic deriva del Decret 118/2014; el programa Malalties minoritàries en edat pediàtrica s'adequa a l'àrea prioritària de malalties prioritàries del Pla de salut 2016-2020, vigent quan es va crear el programa, i els plans posteriors també inclouen la necessitat de potenciar l'estratègia d'atenció a persones afectades de malalties minoritàries; el programa Laboratori d'Histocompatibilitat s'ajusta al model organitzatiu del trasplantament de Catalunya; el programa Unitat de prevenció, control i epidemiologia oncològica s'adequa als plans directors d'oncologia que s'elaboren amb una periodicitat quinquennal, i els programes d'Atenció a la dona i Cribratge neonatal s'adeqüen al Decret 1030/2006, del 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització, i a la normativa posterior.

El Programa d'absorció d'urgències - urgències hospitalàries i el Programa especial per a centres aïllats geogràficament i complementaris són aportacions del CatSalut a les unitats proveïdores que complementen, en el primer cas, la contraprestació d'urgències dels hospitals que ho requereixen per les seves característiques, i en el segon cas, la contraprestació de prestacions sanitàries dels centres hospitalaris amb demanda insuficient per poder-se finançar. Aquests 2 programes no deriven de cap pla de salut ni dels criteris de política sanitària, sinó que complementen les contraprestacions que en ambdós casos havien estat calculades d'acord amb els paràmetres establerts al Decret 118/2014.

El CatSalut ha informat que la finalitat del Programa específic d'aliances territorials i del Programa de coordinació entre línies assistencials és promoure accions en la línia d'assegurar la integració, la continuïtat i el seguiment de l'activitat assistencial entre les línies d'atenció hospitalària i especialitzada, atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària, atenció sociosanitària i atenció a la salut mental, així com entre els diferents proveïdors d'un determinat territori. Aquesta finalitat s'adequa a la línia d'actuació 3, Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori, del Pla de salut 2011-2015, vigent quan es van crear els programes i als plans de salut posteriors. Tot i això, la informació facilitada pel CatSalut d'aquests programes és genèrica i no permet determinar si l'activitat que fan les unitats proveïdores correspon a la finalitat dels programes. En tot cas, el Programa específic d'aliances territorials inclou la provisió assistencial, que no podia contractar-se per falta de definició concretada i ja aprovada pel Consell de Direcció, que no necessàriament s'ha d'ajustar a la finalitat d'aquest programa.

El CatSalut no ha facilitat informació sobre el pla o la política sanitària dels quals hauria de derivar el Programa de microcirurgia reconstructiva postneoplàsica.

En relació amb la informació facilitada pel CatSalut que s'ha analitzat, la Sindicatura posa de manifest la conclusió següent:

- D'una mostra d'11 programes, 6 programes deriven dels plans de salut o dels criteris de política sanitària del Departament de Salut i 2, el Programa d'absorció d'urgències – urgències hospitalàries i el Programa especial per a centres aïllats geogràficament i complementaris, no s'ajusten als plans de salut o als criteris de política sanitària del Departament. El CatSalut no ha aportat informació suficient per determinar si els 3 programes restants o l'activitat que el CatSalut contracta a partir d'aquests programes deriven d'un pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària.

5.2. LA CONTRACTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS AMB ELS DIFERENTS PROVEÏDORS S'AJUSTA A LA NORMATIVA I A CRITERIS OBJECTIUS, UNIFORMES I QUE RESPECTIN EL PRINCIPI D'ECONOMIA?

5.2.1. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut es va articular d'acord amb el que estableix la normativa?

La Directiva 2014/24/UE, sobre contractació pública, i la Llei de contractes del sector públic (article 11.6) estableixen que determinats serveis socials i altres d'específics, entre els quals hi ha els sanitaris, els poden prestar directament els poders públics mitjançant contractes i fórmules no contractuals. Entre aquestes fórmules destaquen, en l'àmbit sanitari, el concert, els convenis singulars de vinculació i les autoritzacions, sempre que la fórmula no contractual garanteixi una publicitat suficient i s'ajusti als principis de transparència i no discriminació.

El conjunt dels centres proveïdors que presten serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut, tots integrats en la xarxa SISCAT, inclou hospitals concertats que no formen part de l'ICS, d'una banda, i hospitals que pertanyen a l'ICS, de l'altra, amb un marc jurídic diferenciat en cada cas.

D'acord amb la previsió normativa que estableix el marc jurídic de la contractació administrativa, els encàrrecs de gestió dels serveis públics que subscriu el CatSalut amb les entitats proveïdores concertades diferents a l'ICS es regula al Decret 118/2014. L'article 13.2 d'aquesta norma preveu que l'encàrrec de la gestió dels serveis assistencials a les entitats proveïdores que presten els serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts mitjançant hospitals integrats en el SISCAT es formalitza, amb caràcter general, mitjançant un conveni. Aquests hospitals han d'estar acreditats i complir amb els estàndards de qualitat que exigeix el Departament de Salut, en compliment de l'article 3.3 del Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya.

L'any 2022 la major part dels convenis vigents formalitzats amb les entitats proveïdores concertades que van prestar serveis d'atenció hospitalària s'havien signat l'1 de gener del 2012, amb una vigència d'1 any, prorrogable anualment, i una durada màxima de 10 anys. Les pròrrogues anuals d'aquests convenis s'han anat formalitzant mitjançant clàusules addicionals on s'hi especifica l'activitat i la contraprestació econòmica anuals, que en el cas de l'any 2022 es van signar el març del 2023.

En el cas dels centres proveïdors de l'ICS que presten serveis per compte del CatSalut, aquesta prestació es regula en el marc de la Llei i dels Estatuts de l'ICS, d'acord amb els quals s'hauria d'articular mitjançant un contracte programa subscrit entre ambdues parts.

La contraprestació dels serveis que l'ICS presta per compte del CatSalut esdevé un import que es consigna pressupostàriament cada any amb càrrec al capítol 4, de transferències corrents, i al capítol 8, d'aportacions de capital, del pressupost del CatSalut. La transferència corrent es fa efectiva durant l'any en 12 mensualitats, i la de capital, de manera íntegra a l'inici d'any. Se n'exclouen els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat lligats a noves actuacions, que l'ICS factura al CatSalut d'acord amb l'activitat.

Els mesos de març i abril del 2023, un cop exhaurit el termini de la clàusula de l'any 2022, l'import transferit a l'ICS durant l'any 2022 es va formalitzar de manera extemporània mitjançant clàusules addicionals, en què es va fer constar l'activitat a realitzar per part dels centres gestionats per l'ICS, valorada d'acord amb els preus i paràmetres que el CatSalut va aplicar a les entitats concertades.

L'anàlisi del marc jurídic que regula la prestació de serveis per part de les entitats concertades ha posat de manifest els aspectes següents:

- La Llei 40/2015 exigeix que la pròrroga dels convenis es formalitzi de mutu acord abans que finalitzi la seva vigència, i és causa de resolució del conveni el transcurs del termini de vigència sense haver-ne acordat la pròrroga.³³ En cap cas no hi té cabuda una pròrroga automàtica, o acordar-la un cop transcorregut el termini de vigència, atès que comportaria l'extinció del conveni.

Les pròrrogues extemporànies que es van formalitzar l'any 2022 fonamentaven la seva vigència en la disposició transitòria primera de la Llei 5/2020, del 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic i de creació de l'impost sobre les instal·lacions que incideixen en el medi ambient, on es regulava un règim transitori que permetia mantenir vigents els convenis existents fins a l'entrada en vigor de la Llei reguladora de les formes de gestió no contractual en matèria de salut.

33. Articles 49 i 51 de la Llei 40/2015, de l'1 d'octubre, del règim jurídic del sector públic.

Així mateix, els acords de govern del 8 de febrer del 2022 i del 31 de gener del 2023 autoritzaven a facturar i pagar els serveis prestats durant la vigència de les clàusules addicionals (pròrroques) dels anys 2021 i 2022, malgrat que les clàusules van ser formalitzades amb posterioritat a la seva vigència. Per tant, aquests acords de govern atorgaven efectes retroactius a les clàusules addicionals.

Tanmateix, la Sindicatura considera que ni la disposició transitòria primera de la Llei 5/2020 ni els acords de govern eren aplicables a les pròrroques extemporànies del 2022, perquè aquests convenis ja no es mantien vigents, pel fet que no s'havien formalitzat les pròrroques corresponents, de forma expressa, abans de finalitzar la durada dels convenis o de la pròrroga anterior. Així doncs, el reconeixement de la retroactivitat dels efectes de la signatura no podia tenir cap validesa.

D'acord amb la doctrina de la Comissió Jurídica Assessora, aquesta situació s'ha equiparat al supòsit de nul·litat de ple dret i, en conseqüència, les prestacions sanitàries que es van dur a terme no tindrien empara legal. El CatSalut hauria d'instar la revisió d'ofici per declarar la nul·litat de l'acte tàcit, sens perjudici de la responsabilitat patrimonial que se li pugui exigir.

- Les entitats que presten els serveis per compte del CatSalut són entitats de titularitat pública participades pel CatSalut o vinculades a aquest, o de titularitat privada. Entre les entitats vinculades al CatSalut, n'hi ha que operen com a mitjans propis del CatSalut, com és el cas de l'ICO, i d'altres que no tenen aquesta condició.

El sistema per articular les relacions entre el CatSalut i les entitats proveïdores de serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts es fonamenta en un model d'encàrrecs de gestió, i sota un únic sistema de contraprestació per al conjunt de les entitats, regulat pel Decret 118/2014. Tanmateix, l'article 24.6 del text refós de la Llei de contractes del sector públic (TRLCSP) exigeix, amb caràcter bàsic, que el sistema de compensació dels mitjans propis es basi en la determinació de tarifes per part de l'Administració o entitat de la qual depenen, tot això de conformitat amb la jurisprudència del Tribunal de Justícia de la Unió Europea relativa a la contractació de mitjans propis.

Per tant, per a les entitats que compleixen els requisits per ser mitjà propi del CatSalut s'haurien d'aprovar les tarifes per a cadascuna de les línies assistencials, en funció dels costos reals de les activitats encarregades.³⁴

34. Article 32.2.a de la Llei 9/2017, del 8 de novembre, de contractes del sector públic, per la qual es transposen a l'ordenament jurídic espanyol les directives del Parlament Europeu i del Consell 2014/23/UE i 2014/24/UE, del 26 de febrer del 2014.

D'altra banda, pel que fa a la prestació de serveis per part dels centres proveïdors de l'ICS, la Sindicatura conclou el següent:

- El CatSalut i l'ICS no han subscrit el contracte programa que requereix la Llei de l'ICS, en el marc del qual s'haurien de regular, entre altres aspectes, la relació de serveis i activitats que ha de prestar l'ICS per compte del CatSalut, l'avaluació econòmica corresponent, els recursos en relació amb els sistemes de compra i pagaments vigents, els objectius i el finançament. Per contra, la contraprestació de la majoria de serveis que presta l'ICS s'articula amb transferències corrents i de capital amb càrrec al pressupost del CatSalut, quan, en compliment de la Llei de l'ICS, la contraprestació s'hauria d'establir en funció de les prestacions realitzades i les tarifes que responguin als costos reals d'execució de les prestacions.³⁵

L'import de la contraprestació satisfeta durant l'any es formalitza mitjançant clàusules addicionals subscrietes de manera extemporània, en què s'estableixen les mateixes condicions de facturació i pagament dels serveis prestats per les entitats concertades, de manera que, a la pràctica, les previsions d'aquestes clàusules no es compleixen. A més, aquestes clàusules se signen amb posterioritat a la seva vigència i no s'hi preveu l'eficàcia retroactiva, fet que constitueix una causa d'anul·labilitat.³⁶

L'incompliment del mandat normatiu de subscriure un contracte programa i la signatura extemporània de les clàusules addicionals constitueixen un incompliment del principi de bon govern i una vulneració del dret dels ciutadans a una bona administració, atès que denota que el CatSalut i l'ICS han incomplert el deure d'actuar amb la diligència deguda. Aquest incompliment del deure del bon govern i del dret a una bona administració també és extensible al Govern per la manca de control regulador, atès que no s'ha fet una avaluació normativa *ex post* sobre el compliment de la Llei i dels Estatuts de l'ICS.

5.2.2. L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades respon a un criteri objectiu i uniforme?

Per tal de contractar l'activitat sanitària als hospitals concertats que formen part del SISICAT, el CatSalut subscriu encàrrecs de gestió de serveis (convenis) amb les entitats proveïdores que gestionen aquests centres. D'acord amb la normativa, l'*entitat proveïdora* és la persona física o jurídica, ja sigui pública o privada, titular de la gestió d'un centre, servei o establiment sanitari amb capacitat tècnica i habilitació legal per prestar els serveis assistencials de cober-

35. Article 2.7 de la Llei de l'ICS.

36. Article 48 de la Llei de l'Estat 39/2015, de l'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

tura pública a la ciutadania que requereix el CatSalut.³⁷ Ara bé, el CatSalut pot subscriure tants convenis amb una d'aquestes entitats com unitats proveïdores li corresponguin, ja que l'activitat contractada, l'assignació dels imports no vinculats a l'activitat i la resta de paràmetres de l'atenció hospitalària i especialitzada es fixen, generalment, per a cada unitat proveïdora.³⁸

La definició i delimitació del concepte *unitat proveïdora* té, doncs, un paper crucial pel que fa al sistema de determinació de preus. Tanmateix, no hi ha una relació unívoca entre unitat proveïdora i *centre hospitalari*.³⁹ En aquest sentit, en la revisió dels diferents convenis, la Sindicatura ha pogut observar les situacions següents:

- Entitats proveïdores que gestionen més d'un centre hospitalari i cada centre es correspon amb una unitat proveïdora (convenis separats per a cada centre):
 - **Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (fundació privada):**
 - Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)
 - Hospital del Vendrell
 - **Gestió de Serveis Sanitaris (GSS):**
 - Hospital de Santa Maria
 - Hospital Comarcal del Pallars
 - **Institut Català d'Oncologia (ICO):**
 - ICO Badalona
 - ICO Hospitalet
 - ICO Girona
- Entitats proveïdores amb diferents centres que s'engloben en una única unitat proveïdora (conveni conjunt per a diversos centres hospitalaris):
 - **Consorti Hospital Clínic.** Una única unitat proveïdora que engloba l'Hospital Clínic, la seu de Sabino Arana (Maternitat) i l'Hospital Plató.

Fins al gener del 2021, moment en què es va fer efectiva la integració de l'Hospital Plató en el Consorci del Clínic, les unitats proveïdores Hospital Clínic (incloent-hi la seu de Maternitat) i Plató subscrivien els convenis per separat.
 - **Corporació de Salut del Maresme i la Selva.** Una sola unitat proveïdora que inclou l'Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella i l'Hospital Comarcal de Blanes.

37. Vegeu l'apartat 1.3 (definicions del Decret 118/2014).

38. Una excepció en seria l'Institut Català d'Oncologia (ICO), per al qual es fixen paràmetres de casuística comuns per a les seves 3 unitats proveïdores.

39. A l'efecte de precisió, i per evitar discussions conceptuals, s'entén aquí per *centre hospitalari* aquell centre sanitari que està inclòs com a centre d'aguts en l'annex del Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

- **Consorti Mar Parc de Salut de Barcelona.** Una sola unitat proveïdora que engloba l'Hospital del Mar i l'Hospital de l'Esperança.
- **Consorti Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf.** Inclou en una única unitat proveïdora l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, l'Hospital Residència Sant Camil i l'Hospital Sant Antoni Abat.

Fins al desembre del 2019, les unitats proveïdores Sant Camil - Sant Antoni Abat (Garraf) i Hospital Comarcal de l'Alt Penedès subscriuen els convenis per separat.

- Entitats proveïdores que gestionen més d'un centre hospitalari, les unitats proveïdores del qual presenten alguna de les situacions anteriors:
- **Consorti Sanitari Integral.** Gestiona 3 centres hospitalaris distribuïts en 2 unitats proveïdores:
 - Una unitat proveïdora que engloba l'Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat i l'Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi.
 - Una unitat proveïdora que es correspon amb l'Hospital Dos de Maig de Barcelona.

No existeix, per tant, un criteri de delimitació de la unitat proveïdora homogeni per a totes les entitats proveïdores: en alguns casos, el CatSalut estableix convenis independents per a cadascun dels seus centres, mentre que en d'altres, el CatSalut subscriu els convenis amb una agrupació de centres hospitalaris, englobats en una mateixa unitat proveïdora.⁴⁰

Cal plantejar-se, doncs, si la integració de centres hospitalaris diferents en una sola unitat proveïdora respon a algun criteri establert i si aquest criteri és objectiu. La Sindicatura no ha tingut accés a cap document on es proporcioni una definició del concepte d'*unitat proveïdora* en l'àmbit de l'atenció hospitalària i especialitzada.⁴¹ D'aquí que no s'hagi pogut contrastar allò observat en els convenis amb una delimitació precisa del concepte. Sobre les agrupacions de centres descrites anteriorment, el CatSalut apunta a l'existència de factors "històrics" que les justificarien en alguns casos⁴² i al fet que tal agrupació es produiria quan els centres pertanyessin a la mateixa àrea de gestió assistencial (AGA). Tanmateix, són poques les unitats proveïdores afectades que compleixin aquest darrer criteri –únicament el Con-

40. Com s'exposa en l'apartat següent (5.2.4), aquestes agrupacions no són neutrals pel que fa al preu que el CatSalut acaba pagant per l'activitat realitzada en aquests centres hospitalaris.

41. El CatSalut sí que en proporciona una definició en l'àmbit de l'atenció primària: la *unitat proveïdora* és una estructura organitzativa que disposa de recursos humans, físics i econòmics per a la provisió de serveis d'atenció primària (al document *Població de referència del Servei Català de la Salut per a l'any 2024*). La definició, que es pot traslladar fàcilment a l'àmbit hospitalari, es caracteritza per la indeterminació de l'àrea o àmbit geogràfic de la unitat.

42. Aquests aspectes explicarien la integració dels centres dels àmbits geogràfics de l'Alt Penedès i del Garraf, d'una banda, i de l'alt Maresme i la Selva, de l'altra, els quals han mantingut històricament lligams de relació social, cultural i demogràfica.

sorci Hospital Clínic i el Consorci Sanitari Integral. D'acord amb l'anàlisi feta per la Sindicatura, la pertinència dels centres hospitalaris a la mateixa regió sanitària semblaria l'única limitació per integrar-los en una mateixa unitat proveïdora. Amb tot, aquest criteri és difícilment objectivable, ja que la delimitació de les regions sanitàries és canviant en el temps i està subjecta a l'ordenació territorial de Catalunya.⁴³ A més, aquest criteri no s'hauria aplicat de manera uniforme, ja que l'any 2022 els centres hospitalaris gestionats per la Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla pertanyien a la mateixa regió sanitària (Camp de Tarragona), però, en canvi, formaven 2 unitats proveïdores diferents. Per tant, no s'observa coherència entre la delimitació de les unitats proveïdores d'una mateixa entitat i la delimitació territorial en termes de política sanitària, almenys pel que fa a l'any 2022. En qualsevol cas, l'abast geogràfic de la regió sanitària com a única limitació semblaria excessiu tenint en compte que els centres hospitalaris són tractats com si fossin una *unitat*.

Un criteri objectiu de delimitació de la unitat proveïdora podria ser la distància que hi ha entre els centres que la formen (mesurada en quilòmetres o en temps de desplaçament). En aquest sentit, els centres hospitalaris que formen una única unitat proveïdora estan situats sovint en localitats diferents i estan separats per distàncies quilomètriques significatives –d'entre 16 i 22 km en alguns casos. Altres centres hospitalaris gestionats per la mateixa entitat, però que no formen part d'una única unitat proveïdora, presenten en alguns casos distàncies quilomètriques entre ells similars a les esmentades.⁴⁴ Per tant, no sembla que la distància entre els centres hospitalaris pugui ser un criteri establert per a la delimitació de les unitats proveïdores.

Amb relació amb els criteris d'establiment dels convenis de gestió entre el CatSalut i les entitats proveïdores, la Sindicatura conclou el següent:

- No hi ha un criteri de delimitació de les unitats proveïdores objecte dels convenis de gestió que sigui uniforme per a totes les entitats que presten serveis d'atenció hospitalària i especialitzada per compte del CatSalut, ni estrictament objectiu, en particular pel que fa a la seva delimitació espacial.

43. La darrera modificació de les regions sanitàries es va produir l'any 2023. Vegeu el Decret 116/2023, del 20 de juny, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut.

44. Com ara els 26 km que separen 2 dels centres de l'Institut Català d'Oncologia. En el cas de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla i de l'Hospital del Vendrell, cal tenir en compte les vies de comunicació existents. Si es compara la distància entre aquests 2 centres i la que separa els hospitals comarcals de Sant Jaume de Calella i de Blanes (integrats en una única unitat proveïdora), s'observa que en el primer cas és d'uns 34 km i en el segon, d'uns 16 km, sempre considerant la ruta més curta; tanmateix, l'estimació del temps de desplaçament en vehicle privat va ser d'uns 27 minuts en ambdós casos. En altres paraules, el trasllat d'un pacient realitzat amb transport sanitari entre aquests centres suposaria aproximadament el mateix temps de desplaçament, en condicions de trànsit habituals.

5.2.3. L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades garanteix el menor cost possible per al CatSalut d'acord amb el sistema de contraprestació vigent?

En l'apartat anterior s'ha exposat que el CatSalut estableix convenis de gestió amb les *entitats* proveïdores, però que els paràmetres de l'atenció hospitalària es determinen, en general, per a cadascuna de les seves *unitats* proveïdores. Aquestes unitats proveïdores, al seu torn, poden estar constituïdes per més d'un centre hospitalari. Més enllà dels criteris que es puguin emprar per efectuar aquestes agrupacions, resulta pertinent plantejar quin efecte té la integració de diferents centres hospitalaris sobre el preu que paga el CatSalut per l'activitat que realitzen, tenint en compte el sistema de determinació de preus vigent l'any 2022. Convé recordar que el preu d'una alta hospitalària té 2 components: un component d'estructura, que pretén remunerar els costos fixos o estructurals, i un altre de casuística, que pretén remunerar la complexitat del cas atès. D'aquí que l'existència de diferències acusades en qualsevol dels dos components entre els centres que s'integren en una única unitat proveïdora pugui tenir efectes sobre el preu pagat i, per tant, sobre el cost que té per al CatSalut l'activitat contractada. Això és especialment cert en relació amb les diferències en el component d'estructura, ja que representa gairebé dues terceres parts del preu final de l'alta.⁴⁵

L'anàlisi de la Sindicatura s'ha centrat, per tant, en l'activitat d'hospitalització, donat que representa l'import més elevat en relació amb la despesa total en atenció hospitalària i especialitzada (vegeu el quadre 3, més amunt). No ha estat possible fer una anàlisi exhaustiva de tots els casos d'integració de centres que s'han enumerat en l'apartat anterior, degut a la manca d'informació. Tanmateix, la Sindicatura ha analitzat un cas, del qual sí que es disposa de les dades necessàries per fer una estimació raonable del cost diferencial per a l'any 2022. Es tracta de la integració en una mateixa unitat proveïdora de l'Hospital Clínic⁴⁶ i de l'Hospital Plató, que es va produir l'any 2021.⁴⁷

45. Vegeu l'apartat 5.3.1 (gràfic 4).

46. La referència a l'Hospital Clínic que es fa en aquest apartat engloba els centres "Hospital Clínic de Barcelona" (amb seu al carrer Villarroel) i "Hospital Clínic de Barcelona, seu Sabino Arana". Aquests 2 centres estaven integrats en una mateixa unitat proveïdora abans de l'any 2021.

47. Aquesta integració es deriva dels acords presos en el marc de l'Acord del Govern de la Generalitat de Catalunya del 12 de gener del 2021, pel qual es va autoritzar l'acceptació de la transmissió a favor del Consorci Hospital Clínic de Barcelona de l'activitat sanitària resultant de l'Acord d'escissió parcial de l'Hospital Plató Fundació Privada, la qual cosa inclou els dispositius assistencials i el conjunt de professionals; l'assumpció per part del Consorci de les operacions d'endeutament i la propietat dels edificis hospitalari i de consultes externes hospitalàries de la Fundació, a més d'establir la necessitat que el Departament de Salut, a través del CatSalut, en garantis els recursos necessaris mitjançant el seu pressupost. Els aspectes relatius a la integració jurídica de l'Hospital Plató en el Consorci Hospital Clínic de Barcelona queden fora de l'abast d'aquest treball de fiscalització. Únicament s'analitzen les conseqüències de la integració dels centres respectius en una única unitat proveïdora, a l'efecte de la compra de serveis per part del CatSalut.

L'anàlisi de la Sindicatura es presenta en dues parts. En primer lloc, es mostren els preus finals de cada tipus d'alta corresponents a l'any 2022 en els escenaris de conveni únic –que és el que s'esdevé l'any fiscalitzat– i de convenis separats per a cada centre –escenari previ a l'any 2021. En segon lloc, i prenent els preus finals respectius, es fa una estimació del cost diferencial total que va suposar l'any 2022 la integració dels 2 centres en una sola unitat proveïdora (conveni únic) respecte a la situació de no integració (convenis separats).

Quadre 7. Preu d'una alta hospitalària contractada a l'Hospital Plató en diferents escenaris. Any 2022

Tipus d'alta	Preu de l'alta: UP H. Clínic - H. Plató (A)	Preu de l'alta: UP H. Plató (B)	Diferència: (A) – (B)
Mèdica	3.166,20	1.837,09	1.329,10
Quirúrgica	3.691,95	2.159,86	1.532,10
Obstètrica	n/a	n/a	n/a

Imports en euros, arrodonits.

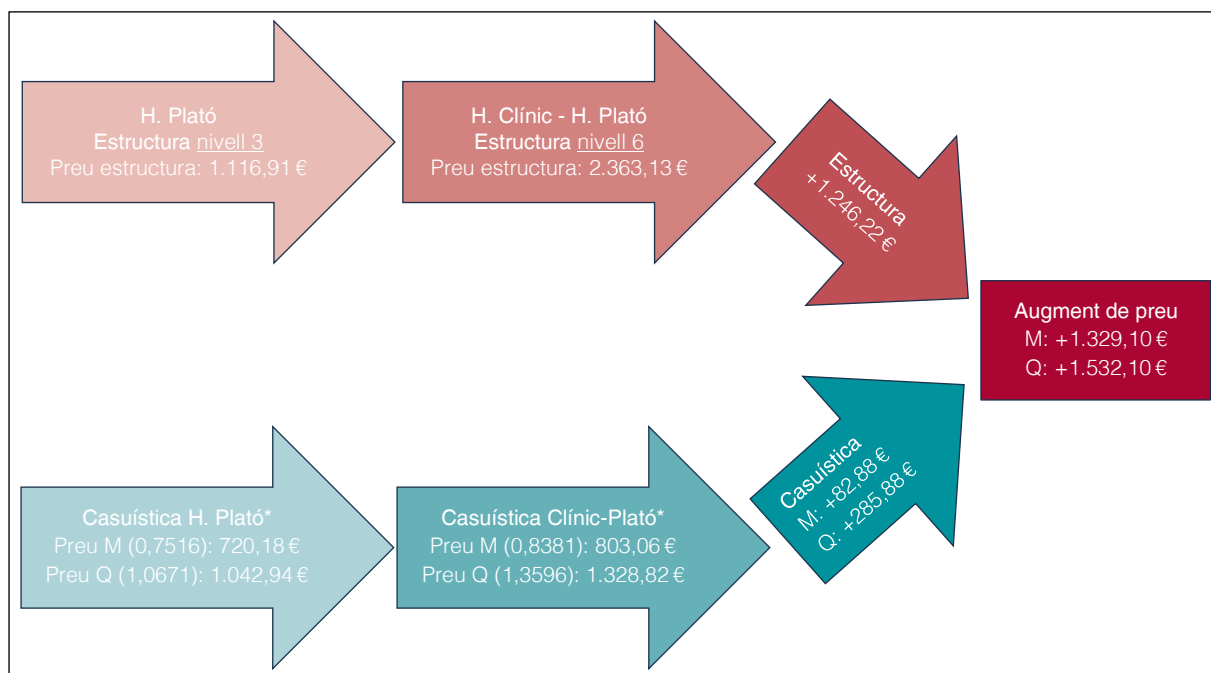
Font: Elaboració pròpia a partir de la Resolució per la qual s'estableixen, per a l'any 2021, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada, i a partir de l'Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Clau:

UP: Unitat proveïdora; n/a: No aplicable.

El quadre 7 mostra els preus d'una alta realitzada al centre Hospital Plató segons si és de tipus mèdic, quirúrgic o obstètric en cadascun dels escenaris plantejats més amunt. Donat que el CatSalut no va contractar activitat obstètrica a l'Hospital Plató en el període anterior a la seva integració amb el Clínic, únicament es calculen els preus de l'alta mèdica i quirúrgica.

Com s'observa al quadre 7, cada alta de tipus mèdic contractada a l'Hospital Plató l'any 2022 va ser 1.329,10 € més cara per al CatSalut degut a la integració d'aquest centre en una única unitat proveïdora amb l'Hospital Clínic. En el cas de les altes de tipus quirúrgic, el sobrepreu s'eleva fins als 1.532,10 € per alta contractada. Aquestes xifres representen uns preus un 72,3% i 70,9% superiors, respectivament, als preus de l'alta de l'Hospital Plató com a unitat proveïdora separada. Els forts increments de preu s'expliquen, fonamentalment, per la diferència en el nivell d'estructura entre l'Hospital Clínic i l'Hospital Plató i, en menor mesura, per la diferència en la casuística atesa pels 2 centres (figura 5).

Figura 5. Variació en el preu de les altes quirúrgiques i mèdiques efectuades a l'Hospital Plató

Imports en euros, arrodonits.

Font: Elaboració pròpia a partir de la Resolució per la qual s'estableixen, per a l'any 2021, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada, i a partir de l'Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

* IRR corresponent al tipus d'alta entre parèntesis.

Clau:

M: Alta mèdica.

Q: Alta quirúrgica.

D'aquesta manera, l'Hospital Plató –a qui corresponia un nivell 3 d'estructura com a unitat proveïdora segregada– *adapta* amb la integració el nivell d'estructura de l'Hospital Clínic (nivell 6), cosa que, per si sola, fa incrementar el preu de qualsevol alta que s'hi efectua en 1.246,22 €, donada la diferència entre els preus unitaris corresponents a aquests nivells d'estructura. De la mateixa manera, la integració comporta un augment del paràmetre associat a la casuística de cada tipus d'alta (IRR) realitzada a l'Hospital Plató, ja que en calcular de nou aquest paràmetre per a la unitat proveïdora *integrada*, la complexitat atesa en els 2 centres es dilueix, i l'Hospital Clínic atén casos més complexos. Aquest increment dels paràmetres associats a la casuística comporta un increment dels preus de les altes mèdiques i de les altes quirúrgiques de 82,88 € i 285,88 €, respectivament, increments que sumats a aquell corresponent a l'estructura condueixen als increments globals del quadre 7.

Pel que fa l'Hospital Clínic, la seva integració en una sola unitat proveïdora amb l'Hospital Plató suposa una lleugera disminució del preu de l'alta, tant mèdica com quirúrgica, respecte de l'escenari sense aquesta integració (quadre 8). L'explicació d'aquesta davallada dels preus (i de la seva magnitud) rau en el fet que, amb la integració, l'Hospital Clínic manté el mateix nivell d'estructura, però veu lleugerament minvats els paràmetres associats a la casuística, ja que l'Hospital Plató atén casos menys complexos.

Quadre 8. Preu d'una alta hospitalària contractada a l'Hospital Clínic l'any 2022 en diferents escenaris

Tipus d'alta	Preu de l'alta: UP H. Clínic - H. Plató (A)	Preu de l'alta: UP H. Clínic (B)	Diferència: (A) – (B)
Mèdica	3.166,20	3.177,22	(11,02)
Quirúrgica	3.691,95	3.780,11	(88,16)
Obstètrica	431,86	431,86	0

Imports en euros, arrodonits.

Font: Elaboració pròpia a partir de la Resolució per la qual s'estableixen, per a l'any 2021, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada, i a partir de l'Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Clau: UP: Unitat proveïdora.

Donat el signe contrari de les variacions del preu de les altes realitzades en un i altre centre, l'efecte de la integració sobre la despesa total dependrà del seu volum relatiu d'activitat. Per tal d'estimar la variació en el cost que hauria suposat per al CatSalut, l'any 2022, la realització de la mateixa activitat en una sola unitat proveïdora integrada, s'han utilitzat les xifres d'activitat contractades pel CatSalut a les respectives unitats proveïdores el 2020, any immediatament anterior a la integració.⁴⁸ Prenent aquestes xifres i els diferencials de preu exposats al quadre 7, la Sindicatura estima que les altes mèdiques efectuades a l'Hospital Plató haurien suposat un cost addicional de 2,61 M€, mentre que les altes quirúrgiques haurien tingut un cost addicional de 9,27 M€. En total, per tant, el cost addicional per al CatSalut de l'activitat realitzada a l'Hospital Plató l'any 2022 hauria estat en aquest cas d'11,87 M€. De manera anàloga, en el cas de l'Hospital Clínic, la Sindicatura estima que les altes mèdiques haurien suposat una disminució en el cost de 164.705,48 €, mentre que les altes quirúrgiques haurien tingut un cost més petit, per valor d'1,52 M€. Així, l'activitat realitzada a l'Hospital Clínic amb els nous preus hauria suposat un estalvi total per al CatSalut d'1,69 M€ l'any 2022. En suma, l'efecte net de la integració dels 2 centres en una sola unitat proveïdora hauria estat, segons aquesta estimació, un cost més gran per al CatSalut per valor de 10,18 M€ (quadre 9). En

48. L'activitat contractada l'any 2020 és idèntica a la contractada l'any 2019, abans de la pandèmia. S'utilitzen les dades d'activitat contractada perquè no es disposa de l'activitat realitzada en cada centre l'any 2022 de manera separada, cosa que hauria permès realitzar una estimació més precisa. Per a determinats centres hospitalaris que s'han integrat amb d'altres centres en una sola unitat proveïdora, el CatSalut manté l'enviament d'informació assistencial de manera separada al CMBD-HA. Aquest no és el cas de l'Hospital Plató. La Sindicatura en desconeix la raó.

altres paraules, la mateixa activitat assistencial té un cost addicional de 10 milions amb la integració dels 2 centres.

Quadre 9. Estimació de la variació en els imports totals de les altes hospitalàries en cada centre

Centre	Variació en l'import total de les altes mèdiques	Variació en l'import total de les altes quirúrgiques	Variació global en l'import de les altes
Hospital Plató	2.605.044	9.267.667	11.872.711
Hospital Clínic	(164.705)	(1.524.697)	(1.689.402)
Total	2.440.339	7.742.970	10.183.309

Imports en euros, arrodonits.

Font: Elaboració pròpia a partir dels imports calculats als quadres 7 i 8, i de les clàusules addicionals als convenis de gestió de cada hospital corresponents a l'any 2020.

Una situació similar afectaria igualment el Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona, amb la integració en una única unitat proveïdora de l'Hospital de l'Esperança i l'Hospital del Mar, centres hospitalaris amb notables diferències estructurals entre ells. Tanmateix, com ja s'ha apuntat, la Sindicatura no disposa d'informació per quantificar aquestes diferències ni les seves implicacions, com tampoc les que podrien afectar la resta de centres integrats en una única unitat proveïdora, amb un sola excepció, més enllà del cas del Consorci Hospital Clínic de Barcelona: es tracta de la integració de l'Hospital Residència Sant Camil, l'Hospital Sant Antoni Abat i l'Hospital Comarcal del Penedès, que va tenir lloc l'any 2019.⁴⁹ Com que aquesta integració és anterior a l'any 2021, no ha estat possible fer una estimació del cost diferencial per a l'any 2022, ja que no es disposa dels paràmetres d'atenció hospitalària de les unitats integrades de manera separada. Amb tot, la Sindicatura ha efectuat una estimació anàloga a la del cas de la integració Clínic-Plató, però amb preus de l'any 2019. El resultat mostra que la integració de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès en la unitat proveïdora Hospital Residència Sant Camil i Hospital Sant Antoni Abat hauria suposat un increment en el cost de l'activitat contractada per al CatSalut per valor d'1,62 M€.

Aquest resultat, que és qualitativament extrapolable a l'any 2022, s'explica de nou per la diferència en el nivell d'estructura, segons el sistema de determinació de preus, entre les dues unitats proveïdores integrades. Com que la diferència entre els nivells d'estructura no és tan marcada com ho era en el cas de l'Hospital Clínic i l'Hospital Plató, la magnitud d'aquest increment de cost també és més petita.

En qualsevol cas, és clar que la integració de centres hospitalaris amb diferències pel que fa al seu nivell d'estructura en una única unitat proveïdora suposa una despesa superior a l'hora de remunerar l'entitat que gestiona aquests centres per la realització de la mateixa

49. L'Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes i l'Hospital Sant Antoni Abat de Vilanova i la Geltrú ja constituïen una única unitat proveïdora amb anterioritat al 2019. Aquí es fa referència, per tant, a la integració de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès en aquesta darrera unitat proveïdora.

activitat sanitària. Si el CatSalut volgués eludir aquesta despesa més elevada, només ho podria fer ajustant els paràmetres de contractació en conseqüència, és a dir, contractant menys activitat, la qual cosa impactaria en l'accessibilitat de l'atenció sanitària de cobertura pública per a la ciutadania.

Amb relació als imports que es deriven de l'establiment dels convenis de gestió entre el CatSalut i les entitats proveïdores, la Sindicatura conclou el següent:

- La integració de centres hospitalaris en una sola unitat proveïdora a efectes de la compra de serveis sanitaris suposa, amb el sistema de determinació de preus vigent, un cost més elevat de l'activitat contractada per al CatSalut quan existeixen diferències de caràcter estructural entre aquests centres.

5.2.4. Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van assignar entre els diferents proveïdors concertats emprant criteris objectius que en garantissin la idoneïtat?

La contraprestació de la major part dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat que realitzen els centres proveïdors concertats es vehicula a través d'una quantia anual assignada pel CatSalut, excepte en el cas de 3 actuacions sanitàries que l'any 2022 es van finançar via preu unitari, en funció de l'activitat realitzada: les bombes d'insulina i monitoratge continu de glucosa, les urgències d'hivern i el programa de lipoatròfia facial.

L'any 2022 les entitats proveïdores concertades van realitzar un total de 50 serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat per 371,96 M€. El 89,84% de la despesa derivada d'aquestes accions corresponia a programes finançats amb una quantia anual assignada (quadre 10).

Quadre 10. Despesa dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat realitzats per les entitats concertades. Any 2022

Programes	Nombre de programes	Despesa	Percentatge
Programes finançats amb una quantia anual assignada	47	334.178.447	89,84
Programes finançats en funció de l'activitat realitzada	3	37.785.852	10,16
Total serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	50	371.964.299	89,84

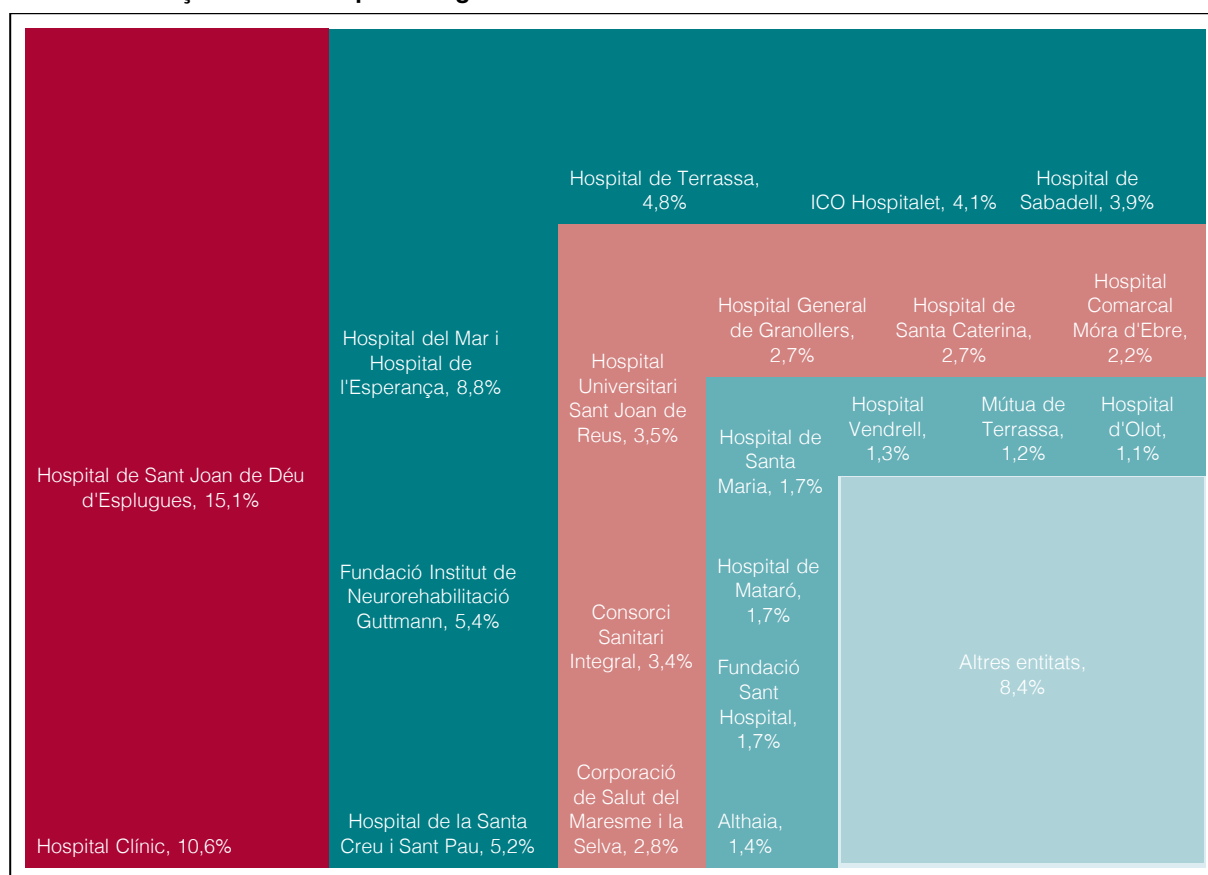
Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'activitat facturada per les entitats proveïdores el 2022.

Clau: Programes: serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat.

El volum total assignat als programes finançats amb una quantia anual per al conjunt de les entitats proveïdores concertades ha experimentat un creixement del 18,20% respecte de l'any 2021 (vegeu el quadre 33 de l'apartat 6.3.3 de l'annex 3). D'aquests programes, 16 (un 34%) s'estan executant com a mínim des del 2003. El gràfic 2 mostra la distribució de la despesa derivada d'aquestes actuacions entre els diversos proveïdors, 2 dels quals concen-tren més del 25% del finançament assignat.

**Gràfic 2. Distribució de la despesa dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda ne-
cessitat finançats amb un import assignat**



Font: Elaboració pròpia a partir de l'activitat facturada per les entitats proveïdores el 2022.

El CatSalut ha informat que els criteris utilitzats per contractar els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat a les entitats proveïdores responen a les característiques de cada hospital i a la seva cartera de serveis, així com a l'ordenació i la provisió de les prestacions en cada àmbit territorial, però no ha aportat cap documentació justificativa addicional.

Per tant, la Sindicatura desconeix els motius concrets pels quals el CatSalut contracta determinades entitats per realitzar els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat. L'excepció són els casos en què aquests serveis, dispositius i programes es contracten amb unes entitats proveïdores concretes perquè els hospitals que gestionen són els únics que els poden realitzar –entre d'altres, seria el cas del Programa d'atenció especialitzada

intensiva i integral de la discapacitat d'origen neurològic que desenvolupa l'Institut Guttmann o el programa Malalties minoritàries en edat pediàtrica que duu a terme l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat– o perquè són programes destinats a hospitals amb una determinada casuística –entre d'altres, seria el cas del Programa especial per a centres aïllats geogràficament i complementaris, contractat a la Fundació Sant Hospital, l'Hospital Comarcal del Pallars, l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre i l'Hospital de Campdevàrol–.

En relació amb la informació facilitada pel CatSalut relativa als criteris utilitzats per assignar els serveis, dispositius i programes de reconeguda necessitat a les entitats proveïdores, la Sindicatura posa de manifest la conclusió següent:

- El CatSalut no ha facilitat una explicació prou detallada ni documentació dels criteris a partir dels quals s'assignen els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat a les diferents entitats proveïdores concertades. Tampoc ha comunicat a la Sindicatura ni documentat el criteri per determinar l'import assignat a cada entitat proveïdora per cadascun dels programes que va executar.

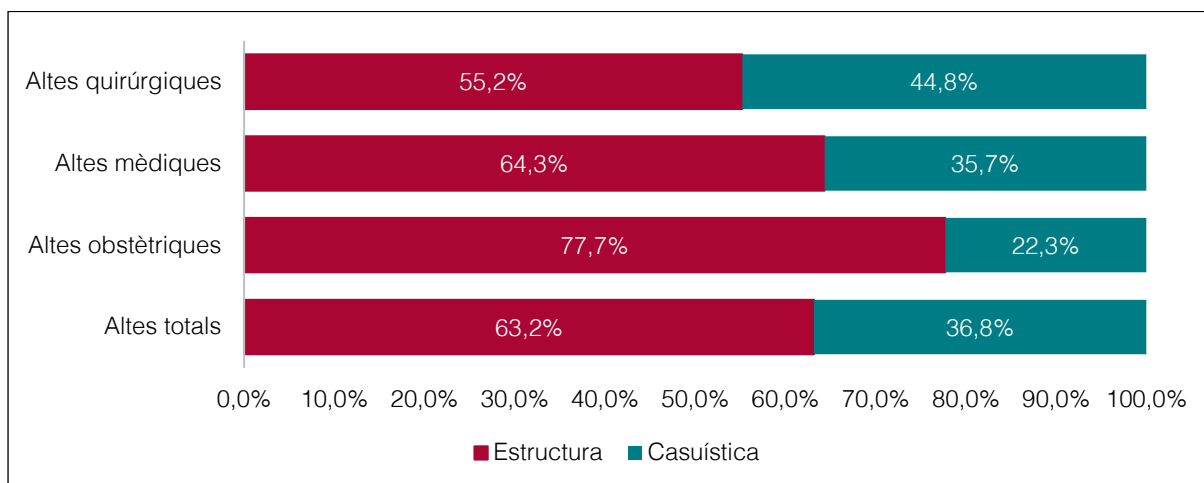
5.3. L'APLICACIÓ DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS COMPENSA ADEQUADAMENT ELS SERVEIS PRESTATS PELS PROVEÏDORS?

5.3.1. El sistema de determinació del nivell d'estructura reflecteix de manera apropiada les diferències estructurals entre els proveïdors?

D'acord amb el Decret 118/2014, la contraprestació de les altes d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts d'un centre està determinada, d'una banda, per l'estructura de l'hospital, i de l'altra, per la casuística de les altes ateses.⁵⁰

L'any 2022, el component d'estructura va representar de mitjana el 63,18% de l'import de la contraprestació d'una alta (gràfic 3).

50. Article 35.1 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

Gràfic 3. Pes mitjà de l'estructura i la casuística en la contraprestació d'una alta hospitalària. Exercici 2022

Font: Elaboració pròpia a partir de l'activitat facturada per les entitats proveïdores.

El sistema de contraprestació té en compte la complexitat estructural dels hospitals per tal de fer possible una atenció clínica efectiva: professionals ben formats, infraestructures de qualitat i tecnologies avançades.

En el sistema de pagament de l'estructura hospitalària es defineixen 6 nivells d'estructura i 1 nivell particular per als hospitals monogràfics. Cada nivell d'estructura té un determinat preu unitari d'estructura.

L'assignació del nivell d'estructura de cada hospital es va fer el 2015, quan va entrar en vigor el Decret 118/2014, en funció del nombre de llits, el nombre de quiròfans, la disponibilitat de serveis quirúrgics de diferent complexitat i l'activitat de docència. Cada nivell té assignat un interval de puntuació. En conseqüència, la qualificació obtinguda per cada hospital el situa en un interval de puntuació, al qual correspon un determinat nivell d'estructura (quadre 11).

Quadre 11. Nivells d'estructura dels centres hospitalaris

Nivells d'estructura
Nivell 1. Hospital complementari
Nivell 2. Hospital general bàsic de tipus A
Nivell 3. Hospital general bàsic de tipus B
Nivell 4. Hospital de referència de tipus A
Nivell 5. Hospital de referència de tipus B
Nivell 6. Hospital d'alta complexitat
Nivell 7. Hospital monogràfic

Font: Article 36 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

D'acord amb el mateix Decret 118/2014, els nivells assignats als hospitals es determinen anualment mitjançant una resolució de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut. Tanmateix, la

valoració de l'estructura i els nivells assignats als hospitals l'any 2022⁵¹ no s'han modificat des del 2015, quan va entrar en vigor el decret esmentat. El quadre 27 de l'apartat 6.3.1 de l'annex 3 mostra els nivells d'estructura de cada hospital.

Aquesta classificació és rellevant pel fet que a cada nivell d'estructura li correspon un preu unitari, de manera que la contraprestació de l'estructura d'una alta hospitalària ve determinada pel preu del nivell d'estructura assignat a l'hospital.

El treball de fiscalització ha permès constatar el següent:

- L'estructura dels hospitals es va determinar l'any 2014 mitjançant una enquesta en què els centres proveïdors van quantificar els paràmetres de la seva estructura (llits, quiròfans, serveis quirúrgics i docència), i el 2015 el conseller de Salut va classificar els hospitals en intervals assignats a cadascun dels 7 nivells estructurals, d'acord amb les valoracions obtingudes.

Des d'aleshores, el CatSalut no ha revisat els nivells d'estructura dels centres ni les assignacions dels nivells als hospitals, tot i que l'estructura hospitalària del SISCAT podria haver canviat, sobretot a partir de la COVID-19, quan el sistema sanitari va haver d'adaptar la seva capacitat instal·lada i productiva per donar resposta a les necessitats assistencials.

A més, l'aplicació d'una escala de nivells hospitalaris dificulta el reconeixement de les característiques estructurals pròpies de cada centre i pot donar lloc a situacions desfavorables a alguns hospitals: 2 hospitals que obtinguin una puntuació diferent poden estar situats als extrems d'un mateix interval, de manera que per les altes que facturin percebran el mateix preu unitari per estructura; per contra, 2 hospitals amb poca diferència de puntuació i, per tant, amb una estructura similar, però situats en intervals diferents, percebran preus unitaris diferents.

5.3.2. El càlcul dels indicadors de complexitat reflecteix de manera adequada la casuística atesa pels proveïdors?

La complexitat d'un pacient hospitalitzat determina el consum de recursos per al proveïdor hospitalari. En efecte, un pacient més complex tendirà a requerir més proves diagnòstiques, procediments o tractaments més intensius pel que fa als recursos humans i materials implicats, estades més prolongades i, en definitiva, suposarà un cost més elevat. La casuística, o conjunt de casos atesos al centre hospitalari, comporta una certa combinació de pacients amb diferents graus de complexitat. D'aquí que, sovint, *complexitat* i *casuística* s'emprin indistintament per designar tant la dificultat assistencial en el tractament dels pacients com els costos que comporta aquesta assistència.⁵²

51. Resolució del conseller de Salut del 21 de juny del 2022, per la qual s'estableixen, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada.

52. També és usual l'expressió *complexitat de la casuística*, traducció literal del l'anglès *case-mix complexity*.

El consum de recursos efectuat pel conjunt de pacients atesos en un hospital es mesura amb un indicador anomenat *índex de casuística*. Els pacients que són donats d'alta en un hospital es classifiquen en grups homogenis clínicament i també pel que fa al seu consum de recursos. Cadascun d'aquests grups té associat un valor numèric, anomenat *pes*, que mesura el consum mitjà de recursos d'aquell grup de pacients amb relació a la mitjana de la població. Aquests pesos es poden utilitzar com a factors de ponderació que indiquin el consum relatiu de recursos de cada pacient. L'índex de casuística d'un centre hospitalari no és res més que el *pes mitjà* de totes les altes del centre; és a dir, la suma ponderada dels pacients donats d'alta dividida pel nombre total d'altes, en què la ponderació de cada pacient és el pes del grup al qual ha estat assignat.⁵³

L'índex de casuística dels hospitals catalans s'empra per calcular el paràmetre d'intensitat relativa de recursos (IRR), previst al Decret 118/2014 com a factor modulador del preu unitari de la casuística.⁵⁴ Es tracta d'un indicador que es calcula com la ràtio entre l'índex de casuística d'un hospital i l'índex de casuística corresponent al conjunt dels hospitals d'aguts del SISCAT. D'aquesta manera, una ràtio superior a la unitat indica un consum de recursos per part de l'hospital superior a la mitjana del conjunt d'hospitals, mentre que una ràtio inferior a la unitat indica el contrari. Una IRR més elevada implica un consum de recursos major que la mitjana, fet que acaba sent el factor que determina les diferències en els preus que les unitats proveïdores perceben per la seva casuística, d'acord amb el sistema de pagament vigent.

Anualment, mitjançant una resolució de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut, es determinen les IRR per a cada tipus d'alta i per a cada hospital.⁵⁵ El quadre 27 de l'apartat 6.3.1 de l'annex 3 mostra els valors de la IRR per a cada tipus d'alta i d'hospital.

El conjunt de pesos que s'utilitzi per calcular els índexs de casuística respectius és, doncs, un element important a l'hora de determinar la contraprestació econòmica de les unitats proveïdores en relació amb la seva casuística. En el càlcul de la IRR, el CatSalut utilitza els pesos que l'empresa 3M assigna a la seva classificació APR-DRG –d'ara endavant, pesos americans–, i que s'obtenen a partir d'una mostra d'abast nacional de pacients ingressats als Estats Units d'Amèrica (EUA). Concretament, l'any 2019 es va utilitzar la versió 35 de la classificació APR-DRG, corresponent a l'any fiscal 2017 dels EUA.⁵⁶

53. De manera simplificada:

$$\text{Índex de casuística} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{pes del grup}_i}{n},$$

on n és el nombre de pacients atesos a l'hospital.

54. Article 34.3 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

55. Resolució del conseller de Salut del 21 de juny del 2022, per la qual s'estableixen, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada.

56. Generalment, el CatSalut utilitza la versió de l'APR-DRG en consonància amb aquella emprada pel Ministeri de Sanitat el mateix any. Cal tenir en compte que la IRR corresponent a l'any 2022 es va obtenir a partir de les

.../...

El fet que s'utilitzin pesos forans per al càlcul de la IRR –en aquest cas, els pesos americans– pot implicar que els costos relatius que s'estan aplicant no s'adeqüin necessàriament a la realitat del sistema sanitari català. Per tant, utilitzar-los podria introduir biaixos no desitjats en el sistema de pagament.

Per tal d'analitzar aquesta problemàtica, la Sindicatura ha optat per comprovar en quina mesura els indicadors de casuística són sensibles a l'ús d'un conjunt alternatiu de pesos. Els pesos alternatius escollits han estat els pesos publicats pel Ministeri de Sanitat en la Norma estatal dels grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de l'any 2019 –d'ara endavant, pesos del Ministeri. La motivació d'aquesta elecció és el fet que aquest és l'únic conjunt disponible de pesos associat a la versió 35 de l'APR-DRG per a l'estimació del qual s'han utilitzat altes i costos d'hospitals catalans.⁵⁷

En l'anàlisi duta a terme s'han seguit diversos passos. En primer lloc, s'han utilitzat les dades d'activitat assistencial procedents del CMBD-HA de l'any 2019 per replicar el càlcul de la IRR de cada hospital l'any 2022. Els resultats obtinguts han coincidit amb els que va establir el Departament de Salut al seu dia o s'hi han aproximat raonablement.⁵⁸ En segon lloc, s'han utilitzat aquestes mateixes dades per calcular els indicadors de casuística emprant els pesos del Ministeri, en lloc dels pesos americans.

Quadre 12. Índex de casuística del conjunt de centres hospitalaris d'aguts l'any 2022

Tipus d'altes	IC amb pesos americans	IC amb pesos del Ministeri	Nombre d'altes
Mèdiques	0,79	0,76	344.452
Quirúrgiques	1,20	1,07	420.582
Obstètriques	0,42	0,63	49.477
Total	0,98	0,91	814.511

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pel CatSalut i dels pesos de la Norma estatal dels grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de l'any 2019.

Clau: IC: índex de casuística.

Com es pot observar al quadre 12, l'índex de casuística del conjunt d'hospitals calculat emprant els pesos del Ministeri (0,91) indica un consum de recursos l'any 2022 inferior al que es desprèn del mateix indicador calculat amb els pesos americans que utilitza el CatSalut

dades d'activitat assistencial de l'any 2019. D'altra banda, l'any fiscal americà és rellevant com a referència per als costos hospitalaris que es tenen en compte en el càlcul dels pesos.

57. L'estimació es basa en la metodologia de la Xarxa Espanyola de Costos Hospitalaris (RECH). Vegeu: <https://www.rechosp.org/>.

58. Que la coincidència no sigui exacta es deu al fet que el CatSalut no conserva l'arxiu emprat per calcular la IRR de l'any 2022, i en va facilitar una versió recuperada. Donat que el CMBD-HA pot patir variacions al llarg del temps, poden haver-hi lleugeres discrepàncies en alguns casos, que no suposen cap limitació pel que fa a l'anàlisi realitzada.

(0,98). Això es deu al fet que tant les altes mèdiques com quirúrgiques mostren uns índexs de casuística inferiors amb l'ús dels pesos del Ministeri, i ambdues representen el gruix de les altes del sistema. Tanmateix, el més destacable és la notable diferència que implica l'ús d'un conjunt de pesos o un altre pel que fa a les altes obstètriques. Així, l'ús dels pesos del Ministeri implica un fort increment de la casuística de les altes de tipus obstètric –un 0,63 en comparació amb un 0,42. Això vol dir que, si s'empressin els pesos del Ministeri, l'índex reflectiria, l'any 2022, un consum de recursos de les altes obstètriques prop d'un 50% superior en el conjunt d'hospitals d'aguts del SISCAT.

Quadre 13. IRR mitjana de les unitats proveïdores hospitalàries per a l'any 2022

IRR	Nombre d'unitats proveïdores	IRR mitjana amb pesos americans	IRR mitjana amb pesos del Ministeri	Diferència mitjana	Desviació estàndard
Mèdica	53	0,7897	0,8076	-0,0179	0,0331
Quirúrgica	54	1,1523	1,0784	0,0740	0,0798
Obstètrica	40	0,4198	0,6637	-0,2439	0,0373

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pel CatSalut i dels pesos de la Norma estatal dels grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de l'any 2019.

Nota: Els valors de la IRR es publiquen habitualment amb 4 decimals.

Aquest consum més gran de recursos de l'activitat obstètrica es trasllada immediatament al càlcul de la IRR corresponent a l'any 2022 (quadre 13). Per a aquest tipus d'altes, la IRR mitjana calculada amb els pesos americans (0,4198) és força inferior a la que s'obtindria amb els pesos del Ministeri (0,6637), i la diferència és estadísticament significativa. En aquest cas, hi ha poca dispersió en els resultats: la diferència entre la IRR obstètrica calculada d'una i altra manera sol ser de l'entorn de 24 dècimes, amb escasses diferències entre les unitats proveïdores que presten aquest tipus d'atenció. Així, l'ús del conjunt alternatiu de pesos hauria suposat el reconeixement d'una IRR de l'activitat obstètrica prop d'un 58% superior a aquella que va ser efectivament reconeguda l'any 2022.

L'activitat quirúrgica, contràriament, mostra un consum de recursos més important amb els pesos americans (1,1523) que amb els pesos del Ministeri (1,0784), diferència de nou estadísticament significativa. Tot i que la diferència mitjana és molt inferior a la del cas anterior – de l'ordre del 6% –, la desviació estàndard d'aquelles diferències és més gran, i indica una dispersió dels resultats major. En definitiva, i de manera congruent amb el que s'ha observat amb el seu índex de casuística, la IRR quirúrgica obtinguda amb el conjunt de pesos alternatiu hauria comportat, l'any 2022, un component de casuística inferior per a les unitats proveïdores hospitalàries en termes mitjans, tot i que amb diferències més importants entre elles.

Finalment, la IRR mèdica mitjana obtinguda amb els pesos americans emprats pel CatSalut (0,7897) és lleugerament inferior a la que s'obtindria amb els pesos del Ministeri (0,8076), tot i que la diferència és altra vegada estadísticament significativa. Per tant, tots dos conjunts de pesos aboquen una IRR mèdica mitjana molt similar l'any 2022, encara que cal tenir en compte que la dispersió de les diferències és important en aquest cas.

Un altre aspecte a tenir en compte és el fet que la variació en els paràmetres d'IRR de les unitats proveïdores com a conseqüència de l'ús d'un conjunt diferent de pesos pot alterar l'ordenació de dites unitats d'acord amb la seva casuística. Per tal d'analitzar-ho, la Sindicatura ha comparat les ordenacions resultants de l'ús de cadascun dels conjunts de pesos. En aquest sentit, on s'ha observat més coherència és en el cas de la IRR quirúrgica: el més freqüent és que les unitats proveïdores no variïn la seva posició com a conseqüència de l'ús dels pesos alternatius i, en cas que ho facin, en la majoria de casos la variació és d'entre 1 i 5 posicions; també s'observa força simetria, en el sentit que hi hauria aproximadament el mateix nombre d'unitats que guanyen posicions que d'unitats que en perden. En el cas de les altes mèdiques, el més freqüent també és que no hi hagi variació en la posició ocupada, tot i que en aquest cas, quan canvia la posició ocupada, hi ha més dispersió –entre 1 i 10 posicions–, amb una tendència a tenir més pèrdua de posicions respecte a l'ús dels pesos americans i la presència de 2 valors extrems que experimentarien una millora de més de 20 posicions. En darrer lloc, l'ordenació d'acord amb la IRR obstètrica és la que pateix més variacions en general, amb una dispersió similar a la de les altes mèdiques, tot i que sense valors extrems.

A partir de l'anàlisi de la sensibilitat dels indicadors de casuística emprats en la determinació dels preus de l'atenció hospitalària a l'ús d'un sistema de pesos alternatiu, la Sindicatura conclou el següent:

- L'ús dels pesos americans en el càlcul de la IRR podria no reflectir adequadament el consum de recursos efectuat per les unitats proveïdores del SISCAT, d'acord amb la seva casuística. L'ús d'un conjunt de pesos alternatiu, estimat amb costos procedents, entre d'altres, de 16 hospitals catalans, ha revelat que els indicadors de casuística són sensibles a la modificació dels pesos emprats. Aquesta sensibilitat és especialment acusada pel que fa a l'activitat obstètrica. En aquest sentit, els pesos americans emprats en el càlcul de la IRR corresponent a l'any 2022 podrien infravalorar el consum de recursos efectuat per les unitats proveïdores que realitzen activitat obstètrica.

5.3.3. El sistema de contraprestació de les urgències compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors?

El Decret 118/2014 estableix que les urgències hospitalàries es remuneren segons l'activitat realitzada, prenent la urgència atesa com a paràmetre aplicable a aquest efecte, excepte en el cas d'hospitals situats en zones geogràfiques aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències, als quals s'assigna un import global per al manteniment d'una estructura mínima d'urgències.⁵⁹ Quan la contraprestació es basa en l'activitat, el decret preveu que la urgència atesa es classifiqui segons el seu grau de complexitat, a

59. Vegeu l'apartat 1.2 per al detall del sistema de contraprestació de l'atenció urgent hospitalària.

partir de la informació continguda en el CMBD d'urgències.⁶⁰ A l'efecte de mesurar el grau de complexitat, el legislador va determinar que calia establir els factors de ponderació corresponents. El legislador va establir, a més, una gradació provisional mentre no es disposés d'aquesta mesura de complexitat de les urgències.⁶¹

Per tal de donar compliment a aquestes previsions, el CatSalut va optar per importar un sistema de classificació d'urgències ja existent, en aquest cas la classificació australiana URG,⁶² i emprar, així mateix, els pesos d'aquesta classificació com a factors de ponderació de cada urgència atesa. D'acord amb la documentació facilitada pel CatSalut, la classificació de les urgències ateses en el sistema URG es fonamenta en 3 variables: 1) el nivell de triatge (grau d'urgència); 2) el diagnòstic principal (en termes de grans blocs diagnòstics), i 3) la situació del pacient a l'alta (alta al domicili, ingrés, trasllat, etc.). En funció de diferents combinacions d'aquests valors, la urgència atesa es classifica en algun dels 122 URG possibles, als quals correspon un pes segons el seu cost relatiu –d'ara endavant, pesos australians. Aquests pesos són els que s'utilitzen per calcular l'IRU de cada hospital, que és la ponderació que s'aplica al preu unitari de la urgència atesa. L'IRU és un indicador que es calcula de manera anàloga a l'indicador d'IRR de l'alta hospitalària.

Anualment, mitjançant una resolució de la persona titular del departament competent en matèria de salut i a proposta del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, es determinen els IRU dels hospitals. Els valors de l'IRU del 2022 no es van modificar respecte a l'any anterior,⁶³ i es van calcular a partir dels registres del CMBD d'urgències de l'any 2019 agrupats segons la classificació URG, versió 1.4, emprant els pesos australians corresponents.

L'ús dels pesos australians en el càlcul de l'IRU va ser validat per un estudi promogut per les organitzacions patronals del sector hospitalari en col·laboració amb el CatSalut.⁶⁴ Aquest estudi va concloure que hi havia una correlació molt elevada entre els pesos australians i els costos unitaris reals de l'atenció urgent en els 10 hospitals catalans que van participar en l'estudi. Tanmateix, el mateix estudi va constatar que el cost unitari mitjà avaluat superava de manera rellevant la "tarifa base" –preu unitari– aplicada en el pagament de les urgències ateses. De fet, els resultats de l'estudi mostren que el preu unitari de la urgència atesa només supera el seu cost unitari en els casos menys urgents –nivells de triatge 4 o 5.⁶⁵ En la resta de

60. Article 39.2 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

61. Ibídem, disposició transitòria primera.

62. Vegeu: <https://www.ihacpa.gov.au/health-care/classification/emergency-care/urg>. El sistema de classificació URG va ser substituït a Austràlia pel sistema Australian Emergency Care Classification (AECC) l'any 2021.

63. Vegeu el quadre 27 de l'apartat 6.3.1 de l'annex 3 per al detall d'aquests valors.

64. CatSalut, CSC, ICS i La Unió. (2017). Estudi dels costos de l'atenció a les urgències hospitalàries en el marc del nou sistema de pagament del CatSalut. Informe de tancament. Disponible a: <https://www.uch.cat/documents/estudi-costos-urgncies-informe-de-tancament-def-20170912.pdf>.

65. El model de triatge utilitzat a Catalunya classifica els pacients que arriben als serveis d'urgències hospitalàries en 5 nivells, de més a menys urgència. D'aquesta manera, es prioritza l'atenció dels pacients més urgents.

casos el preu unitari és marcadament insuficient. Amb els preus i factors de ponderació de l'any 2022, el preu unitari final de la urgència atesa a l'hospital amb una complexitat més gran com a molt permetria cobrir una cinquena part del cost unitari més alt reportat en l'informe.

Un estudi més recent, dut a terme per la Unió Catalana d'Hospitals, indica igualment que els ingressos monetaris obtinguts per l'atenció urgent als hospitals concertats participants no permeten cobrir els costos d'aquesta atenció en cap dels exercicis compresos entre el 2019 i el 2023.⁶⁶ L'estudi tracta també un aspecte no abordat en el treball anterior: la relació entre el cost de la urgència i el nivell d'estructura de l'hospital; en aquest sentit, l'estudi conclou que els costos unitaris de l'atenció urgent tendeixen a augmentar amb el nivell d'estructura de l'hospital, de manera que el dèficit de l'atenció urgent s'accentua en els hospitals amb costos d'estructura més elevats.

La Sindicatura ha constatat que les patronals d'entitats proveïdores concertades consideren que el sistema de contraprestació de les urgències hospitalàries no compensa adequadament el cost d'aquesta prestació. En particular, plantegen que el model de contraprestació de l'atenció urgent no reconeix els costos d'estructura que suposa per a un hospital tenir un servei d'urgències en funcionament. A diferència de l'alta hospitalària, el pagament de la qual inclou un component d'estructura, la urgència atesa es pondera únicament a través d'un factor que intenta determinar-ne la complexitat.

A partir d'aquesta constatació, la Sindicatura ha avaluat en quina mesura l'IRU –és a dir, el factor de ponderació que determina les diferències en el preu de la urgència atesa– pot reflectir diferències entre centres pel que fa als seus costos estructurals. Tot i que l'IRU pretén ser una mesura de la complexitat atesa pels serveis d'urgències hospitalàries, això no obsta que pugui reflectir també diferències estructurals entre ells, si les urgències més complexes tendeixen a ser ateses en hospitals amb una dotació més gran de recursos. En l'anàlisi s'ha considerat l'IRU dels diferents hospitals corresponent a l'any 2022 i el seu nivell d'estructura, com a aproximació al diferent cost estructural del servei d'urgències. L'anàlisi revela una correlació moderada entre l'IRU i el nivell d'estructura –el coeficient de correlació lineal és de 0,47. Amb tot, una anàlisi més detallada mostra que no hi ha diferències rellevants entre l'IRU mitjà dels hospitals de nivell 3, 4, 5 i 6 –aquest darrer inclou aquí els hospitals monogràfics (nivell 7). De fet, per a aquests hospitals no hi ha correlació entre el factor de ponderació de les urgències i el nivell de l'hospital.⁶⁷

La raó que explica aquests resultats és el fet que les variables que determinen l'IRU –i, en particular, el nivell de triatge– són força independents del nivell d'estructura de l'hospital.

66. La Unió. (2024). *Estudis Unió. Evolució dels costos i ingressos de les urgències hospitalàries a Catalunya (2019-2023)*. Plenari econòmic financer de La Unió.

67. Això contrasta amb el que succeeix, per exemple, amb la IRR quirúrgica, que presenta una correlació raonable amb el nivell d'estructura dels hospitals, ja que la cirurgia més complexa s'acostuma a fer als centres més ben dotats.

Aquestes variables estan més aviat relacionades amb altres factors, com ara la proximitat a un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) o al servei d'urgències d'un hospital complementari, dispositius que poden atendre els pacients menys urgents i menys complexos. En qualsevol cas, els resultats indiquen que l'IRU no reflecteix les possibles diferències en termes de costos d'estructura entre els diversos serveis d'urgències hospitalàries. Amb tot, encara que l'IRU reflectís diferències estructurals entre dispositius, la seva escassa amplitud –entre 0,88 i 1,18, l'any 2022–, combinada amb el baix preu unitari de la urgència atesa, el farien irrellevant com a element compensador, per si sol, dels costos d'estructura.⁶⁸

Addicionalment, la Sindicatura ha avaluat l'adequació de l'IRU com a indicador de complexitat del cas atès als serveis d'urgències hospitalàries, que és l'objectiu que persegueix d'acord amb la normativa. La bondat de l'IRU com a indicador de complexitat de la urgència depèn en gran mesura de l'adequació del sistema d'agrupació de casos emprat en el seu càlcul. En aquest sentit, s'ha identificat una debilitat rellevant del sistema de classificació australià URG: la preponderància que atorga al grau d'urgència (nivell de triatge) com a variable de classificació.

Cal partir del principi que *urgència* i *complexitat* són conceptes diferents, tot i que estan relacionats. La Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) defineix la complexitat com la “qualitat relacionada amb el grau de dificultat diagnòstica o terapèutica degut a la presència de complicacions o comorbiditats (diagnòstics secundaris) afegides al diagnòstic principal que ens permet preveure un temps d'estada o cost determinat”.⁶⁹ En canvi, el grau d'urgència fa referència al temps –immediatesa a l'hora de ser atès–, i es vincula amb la complexitat per la gravetat –descompensació, pèrdua de funcions o risc de mortalitat– i per la necessitat d'intervenció –grau de deteriorament potencial.⁷⁰ D'aquesta manera, es pot donar el cas de pacients que presentin baixa urgència però una complexitat elevada: per exemple, un pacient d'edat avançada amb múltiples comorbiditats (malalties prèvies), demència o algun quadre confusional, però que no presenta risc vital immediat o previsible en la seva arribada al servei d'urgències perquè té una afectació o lesió menor. Aquest tipus de pacients poden suposar un consum de recursos elevat per al proveïdor, però aquesta complexitat no es veurà reflectida en un *pes* australià més gran, ja que el sistema d'agrupació només té en compte el diagnòstic principal –és a dir, la causa que l'ha dut al servei d'urgències– i no les seves possibles afectacions prèvies (diagnòstics secundaris), que en condicionen el tractament. El sistema d'agrupació únicament reconei-

68. Una problemàtica addicional és aquella referent als serveis d'urgències hospitalàries que tenen un baix volum d'activitat. Aquests dispositius poden tenir dificultats per cobrir els seus costos fixos amb l'actual model de contraprestació per activitat. Aquesta problemàtica, però, té implicacions de planificació sanitària que van més enllà del sistema de determinació de preus.

69. Gómez Jiménez, J., Chanovas Borràs, M. R., Miró, O., *et al.* (2008). *Triage estructurat als serveis d'urgències. Document de posició de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències* (SCMU-ACMES), p. 5. Disponible a: <https://www.socmue.cat/Upload/Documents/5/59.pdf>.

70. Gómez Jiménez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 18: 156-164.

xerà la complexitat d'aquests pacients si se n'indica l'ingrés a planta o el trasllat a un altre centre, fet que limitaria la capacitat resolutiva del mateix servei d'urgències hospitalàries i generaria potencials ineficiències en l'ús dels recursos, si l'ingrés o el trasllat fossin evitables.

Aquesta important limitació del sistema d'agrupació URG va ser, de fet, el principal motiu que va dur les autoritats australianes a prescindir-ne i substituir-lo per un nou sistema anomenat Australian Emergency Care Classification (AECC), l'any 2021. L'AECC es va desenvolupar seguint les recomanacions d'un informe que, ja el 2014, advertia de les limitacions de l'URG.⁷¹ A partir de la revisió dels diferents sistemes de classificació emprats en diversos països, l'informe assenyala que cap d'ells utilitza el triatge com a variable de classificació. Els experts clínics consultats en el marc de l'informe assenyalen que conceptes com ara la *complexitat*, la *gravetat* o, fins i tot, la *dependència*, difícilment poden ser captats pel nivell de triatge o per mitjà d'un sol diagnòstic principal. Identifiquen, a més, aquests 3 aspectes – complexitat, gravetat i grau de dependència – com els més rellevants pel que fa als inductors de cost en l'estada d'un pacient al servei d'urgències. La problemàtica sorgeix pel fet que codificar exhaustivament els diagnòstics secundaris (comorbiditats) dels pacients pot suposar una càrrega administrativa difícilment assumible per un servei d'urgències hospitalàries.⁷² Per aquesta raó, la classificació AECC incorpora dues variables addicionals: l'edat del pacient i el mitjà pel qual ha arribat a urgències (a peu, ambulància, etc.). Aquests factors, juntament amb els que ja es consideraven en l'agrupació URG, permeten determinar de manera més acurada la complexitat del cas atès al servei d'urgències.

En aquest punt és necessari fer esment d'un aspecte de la contraprestació de les urgències que no està recollit en el Decret 118/2014: el CatSalut permet facturar com a alta hospitalària un pacient atès al servei d'urgències sempre que hi romanguí més de 16 hores i se n'hagi indicat la necessitat d'ingrés a planta; el pagament del preu de l'alta hospitalària es farà amb independència que l'ingrés s'hagi produït efectivament o no. Donat que el preu unitari de l'alta hospitalària és molt superior al preu unitari de la urgència atesa, la Sindicatura entén que amb aquest regla de facturació el CatSalut pretén compensar els proveïdors pel consum de recursos d'aquelles urgències que no han pogut ser ingressades, tot i requerir-ho.⁷³ El que és important remarcar és que, en absència d'aquesta remuneració, que no s'hauria de produir si el drenatge dels pacients fos òptim, convé als proveïdors tractar de fer efectiu l'ingrés o el trasllat dels casos poc urgents la complexitat dels quals no és reconeguda pel sistema de classificació URG.

71. Health Policy Analysis. (2014). *Investigative review of classification systems for emergency care – Final report*. Independent Hospital Pricing Authority, Sydney. Disponible en línia a: <https://www.ihacpa.gov.au/resources/investigative-review-classification-systems-emergency-care>.

72. Aquesta és una problemàtica compartida per les urgències a Catalunya. Tot i que el CMBD d'urgències inclou camps relatius a diagnòstics secundaris, a la pràctica els proveïdors rarament n'informen. Únicament és obligatori informar del diagnòstic principal.

73. Text modificat arran de l'al·legació II.3.c presentada pel Servei Català de la Salut.

Les mancances detectades en la contraprestació de les urgències poden generar incentius perversos. En primer lloc, el baix preu unitari de la urgència atesa, en combinació amb el factor de ponderació emprat, pot induir els proveïdors hospitalaris a atendre casos poc urgents (nivell de triatge 4 o 5), quan siguin també poc complexos, fins i tot si se n'ha protocol·litzat la derivació inversa, ja que el seu cost és inferior a l'ingrés unitari. L'eventual penalització d'aquesta conducta a través d'un menor IRU futur pot resultar irrellevant donada l'escassa amplitud d'aquest factor de ponderació. A més, cal tenir present que tots els proveïdors poden tenir aquest incentiu, independentment de les seves característiques estructurals. Així, donada la forma de càlcul de l'IRU, la variació del pes mitjà derivada d'un patró comú de conducta podria compensar la menor complexitat informada pel proveïdor, mantenint-ne invariable el valor. Aquest incentiu no intencionat seria contrari a un dels eixos del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), que estableix l'adequació necessària de les urgències al dispositiu més adient. En segon lloc, la manca de precisió del sistema URG a l'hora de captar la complexitat de determinats pacients, en combinació amb la baixa remuneració de la urgència atesa, pot incentivar els proveïdors a indicar l'ingrés o el trasllat del pacient, encara que dites circumstàncies siguin evitables. Això pot limitar la capacitat resolutiva del servei d'urgències hospitalàries i provocar que es faci un ús ineficient dels recursos del sistema. En addició a això darrer, aquest incentiu pot resultar contrari a l'alliberament de llits hospitalaris i els seu ús preferent per a usos quirúrgics que persegueix el CatSalut.

De l'avaluació del sistema de contraprestació de les urgències, la Sindicatura fa l'observació següent:

- El sistema de contraprestació de les urgències hospitalàries no permet cobrir-ne els costos. El factor de ponderació emprat, en aplicació del que preveu la normativa, està basat en un sistema de classificació de casos poc acurat a l'hora de determinar la complexitat de les urgències ateses. La contraprestació de les urgències no té en compte les diferències estructurals entre els dispositius, que tampoc queden reflectides en el factor de ponderació que pondera el preu unitari. Aquest preu, d'altra banda, resulta insuficient per cobrir el cost unitari mitjà de la urgència atesa. Com a conseqüències de totes aquestes distorsions, poden generar-se incentius no intencionats contraris a algunes de les orientacions de política sanitària vigents a Catalunya.

5.3.4. El CatSalut disposa d'informes econòmics que justifiquin els preus fixats com a contraprestació pels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

Com ja s'ha analitzat en apartats precedents, la contraprestació econòmica del CatSalut per l'activitat d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts que fan els centres proveïdors concertats es determina a partir de l'activitat contractada, o bé en funció d'una quantia fixa anual assignada.

En el primer cas, l'activitat contractada que fan els centres concertats per compte de la sanitat pública pel que fa a hospitalització, urgències ateses, tècniques, tractaments i procediments específics, alta complexitat i serveis, procediments i programes específics de reconeguda necessitat es determina a partir de 2 variables: un paràmetre d'activitat i un preu unitari. En les altes hospitalàries, el preu unitari és modulats per l'estructura i la casuística del centre, i en les urgències ateses, per la casuística.

En el segon cas, la contraprestació dels serveis que fan els hospitals concertats pel que fa a consultes externes, urgències d'hospitals situats en zones aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències i la major part dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'estableix mitjançant l'assignació d'un import anual fix.

Contraprestació mitjançant preus unitaris

Els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són comuns a tots els hospitals concertats i es determinen cada any mitjançant ordre de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut.⁷⁴

D'acord amb això, mitjançant l'Ordre SLT/88/2022, del 22 d'abril, del conseller de Salut es van determinar els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada per a l'any 2022. Aquesta ordre va ser posteriorment modificada per l'Ordre SLT/209/2022, del 14 de setembre, per la qual s'afegeix la prestació del lector ocular a l'apartat de tècniques, tractaments i procediments específics; per l'Ordre SLT/241/2022, del 10 de novembre, als efectes d'incorporar l'hospital de dia i l'activitat del Sistema d'Informació per a la Vigilància d'Infeccions a Catalunya com a noves tècniques i de modificar l'epígraf relatiu als tractaments d'infertilitat, i per l'Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual s'afegeixen les prestacions de mastectomia i reconstrucció mamària simultània com a noves tècniques i s'actualitzen els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat amb activitat contractada i el seu preu unitari els va establir el conseller de Salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut, mitjançant la resolució del 30 de gener del 2023.⁷⁵

74. Article 48 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

75. Resolució modificativa de l'anterior aprovada el 21 de juny del 2022, per la qual s'establien, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada, d'acord amb el Decret 118/2014.

L'any 2022, els preus unitaris es van incrementar el 3,49% respecte de l'any anterior, com a conseqüència dels increments salarials establerts a la Llei de pressupostos generals de l'Estat del 2022 i al Reial decret llei 18/2022, del 18 d'octubre (quadre 14).

Quadre 14. Paràmetres d'activitat i preus unitaris per a l'any 2022

Activitat	Paràmetre	Preu unitari	Import preu unitari
Hospitalització (a)	Altes quirúrgiques Altes mèdiques Altes obstètriques	Preu unitari d'estructura	Nivell 1: 893,51 Nivell 2: 1.034,57 Nivell 3: 1.116,91 Nivell 4: 1.375,55 Nivell 5: 1.875,19 Nivell 6: 2.353,13 Nivell 7: 2.363,16
		Preu unitari mitjà de casuística	958,20
Urgències hospitalàries (b) Activitat de triatge Urgències	Visita de triatge	Preu unitari	17,65
	Urgència atesa	Preu unitari mitjà de casuística	99,90
Tècniques, tractaments i procediments (c) Hospital de dia Cirurgia menor ambulatoria Resta de tècniques, tractaments i procediments	Sessió	Preu unitari	231,17
	Intervenció	Preu unitari	221,81
	Cas atès	Preu unitari per cada categoria	*
Activitat d'alta complexitat (d)	Alta	Preu unitari per cada categoria	*
Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat amb activitat contractada (e)	Dia de tractament/altes	Preu unitari	*

Imports en euros.

Font: Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada, i Resolució del conseller de Salut del 30 de gener del 2023.

* Als quadres 30, 31 i 32 de l'apartat 6.3.2. de l'annex 3 hi ha el detall dels preus unitaris de la relació de tècniques, tractaments i procediments, de l'activitat d'alta complexitat i dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat.

Els preus unitaris de les prestacions hospitalàries (epígrafs *a* i *b*) es van fixar el 2015 i s'actualitzen cada any.

Pel que fa a les tècniques, els tractaments i els procediments específics, l'activitat d'alta complexitat i els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat amb activitat contractada (epígrafs *c*, *d* i *e*), l'activitat es factura a raó d'un preu unitari calculat a partir d'un escandall de costos que no ha estat objecte de fiscalització. La Sindicatura ha constatat que alguns d'aquests escandalls tenen preus unitaris calculats amb anterioritat al 2003 i que no han estat revisats des d'aleshores, només s'han actualitzat anualment amb els increments de preus.

Contraprestació mitjançant l'assignació de quanties fixes anuals

L'any 2022, la despesa derivada de les activitats hospitalàries finançades amb una quantia anual assignada va ser de 334,18 M€, un 18,20% superior a l'any 2021 (quadre 15).

Quadre 15. Despesa de les activitats hospitalàries finançades amb una quantia anual assignada

Activitat sanitària	Despesa		
	2022	2021	Variació 2022/2021(%)
Urgències, dispositiu mínim*	8.412.545	8.128.848	3,49
Consultes externes	517.424.126	492.192.124	5,13
Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	334.178.447	282.731.768	18,20

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'activitat facturada per les entitats proveïdores el 2022.

* Assignació total pels 4 hospitals situats en zones geogràfiques aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències.

En el cas de les urgències, l'assignació única global per al manteniment d'una estructura mínima d'atenció d'urgències corresponent a determinats hospitals i dispositius específics s'ha d'establir anualment mitjançant una ordre de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut, en compliment del que disposa el Decret 118/2014. L'any 2022, l'assignació única global per a la contraprestació dels serveis d'urgències dels 4 hospitals situats en zones geogràfiques aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències va ser de 2,10 M€.⁷⁶

Pel que fa a les consultes externes, fins al 2014 es contractaven d'acord amb els preus de primeres visites i visites successives. A partir de l'entrada en vigor del Decret 118/2014, la contraprestació correspon a un import assignat a cada hospital calculat, segons la normativa, en funció del nombre d'especialitats i el nivell assistencial assignat a cada centre.

L'any 2022, la major part d'imports assignats als centres hospitalaris per consultes externes van augmentar un 3,49% respecte del 2021, però, per a determinats hospitals, aquest increment va ser major, entre el 195,16% i el 5,77% (vegeu el quadre 34 de l'apartat 6.3.3 de l'annex 3).

El CatSalut ha informat que l'import que s'assigna a cada hospital i la variació anual de l'activitat de consultes externes respon a les prioritats del Departament de Salut quant a les polítiques de salut i la priorització que fa cada regió sanitària de les millores del contracte. Aquestes prioritats estan fonamentades en estudis previs de l'activitat esperada i les taxes

76. Resolució del 30 de gener del 2023 del conseller de Salut.

poblacionals que poden variar en funció de nous fluxos poblacionals per canvis d'ordenació del territori, el creixement de la població o l'increment d'activitat.

Tanmateix, per a una mostra d'unitats proveïdores el CatSalut ha indicat els motius de la variació produïda en l'import assignat a consultes externes l'any 2022 respecte de l'anterior, però no n'ha aportat cap estudi ni documentació justificativa. Per altra banda, els paràmetres adduïts al paràgraf anterior no estan previstos al Decret 118/2014.

Pel que fa als serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat, la contraprestació correspon a l'import anual assignat per programa contractat a cada centre.

El 2022 la majoria dels imports assignats a cada entitat proveïdora per cadascuna d'aquestes accions van augmentar un 3,49% respecte l'any 2021, tot i que per a determinats hospitals i serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat la variació va ser superior o inferior. Les accions amb augments més significatius, entre el 38,01% i el 79,74% de l'import anual assignat, van ser en programes de la unitat d'hemofília, de prevenció i cribratge del càncer ginecològic, de la unitat funcional de la Sida i l'específic d'aliances territorials (vegeu el quadre 33, apartat 6.3.3, annex 3).

De l'avaluació del sistema de fixació dels preus unitaris i els imports assignats als serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, la Sindicatura ha constatat l'aspecte següent:

- Els preus unitaris dels nivells d'estructura, casuística, triatge i urgències ateses provenen de preus calculats l'any 2014 que s'actualitzen anualment, tot i que el CatSalut no disposa de documentació que en justifiqui el càlcul.

Quant a tècniques, tractaments i procediments específics i de l'activitat d'alta complexitat, el CatSalut ha facilitat els escandalls de costos a partir dels quals va fixar els preus unitaris de les noves incorporacions o modificacions fetes el 2022, però no els corresponents a anys anteriors.

Pel que fa a l'activitat finançada mitjançant una quantia anual assignada, el CatSalut no ha facilitat cap documentació justificativa del càlcul de l'import assignat a l'activitat d'urgències realitzada en hospitals situats en zones geogràfiques aïllades i/o amb poca població i/o amb dispositius específics de resolució d'urgències, ni tampoc l'ha aportat per a l'activitat de consultes externes ni els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat que va contractar l'any 2022. Tampoc ha justificat adequadament el motiu pel qual l'augment de l'import de la contraprestació va superar el 3,49% en alguns centres, entre els anys 2021 i 2022.

5.4. L'APLICACIÓ DEL SISTEMA DE PAGAMENT DONA RESPOSTA A LES NECESSITATS ECONÒMIQUES I FINANCERES DELS PROVEÏDORS DERIVADES DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS?

5.4.1. La facturació i la regularització de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts s'han fet d'acord amb el que preveu la resolució d'aplicació del sistema de pagament?

Les entitats proveïdores facturen mensualment els serveis hospitalaris a càrrec del CatSalut i, un cop tancat l'any, regularitzen l'activitat realitzada durant l'exercici ajustant les facturacions corresponents a l'activitat contractada i als paràmetres i preus establerts a les clàusules addicionals dels contractes. Els imports mensuals que perceben les entitats proveïdores durant l'exercici inclouen una part fixa i una part variable.

La facturació mensual i la regularització anual es fan d'acord amb els criteris del sistema de contraprestació establerts al Decret 118/2014; d'acord amb els percentatges de l'import fix i variable de la contraprestació econòmica de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts i amb les condicions de facturació en cas que l'activitat realitzada sobrepassi la contractada establerts anualment pel conseller de Salut,⁷⁷ i d'acord amb el Manual de facturació de l'assistència hospitalària i especialitzada d'aguts.

De la revisió de la regularització efectuada pel CatSalut, la Sindicatura ha constatat els aspectes següents:

- L'activitat realitzada a què es refereix la Resolució del conseller, pel que fa a les altes hospitalàries, es tradueix en dues xifres diferents segons si el que es determina és l'activitat marginal o bé el mínim del 80% sobre l'activitat contractada que s'estableix perquè el proveïdor pugui gaudir de l'esquema de pagament fix i variable. En el primer cas, l'activitat realitzada no inclou les altes anomenades de reingrés, mentre que en el segon cas sí que les inclou. Aquesta interpretació que fa el CatSalut i que condiciona els mecanismes de pagament en ambdós casos no es desprèn ni està concretat al text de la Resolució, en tant que acte administratiu que recull la voluntat de l'Administració (aquí, el Departament de Salut).
- La interpretació que fa el CatSalut del terme *activitat realitzada*, a què es refereix la Resolució, en relació amb la determinació del 80% d'activitat realitzada sobre la contractada, és contrària al principi d'economia, ja que facilita a les unitats proveïdores assolir aquest mínim.

77. Vegeu l'apartat 1.2.

5.4.2. L'aplicació del sistema de pagament ha permès dotar les entitats proveïdores concertades d'un finançament adient per a la prestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

El conveni de gestió de serveis sanitaris és el document que formalitza l'encàrrec de la gestió dels serveis assistencials. S'hi especifiquen, entre d'altres, els serveis que han de prestar les entitats proveïdores concertades i el lloc on els han de prestar.

Les clàusules addicionals d'aquests convenis estableixen anualment la contraprestació econòmica, les activitats contractades, la vigència i el sistema de facturació i pagament. La seva signatura està condicionada pels increments salarials que determina l'Estat mitjançant la Llei de pressupostos i per altres increments salarials recollits en convenis laborals o altra normativa aprovats pel conseller de Salut, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut.

Un cop signades, els serveis prestats es facturen d'acord amb els paràmetres i preus que s'hi estableixen. Tanmateix, mentre no s'hagin subscrit, s'apliquen a la facturació mensual els paràmetres, els preus i les condicions establerts en les darreres clàusules signades.

L'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts es van actualitzar d'acord amb els increments salarials establerts per l'Estat, el darrer dels quals es va publicar al *Butlletí Oficial de l'Estat* a l'octubre del 2022.⁷⁸ Les clàusules addicionals dels convenis on s'establia l'activitat contractada i els paràmetres i preus per a l'any 2022 es van signar amb les entitats proveïdores a partir del març del 2023, gairebé 3 mesos després que se n'acabés la vigència. La regularització de l'activitat anual va ajustar la facturació dels serveis prestats el 2022 als preus i paràmetres aprovats per al 2022, tot i que el febrer del 2024 el CatSalut no n'havia comptabilitzat l'import íntegre per manca de disponibilitat pressupostària i, en conseqüència, no l'havia satisfet a les entitats proveïdores concertades.

L'abril del 2023 el CatSalut va modificar el càlcul del sistema de pagament mensual als proveïdors⁷⁹ amb l'objecte de garantir la tresoreria i sostenibilitat de les entitats proveïdores i va introduir un import fix mensual, en substitució de l'anterior sistema de pagament a compte que distingia entre una part fixa i una altra variable. Per al càlcul d'aquest import fix va incorporar, entre d'altres, l'increment anual de preus aprovat pel Consell de Direcció del CatSalut, les noves prestacions de serveis de l'exercici i un factor d'ajust, que permet incorporar qualsevol variació abans de disposar de la contractació definitiva de l'any.

78. Article 23 del Reial decret llei 18/2022, del 18 d'octubre, pel qual s'aproven mesures de reforç de la protecció dels consumidors d'energia i de contribució a la reducció del consum de gas natural en aplicació del "Pla + seguretat per a la teva energia (+SE)", així com mesures en matèria de retribucions del personal al servei del sector públic i de protecció de les persones treballadores agràries eventuales afectades per la sequera.

79. Resolució del director del CatSalut del 25 d'abril del 2023 per a l'aplicació de l'import fix mensual en la facturació corresponent al sistema de pagament de convenis i contractes de serveis sanitaris del 2023.

L'any 2022, el volum de la despesa desplaçada de l'atenció hospitalària d'aguts realitzada i no registrada en el pressupost va ser d'1.078,04 M€, un 46,65% més que l'any anterior. Inclou, d'una banda, l'import de 332,83 M€, corresponent a obligacions no aplicades al pressupost per insuficiència de crèdit pressupostari, i de l'altra, l'import de 745,20 M€, per obligacions pendents de pagament no vençudes a final de l'exercici, derivades de despeses meritades o béns i serveis rebuts durant l'any (quadre 16).

Quadre 16. Despesa desplaçada de l'atenció hospitalària d'aguts, evolució 2021-2022

Tipus d'operacions	2022	2021	Variació 2022/2021(%)
Operacions pendents no vençudes	745.203.225	578.690.337	28,77
Operacions no aplicades per insuficiència de crèdit o per diferències en criteris comptables o pressupostaris	332.834.674	156.438.293	112,76
Despesa realitzada i no comptabilitzada	1.078.037.899	735.128.630	46,65

Imports en euros.

Font: Comptabilitat del CatSalut i elaboració pròpia.

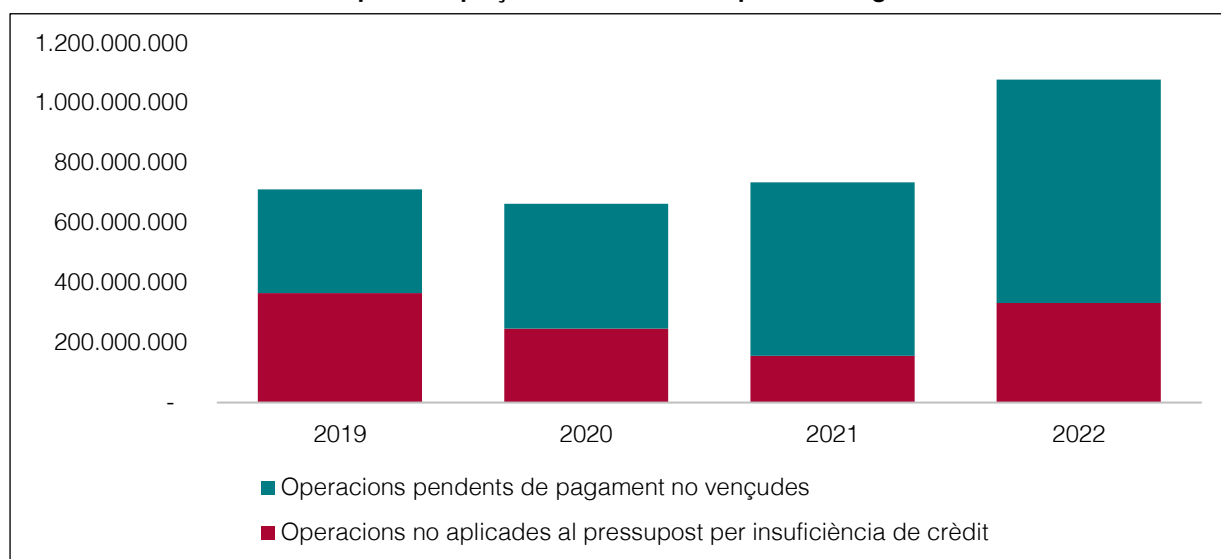
Notes:

La despesa desplaçada de l'atenció hospitalària d'aguts inclou la despesa derivada de la COVID-19.

La Sindicatura no ha fiscalitzat els imports que consten en la comptabilitat del CatSalut.

Al llarg del període 2019-2022 la despesa desplaçada segueix una tendència incrementalista llevat dels exercicis 2020 i 2021, degut a més disponibilitat de crèdit derivada dels fons estatals COVID-19. El 2022 la despesa desplaçada supera en escreix la del 2019 per l'augment significatiu de les obligacions pendents de pagament no vençudes a final de l'any (gràfic 4).

Gràfic 4. Evolució de la despesa desplaçada de l'atenció hospitalària d'aguts. Període 2019-2022



Font: Elaboració pròpia a partir de la comptabilitat del CatSalut.

Nota: La despesa desplaçada de l'atenció hospitalària d'aguts inclou la despesa de la COVID-19.

De l'anàlisi de la contraprestació efectiva dels serveis hospitalaris prestats a compte del CatSalut el 2022, la Sindicatura ha constatat el següent:

- L'aplicació del sistema de pagament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts no va permetre dotar les entitats proveïdores d'un finançament adequat en temps i forma, pel fet que el CatSalut va satisfer els serveis prestats durant el 2022 d'acord amb la quantia contractada i els paràmetres de l'any anterior. Fins a l'any 2023, quan el CatSalut i les entitats proveïdores van signar les clàusules addicionals de l'exercici 2022, no es va regularitzar l'activitat realitzada d'acord amb els nous paràmetres i preus, tot i que el mes de febrer del 2024 el CatSalut no n'havia pagat l'import íntegre per manca de crèdit pressupostari.
- L'any 2022 les despeses no aplicades al pressupost del CatSalut per insuficiència de crèdit pressupostari van ascendir a 332,83 M€, amb un increment del 112,76% respecte de l'any anterior, contravenint el que disposen els articles 28.b i 35 del text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya.

5.4.3. El CatSalut va finançar serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per vies diferents als preus fixats en el marc del sistema de contraprestació ordinari?

Una altra font de finançament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts han estat les transferències corrents i de capital a les entitats proveïdores dels serveis.

L'any 2022 el CatSalut va reconèixer 84,02 M€ amb càrrec al pressupost de despeses per transferències corrents i de capital a favor d'entitats concertades (quadre 17).

Quadre 17. Obligacions reconegudes per transferències a entitats concertades. Exercici 2022

Capítol pressupostari	Obligacions reconegudes
Capítol 4. Transferències corrents	53.105.426
Capítol 7. Transferències de capital	30.912.423
Total	84.017.849

Imports en euros.

Font: CatSalut.

Les transferències corrents es van destinar majoritàriament a finançar despeses de funcionament de les entitats receptores, ja sigui de manera global o per actuacions concretes. En concret, tenien per objecte el finançament de:

- Dèficits històrics i serveis hospitalaris traspassats d'altres administracions (18,06 M€).
- Incrementos retributius no aplicats el 2009 i el 2010 (17,75 M€).

- Càrrega financera de préstecs atorgats a les entitats per a la construcció i equipament dels hospitals o de préstecs atorgats per recuperar l'equilibri financer de les entitats (13,03 M€).
- El compte de pèrdues i guanys de les noves entitats adscrites al CatSalut que es van subrogar en els drets i obligacions de les entitats de les quals eren titulars altres administracions o entitats privades i que fins a aquell moment havien gestionat els hospitals (2,67 M€).
- Arrendament operatiu d'equipament hospitalari (0,84 M€).
- Actuacions sanitàries concretes: protonteràpia, promoció de la salut i prevenció del càncer (0,65 M€).

El quadre 18 mostra el detall de les obligacions reconegudes per a cadascuna de les entitats proveïdores.

Quadre 18. Transferències corrents a entitats proveïdores concertades. Exercici 2022

Entitat proveïdora	Obligacions reconegudes del capítol 4
Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona	18.063.220
Fundació Privada Hospital Santa Creu i Sant Pau	6.449.710
Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau	6.354.514
Consorci Sanitari Integral	4.502.612
Corporació Sanitària Parc Taulí	3.569.238
Consorci Sanitari de Terrassa	3.159.391
Corporació de Salut del Maresme i la Selva	1.813.686
Institut Català d'Oncologia	1.562.107
Consorci Hospitalari de Vic	1.380.612
Gestió de Serveis Sanitaris	1.314.938
Salut Terres de l'Ebre	1.194.762
Consorci Sanitari de l'Anoia	1.055.835
Salut Catalunya Central	1.047.352
Consorci Sanitari Alt Penedès - Garraf	955.878
Gestió i Prestació de Serveis de Salut	423.720
Hospital Clínic de Barcelona	257.851
Transferències corrents	53.105.426

Imports en euros.

Font: CatSalut.

Per altra banda, les transferències de capital van tenir per objecte:

- Cofinançar la renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics dels centres del SISCAT (15,32 M€).
- Finançar l'ampliació, la remodelació i l'equipament hospitalari, ja sigui subvencionant l'amortització d'un préstec o l'obra. Cal destacar que el CatSalut ha finançat les obres d'hospitals que estan gestionats per altres administracions o entitats i en els quals el CatSalut no hi participava o no formava part dels òrgans de direcció (15,37 M€).

- Finançar un programari que permet agilitzar tasques dels professionals en l'àmbit digital arran del desplegament del Pla director de sistemes d'informació del SISCAT (0,22 M€).

El detall de les obligacions reconegudes per a cada entitat proveïdora consta al quadre 19.

Quadre 19. Transferències de capital a entitats proveïdores concertades. Exercici 2022

Capítol pressupostari	Obligacions reconegudes en el capítol 7
Programa específic de suport a la renovació tecnològica*	15.322.481
Altres transferències de capital	15.589.942
Fundació Privada Hospital Santa Creu i Sant Pau	11.204.060
Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa	4.000.000
Pius Hospital de Valls	161.208
Fundació Privada Asil de Granollers	115.092
Hospital Sant Rafael	59.027
Hospital de Sant Celoni	50.555
Transferències de capital	30.912.423

Imports en euros.

Font: CatSalut.

* L'any 2022 el CatSalut va reconèixer despeses per transferències pel Programa específic de suport a la renovació tecnològica a favor de 38 entitats concertades.

L'11 de novembre del 2019, el Consell de Direcció del CatSalut va aprovar el Programa específic de suport a la renovació tecnològica dels centres proveïdors del sistema de salut per al període 2021-2023, mitjançant el cofinançament de les inversions en renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics dels centres hospitalaris d'aguts integrats al SISCAT. El programa va comptar amb una dotació global de 150 M€, que es va assignar mitjançant 4 convocatòries públiques, de 30 M€ la primera i de 40 M€ cadascuna de les restants.

En el marc de la primera i segona convocatòria per a la concessió de subvencions destinades al cofinançament d'inversions en renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics, el CatSalut va cofinançar les 3 línies següents:

- Equipament per a l'atenció a pacients crítics, monitoratge, ventilació, i suport al part i als nounats.
- Equipament de diagnòstic per la imatge convencional o terapèutic.
- Equipament específic de diagnòstic per la imatge, medicina nuclear i radioteràpia.

L'any 2022 el CatSalut va reconèixer 28,85 M€ d'obligacions amb càrrec al capítol 7 del pressupost de despesa per subvencions a les inversions en renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics, de les quals 15,32 M€ corresponien als ajuts atorgats a entitats concertades (quadre 19), i 13,53 M€, als atorgats a centres proveïdors de l'ICS.

De l'anàlisi efectuada, la Sindicatura fa l'observació següent:

- El CatSalut retribueix l'activitat que fan les entitats proveïdores de serveis hospitalaris d'acord amb un sistema de preus que hauria de cobrir els costos estàndard dels serveis, tant directes com indirectes, i entre ells, el cost de l'amortització dels equipaments sanitaris i aparells mèdics, perquè les entitats proveïdores puguin reposar-los. De fet, els escandalls de costos de les tècniques, els tractaments i els procediments específics i de l'activitat d'alta complexitat que van ser creats o modificats el 2022 i el 2023 inclouen l'amortització dels actius adscrits a aquestes activitats.

En general, però, la Sindicatura no ha pogut determinar si els preus s'adequaven als costos dels serveis prestats per les entitats proveïdores, perquè el CatSalut no ha facilitat els escandalls de la resta de tècniques, tractaments i procediments específics i de l'activitat d'alta complexitat, i perquè tampoc ha fet un estudi dels costos de les altes hospitalàries, de les consultes externes i de les urgències.

Per tant, el cofinançament mitjançant subvencions de les inversions en renovació d'equipament sanitari i aparells mèdics pot haver suposat un sobrefinançament d'aquests actius, atès que es van finançar via preus i via subvencions.

5.5. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA I ESPECIALITZADA D'AGUTS ESTÀ ASSOLINT ELS RESULTATS QUE PERSEGUEIX EL CATSALUT?

5.5.1. Els incentius econòmics establerts en el sistema de determinació de preus han produït els efectes esperats, de manera que en resti justificada l'aplicació?

A l'apartat 5.1.1 d'aquest treball s'han enumerat els incentius econòmics vinculats al preu de l'alta hospitalària i els corresponents objectius perseguits per part del CatSalut.⁸⁰ Aquests objectius es volen assolir mitjançant una millora en el preu de l'alta, quan es vol incentivar una determinada activitat, o a través d'un preu inferior, quan es persegueix el contrari.

En aquest apartat s'analitzarà si aquests objectius s'han assolit i, si escau, s'avaluarà si el seu assoliment es deu o no a l'incentiu establert en el sistema de pagament. A continuació es detalla l'anàlisi que s'ha dut a terme per a cadascun dels incentius.

80. Vegeu el quadre 4.

Incentiu a l'activitat quirúrgica

El Decret 118/2014 introdueix en el sistema de pagament l'anomenat *factor de ponderació* de l'alta, que defineix com “el valor que s'assigna a cada tipus d'alta amb la finalitat de fomentar l'assoliment dels objectius del Pla de salut de Catalunya”.⁸¹ En el cas de les altes quirúrgiques, aquest factor de ponderació es va fixar inicialment en 1,02 i s'ha mantingut en aquest valor des d'aleshores. Així, des de l'any 2015 s'ha estat incentivant l'activitat quirúrgica als hospitals concertats de la xarxa pública, ja que el seu factor de ponderació implica que l'alta quirúrgica es paga a un preu un 2% superior a la resta d'altes. Segons el CatSalut, amb això es pretén que l'activitat dels hospitals sigui cada cop més quirúrgica i es desplaci l'activitat mèdica a altres unitats o a altres nivells assistencials.

Per tal d'avaluar l'efectivitat d'aquest incentiu, la Sindicatura ha obtingut les dades d'activitat assistencial dels hospitals d'aguts del SISCAT, a partir del CMBD-HA, en el període temporal que va des de l'any 2010 fins a l'any 2019. D'aquesta manera, ha estat possible comparar l'activitat quirúrgica abans i després de l'aplicació de l'incentiu. A partir dels registres obtinguts, s'ha mesurat el percentatge d'activitat considerada quirúrgica sobre la resta d'activitat realitzada al centre.

L'anàlisi s'ha dut a terme en dues etapes.⁸² En primer lloc, s'ha calculat el percentatge mitjà d'activitat quirúrgica de les unitats proveïdores susceptibles de respondre a l'incentiu en els períodes 2010-2014 (sense incentiu) i 2015-2019 (amb incentiu). En el primer cas, la mitjana va ser d'un 52,83% d'activitat quirúrgica, mentre que en el segon va ser d'aproximadament el 54,85%. La diferència entre les mitjanes és estadísticament significativa. Per tant, es pot afirmar que en el període posterior a l'entrada en vigor del Decret 118/2014 l'activitat quirúrgica dels centres on es va aplicar l'incentiu va augmentar en un 2,02% de mitjana. Ara bé, aquest increment en l'activitat quirúrgica no és necessàriament conseqüència de l'aplicació de l'incentiu. Altres factors podrien haver concorregut simultàniament i haver afavorit un augment de l'activitat quirúrgica als centres hospitalaris.

És per això que, en segon lloc, s'ha fet una anàlisi de l'impacte per descartar que algun element no observat pugui haver estat determinant en la millora de l'activitat quirúrgica dels hospitals. En aquest cas, s'ha aprofitat la circumstància que alguns dels hospitals d'aguts del SISCAT, per la naturalesa particular del seu sistema de pagament, no estan afectats per l'incentiu objecte d'anàlisi. S'ha mesurat el percentatge d'activitat quirúrgica d'aquestes uni-

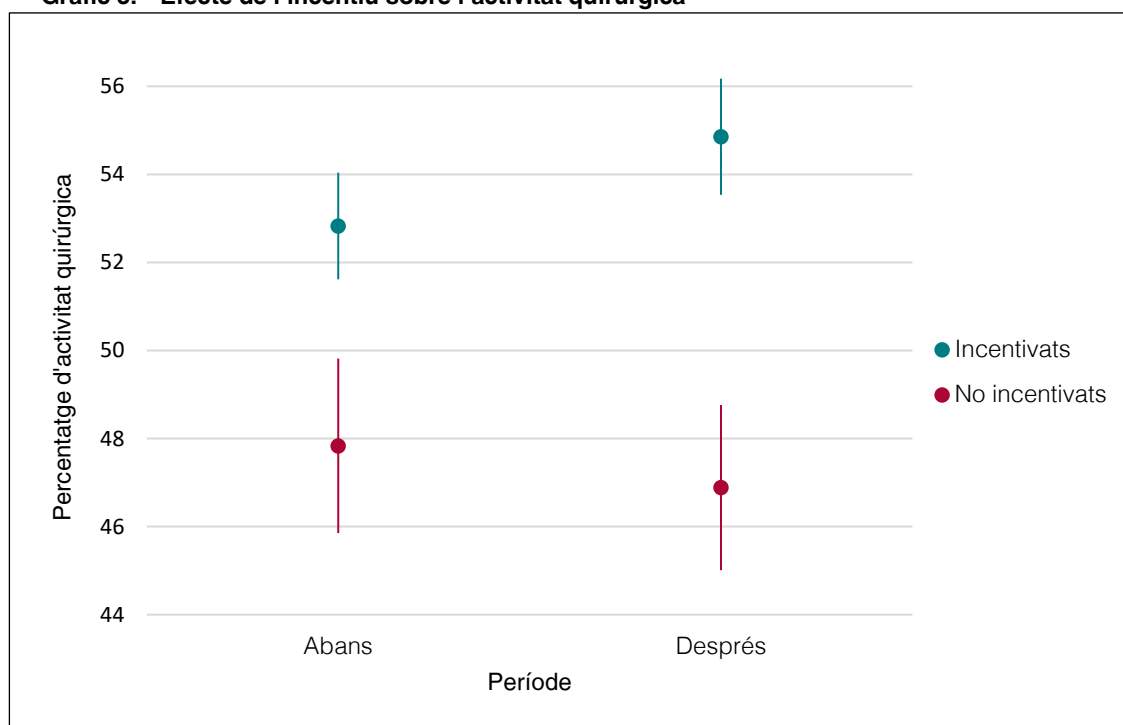
81. Article 34.4 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

82. S'han exclòs de l'anàlisi 5 hospitals que presentaven una elevada especialització quirúrgica i 3 hospitals monogràfics que per la seva naturalesa fan poca cirurgia.

tats proveïdors de manera anàloga al cas de les unitats incentivades.⁸³ A diferència del que succeïa en aquell cas, entre els centres no incentivats el percentatge d'activitat quirúrgica disminueix en termes mitjans aproximadament 1 punt percentual després de l'entrada en vigor del decret.

S'ha emprat la tècnica estadística de diferència en diferències per estimar el possible efecte de l'incentiu sobre l'activitat quirúrgica.⁸⁴ El resultat obtingut indica que, en el període posterior a l'entrada en vigor del decret, el percentatge d'activitat quirúrgica va augmentar, de mitjana, gairebé 3 punts percentuals entre els centres incentivats amb relació als no incentivats. Aquest és l'efecte causat per l'aplicació de l'incentiu, i és estadísticament significatiu. El gràfic 5 mostra els percentatges d'activitat quirúrgica estimats pel model estadístic –juntament amb el grau d'incertesa que els acompanya– de cada grup de proveïdors hospitalaris, abans i després de l'aplicació de l'incentiu.

Gràfic 5. Efecte de l'incentiu sobre l'activitat quirúrgica



Font: Elaboració pròpia a partir dels registres del CMBD-HA facilitats pel CatSalut.

Nota: Intervals de confiança al 95%.

El gràfic 5 també permet il·lustrar la intuïció rere el resultat estadístic obtingut. Com s'ha apuntat anteriorment, l'activitat quirúrgica entre els hospitals incentivats va augmentar uns 2 punts

83. Els centres no incentivats són els 8 hospitals de l'ICS, l'Hospital de la Cerdanya i l'Espitau Val d'Aran. Aquest grup conté almenys un hospital de cadascun dels tipus que hi ha al grup de centres incentivats, d'acord amb la classificació de nivells hospitalaris del CatSalut.

84. S'ha comprovat que es verifica el supòsit de tendències paral·leles per a l'estimació de dobles diferències.

percentuals de mitjana entre un període i l'altre (vegeu l'augment en el gràfic). D'altra banda, l'activitat quirúrgica entre els hospitals no incentivats va disminuir 1 punt percentual aproximadament (vegeu la disminució en el gràfic). D'aquí que l'efecte de l'incentiu sigui un increment de 3 punts percentuals: en absència de l'incentiu, l'activitat quirúrgica dels centres que van ser incentivats no només no hauria augmentat 2 punts, sinó que n'hauria disminuït 1.

D'aquesta manera, l'evidència de què disposa la Sindicatura permet afirmar que l'augment observat en el percentatge d'activitat quirúrgica ha estat causat per la introducció d'un incentiu monetari mitjançant el factor de ponderació de l'alta quirúrgica.

Penalització de les altes de reingrés

Un altre dels factors de ponderació que el CatSalut empra per tractar d'induir bones pràctiques entre les unitats proveïdores és el factor de ponderació de les altes de reingrés. El Decret 118/2014 defineix l'*alta de reingrés* com aquella alta que es produeix "per una causa relacionada clínicament amb una alta mèdica, quirúrgica o obstètrica, en el termini posterior que contractualment s'estableixi".⁸⁵ El factor de ponderació d'aquest tipus d'altes es va fixar en 0,40 l'any 2015 i no ha estat modificat des d'aleshores. Implícitament, aquest factor de ponderació representa una penalització d'aquest tipus d'altes, ja que l'alta així classificada es paga a un preu un 60% inferior al d'una alta que no tingui aquesta consideració.

Per analitzar el possible impacte d'aquest factor de ponderació sobre les altes de reingrés, s'han emprat dades extretes del Sistema d'Informació Sanitària del Ministeri de Sanitat, que en l'apartat d'indicadors clau del Sistema Nacional de Salut permet l'extracció del percentatge global de reingressos en hospitals d'aguts per comunitat autònoma i a escala de centre hospitalari. Aquest indicador mesura la proporció de casos en què, després de l'alta, el pacient torna a ser ingressat al mateix hospital. Aquí, es considera reingrés qualsevol ingrés urgent d'un pacient en els 30 dies següents a la primera alta en el mateix hospital, excepte si l'ingrés urgent es produeix com a conseqüència d'un accident. Cal notar que aquest indicador no té en compte la vinculació clínica amb el primer episodi, condició que exigeix la definició d'*alta de reingrés* emprada pel CatSalut.⁸⁶ Amb tot, si el factor de ponderació és

85. Article 34.2 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

86. L'aplicació de la CIM-10 a partir de l'any 2017 va produir canvis en la codificació dels diagnòstics que han afectat la classificació de les altes de reingrés que efectua el CatSalut. En aquest sentit, sembla que l'algoritme que identifica aquest tipus d'alta tendeix a deixar de classificar com a altres de reingrés casos que amb anterioritat a la nova classificació de malalties sí que considerava reingressos. La Sindicatura té constància que el CatSalut està treballant per solucionar aquest problema. En qualsevol cas, la classificació de reingressos de què disposa el CatSalut no ofereix l'homogeneïtat de criteri necessària al llarg de la sèrie temporal. És per aquesta raó que s'ha optat per extreure l'indicador del Ministeri, menys exigent pel que fa a la delimitació del reingrés.

efectiu amb les altes clínicament relacionades, s'hauria de poder observar algun efecte en el còmput global de reingressos.

A partir d'aquest supòsit, la Sindicatura ha extret del portal del Ministeri la taxa anual de reingressos dels hospitals d'aguts del SISCAT –excepte la d'aquells centres gestionats per l'ICS– en el període comprès entre els anys 2010 i 2019. De manera anàloga al cas de l'incentiu a l'activitat quirúrgica, aquest període s'ha dividit, al seu torn, en dos subperíodes: abans (2010-2014) i després (2015-2019) de l'aplicació de la penalització a les altes de reingrés mitjançant el factor de ponderació. S'ha calculat la taxa mitjana de reingressos entre els hospitals on s'ha aplicat la penalització en tots dos períodes. El resultat mostra un lleuger augment de la taxa de reingressos després de l'aplicació de la penalització, contràriament al que es podia esperar. La taxa de reingressos va ser d'aproximadament el 6,77% entre el 2010 i el 2014, mentre que entre els anys 2015 i 2019 va ser del 6,85%. En qualsevol cas, la diferència entre les mitjanes no és estadísticament significativa.

Es pot concloure, per tant, que la penalització de les altes de reingrés, d'acord amb l'evidència disponible, no ha produït cap efecte sobre el percentatge que suposen els reingressos amb relació al total d'altes de l'hospital.

Incentiu a l'hospitalització domiciliària que evita l'ingrés hospitalari

D'acord amb el model amb què s'implementa a Catalunya, l'hospitalització domiciliària és una “modalitat assistencial en què els professionals sanitaris hospitalaris proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria un ingrés hospitalari del pacient en un centre sanitari”.⁸⁷ D'acord amb l'estàndard internacional, l'assistència sanitària rebuda ha de ser equivalent en qualitat i quantitat a aquella que rebria el pacient en un centre hospitalari. Es tracta, per tant, d'episodis aguts que cal tractar amb els nivells de seguretat i qualitat exigibles en l'hospitalització convencional, i on l'hospital en manté la responsabilitat clínica, logística i legal.⁸⁸ Les unitats proveïdores que fan aquesta activitat disposen d'una unitat d'hospitalització domiciliària, amb una dotació de llits específica per al correcte dimensionament d'aquestes unitats.

Segons el CatSalut, l'hospitalització domiciliària persegueix 2 grans objectius: 1) alliberar llits al centre hospitalari quan el pacient està en condicions de seguir el procés de convallescència al seu domicili, escurçant l'estada del pacient al centre (alta precoç); 2) evitar l'ingrés hospitalari de pacients que cursen un procés agut que requereix atenció hospitalària (evita-

87. Benavent Areu, J., Biescas Prat, H., Blanch Andreu, J., Caballero Nieto, M., Contel Segura, J. C., Corominas, A., et. al. (2020). *Model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: alternativa a l'hospitalització convencional*. Barcelona: Servei Català de la Salut, p. 7.

88. Ibídem.

ció de l'ingrés). En el primer cas, l'hospitalització domiciliària s'origina a partir d'un episodi previ d'hospitalització convencional (al centre), mentre que, en el segon cas, s'evita completament l'ingrés hospitalari, i la detecció de la necessitat assistencial es pot produir en un altre dispositiu de l'hospital –com, per exemple, el servei d'urgències– o en l'àmbit de l'atenció primària –per part del CAP, el CUAP o l'equip d'atenció domiciliària, entre d'altres. Això requereix una coordinació adequada entre dispositius o nivells assistencials.

En qualsevol cas, l'hospitalització domiciliària suposa beneficis tant per al pacient, que evita els possibles efectes adversos de l'hospitalització convencional, com per al sistema, que allibera llits hospitalaris per a altres usos. Aquesta estratègia s'ha demostrat cost-efectiva en un context de demanda sanitària creixent.⁸⁹

Des de l'any 2015, el CatSalut incentiva l'activitat d'hospitalització domiciliària, que suposa una substitució total de l'ingrés hospitalari (evitació de l'ingrés), pagant aquestes altes al mateix preu que una alta equivalent amb hospitalització convencional, quan el seu cost per al proveïdor és inferior. Es tracta d'incentivar bones pràctiques entre els proveïdors que suposen guanys d'eficiència per al sistema sanitari, donat el repte que suposa adaptar l'oferta sanitària a factors com l'envelliment poblacional o l'augment de la comorbiditat que s'hi associa.

Per analitzar el possible impacte d'aquest incentiu s'han obtingut de nou els registres del CMBD-HA, entre els quals es poden identificar els casos que han estat hospitalitzats al domicili i que s'han facturat com a alta hospitalària al proveïdor. Tanmateix, a diferència del que succeïa en el cas del incentiu vinculats al factor de ponderació, la Sindicatura no disposa d'informació sobre les hospitalitzacions domiciliàries que eviten l'ingrés anteriors a l'any 2015. D'aquí que no sigui possible discernir si l'efecte observat és degut a l'incentiu o no. Únicament es pot establir una coincidència en el temps entre l'aplicació de l'incentiu i l'efecte observat.⁹⁰

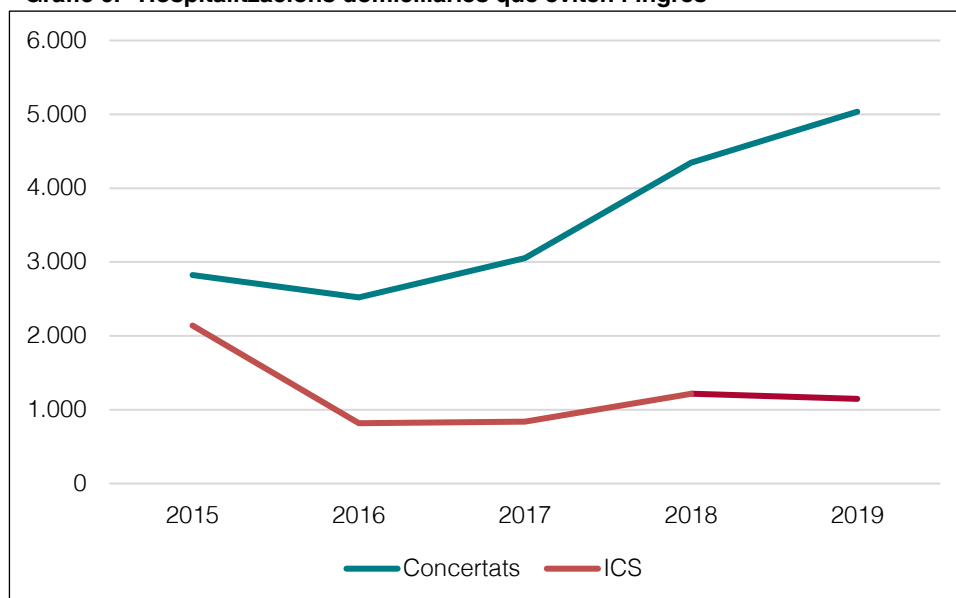
El gràfic 6 mostra l'evolució de les hospitalitzacions domiciliàries que eviten l'ingrés del pacient en un centre hospitalari. Al gràfic s'observa un increment d'aquesta mena d'activitat entre els proveïdors no vinculats a l'ICS (concertats), que són els que poden respondre a l'incentiu. En canvi, l'activitat d'hospitalització domiciliària amb evitació de l'ingrés entre els proveïdors gestionats per l'ICS manté una tendència pràcticament plana en el període

89. Per a una revisió recent, vegeu Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J., Castro, A., Huang, M., *et al.* (2023). The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(4):3373. DOI: 10.3390/ijerph20043373.

90. Altres factors limiten en aquest cas l'ús de tècniques estadístiques d'inferència causal: el nombre de proveïdors que disposen d'unitats d'hospitalització domiciliària és inferior al del conjunt d'hospitals d'aguts del SISCAT i, a més, no és homogeni al llarg del període analitzat.

comprès entre el 2015 i el 2019, perquè no estan incentivats, sinó que són finançats via transferència.

Gràfic 6. Hospitalitzacions domiciliàries que eviten l'ingrés



Font: Elaboració pròpia a partir dels registres del CMBD-HA facilitats pel CatSalut.

Per tant, s'observa un increment de l'activitat de les unitats proveïdores concertades incentivades des del moment en què es comença a aplicar l'incentiu, tendència que no es dona entre les unitats no incentivades. Aquestes dinàmiques suggereixen que la intervenció del CatSalut podria haver estat efectiva a l'hora de promoure l'activitat d'evitació de l'ingrés mitjançant l'hospitalització domiciliària. Tanmateix, en aquest cas, la Sindicatura no pot afirmar que l'efecte observat es degui a l'incentiu aplicat, ja que no disposa de l'evidència necessària.

Incentiu a l'activitat de CMA

La CMA és un procediment de cirurgia major que té com a característica principal el fet que no requereix pernoctació a l'hospital.⁹¹ En el context del Sistema Nacional de Salut, la CMA es defineix com una modalitat assistencial, és a dir, una forma organitzativa i de gestió sanitària específica, per atendre una determinada cartera de serveis, que requereix unes condicions estructurals, funcionals i de recursos que en garanteixin l'eficiència i la qualitat, així

91. A escala internacional hi ha certa confusió terminològica pel que fa a la cirurgia ambulatoria. La definició adoptada en aquest informe prova de reduir els diferents termes emprats a la seva característica comuna. Únicament en queden fora els procediments quirúrgics de cirurgia menor, que en l'àmbit del sistema de pagament català s'exclouen de l'alta hospitalària. Vegeu, per exemple, Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., *et al.* (2007). *Day surgery: making it happen*. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

com la seguretat del pacient.⁹² D'aquesta manera, l'activitat de CMA es duu a terme en unitats específiques que garanteixen els mateixos nivells de qualitat i seguretat que l'hospitalització convencional.

La CMA presenta diversos avantatges tant per a l'usuari com per als proveïdors hospitalaris i el sistema sanitari en el seu conjunt. Entre els avantatges per al primer hi ha el fet de poder portar a terme la recuperació a casa i la reducció del risc de contraure una infecció a l'hospital, mentre que per als proveïdors es tracta d'una pràctica cost-efectiva, que comporta més eficiència en l'ús de recursos i la contenció dels costos sanitaris.⁹³

Per aquesta raó, diversos països han incentivat financerament la CMA per part de proveïdors hospitalaris, en substitució de la cirurgia amb hospitalització convencional.⁹⁴ En aquest sentit, Catalunya va ser pionera en l'aplicació d'aquest tipus d'incentius, equiparant el pagament de la CMA al d'una alta quirúrgica convencional, ja des de la implantació del model de compra d'activitat l'any 1997.⁹⁵ El CatSalut continua incentivant la CMA en l'aplicació del sistema de pagament vigent.

El fet que la introducció de l'incentiu sigui tan llunyana en el temps fa poc rellevant –i poc viable– l'avaluació d'impacte en el context d'aquest informe. De fet, els estudis existents assenyalen que la forma de pagament de la CMA hauria pogut contribuir a l'increment significatiu d'aquesta modalitat assistencial a Catalunya en els anys posteriors a la seva implantació.⁹⁶ La Sindicatura ha avaluat, en aquest cas, la conveniència de l'aplicació actual de l'incentiu per part del CatSalut a partir de l'evolució recent de l'activitat i del grau de substitució assolit, també des d'una perspectiva comparada.

Prenent les dades facilitades pel CatSalut sobre el percentatge d'intervencions de CMA amb relació al total d'intervencions quirúrgiques (quadre 19), s'observa cert estancament en l'augment de la CMA com a alternativa a la cirurgia amb pernoctació, especialment si es compara amb la progressió observada en la dècada precedent, en què es va produir un increment en el percentatge de cirurgia ambulatoria de prop de 20 punts percentuals entre

92. Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Entándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

93. Jarrett, P., i Staniszewski, A. (2006). The development of ambulatory surgery and future challenges. Dins P. Lemos, P. Jarrett, i B. Philip (ed.). *Day surgery. Development and practice*, p. 21-34. International Association of Ambulatory Surgery (IAAS).

94. OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing.

95. Agustí, E. (2009). El model de compra d'activitat. Model de pagament dels hospitals de la XHUP des de 1997. Dins F. Brosa i E. Agustí (dir.) i X. Salvador (coord.). *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur*, p. 57-80. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

96. Vergara, F., Freitas, A., Gispert, R., et al. (2015). Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Catalunya, 2001-2011. *Gaceta Sanitaria*, 29 (6), p. 451-453.

els hospitals concertats i de prop de 10 punts percentuals entre els hospitals de l'ICS.⁹⁷ Seguint aquesta mateixa dinàmica, però, entre el 2012 i el 2019 l'augment que es produeix és més acusat entre els hospitals concertats (uns 4 punts percentuals) que no pas entre els hospitals de l'ICS (uns 2 punts percentuals). Aquests darrers, a més, presenten un percentatge de cirurgia ambulatoria clarament inferior al dels hospitals concertats al llarg de tot el període. De fet, la dada corresponent a l'any 2023 –el darrer disponible– mostra que els hospitals concertats haurien assolit un percentatge de CMA del 70,64%,⁹⁸ mentre que els de l'ICS es mantindrien en un 51,21%.

Quadre 20. Evolució del percentatge d'activitat de CMA sobre l'activitat quirúrgica total

Tipus de proveïdor	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Concertats	61,65%	62,95%	63,27%	64,43%	65,47%	66,74%	67,57%	65,71%
ICS	49,31%	50,18%	50,14%	48,92%	49,37%	50,50%	52,47%	51,30%
Total	58,82%	59,94%	60,16%	60,88%	61,81%	62,91%	63,89%	62,18%

Font: CatSalut.

Es pot pensar que les diferències sostingudes en el temps entre els hospitals concertats i l'ICS són causades per l'incentiu financer a la CMA. Tanmateix, la Sindicatura no pot atribuir-les a l'incentiu amb la informació de què disposa. Això no obstant, cal tenir en compte que el quadre 20 mostra els percentatges *agregats* de cirurgia ambulatoria, però que aquesta pràctica s'aplica a diferents tipus d'intervencions quirúrgiques, que són heterogènies entre si. D'aquí que, per poder valorar la pertinència de l'incentiu econòmic a la CMA, sigui necessari analitzar el percentatge d'intervencions ambulatories assolit en cada cas.

Donada la inviabilitat de fer-ne un examen exhaustiu, s'han seleccionat tres intervencions quirúrgiques relativament freqüents a escala poblacional i que sovint es fan de manera ambulatoria. D'acord amb l'OCDE, la cirurgia de cataracta i l'amigdalectomia –que es practica sobretot a infants– són dos exemples d'intervencions amb un volum elevat que avui en dia es porten a terme majoritàriament de manera ambulatoria en molts països.⁹⁹ A aquestes dues, s'hi ha afegit la cirurgia d'hèrnia inguinal, que, d'acord amb les dades facilitades pel CatSalut, va ser el segon tipus d'intervenció amb un volum ambulatori més elevat. De totes tres es disposa d'informació comparada a escala internacional relativa al percentatge d'intervencions dutes a terme de manera ambulatoria.

97. *Ibidem*.

98. Cal tenir en compte que aquest percentatge està influït també pel programa de recuperació de l'activitat quirúrgica posterior a la pandèmia de la covid-19. Més enllà de l'incentiu financer a la CMA, aquesta intervenció i la mateixa pandèmia podrien haver induït els proveïdors a pràctiques més eficients.

99. OECD (2023). *Health at a glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing.

Quadre 21. Percentatge de cirurgia ambulatoria segons el tipus d'intervenció l'any 2019

Intervenció	Catalunya*	Espanya	Regne Unit	Finlàndia	Suècia
Cirurgia de cataracta	98,10%	99,00%	99,10%	97,30%	98,60%
Cirurgia d'hèrnia inguinal	67,70%	51,30%	74,10%	72,40%	79,80%
Amigdalectomia	61,70%	31,00%	62,40%	85,40%	79,00%

Font: CatSalut i OECD Health Statistics.

* La xifra facilitada pel CatSalut correspon al percentatge de cirurgia ambulatoria del GRDquirúrgic en què s'inclou la intervenció. Donat que la intervencions seleccionades són les més freqüents en els seus respectius grups i que dins de cada grup hi ha homogeneïtat, els percentatges són prou aproximats per permetre'n la comparativa amb la resta de columnes.

A l'efecte d'establir nivells de referència s'han escollit alguns països europeus amb els quals poder comparar les taxes assolides a Catalunya. S'hi inclouen 2 països nòrdics, regió on es registren les taxes més elevades de cirurgia ambulatoria i que es pot considerar, per tant, com a llindar superior en termes de substitució de la cirurgia amb hospitalització convencional. A més, s'hi inclou el Regne Unit, que presenta força similituds amb Catalunya pel que fa al sistema sanitari, més enllà també del referent immediat que representa el conjunt de l'Estat espanyol.

El quadre 20 mostra els percentatges d'intervencions practicades de manera ambulatoria pel que fa als 3 tipus de cirurgia als països que s'han pres com a referència. Es pot observar que, l'any 2019, Catalunya presentava xifres elevades, i equiparables a la resta de països, pel que fa a la cirurgia de cataractes practicada de manera ambulatoria. En canvi, hi havia marge de millora pel que fa a les amigdalectomies i a les cirurgies d'hèrnia inguinal, donades les cotes assolides als països nòrdics, i també al Regne Unit amb relació a les segones. En aquests dos casos, però, el percentatge de cirurgia ambulatoria a Catalunya és clarament superior al del conjunt del Sistema Nacional de Salut.

Els casos descrits il·lustren el fet que l'incentiu financer a la CMA ha perdut tota efectivitat per a determinats tipus d'intervencions, però pot tenir-ne encara per a d'altres. La cirurgia de cataractes sense hospitalització es manté en nivells propers al 100% des de fa més d'una dècada, d'acord amb les dades facilitades pel CatSalut. Igualment, fins a 4 GRD quirúrgics addicionals havien assolit taxes de cirurgia ambulatoria superiors al 95%. En tots aquests casos el marge de millora és escàs i l'incentiu no resulta eficaç. La raó és que, per a aquesta mena d'intervencions, la cirurgia ambulatoria ja forma part d'una pràctica clínica generalitzada, en què l'hospitalització convencional s'empra excepcionalment, quan sorgeixen complicacions postoperatòries o les condicions prèvies del pacient ho fan aconsellable. Per a altres tipus d'intervencions, en canvi, no s'han assolit els nivells de cirurgia ambulatoria dels països més avançats i hi ha marge per augmentar-ne les taxes, de manera que l'incentiu financer encara pot ser eficaç.

En aquest sentit, cal tenir en compte que les diferències entre països poden reflectir restriccions o barreres al desenvolupament de la cirurgia ambulatoria.¹⁰⁰ Aquestes barreres poden ser de naturalesa diversa:¹⁰¹ psicològiques o culturals, com ara la por dels mateixos pacients o les reticències dels professionals; tècniques, com per exemple la manca d'equipaments o de professionals, i també socials o geogràfiques, com ara el fet que el pacient no vagi acompanyat, o visqui sol o massa lluny de l'hospital. Mentre que les primeres són més pròpies d'un desenvolupament inicial de la CMA, i poden perdre intensitat en part gràcies a incentius econòmics, les barreres socials són difícils de revertir i poden persistir en el temps. Per bé que la cirurgia ambulatoria aporta beneficis al pacient, també pot imposar costos addicionals sobre els seus acompanyants o cuidadors.¹⁰² Aquests aspectes s'han de tenir en compte a l'hora de valorar la pertinència dels incentius econòmics, o la seva necessària combinació amb altres formes d'intervenció pública, per tal de potenciar la cirurgia ambulatoria.

Tot seguit, es resumeixen els principals resultats que es desprenen de l'anàlisi dels 4 incentius vinculats al sistema de pagament que ha pogut identificar la Sindicatura.

Com s'aplica l'incentiu?	Què vol incentivar?	S'observa l'efecte esperat?	L'efecte és degut a l'incentiu?
Factor de ponderació del preu de l'alta hospitalària	Activitat quirúrgica	Sí	Sí
	Reducció dels reingressos	No	n/a
Equiparació amb el preu de l'hospitalització convencional	Hospitalització domiciliària	Sí	Evidència no disponible
	CMA	Sí	Evidència no disponible

De l'anàlisi dels incentius vinculats al sistema de determinació de preus, la Sindicatura conclou el següent:

- Els incentius associats als factors de ponderació de l'alta hospitalària mostren una eficàcia desigual. Mentre que l'incentiu a les altes quirúrgiques ha demostrat haver tingut un impacte positiu sobre el percentatge d'activitat quirúrgica realitzada als hospitals, la penalització de les altes de reingrés no sembla tenir cap efecte sobre els reingressos en 30 dies, quan es produeixen amb independència de la seva vinculació amb l'episodi clínic inicial.

100. Ibídem.

101. Serra-Sutton, V., i Estrada, M. D. (2013). Organització i funcionament de la cirurgia major ambulatoria a Catalunya. Resultats del projecte europeu DAYSAFE. *Annals de Medicina*, 96, p. 22-26.

102. Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., et al. (2007). *Day surgery: making it happen*. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

- L'aplicació d'incentius amb què el CatSalut prova de potenciar determinades modalitats assistencials cost-efectives, equiparant-ne el preu al d'intervencions amb un cost més elevat, coincideix en el temps amb un augment de l'activitat vinculada a aquestes modalitats, sense que la Sindicatura hagi pogut escatir si l'efecte observat es deu a aquests incentius. Tant en el cas de l'hospitalització domiciliària com en el cas de la CMA els increments de l'activitat són sistemàticament més elevats entre els hospitals incentivats, fet que podria ser indicatiu de l'efectivitat dels incentius corresponents. Tanmateix, en el cas de la CMA, s'ha evidenciat que per a determinats tipus de cirurgies l'incentiu té una efectivitat escassa, perquè ja s'han assolit els màxims objectius possibles. D'aquí que l'incentiu financer aplicat al foment d'aquestes intervencions comporti un ús ineficient dels recursos públics.

5.5.2. En quina mesura la contraprestació per resultats ha millorat la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis?

D'acord amb el Decret 118/2014, els objectius del pagament per resultats han d'estar dirigits a incentivar la millora de la qualitat, l'eficiència de la prestació de serveis i l'autonomia clínica dels professionals.¹⁰³ Amb aquesta finalitat, el CatSalut destina el 5% de l'import de la major part de les activitats d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts contractades a la contraprestació per resultats.¹⁰⁴

L'any 2022 el CatSalut va fixar els 33 objectius vinculats a la contraprestació per resultats per a l'exercici, així com els indicadors per valorar-ne l'assoliment, en un catàleg elaborat el mes d'abril. La Sindicatura ha centrat l'anàlisi en 6 d'aquests objectius, atès que concentren més pes en la remuneració vinculada a objectius, aproximadament un 95% de la contraprestació (quadre 22).

103. Article 50 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

104. Text modificat arran de l'al·legació II.5.b presentada pel Servei Català de la Salut.

Quadre 22. Objectius amb més pes en la contraprestació per objectius, any 2022

Objectiu	Import assignat a la contraprestació (%)	Indicador	Assoliment	Percentatge d'assoliment de les entitats concertades
Proporcionar les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'hospital	28,86	Subministrament, en el termini establert, de les dades dels indicadors	Subministrament de les dades en el termini establert	Assoliment: 100% No assoliment: 0%
Consolidar l'equip del Programa d'optimització d'ús d'antimicrobians territorial	28,86	L'equip del programa ha retut els valors dels indicadors establerts i ha fet 1 intervenció de les 2 fixades	Retiment del valor dels indicadors i realització de la intervenció en termini	Assoliment: 100% No assoliment: 0%
Disposar d'un equip de control de la infecció	3,99	Equip de control d'infecció dependent de la Comissió d'Infeccions, amb una composició mínima i dedicat en un 75% a vigilància i prevenció	Disposar de l'equip de control d'infecció amb els requisits que s'estableixen	Assoliment: 93,75% No assoliment: 6,25%
Assolir un determinat valor mínim del grau de cobertura de la identificació inequívoca de pacients	3,67	Percentatge de pacients avaluats correctament identificats	Percentatge de pacients avaluats correctament identificats igual o superior al 95%	Assoliment: 93,88% Assoliment parcial: 4,08% No assoliment: 2,04%
Assolir un determinat valor mínim de l'índex de qualitat en la prescripció farmacèutica	24,83	Índex de qualitat en la prescripció farmacèutica (medicaments més segurs, efectius i de cost més baix)	Igualar o superar el valor mínim de l'índex. Assoliment parcial en funció del compliment dels diferents indicadors que integren l'índex	Assoliment total: 61,22% Assoliment parcial: 16,33% No assoliment: 22,45%
Disminuir el temps d'espera per hospitalització dels pacients atesos a urgències	4,74	Percentatge d'urgències de pacients que ingressen per a hospitalització amb un temps d'espera inferior o igual a 24 hores respecte del total d'urgències de pacients que ingressen per a hospitalització	Si el percentatge és superior al 70% es considera assolit i si està entre el 70% i el 79,9%, assolit al 50%.	Assoliment total: 75,68% Assoliment parcial: 16,22% No assoliment: 8,11%
Resta d'objectius	5,05			
Total objectius	100,00			

Font: Elaboració pròpia a partir de l'avaluació d'objectius vinculats a la contraprestació de resultats facilitada pel CatSalut.

Com es desprèn d'aquestes dades, l'import assignat a la contraprestació per resultats es va destinar majoritàriament a fomentar la millora dels processos.

Un estudi de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya¹⁰⁵ recomana emprar, en atenció hospitalària, indicadors de resultats (mesuren els resultats en salut) i processos (dissenyats per millorar diferents fases de l'atenció al pacient). Tanmateix, cap dels indicadors inclosos en els objectius analitzats mesura els resultats obtinguts en salut, com els mesurarien els indicadors de supervivència o de mortalitat.¹⁰⁶

De l'anàlisi dels objectius vinculats a la contraprestació per resultats, la Sindicatura ha constatat l'aspecte següent:

- Els objectius establerts pel CatSalut l'any 2022 vinculats a la contraprestació per resultats van incentivar de manera limitada la implementació d'estratègies de millora de la qualitat i l'eficiència de la prestació dels serveis, pel fet que més de la meitat de l'import assignat a la contraprestació per resultats, com a mínim el 65,38%, es va destinar a 4 objectius fàcilment abastables per les entitats proveïdores (són els 4 primers que consten al quadre 22): gairebé totes els van assolir l'any 2022, i també l'any anterior, quan els requisits d'assoliment eren pràcticament els mateixos. Per altra banda, difícilment s'obtindran millores en qualitat si aquests indicadors no mesuren els resultats en termes de millores en salut.

5.5.3. S'estan assolint millores pel que fa a la qualitat dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, la seva accessibilitat i l'eficiència en la seva prestació?

Les polítiques sanitàries s'encaminen a millorar l'accés als serveis de salut, la seva qualitat i l'eficiència en la seva provisió, ja que són aspectes que impacten de manera directa o indirecta en el benestar del pacient usuari de la xarxa sanitària d'utilització pública. Per això, un sistema de contraprestació orientat a assolir millores en aquestes 3 dimensions contribueix a situar el ciutadà en el centre de les polítiques de salut, i també determina la utilitat d'aquestes polítiques com a instrument d'intervenció pública en aquest àmbit.

Per tal d'avaluar la utilitat del sistema de contraprestació, la Sindicatura ha escollit una sèrie d'indicadors que permeten mesurar l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència dels serveis sanitaris prestats en la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya. Els indicadors de qualitat i d'eficiència s'han obtingut dels Mòduls per al seguiment dels indicadors de qualitat (MSIQ), que elabora anualment el CatSalut a partir dels registres del CMBD-HA, mentre que l'accessibilitat s'ha valorat a partir de les llistes d'espera per a una intervenció quirúrgica,

105. Pérez-Troncoso, D., Pastells Peiró, R., Vivanco-Hidalgo, R. M. (2023). *Contraprestació per resultats: programes, indicadors, component territorial i transversalitat*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

106. Text modificat arran de l'al·legació II.5.b presentada pel Servei Català de la Salut.

que publica de manera regular el mateix CatSalut. En tots els casos, únicament es té en compte l'activitat sanitària finançada pel CatSalut.

Quadre 23. Evolució dels indicadors d'eficiència

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Estada mitjana (dies)	4,6	4,4	4,3	4,5	4,4
CMA (%)*	60,10	60,10	62,10	60,90	61,50

Font: Mòduls per al seguiment dels indicadors de qualitat (MSIQ).

* Les diferències entre aquests valors i els que mostra el quadre 19 es poden deure a diferències metodològiques o bé a diferències en els registres emprats en els càlculs respectius.

Per tal d'avaluar l'eficiència en la provisió de serveis hospitalaris s'han escollit 2 indicadors: l'estada mitjana dels pacients a l'hospital i el percentatge de CMA sobre l'activitat quirúrgica total dels centres (quadre 23). Aquests indicadors s'interpreten en el sentit següent: una disminució en l'estada mitjana i un increment de l'activitat de CMA indiquen un ús més eficient dels recursos hospitalaris. Al quadre 23 s'observa que des de l'any 2015 s'ha produït un lleuger descens de l'estada mitjana als hospitals del SISCAT, alhora que s'observa un lleuger increment de la cirurgia sense hospitalització.

Quadre 24. Evolució dels indicadors de qualitat

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Mortalitat hospitalària en certes patologies (%)	8,10	8,10	8,00	8,30	8,50
Reingressos en 30 dies en patologies seleccionades (%)	9,60	9,80	9,80	8,70	8,40
Hospitalitzacions potencialment evitables (a)	1.042	1.090	1.103	1.097	1.095
Parts per cesària quan el part és poc complicat (%)	17,00	17,80	17,60	18,10	19,60

Font: Mòduls per al seguiment dels indicadors de qualitat (MSIQ).

Notes:

El canvi en la codificació de malalties que es va produir l'any 2018 obliga a prendre amb certa cautela la interpretació dels possibles canvis de tendència observats en relació amb els anys anteriors. Addicionalment, en el cas dels parts per cesària va tenir lloc, també el 2018, un descens important del nombre de registres vàlids, com a conseqüència de la manca d'exhaustivitat en l'enviament de la informació relacionada amb els parts.

(a) Taxa per cada 100.000 habitants (segons el tall del Registre central de persones assegurades).

D'altra banda, s'han escollit 4 indicadors de qualitat de l'assistència rebuda als hospitals: la mortalitat hospitalària, els reingressos en 30 dies en certes patologies, el nombre d'hospitalitzacions potencialment evitables i els parts per cesària en cas de part poc complicat. En el cas de la mortalitat hospitalària, s'identifiquen certes malalties de les quals es coneix que el nombre de defuncions està relacionat estadísticament amb la qualitat de l'assistència rebuda. En el cas dels reingressos clínicament relacionats amb el primer episodi, ja s'ha comentat

que poden denotar una manca de qualitat assistencial –deguda, per exemple, a una alta inicial prematura. Donada la difícil exhaustivitat de l'anàlisi, els MSIQ fan una selecció de patologies per a la construcció dels indicadors corresponents als reingressos clínicament relacionats. Igualment, l'indicador relatiu a les hospitalitzacions evitables analitza una sèrie de patologies en què s'ha identificat que una bona prevenció o una intervenció ràpida poden evitar l'ingrés hospitalari. Finalment, hi ha determinats procediments que s'utilitzen per sobre del que seria aconsellable des de la perspectiva d'una bona pràctica clínica; un d'aquests casos és la cesària en els parts poc complicats.

Per tot això, una disminució del valor dels indicadors escollits s'interpreta com una millora de la qualitat assistencial. El quadre 24 mostra l'evolució recent d'aquests indicadors: se'n pot observar una certa estabilitat fins a l'any 2017, excepte en els casos de les hospitalitzacions evitables i dels parts per cesària, en què hi ha un lleuger increment. A partir de l'any 2018 s'observen repunts addicionals en aquests dos indicadors i també del percentatge de mortalitat hospitalària, mentre que es produeix una disminució en la taxa de reingressos de les patologies seleccionades. Cal, però, llegir aquestes variacions amb cautela, donats els canvis en la codificació de malalties que es van introduir el 2018 i que ja s'han comentat en altres apartats d'aquest informe. En qualsevol cas, no s'observen millores pel que fa als indicadors de qualitat de l'atenció hospitalària.

El darrer aspecte que cal tenir en compte pel que fa a l'avaluació global del sistema de pagament vigent és l'accessibilitat dels serveis sanitaris, i en particular als serveis d'atenció hospitalària. Per calcular aquesta variable s'ha utilitzat el temps d'espera mitjà dels pacients que tenien pendent que se'ls practiquessin determinats tipus d'intervenció quirúrgica. El quadre 25 mostra l'evolució d'aquest indicador amb la informació disponible publicada pel CatSalut.

Quadre 25. Evolució del temps d'espera mitjà dels pacients pendents d'intervenció

Classificació segons el temps d'espera	Tipus d'intervencions	2016	2019	Taxa de variació
Amb temps d'espera garantit	Cirurgia cardíaca	43	36	(16,28%)
	Processos oncològics	19	22	15,79%
	Cataractes, pròtesi de genoll i de maluc	99	82	(17,17%)
Amb termini de referència	Altres intervencions	188	167	(11,17%)

Font: CatSalut i elaboració pròpia.

Nota: Temps d'espera mitjà en dies el desembre de l'any corresponent.

S'observa una disminució general dels temps d'espera, excepte en el cas de la cirurgia per processos oncològics, en què hi ha un increment significatiu. La raó d'aquesta tendència podria ser la incidència cada cop més gran que tenen aquests processos en la població,

factor que originaria més demanda assistencial per als tractaments oncològics. D'altra banda, les intervencions amb termini de referència garantit són les que presenten més temps d'espera i una disminució percentual més petita d'aquest temps d'espera respecte a l'any 2016. En aquest sentit, augmentar la implementació de la CMA –en aquelles intervencions en què sigui possible– i totes aquelles accions encaminades a incrementar l'activitat quirúrgica dels hospitals d'aguts poden contribuir a millorar l'accés dels pacients a aquests serveis sanitaris.

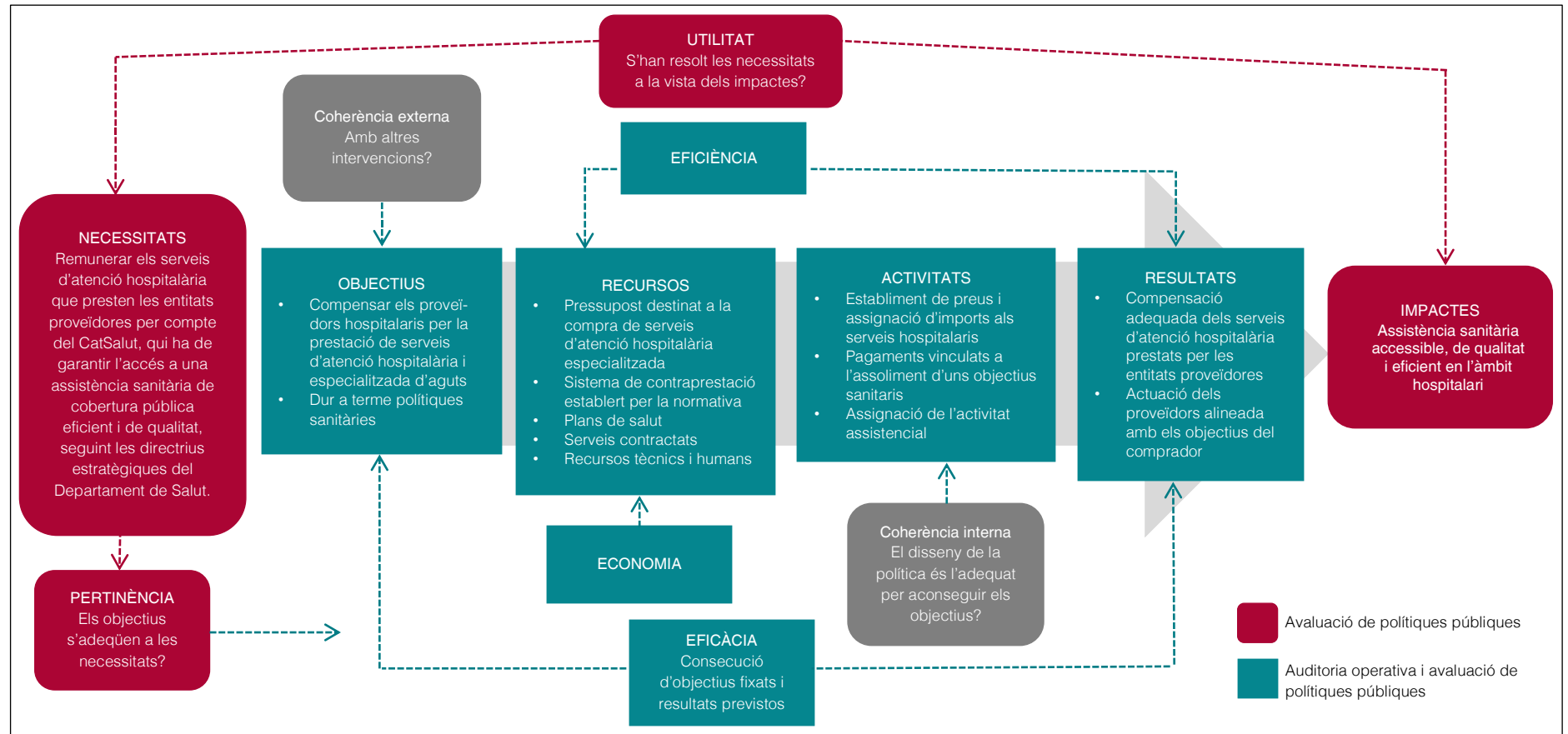
A partir de l'anàlisi efectuada, la Sindicatura conclou el següent:

- Arran de la implementació del sistema de pagament vigent per part del CatSalut, s'observen millores modestes pel que fa a l'eficiència en l'ús dels recursos hospitalaris i més substantives pel que fa a l'accessibilitat dels serveis sanitaris d'atenció hospitalària, excepte en el cas de les intervencions per processos oncològics, en què es produeix un empitjorament de l'accessibilitat. No s'observen millores pel que fa a la qualitat de l'atenció assistencial rebuda pels pacients en l'àmbit hospitalari.

6. ANNEXOS

6.1. TEORIA DEL CANVI

Figura 6. Sistema de contraprestació dels serveis hospitalaris



Font: Elaboració pròpia.

6.2. OBJECTIUS, SUBOBJECTIUS I CRITERIS D'AUDITORIA

Quadre 26. Objectius, subobjectius i criteris d'auditoria

Objectius	Subobjectius	Criteris
1. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts és adequat per promoure les directrius i els objectius establerts al Pla de salut de Catalunya?	1.1. Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària són coherents amb el Pla de salut de Catalunya? 1.2. Els objectius del pagament per resultats estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya? 1.3. La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarca adequadament en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut?	• Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, art. 62.1: "El Pla de salut és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria [de salut]". • Decret 118/2014, art. 34.4: "El factor de ponderació és el valor que s'assigna a cada tipus d'alta amb la finalitat de fomentar l'assoliment dels objectius que estableix el Pla de salut de Catalunya". • Decret 118/2014, art. 50: "Els objectius del pagament per resultats han d'estar relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya". • Decret 118/2014, apartat 2.7 de l'annex (definicions): "Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat no lligats a l'episodi clínic: són activitats que cal implementar derivades del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària".
2. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts amb els diferents proveïdors s'ajusta a la normativa i a criteris objectius, uniformes i que respectin el principi d'economia?	2.1. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut es va articular d'acord amb el que estableix la normativa? 2.2. L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores respon a un criteri objectiu i uniforme? 2.3. L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores garanteix el menor cost possible per al comprador públic d'acord amb el sistema de contraprestació vigent?	• Decret 118/2014, art. 13.2: L'encàrrec de la gestió de serveis d'àmbit hospitalari a les entitats gestores de centres hospitalaris integrats en el SISCAT s'ha d'establir mitjançant un conveni. • Llei de l'ICS, art. 14.1: "La prestació de serveis de l'Institut Català de la Salut per compte del Servei Català de la Salut s'articula per mitjà d'un contracte programa subscrit per ambdues entitats". • Delimitació d'unitat proveïdora amb criteris idèntics per a totes les entitats proveïdores i en tots els convenis. • Delimitació d'UP congruent amb el menor cost possible per al comprador públic, donat el sistema de contraprestació establert al Decret 118/2014.

Objectius	Subobjectius	Criteris
	2.4. Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van assignar entre els diferents proveïdors concertats emprant criteris objectius que en garantissin la idoneïtat?	• Objectivitat en assignar els serveis, dispositius i programes específics entre els diferents proveïdors.
3. L'aplicació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada compensa adequadament els serveis prestats pels proveïdors?	3.1. El sistema de determinació del nivell d'estructura reflecteix de manera apropiada les diferències estructurals entre els proveïdors? 3.2. El càlcul dels indicadors de complexitat reflecteix de manera adequada la casuística atesa pels proveïdors? 3.3. El sistema de contraprestació de les urgències compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors? 3.4. El CatSalut disposa d'informes econòmics que justifiquin els preus fixats com a contraprestació pels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?	• El nivell d'estructura que tenen assignat els hospitals reflecteix adequadament les característiques estructurals de cada centre. • Sensibilitat del factor de ponderació de la casuística a l'ús d'un conjunt de pesos alternatiu. • Vinculació entre el factor de ponderació emprat en la urgència atesa (IRU) i els costos per raó d'estructura i complexitat. • Cobertura del cost de la prestació: ingressos en relació als costos estimats. • Existència d'informes econòmics.
4. L'aplicació del sistema de pagament de l'atenció hospitalària i especialitzada respon a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors?	4.1. La facturació i la regularització de l'activitat hospitalària es van fer d'acord amb el que preveu la resolució d'aplicació del sistema de pagament? 4.2. L'aplicació del sistema de pagament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts ha permès dotar les entitats proveïdores concertades d'un finançament adient?	• Resolució del conseller de Salut del 27 de maig del 2022, per la qual es determinen, per a l'any 2022, l'import fix i l'import variable de la contraprestació econòmica de l'atenció hospitalària i especialitzada, així com les condicions de facturació en cas que l'activitat realitzada sobrepassi la contractada. • Manual de facturació de l'assistència hospitalària i especialitzada d'aguts. • Eficiència dels criteris amb els quals es facturen les diferents activitats sanitàries. • Els serveis prestats per les entitats proveïdores per compte del CatSalut se satisfan en un termini raonable.

Objectius	Subobjectius	Criteris
	4.3. El CatSalut va finançar serveis d'atenció hospitalària i especialitzada per vies diferents als preus fixats en el marc del sistema de contraprestació ordinari?	• Coherència entre les diferents vies de finançament dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada.
5. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària d'aguts està assolint els resultats que persegueix el CatSalut?	5.1. Els incentius econòmics establerts en el sistema de determinació de preus han produït els efectes esperats, de manera que en resti justificada l'aplicació? 5.2. En quina mesura la contraprestació per resultats ha millorat la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis? 5.3. S'estan assolint millores pel que fa a la qualitat i l'accessibilitat dels serveis d'atenció hospitalària i l'eficiència en la seva prestació?	• Evolució temporal d'indicadors coherent amb l'objectiu de política sanitària. • Variació dels indicadors de resposta significativament més intensa entre les unitats incentivades, amb relació a les unitats no incentivades. • Comparació amb els estàndards o indicadors internacionals: congruència amb els indicadors d'altres països • Pertinència dels objectius i indicadors de la contraprestació de resultats i percentatge d'assoliment. • Evolució temporal d'indicadors coherent amb l'objectiu de política sanitària.

Font: Elaboració pròpia.

6.3. ANNEX 3. PARÀMETRES I PREUS DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓ DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA ESPECIALITZADA

6.3.1. Paràmetres del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts

Quadre 27. Nivells d'estructura, IRR per tipus d'alta i IRU dels hospitals del SISCAT

Centre hospitalari	Nivells estructura	IRR mèdic	IRR quirúrgic	IRR obstètric	IRU
Clínica NovAliança	1	0,5887	0,9536		
Centre MQ Reus	1		1,0019		
Clínica Terres de l'Ebre	1	0,7315	1,0187	0,3539	0,8462
Clínica Girona	1	0,7349	1,0122		
Clínica Salus Infirorum	1	0,6885	0,8942		
Fundació Sant Hospital	2	0,9449	1,1139	0,3869	
Hospital Comarcal del Pallars	2	0,7305	1,0998	0,4728	
Hospital del Vendrell	2	0,7607	1,0385	0,4248	0,9265
Pius Hospital de Valls	2	0,7045	0,8700	0,4018	0,9393
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre	2	0,7193	1,0546	0,4117	
Hospital Comarcal d'Amposta	2	0,8775	0,9538	0,3901	0,7464
Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	2	0,6931	1,0552	0,3854	0,9392
Hospital de Campdevàrol	2	0,8332	1,0383	0,3999	
Hospital Comarcal Sant Bernabé	2	0,8384	1,1268	0,4293	0,9310
Hospital de Sant Celoni	2	0,7842	1,0281		0,8598
Hospital Dos de Maig	2	0,8606	1,0521		0,8248
Hospital Santa Maria	3	0,8766	1,0530		
Hospital Santa Caterina	3	0,7806	1,1203	0,4163	0,9563
Hospital de Figueres	3	0,7865	1,1296	0,4290	1,0118
Hospital de Palamós	3	0,7893	1,0830	0,4087	0,9899
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell	3	0,8048	1,0742	0,4070	1,0626
Hospital Municipal de Badalona	3	0,7236	1,0299		0,9505
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	3	0,7168	1,0945	0,4040	1,0522
Hospital de Mollet	3	0,8847	1,0823	0,4066	1,0497
Hospital Sant Rafael	3	0,8333	1,0537		
Hospital Universitari Sagrat Cor	3	0,7387	1,0767		1,0647
Hospital de Viladecans	3	0,7995	1,0466		0,9984
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	4	0,7492	1,1525	0,4242	0,9361
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	4	0,7468	1,1647	0,4220	0,9747
Corporació de Salut del Maresme i la Selva (Hospital Comarcal de St. Jaume de Calella i Hospital Comarcal de Blanes)	4	0,7001	1,0387	0,4144	1,0602
Hospital d'Igualada	4	0,7396	1,0686	0,4023	0,9928

Centre hospitalari	Nivells estructura	IRR mèdic	IRR quirúrgic	IRR obstètric	IRU
Hospital Universitari de Vic	4	0,7337	1,1296	0,4184	1,1070
Parc Sanitari Sant Joan Déu - Hospital General	4	0,7695	1,1268	0,4162	0,9801
Consorti Sanitari Integral (Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi i Hospital General de l'Hospitalet)	4	0,8418	1,1473	0,4260	1,0103
Consorti Sanitari de l'Alt Penedès - Garraf (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Hospital Residència St. Camil i Hospital St. Antoni Abat)	4	0,7661	1,0870	0,4002	0,9684
Hospital de Mataró	4	0,7921	1,1906	0,4273	1,0056
Hospital General de Granollers	4	0,8443	1,1826	0,4129	0,9077
Hospital de Terrassa	4	0,7462	1,1013	0,4022	0,8756
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	4	0,7725	1,2161	0,4164	1,1830
Althaia, Hospital Sant Joan de Déu	5	0,7858	1,1898	0,4274	
Hospital de Sabadell	5	0,7726	1,1167	0,4157	1,0179
Hospital U. Mútua de Terrassa	5	0,8629	1,1175	0,4305	0,9790
Consorti Mar Parc de Salut (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)	5	0,8531	1,2017	0,4179	1,0646
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida	5	0,8060	1,3592	0,4214	1,1049
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona	5	0,7607	1,3656	0,4484	1,0103
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta	5	0,8628	1,6168	0,4551	1,0539
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	6	0,8615	1,4527	0,4385	0,9942
Hospital Clínic de Barcelona (Hospital Clínic, Maternitat i Plató)	6	0,8381	1,3596	0,4507	1,1728
Hospital Universitari de Bellvitge	6	0,8255	1,6009		1,0848
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona	6	0,8688	1,4763	0,4411	0,9666
Hospital Universitari Vall d'Hebron	6	0,7979	1,3958	0,4844	0,9640
ICO Girona	7	1,2038	1,8809		
Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat	7	0,6553	1,2330	0,4566	0,9235
ICO l'Hospitalet de Llobregat	7	1,2038	1,8809		
ICO Badalona	7	1,2038	1,8809		
Fundació Puigvert - IUNA	7	0,6814	1,0703		0,9792
Institut Guttmann	7				

Font: Resolució del conseller de Salut del 21 de juny del 2022, per la qual s'estableixen, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada.

6.3.2. Preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada

Quadre 28. Preus unitaris de l'alta hospitalària

Altes	Preu unitari
Estructura	
Nivell 1. Hospital complementari	893,51
Nivell 2. Hospital general bàsic de tipus A	1.034,57
Nivell 3. Hospital general bàsic de tipus B	1.116,91
Nivell 4. Hospital de referència de tipus A	1.375,55
Nivell 5. Hospital de referència de tipus B	1.875,19
Nivell 6. Hospital d'alta complexitat	2.363,13
Nivell 7. Hospital monogràfic	
Traumatologia i rehabilitació	2.363,13
Urologia	2.363,13
Oncologia	2.363,13
Pediatría	2.363,13
Casuística atesa	893,51

Imports en euros.

Font: Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Quadre 29. Preus unitaris de l'atenció sanitària a les urgències hospitalàries

Urgències hospitalàries	Preu unitari
Visita de triatge	17,65
Urgència atesa	99,90

Imports en euros.

Font: Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Quadre 30. Preus unitaris de les tècniques, els tractaments i els procediments específics

Tècniques, tractaments i procediments	Preus unitaris
Hospital de dia	231,17
Cirurgia menor ambulatoria	221,81
Cirurgia menor ambulatoria complexa amb anestèsia o sedació per a menors de 15 anys o persones amb discapacitat	
Modalitat baixa	522,98
Modalitat mitjana	1.034,54
Modalitat alta	1.759,25
Tractaments i procediments diagnòstics de radiocirurgia estereotàctica i neuroradiologia	

Tècniques, tractaments i procediments	Preus unitaris
Estudis neurofisiològics diagnòstics per a la cirurgia de l'epilèpsia	11.866,34
Endoscòpia intervencionista d'alta complexitat	593,39
Angiografia diagnòstica	1.475,28
Tractaments i procediments diagnòstics urològics:	
Disfuncions miccionals o enuresi i problemes d'ejaculació	2.715,38
Disfunció erèctil i impotència	1.810,25
Estudi urodinàmic o uroneurològic	226,26
Litiasi renal recidivant	407,35
Accés vascular per a hemodiàlisi	568,49
Litotripsia	2.262,88
Tractaments de medicina nuclear	623,88
Diagnòstic prenatal	
Amniocentesi	271,61
Funiculocentesi	316,79
Biòpsia de cori	477,45
Determinació del DNA fetal en sang materna	368,76
Tractaments de la infertilitat	
Fertilització in vitro de parella	4.690,75
Fertilització in vitro. Criotransferència	1.021,16
Diagnòstic preimplantacional i fecundació in vitro	7.370,04
Inseminació artificial de parella	905,19
Inseminació artificial amb semen de donant	1.378,05
Fecundació in vitro amb semen de donant	5.007,15
Fecundació in vitro amb oòcits de donant vitrificats	8.688,68
Fecundació in vitro amb oòcits de donant en fresc	9.215,84
Fecundació in vitro amb oòcits vitrificats i semen de donant	9.005,07
Fecundació in vitro amb oòcits en fresc i semen de donant	9.532,23
Tractaments especialitzats i quirúrgics per a grans lesions medul·lars	
Avaluació integral periòdica especialitzada	543,06
Rehabilitació integral infantil especialitzada	58,85
Rehabilitació especialitzada de funcions superiors	63,34
Interrupció voluntària de l'embaràs	
Interrupció fins a les 12 setmanes, amb anestèsia local	350,45
Interrupció fins a les 12 setmanes, amb anestèsia general	481,94
Interrupció de 13 a 15 setmanes, amb anestèsia general o sedació	545,27
Interrupció de 16 a 19 setmanes, amb anestèsia general o sedació	822,75
Interrupció de 20 a 22 setmanes, amb anestèsia general o sedació	1.567,22
Donació i extracció d'òrgans	
Detecció de la persona donant	3.273,80
Gestió de la donació sense desplaçament	3.586,61
Gestió de la donació amb desplaçament	3.920,15
Anestesista per a l'extracció	1.010,41
Extracció simple	2.832,39
Extracció de fetge amb oxigenació per membrana extracorpòria (mort en assistència controlada)	5.514,53

Tècniques, tractaments i procediments	Preus unitaris
Extracció de donants per mort en assistència no controlada	5.539,30
Rehabilitació	
Rehabilitació física ambulatoria	
Nivell MA	634,87
Nivell A	212,80
Nivell M	182,23
Nivell B	132,84
Rehabilitació física domiciliària	
Nivell NM. Tarifa A	613,71
Nivell NM. Tarifa B	648,98
Nivell NM. Tarifa C	686,60
Nivell NM. Tarifa D	726,57
Nivell MA. Tarifa A	1.001,68
Nivell MA. Tarifa B	1.060,47
Nivell MA. Tarifa C	1.121,60
Nivell MA. Tarifa D	1.186,26
Nivell A. Tarifa A	764,20
Nivell A. Tarifa B	808,88
Nivell A. Tarifa C	855,90
Nivell A. Tarifa D	905,29
Nivell M. Tarifa A	631,33
Nivell M. Tarifa B	667,80
Nivell M. Tarifa C	706,59
Nivell M. Tarifa D	747,75
Nivell B. Tarifa A	245,71
Nivell B. Tarifa B	259,82
Nivell B. Tarifa C	273,93
Nivell B. Tarifa D	290,39
Rehabilitació de logopèdia ambulatoria	
Nivell AP	493,78
Nivell MP	387,97
Nivell BP	246,90
Nivell AS	105,83
Nivell MS	49,38
Nivell BS	35,28
Rehabilitació de logopèdia domiciliària	
Tarifa A	613,71
Tarifa B	648,98
Tarifa C	686,60
Tarifa D	726,57
Ecografia intervencionista	84,49
Endoscòpia intervencionista	195,64
Dilatació uretral	88,90
Extracció endoscòpica d'un cos estrany	133,38
Tractament amb làser oftalmològic	150,78

Tècniques, tractaments i procediments	Preus unitaris
Tractament dermatològic pediàtric amb làser de colorant	681,60
Polisomnografies	421,51
Tractament de les malalties inflammatòries intestinals	9.346,15
Teràpia per a la degeneració macular senil	1.516,25
Activitat del Sistema d'Informació per a la Vigilància d'Infeccions a Catalunya	38,00
Hospital de dia a domicili	136,35
Lector ocular	149,57
Procediments relacionats amb els implants auditius:	
Implant coclear unilateral	35.375,89
Implant coclear bilateral simultani	66.400,55
Implant osteointegrat	12.650,04
Renovació del processador	6.846,79
Cirurgia de l'obesitat mòrbida	8.544,79
Tractaments aplicats pels equips funcionals d'experts per a l'atenció de l'abús sexual de més de 72 hores i del maltractament infantil greu:	
Acollida i diagnòstic (sense tractament) (€/procés)	491,99
Tractament complet (€/procés)	1.243,97
Tècnica de micropigmentació del complex areola-mugró 3D	
Micropigmentació unilateral (€/procés)	182,75
Micropigmentació bilateral (€/procés)	225,60
Retoc unilateral (3-5 anys després micropigmentació 3D) (€/procés)	68,69
Retoc bilateral (3-5 anys després micropigmentació 3D) (€/procés)	77,35
Tractament renal substitutori	
Hemodiàlisi en serveis de nefrologia	
Hemodiàlisi hospitalària	175,60
Hemodiàlisi hospitalària amb hemodiafiltració en línia	210,62
Hemodiàlisi assistida amb bicarbonat	161,44
Hemodiàlisi assistida amb hemodiafiltració en línia	196,46
Educació, vigilància clínica i controls periòdics (hemodiàlisi domiciliària)	13,24
Hemodiàlisi en unitats d'assistència nefrològica	
Hemodiàlisi assistida amb bicarbonat	161,44
Hemodiàlisi assistida amb hemodiafiltració en línia	196,46
Educació, vigilància clínica i controls periòdics (hemodiàlisi domiciliària)	13,24
Hemodiàlisi en centres de diàlisi hospitalaris	
Hemodiàlisi assistida amb bicarbonat	161,44
Hemodiàlisi assistida amb hemodiafiltració en línia	196,46
Diàlisi domiciliària, cessió de material inventariable	
Per persona malalta que inicia el tractament	3.048,82
Material inventariable, mensualment, per persona malalta	664,85
Material fungible	58,11
Diàlisi peritoneal	
Diàlisi peritoneal ambulatoria contínua	71,24
Diàlisi peritoneal cíclica contínua	107,34
Teràpies respiratòries domiciliàries	
Aspiració de secrecions	0,20

Tècniques, tractaments i procediments	Preus unitaris
Oxigenoteràpia amb bombona portàtil / Oxigen amb bombona (malalts amb cefalàlgia en agrupaments)	0,15
Tractament amb pressió positiva contínua en la via aèria	0,83
Oxigenoteràpia amb concentrador estàtic (inclou cilindre o bombona)	1,16
Oxigenoteràpia amb concentrador estàtic amb carregador de bombona	2,50
Oxigenoteràpia amb concentrador portàtil	2,90
Oxigenoteràpia amb oxigen líquid	2,95
Nebulització amb nebulitzadors tipus jet convencionals / tipus jet amb compressors d'alt flux	0,75
Nebulització amb nebulitzadors electrònics amb malla vibrant / nebulitzadors específics	0,93
Mesura de la saturació d'oxigen mitjançant pulsioxímetre	0,94
Ventilació amb pressió positiva binivell en la via aèria. Modalitat espontània i servoventiladors	1,50
Aclariment mucociliar mitjançant sistema mecànic	3,73
Assistència a la tos mitjançant sistema mecànic	1,55
Ventilació amb ventilador de volum, de pressió o mixt 12 hores (nocturna)	3,00
Ventilació amb ventilador de volum, de pressió o mixt 24 hores	4,70

Imports en euros.

Font: Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Clau:

MA: Molt alt

A: Alt

M: Mitjà

B: Baix

NM: Neuromuscular

AP: Alta complexitat presencial

MP: Mitjana complexitat presencial

BP: Baixa complexitat presencial

AS: Alta complexitat presencial

MP: Mitjana complexitat presencial

BP: Baixa complexitat presencial

AS: Alta complexitat semipresencial

MS: Mitjana complexitat semipresencial

BS: Baixa complexitat semipresencial

Quadre 31. Preus unitaris de l'activitat d'alta complexitat

Activitat d'alta complexitat	Preus unitaris
Tractaments de radioteràpia:	
Radioteràpia de complexitat I	931,54
Radioteràpia de complexitat II	2.628,39
Radioteràpia de complexitat III	3.979,19
Radioteràpia de complexitat IV	5.688,43
Tractaments de braquiteràpia:	
Braquiteràpia	
Els 500 primers casos	861,86
A partir del cas núm. 501	1.270,80
Braquiteràpia oftàlmica	11.730,54
Braquiteràpia prostàtica	16.879,58
Tractaments i procediments diagnòstics digestius i hepàtics d'alta complexitat:	

Activitat d'alta complexitat	Preus unitaris
Cateterisme hepàtic diagnòstic	1.906,20
Cateterisme hepàtic terapèutic	3.910,20
Tractaments i procediments diagnòstics de cardiologia d'alta complexitat:	
Cateterisme cardíac diagnòstic:	
Els 600 primers casos	1.397,88
A partir del cas núm. 601	1.661,81
Cateterisme cardíac terapèutic:	
Els 150 primers casos	3.108,64
A partir del cas núm. 151	3.675,58
Cirurgia cardíaca extracorpòria:	
Els 600 primers casos	8.649,19
A partir del cas núm. 601	9.559,62
Cirurgia major valvular	24.474,13
Cirurgia major coronària	19.303,67
Recanvi valvular aòrtic percutani	33.855,03
Tractament de les arrítmies per ablació	3.108,64
Valvuloplastia endoscòpica	6.696,14
Revascularització transmiocàrdica per làser Omnim YAG	10.752,99
Tractaments i procediments vasculars d'alta complexitat:	
Procediments en l'artèria caròtide i altres precerebrals (cirurgia oberta o endovascular)	9.198,31
Procediments en aneurismes d'aorta abdominal (cirurgia oberta o endovascular)	25.048,16
Tractaments i procediments diagnòstics de radiocirurgia estereotàctica i neuroradiologia	
Radiocirurgia estereotàctica de tumors cerebrals (dosi única)	10.606,36
Radiocirurgia estereotàctica de tumors cerebrals (dosi fraccionada)	11.667,01
Radiocirurgia estereotàctica de malformacions arteriovenoses (dosi única)	12.219,27
Radiocirurgia estereotàctica de malformacions arteriovenoses (dosi fraccionada)	13.446,11
Neuroradiologia intervencionista de nivell I	4.552,19
Neuroradiologia intervencionista de nivell II	12.290,94
Neuroradiologia intervencionista de nivell III	9.104,37
Radiologia intervencionista d'alta complexitat	1.370,80
Tractament quirúrgic del Parkinson: casos nous	44.944,77
Tractament quirúrgic del Parkinson: recanvis	21.435,55
Tractament quirúrgic de l'epilèpsia	17.820,97
Tractament quirúrgic de trastorns obsessivocompulsius	7.671,39
Tractaments especialitzats i quirúrgics per a grans lesions medul·lars	
Tractament quirúrgic per al control voluntari de la micció i l'evacuació	28.597,86
Recuperació funcional de les extremitats superiors en una lesió medul·lar alta	49.232,08
Tractament quirúrgic per al control de l'espasticitat greu d'origen cerebral o medul·lar	19.666,70
Tractament amb implantació de neuroestimulador diafragmàtic	35.474,94
Oxigenació per membrana extracorpòria neonatal	11.721,92
Procediment d'inserció de dispositius d'accés vascular implantable totalment (<i>port-a-cath</i>)	828,43
Procediments de clínica del dolor	1.078,10
Cirurgia oncològica d'alta complexitat amb intenció curativa	
Càncer d'esòfag	33.308,67
Càncer d'estómac	17.015,89
Càncer de pàncrees	17.801,22

Activitat d'alta complexitat	Preus unitaris
Tractament quirúrgic de les metàstasis hepàtiques i del carcinoma primari de fetge	15.747,59
Càncer de recte	12.379,78
Tractament quirúrgic del càncer de pulmó primari i metastàtic	15.494,50
Tractament quirúrgic de tumors benignes i malignes de cervell	18.822,66
Tractament de la carcinomatosi peritoneal	20.994,46
Mastectomia i reconstrucció mamària	
Mastectomia i reconstrucció mamària simultània simple unilateral	5.436,88
Mastectomia i reconstrucció mamària simultània simple bilateral	7.274,94
Mastectomia i reconstrucció mamària simultània complexa unilateral	11.008,75
Mastectomia i reconstrucció mamària simultània complexa bilateral	16.487,39
Trasplantaments	
Trasplantament cardíac	110.693,54
Trasplantament de còrnia	3.619,15
Trasplantament hepàtic	85.716,46
Trasplantament al·logènic de la medul·la òssia	60.334,85
Trasplantament autòleg de la medul·la òssia	39.082,49
Trasplantament de pàncrees	59.191,49
Trasplantament simultani de ronyó i pàncrees	60.790,62
Trasplantament de pulmó	103.654,35
Trasplantament renal	37.685,48
Trasplantament renal amb ABO incompatible	51.793,74
Nounats complexos	
Nounats complexos amb oxigenació per membrana extracorpòrea	71.824,83
Nounats extrems (< 1.500 g). Severitat 3-4	58.634,18
Nounats extrems (< 1.500 g). Severitat 1-2	39.861,25
Nounats (1.500-2.499 g) amb complicacions majors	22.953,55
Nounats (> 2.499 g) amb complicacions majors	17.145,51
Teràpies gèniques	
Teràpies CART en adults (a partir dels 18 anys)	38.062,39
Teràpies CART en edat pediàtrica (< 18 anys)	65.249,82
Oncologia de precisió:	
Tumors sòlids	686,81
Tumors hematològics	625,32
Tumors de la línia germinal	374,84
Tumors pediàtrics	1.014,06

Imports en euros.

Font: Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

Quadre 32. Preus unitaris de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat amb unitats contractades

Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	Preu unitari
Programa integral d'urgències de Catalunya	1.216,39
Programa de bombes d'insulina i monitoratge continu de glucosa	
Bomba d'insulina	9,41
Monitoratge continu de glucosa sistema flash	4,19
Monitoratge continu de glucosa sistema temps real	7,73
Monitoratge continu de glucosa sistema temps real integrat a la bomba	17,14
Sistema híbrid de nansa tancada	23,32
Programa de lipoatròfia facial	
En pacients amb virus d'immunodeficiència humana implantant greix propi	1.180,85
En pacients amb virus d'immunodeficiència humana implantant material sintètic	3.110,42

Imports en euros.

Font: Resolució del 30 de gener del 2023 del conseller de Salut, per la qual es modifica la Resolució del 21 de juny del 2022, per la qual s'estableixen, per a l'any 2022, determinats elements del sistema de contraprestació de l'atenció mèdica i sanitària hospitalària i especialitzada, d'acord amb el Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

6.3.3. Imports assignats per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts**Quadre 33. Relació i import dels serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat executats**

Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	Entitats concertades		ICS	Total SISCAT
	Import 2022	Variació 2022/2021 (%)	Import 2022*	Import 2022
Programa específic d'aliances territorials	161.191.762	38,05	10.280.976	171.472.738
Coordinació entre línies assistencials	19.766.830	-9,17	151.400.698	171.167.528
Atenció a la dona	16.586.255	8,44	418.423	17.004.679
Atenció especialitzada, intensiva i integral discapacitat d'origen neurològic	16.206.553	3,44	-	16.206.553
Cribatge càncer de mama	12.205.432	4,80	1.260.862	13.466.294
Malalties minoritàries en edat pediàtrica	13.454.896	3,49	-	13.454.896
Absorció d'urgències - Urgències extrahospitalàries	12.938.751	3,49	-	12.938.751
Programa especial per a centres aïllats geogràficament i complementaris	12.495.296	3,46	-	12.495.296
Prevenió precoç del càncer de còlon i recte	10.578.174	3,49	1.330.723	11.908.898
Unitat especial de politraumàtics i sèptics de Catalunya	-	-	9.708.688	9.708.688
Atenció farmacèutica a pacients externs	5.674.176	3,49	2.412.428	8.086.604
Unitat funcional de la sida	3.888.014	38,01	3.397.850	7.285.864
Consell genètic	2.864.804	11,17	4.238.864	7.103.668

Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	Entitats concertades		ICS	Total SISCAT
	Import 2022	Variació 2022/2021 (%)	Import 2022*	Import 2022
Unitat de cremats	-	-	6.968.831	6.968.831
Drogodependències	4.444.499	5,21	2.157.302	6.601.801
Penitenciaris	5.444.796	-0,06	311.113	5.755.909
Pla oncològic de Catalunya	5.168.382	3,49	-	5.168.382
Unitat d'hemofília	993.456	79,74	3.468.528	4.461.984
Síndrome de sensibilització central	2.291.535	3,49	1.092.482	3.384.017
Cribratge neonatal	3.033.768	9,17	186.548	3.220.317
Serveis d'atenció pal·liativa pediàtrica integral	1.942.211	3,49	1.157.892	3.100.103
Medicina i teràpia fetal d'alta complexitat	306.320	3,49	2.667.352	2.973.672
Laboratori d'histocompatibilitat	2.560.141	3,49	-	2.560.141
Rehabilitació neurològica i neuromuscular	565.309	3,49	1.955.686	2.520.995
Unitat de prevenció, control i epidemiologia oncològica	2.301.864	7,22	-	2.301.864
Unitat funcional interdisciplinària sociosanitària (UFISS) de cures pal·liatives	1.167.207	3,49	477.549	1.644.756
UFISS geriàtrica	900.841	3,49	556.271	1.457.111
Programa d'al·lèrgies a medicaments	1.394.545	3,49	-	1.394.545
Prevenció i cribratge del càncer ginecològic	1.332.992	76,52	-	1.332.992
Institut de bioquímica	1.293.621	3,49	-	1.293.621
Unitat de neuroimmunologia clínica	-	-	1.232.897	1.232.897
Cambra hiperbàrica	1.216.573	3,49	-	1.216.573
Hemofília i coagulopaties congènites	1.181.185	3,49	-	1.181.185
Microcirurgia reconstructiva postneoplàsica	1.161.451	24,64	-	1.161.451
Atenció alumnat amb necessitats especials de salut als centres educatius	911.366	-	108.783	1.020.149
Equip d'assessorament i suport especialitzat en neurorehabilitació	790.244	2,97	-	790.244
Prevenció de complicacions de la discapacitat d'origen neurològic	724.156	2,97	-	724.156
Tipificació HLA de donants no emparentats del Registre de donants de medul·la òssia	682.483	3,49	-	682.483
Programa específic d'adequació de l'activitat assistencial	675.944	3,49	-	675.944
Tumors ossis i parts toves (sarcomes)	618.648	3,49	-	618.648
Vacunacions d'adults	563.159	3,49	-	563.159
Alcoholisme	495.221	3,49	-	495.221
Referència de malalties importades d'alta transmissibilitat	457.306	3,49	-	457.306
Programa especial de reimplantació de membres	358.931	3,49	-	358.931
Tractament integral ambulatori de la discapacitat d'origen neurològic en edat pediàtrica	355.931	2,97	-	355.931
Registre de tumors	308.489	3,49	21.310	329.799

Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat	Entitats concertades		ICS	Total SISCAT
	Import 2022	Variació 2022/2021 (%)	Import 2022*	Import 2022
Tractament mèdic de la identitat de gènere	233.686	3,49	-	233.686
Programa especial de segona opinió	184.438	3,49	-	184.438
Dessensibilització de fàrmacs citostàtics i no citostàtics	162.712	3,49	-	162.712
Programa del sistema de vigilància d'infeccions		-	110.656	110.656
Programa de criopreservació de gàmetes	104.094	3,49	-	104.094
Complement incentiu de docència		-	15.400	15.400
Total serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat finançats amb una quantia anual assignada	334.178.447	18,20	206.938.110	541.116.557

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de la documentació facilitada pel CatSalut.

* L'activitat de l'ICS per compte del CatSalut s'ha valorat d'acord amb els preus i les regles de facturació que el CatSalut aplica a les entitats concertades.

Quadre 34. Contraprestació de les consultes externes per hospitals

Hospitals	Import 2022	Variació 2022/2021 (%)
Hospital Clínic de Barcelona (Hospital Clínic, Maternitat i Hospital Plató)	42.886.987	11,76
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	35.890.460	4,06
Consorci Mar Parc de Salut (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)	34.550.987	3,51
Consorci Sanitari Integral (Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi i Hospital General de l'Hospitalet)	29.509.323	3,69
Hospital de Sabadell	27.878.851	3,52
Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues	20.236.278	3,41
Hospital Universitari Mútua de Terrassa	19.436.501	3,49
Hospital General de Granollers	18.966.049	15,69
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	18.796.489	3,49
Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa	16.789.007	3,49
Hospital de Terrassa	16.182.615	5,77
Hospital de Mataró	15.122.740	3,49
Consorci Sanitari de l'Alt Penedès - Garraf (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Hospital Residència St. Camil i Hospital St. Antoni Abat)	14.176.190	4,08
Hospital Sanitari del Parc Sanitari Sant Joan de Déu	14.085.252	24,64
Hospital Universitari del Sagrat Cor	13.858.216	3,49
Corporació de Salut del Maresme i la Selva (Hospital Comarcal de St. Jaume de Calella i Hospital Comarcal de Blanes)	13.080.831	3,49
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	12.026.216	3,49
Hospital de Mollet	10.939.394	3,49
Hospital d'Igualada	10.338.443	3,49
Hospital General de Vic	9.925.379	3,49
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	8.640.119	3,49
ICO Hospitalet	8.629.148	3,49
Hospital de Dos de Maig	8.123.992	3,49

Hospitals	Import 2022	Variació 2022/2021 (%)
Hospital del Vendrell	7.864.280	3,49
Hospital de Palamós	7.838.100	3,72
Hospital de Santa Caterina	7.770.971	3,49
Pius Hospital de Valls	7.445.438	3,49
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell	7.312.305	3,49
Hospital de Santa Maria	7.200.018	6,24
Fundació Puigvert - IUNA	6.756.177	3,49
Hospital Municipal de Badalona	6.736.830	3,49
Hospital de Figueres	5.916.620	3,49
Hospital Sant Rafael	5.740.740	3,48
Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	3.988.329	3,49
Hospital Comarcal d'Ampostà	3.154.958	3,49
ICO Badalona	3.078.902	3,49
Hospital Comarcal Móra d'Ebre	2.907.245	3,49
ICO Girona	2.906.971	3,49
Hospital Comarcal Sant Bernabé	2.744.817	3,49
Hospital de Sant Celoni	2.371.892	3,49
Hospital de Campdevàrol	1.474.171	3,50
Fundació Sant Hospital	1.108.101	3,49
Hospital Comarcal del Pallars	1.032.834	3,49
Clínica Terres de l'Ebre	906.242	6,62
Clínica Girona, SA	570.419	3,49
Centre MQ Reus	434.572	195,16
Clínica Salus Infirmorum	93.726	3,49
Clínica NovAliança	-	-
Fundació Institut de Neurorehabilitació Guttmann	-	-
Total	517.424.126	5,13

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'activitat facturada per les entitats proveïdores concertades el 2022.

6.4. ANNEX 4. MOSTRA DE SERVEIS, DISPOSITIUS I PROGRAMES ESPECÍFICS DE RECONEGUDA NECESSITAT

Quadre 35. Finalitat i actuacions d'una mostra de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat

Programes	Import assignat hospitals concertats	Finalitat	Actuacions
Programa específic d'aliances territorials	161.191.762	Assegurar la integració, la continuïtat i el seguiment de l'activitat assistencial entre les línies d'atenció hospitalària i especialitzada, d'atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària, atenció sociosanitària i atenció a la salut mental, així com entre els diferents proveïdors d'un determinat territori.	Recull la provisió assistencial que no es podia contractar per falta de definició concretada i ja aprovada al Consell de Direcció, o bé perquè es tracta de cooperacions entre centres. Els conceptes dels àmbits d'actuació més rellevants són: - Aliances territorials entre entitats: 8 M€ - Provisió especialitzada a territoris aïllats: 4 M€ - Aliances i ordenacions assistencials relacionades amb la millora del procés d'atenció en: a) Atenció oncològica complexa: 15 M€ b) Activitat d'alta complexitat: 22 M€ c) Malaltia vascular: 5 M€ d) Programes de salut mental en procés de concreció: 3 M€ e) Millora de la capacitat resolutiva: 15 M€ - Desplegament i consolidació de llits d'unitats de cures intensives: 48 M€ També recull totes les activitats que estan relacionades amb altres línies assistencials no incloses directament a l'hospital però que requereixen una coordinació en xarxa, com per exemple: - La Casa de Sofia, referent per a l'atenció pal·liativa pediàtrica a tot Catalunya: 3 M€ - Actuacions de millora en l'àmbit farmacèutic i ús racional dels medicaments: 2 M€
Coordinació entre línies d'assistència	19.766.830		Actuacions de coordinació i activitats entre línies assistencials.
Atenció a la dona	16.586.255	Donar suport d'atenció especialitzada en les activitats relacionades amb la promoció de la salut de les dones, així com la prevenció de malalties.	Activitats de facultatius de l'atenció especialitzada relacionades amb la promoció de la salut de les dones i la prevenció de malalties que estan protocol·litzades amb les activitats d'atenció primària del mateix àmbit.
Atenció especialitzada intensiva i integral de la discapacitat d'origen neurològic	16.206.553	Donar compliment a l'especificitat de la prestació de l'atenció que es contracta a l'Institut Guttmann de manera singular, d'acord amb la disposició cinquena del Decret 118/2014.	Activitat que té com a finalitat restituir i minimitzar les alteracions funcionals aparegudes en les persones afectades per una lesió medul·lar, un dany cerebral adquirit o altres patologies discapacitants d'origen neurològic. Inclou les activitats d'hospitalització i tractament medicoquirúrgic, rehabilitació ambulatoria en règim d'hospital de dia, rehabilitació de funcions superiors, consulta externa de pacients adults, avaluació i proves complementàries.

Programes	Import assignat hospitals concertats	Finalitat	Actuacions
Malalties minoritàries en edat pediàtrica	13.454.896	Garantir una qualitat assistencial adequada als pacients amb malalties minoritàries en edat pediàtrica.	Atenció integrada i coordinada entre els diferents serveis i nivells assistencials mitjançant unitats multidisciplinàries.
Absorció d'urgències – urgències extrahospitalàries	12.938.751	Garantir la qualitat dels serveis d'atenció a la demanda urgent.	Aportació complementària als hospitals que la requereixen per realitzar l'activitat urgent en l'àrea de referència i en altres àrees a les quals han de donar suport.
Especial per a centres aïllats geogràficament i complementaris	12.495.296	Donar atenció sanitària malgrat la baixa demanda.	Aportació complementària per prestar atenció sanitària als centres aïllats geogràficament i que tenen poca demanda.
Cribatge neonatal	3.033.768	Detectar precoçment les malalties endocrí-metabòliques.	Proves de cribatge neonatal.
Laboratori d'histocompatibilitat	2.560.141	Donar servei a tots els equips de trasplantament d'òrgans dels 9 hospitals trasplantadors de Catalunya.	Dotar de recursos al Laboratori d'Histocompatibilitat de Catalunya, que és el centre de referència per als estudis immunològics en trasplantament d'òrgans de Catalunya. Entre altres funcions, el laboratori és dipositari de la llista d'espera de tots els receptors renals de Catalunya, la manté i la gestiona. D'altra banda, el Laboratori d'Immunologia actua com a centre de guàrdia de trasplantaments i fa la tipificació de l'antigen leucocitari humà dels donants de tota la xarxa.
Unitat de prevenció, control i epidemiologia oncològica	2.301.864	Disminuir l'impacte del càncer en la població mitjançant la prevenció.	Practicar intervencions per prevenir el càncer, fer recerca clínica i epidemiològica, elaborar material informatiu per a la ciutadania i aportar informació sanitària relacionada amb l'oncologia amb finalitats estadístiques.
Microcirurgia reconstructiva postneoplàsica	1.161.451	Prevenir i tractar els limfedemes i fer la reconstrucció mamària.	Tractament de limfedemes (l'acumulació anormal de líquid en els teixits tous per una interrupció o alteració del sistema limfàtic que en la majoria de casos es produeix amb dones amb càncer de mama) i de reconstrucció mamària amb penjoll o DIEP (utilitzant pell i greix de l'abdomen).
Total	261.697.567		
Percentatge respecte del total	78,31		

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació facilitada pel CatSalut.

6.5. ANNEX 5. GLOSSARI DE TERMES

Les definicions que no tenen indicada la font són d'elaboració pròpia.

- **Alta complexitat:** vegeu *terciarisme*.
- **Case mix:** literalment, 'combinació de casos'. Aquest neologisme fa referència a la classificació de pacients en grups caracteritzats per ser clínicament coherents i presentar un consum de recursos homogeni en termes esperats dins del grup. S'utilitza també indistintament com a sinònim de *casuística* o de *complexitat* (o *complexitat de la casuística*).
- **Case mix index:** vegeu *índex de casuística*.
- **Casuística:** conjunt dels casos atesos en un centre assistencial. S'utilitza també indistintament com a sinònim de *case mix* o de *complexitat* (o *complexitat de la casuística*).
- **Centre de salut:** institució dedicada a l'atenció, la promoció i l'educació de la salut de la població compresa en una àrea determinada. Font: TERMCAT.
- **Comorbiditat:** coincidència en una persona d'un o més problemes de salut crònics addicionals a un altre problema de salut, sovint també crònic, que es considera principal o que és objecte d'estudi. Font: TERMCAT.
- **Complexitat (o complexitat de la casuística):** terme que en aquest informe fa referència al consum de recursos que suposa una determinada combinació de casos o pacients tractats. Vegeu *índex de casuística*.
- **Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD):** registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu sobre activitat i morbiditat sanitàries. Hi ha diferents registres segons l'àmbit. Font: CatSalut.
- **Grups relacionats pel diagnòstic (GRD):** sistema de classificació que, mitjançant un algorisme, agrupa els pacients atesos en un centre hospitalari en grups clínicament homogenis i amb un consum de recursos similar.
- **Índex de casuística:** aproximació quantitativa al consum de recursos que suposa una determinada combinació de casos o pacients tractats; es tracta d'una mesura del *case mix* (o casuística). Índex que estima els recursos que ha consumit la casuística d'un centre assistencial. Font: TERMCAT.
- **Índex relatiu d'urgències (IRU):** indicador que relaciona el preu mitjà de la urgència atesa per a tot el sistema amb el preu de la urgència atesa d'acord amb la complexitat de l'ac-

tivitat registrada. S'obté a partir dels registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR).

- **Intensitat relativa de recursos (IRR):** indicador que mesura la complexitat relativa atesa per un hospital del SISCAT, i que s'utilitza per ajustar el preu unitari de l'alta per casuística en el pagament de l'activitat d'hospitalització. Es calcula com el quocient entre el pes mitjà de la complexitat de les altes ateses pel centre i el pes mitjà de la complexitat de les altes ateses per la xarxa hospitalària d'utilització pública, segons la informació recollida en el conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts (CMBD-HA) en un període de temps determinat, excloent-ne les altes corresponents a l'alta complexitat. S'estableix una IRR per a cada hospital i per a cadascun dels 3 tipus d'alta: mèdica, quirúrgica i obstètrica. Font: CatSalut.
- **Morbiditat:** quantitat de persones d'una població o d'un grup afectades per una certa malaltia. Font: TERMCAT.
- **Nivell assistencial:** distribució de l'assistència sanitària en relació amb la prestació de serveis de salut. Font: TERMCAT.
- **Prevalença:** nombre de persones afectades per una malaltia determinada, o per un factor de risc determinat, en un període de temps concret amb relació al nombre total d'habitants d'una àrea geogràfica o social. Font: TERMCAT.
- **Terciarisme:** conjunt de serveis altament especialitzats que comporten un molt elevat requeriment tecnològic i expertesa professional, habitualment d'un cost elevat i que, atesa la seva baixa prevalença i alta complexitat, es beneficien de la concentració en un nombre reduït de proveïdors. Font: Pla de salut de Catalunya, 2011-2015.
- ***Urgency related groups* (URG):** sistema australià de classificació de les urgències ateses en un centre hospitalari.

7. TRÀMIT D'AL·LEGACIONS

D'acord amb la normativa vigent, el projecte d'informe de fiscalització va ser tramès al Servei Català de la Salut (CatSalut) el 21 de febrer del 2025, per complir el tràmit d'al·legacions.

El Servei Català de la Salut va demanar una pròrroga per presentar les al·legacions, i el termini es va ampliar fins al 14 de març del 2025.

7.1. AL·LEGACIONS REBUDES

L'escrit d'al·legacions presentat pel Servei Català de la Salut a la Sindicatura de Comptes, signat electrònicament el 14 de març del 2025 pel seu director, es reproduïx a continuació.

"Al·legacions a l'informe de Sindicatura de Comptes REF.16/2023-C: Sistema de Contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres del SISCAT per compte del CatSalut, exercici 2022

I. REFLEXIONS GENERALS

1. Reflexions de caràcter pressupostari

La contraprestació dels serveis d'atenció sanitària, inclosos els d'atenció hospitalària d'aguts, es finança a través del pressupost de salut. És important destacar que el pressupost consolidat de Salut no cobreix les necessitats de crèdit per fer front a la totalitat de la despesa meritada durant l'exercici. En concret, en l'exercici 2022 subjecte a fiscalització, la despesa meritada pel consolidat de l'agrupació Salut – Departament de Salut, Servei Català de la Salut i Institut Català de la Salut – va ascendir a 14.019 milions d'euros. D'aquesta despesa, estaven coberts amb crèdit inicial només 10.687,2 milions d'euros. Els suplementes de crèdit que es van generar durant l'exercici van poder disminuir aquest diferencial, i finalment es van acabar desplaçant 2.179,5 milions d'euros. Aquesta situació no és excepcional de l'exercici subjecte a l'anàlisi. Si analitzem el període 2022-2024 (aquest últim amb dades de tancament provisional), la despesa meritada respecte el pressupost inicial es situa entre un 24% i un 27% per sobre, fet que acaba generant que, malgrat els suplementes de crèdit que s'activen durant l'any, entre el 15% i el 18% de la despesa s'acabi desplaçant a l'exercici següent.

Aquesta situació obliga a activar diversos mecanismes per poder fer front a la insuficiència de crèdit. Amb caràcter general, el pagament de concerts es desplaça dos mesos, és a dir, en el mes desembre es paga la factura del mes d'octubre. Així mateix, l'Institut Català de la Salut té la capacitat de generar-se crèdit sense necessitat que el Servei Català de la Salut en disposi. Aquest mecanisme és possible perquè l'ICS registra la previsió d'ingressos en el moment en què el CatSalut valida i conforma la facturació, la qual cosa comporta el reconeixement del dret d'ingrés. Sobre la base d'aquest dret reconegut, es genera el corresponent crèdit pressupostari que permet augmentar el pressupost de despeses. Posteriorment, quan la Tresoreria ordena el pagament dels documents d'obligació del CatSalut, es produeix l'ingrés efectiu en fase de recaptació i es vincula al dret d'ingrés prèviament reconegut. Aquest mecanisme explica el perquè el Servei Català de la Salut no pot formalitzar el Contracte Programa amb l'ICS. L'any 2022, l'Institut Català de la Salut va generar-se crèdit per valor de 502 Milions d'euros sota aquest mecanisme. Aquesta situació, que es repeteix any a any, amb imports que varien segons les disponibilitats pressupostàries i el creixement de la despesa màxima assumible de l'ICS, fan ara per ara difícil que es pugui formalitzar el contracte programa de l'ICS per manca de crèdit.

Més enllà de les limitacions a efectes del contracte programa de l'ICS, les mancances de crèdit també dificulten tot sovint la formalització de les clàusules amb el sector concertat. Els increments salarials pactats des de l'Estat cada cop més es vinculen a

l'evolució de paràmetres macroeconòmics que alteren, amb caràcter retroactiu, la despesa de les entitats i, en conseqüència, la tarifa que ha d'oferir cobertura a aquest encariment del principal factor de producció.

A efectes de contextualització sobre la dinàmica de funcionament del sistema (en el ben entès que ens situem fora de l'exercici objecte d'anàlisi), cal fer esment de l'Acord de Govern de 23 de desembre de 2024 pel qual es determina la despesa meritada del Departament de Salut, el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut per a l'exercici 2025 i se n'autoritza l'assumpció de compromisos. Aquest acord de Govern determina per a l'exercici 2025 un límit per a la Despesa Meritada 2025, que es marca un creixement del 3,2% sobre la base de despesa meritada 2024 que, amb dades de tancament avançat, s'aproxima als 15.616,9 Milions d'euros a càrrec de recursos generals. Aquest Acord de Govern ofereix un marc estable per a l'agrupació salut i reconeix que la despesa supera amb escreix el pressupost prorrogat del 2023.

2. Reflexions en relació al model propi de Catalunya d'organització dels serveis públics de salut i el seu sistema de pagament

Els antecedents de l'Informe recullen profusament la història del model sanitari català, des de les transferències fins al moment de la constitució del SISCAT. Aquests antecedents no s'acompanyen però de l'evolució dels sistemes de pagament. L'any 1981, el model de finançament era fonamentalment pressupostari. Amb la necessitat d'articular la relació amb la nova xarxa concertada, l'any 1986 es defineix un nou sistema de pagament per activitat basat bàsicament en l'estada hospitalària i uns factors d'equivalència que permeten la traducció de la resta de l'activitat. El model tenia en compte els diferents nivells de complexitat estructural dels hospitals i introduïa elements d'eficiència com l'estada mitjana esperada.

L'any 1990 s'implanta el conjunt mínim bàsic de dades i es fa palesa la necessitat evident de disposar d'un sistema de contractació més sensible a les necessitats assistencials. L'any 1997 s'introdueix un model prospectiu de compra de casos que té en compte la complexitat assistencial de l'hospitalització i permet el desenvolupament de noves línies de serveis. Aquest nou model, regit pel Decret 179/1997, de 22 de juliol, pel qual s'estableixen les modalitats de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut, es fonamenta en uns pilars bàsics. El més rellevant potser és que l'assistència hospitalària es tractaria com un tot, mitjançant un pressupost global, i la distribució es faria a partir de la compra de serveis. Mitjançant el pressupost global es dona prioritat a certes actuacions sanitàries en detriment d'altres, tot sota paràmetres de política sanitària prèviament establerts.¹

És important destacar aquest fet perquè el model vigent des del 1997 fins a la publicació del Decret 118/2014 sobre contractació de serveis sanitaris, vigent i que regeix actualment l'encàrrec d'activitat assistencial per compte del CatSalut, influeix en gran mesura en la situació actual dels sistemes de pagament. En primer lloc, aquesta concepció de pressupost global encara persisteix. En el disseny del nou sistema de pagament s'introdueixen modificacions sobre el model anterior que

¹ Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009 Evolució històrica i perspectives de futur. Servei Català de Salut 2009

permeten una millor adequació de la compra de serveis a les necessitats - com per exemple la subdivisió de les altes en diverses tipologies – i, tot i que inicialment s'estudien canvis més substantius encaminats a la compra per procés, finalment s'acaba implantant un model més conservador. En aquest sentit cal destacar dos aspectes fonamentals. En primer lloc, tot i que la finalitat de la compra de serveis és dirigir l'activitat a les necessitats de la població, persisteix la concepció de pressupost global. Així mateix en el disseny de 2014, la major part de les tarifes no es basen sobre escandalls de costos sinó que parteixen de l'assignació històrica, i cerquen una distribució més ajustada a les prioritats en base a les necessitats. Per exemple, quan es determina el valor de la hospitalització no es qüestiona l'import destinat a aquest concepte sinó que es propicia una distribució diferent en base als pesos de cada GRD.

És important destacar que, tot i no ser una finalitat del Servei Català de la Salut pròpiament, la sostenibilitat dels proveïdors és un factor fonamental del model. En aquest sentit, es vetlla per a que els sistemes de pagament no comportin canvis massa sobtats en el pressupost global dels proveïdors que puguin originar problemes en la seva sostenibilitat. L'amenaça de la continuïtat dels serveis públics de salut (basats en una estructuració de xarxa –SISCAT i inicialment XHUP- concebuda des de la seva creació sota criteris d'estabilitat, enllaçant amb la normativa bàsica estatal (Llei 14/1986, general de sanitat) pot veure's amenaçada. En aquest sentit convé tenir en compte que els hospitals estan molt lligats a elements de política territorial. D'una banda, són sovint la primera empresa del territori, amb professionals d'alta qualificació i, alhora, es consideren també un servei essencial que evita el desarrelament dels ciutadans al territori. L'estructura dels costos hospitalaris és molt rígida donat l'elevat pes del recurs humà, que s'adapta amb el temps a l'estructura d'ingressos dels centres. Per tant, canvis radicals en el sistema de pagament no permeten l'adaptació immediata dels proveïdors sense tensions socials importants. Per aquest motiu, gran part dels incentius no radiquen en el preu sinó en el què es compra i com es compra. Darrerament, com s'ha fet el nou model d'atenció primària, s'ha vingut procurant no pervertir el model resultant i, a canvi, es propicia una convergència progressiva a través de plans de convergència i un factor sostenibilitat.

El model sanitari català, constituït fonamentalment a partir de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (i desenvolupat a partir de normativa reglamentària, entre d'altres el Decret 118/2014, de constant referència) s'articula en termes descentralitzats. Això s'estén a les entitats públiques mitjançant les quals l'Administració de la Generalitat de Catalunya, a través del Servei Català de la Salut, assumeix la prestació directa dels serveis públics de salut (en coexistència amb les fórmules de prestació indirecta). En aquest sentit, les entitats comparteixen un efectiu règim d'autonomia de gestió (el sector públic institucional a partir dels articles 68 i següents de la Llei 7/2011, del 27 de juliol, de mesures fiscals i financeres, en el ben entès que l'ICS se sotmet al seu règim específic, mitjançant la seva pròpia llei reguladora: Llei 8/2007, de 30 de juliol). Aquesta realitat implica que les entitats proveïdores del sistema públic de salut (les que gestionen els centres de les xarxes assistencials que integren el SISCAT) prenen les seves decisions estratègiques pròpies adaptades a la seva realitat, capacitats, entorn social i demogràfic, per complir les funcions assistencials que tenen assignades per part del Servei Català de la Salut. Aquesta ha estat una fortalesa històrica del nostre sistema de salut: li aporta flexibilitat i adaptabilitat al territori. A la vegada, implica que l'estructura de les contraprestacions no pugui articular-se exclusivament en termes de costos homogenis (perquè als factors generals comentats s'hi suma les decisions pròpies de cada entitat en exercici del seu règim d'autonomia, que en alguns

casos implica fins i tot altres sectors d'activitat com el de Drets Socials). Al prisma institucional i corporatiu, que acabem d'intentar enfocar de manera resumida, entenem que cal afegir-li un de sistèmic. El model productiu de cadascuna d'aquestes entitats proveïdores, fins i tots dels diferents centres que es troben sota la seva gestió en el marc del SISCAT, no resulta reduïble a un model productiu mecànic que es veu afectat per els condicionants socioeconòmics de la seva població i per la pròpia estructura de la xarxa sanitària o de serveis socials. El procés assistencial que persegueix l'Administració de la Generalitat de Catalunya a través del CatSalut, ha de basar-se en criteris de qualitat, d'equitat territorial, de superació de les desigualtats socials (en definitiva del conjunt de principis informadors que la LOSC atribueix al sistema sanitari de Catalunya). El sistema, doncs, es basa en les persones: en les que requereixen els serveis públics i en els professionals que els proveeixen. Professionals altament qualificats que inevitablement tenen abordatges diferents dels mateixos problemes enfocats sobre persones que viuen realitats socials molt diferenciades i que, precisament en virtut de la permeabilitat dels centres al territori, poden haver derivat cap a prioritats sensibles a aquesta realitat canviant. Així dos pacients amb condicionants socioeconòmics diferents i idèntiques situacions des del punt de vista assistencial, poden exigir abordatges diferents en funció de l'estructura de suport social (ja sigui familiar o directament de drets socials) o fins i tot de la disponibilitat de places d'atenció intermèdia. Aquests condicionants poden suposar allargaments en les estades d'hospitalització i del seu cost, per exemple, o dificultat en l'abordatge ambulatori de determinats procediments. Hi ha una estructuració subjectiva del model assistencial vinculada a la qualitat assistencial (executada pels professionals de la sanitat) que inevitablement dificulta la pretensió d'una contraprestació exclusivament (insistim en la idea de "exclusivament") basada en costos homogenis (ni tan sols amb la introducció de variables de rectificació, necessàriament limitades). Això en cap mesura la fa arbitrària: al contrari, se sustenta sobre fonaments objectius que s'intenten visualitzar conjuntament en aquesta reflexió prèvia general (i que després es traslladen segmentadament a la resposta als diferents apartats). Això no exclou l'esforç (que també procurem visualitzar) d'una aproximació que necessàriament ha de tenir, i té, en compte la realitat dels costos del sector. L'autonomia de gestió, els condicionants socials de la població de referència, la pròpia descentralització del model català de sistema públic de salut i de la concepció acordada jurídicament per protegir la seva qualitat assistencial, que ve reconeguda i emparada per la normativa que ordena el propi sistema de forma expressa, no pot deslligar-se del marc normatiu que estableix la mecànica per aprovar les contraprestacions del propi sistema. Hi ha una congruència normativa i organitzativa en no associar exclusivament la contraprestació pels serveis assistencials a uns costos teòrics. Ens hi referim a continuació a un nivell més analític.

En els anys posteriors a la implantació del nou sistema de pagament, es van introduir un nombre significatiu de noves prestacions, el preu de les quals es basa ja sí en escandalls de costos, alhora que poc a poc es van revisant els diferents conceptes existents, especialment quan es produeixen canvis substancials en la tècnica, ja sigui a petició de les associacions de proveïdors o per iniciativa del propi CatSalut. Aquestes revisions es van fer de manera progressiva i sempre consensuades amb el sector.

Com a mostra que es manté la filosofia de pressupost global en termes de finançament dels costos de l'activitat i les tarifes s'incrementen amb caràcter general anualment sobre la base de l'augment dels costos estimats del sector de la línia en qüestió (i la disponibilitat pressupostària) i en base a la seva estructura de costos de la línia d'activitat, però no per tipologia d'activitat. Així, quan s'aprova un increment retributiu

pel conjunt del SISCAT i es fa el seu trasllat a tarifa, aquest increment s'aplica de manera generalitzada a pràcticament tots els conceptes de contractació/encàrrec (amb algunes excepcions) de cada línia, sense tenir en compte si el pes dels recursos humans és diferent en una tècnica o una altra. Una altra mostra d'aquesta concepció del pressupost global és el fet que el nivell estructural de l'hospital només condiciona el preu de l'alta, però aquesta diferenciació no existeix en cap altra tarifa. És obvi que l'estructura (entesa com allò que fa possible respondre a una cartera de serveis de l'hospital en termes de complexitat) no només afecta l'alta hospitalària. Posant per exemple una de les altres activitats referides àmpliament en l'informe de Sindicatura, el cost de les urgències hospitalàries està en gran part condicionat per l'estructura de guàrdies que té un hospital i aquesta última va vinculada a la cartera de serveis: a hospital més gran, més complex, més especialitats estan de guàrdia. Si hom revisa el estudi de costos de la urgència que menciona l'informe de Sindicatura de les associacions de proveïdors, podrà evidenciar que la major part de la despesa es relaciona amb aquesta estructura de guàrdies.

Sense perjudici de tot l'anterior, això no vol dir que els sistemes de pagament no s'hagin de refinar progressivament per a reflectir millor les estructures de costos associades a cada tipologia d'activitat. Tal i com es va exposar en les reunions amb la Sindicatura de Comptes, la Comissió de Sistemes de Pagament continua treballant en el refinament del sistema, en aspectes com una millor aproximació al cost de la urgència i de l'alta. Nogensmenys i, de cara a futur, els sistemes de pagament s'han d'encaminar al finançament de les necessitats de la ciutadania i a l'aportació de valor de la prestació. Durant anys, la compra de serveis i els sistemes de pagament han anat encaminats a incentivar l'increment de la producció i la productivitat, per tal de donar resposta a un increment de la pressió assistencial derivada de l'increment de cobertura (amb la universalització de l'assistència) i l'increment de la pressió assistencial derivat de l'increment de població i del seu envelliment. El repte actual no està tan encaminat als costos de cada activitat i al finançament de la provisió, sinó a posar el ciutadà i les seves necessitats al centre, i buscar sistemes de pagament que facilitin el funcionament en xarxa, i que es maximitzi el valor en termes de resultats que s'aporta als ciutadans. En aquest sentit, ja s'està treballant en l'assignació poblacional – per tal de valorar els impactes del sistema de pagament en la distribució de recursos des de la perspectiva de la ciutadania- i en evolucionar els models de compra de serveis que estiguin basats en paràmetres poblacionals d'activitat esperada. Properament es pretén ja introduir una perspectiva més longitudinal sobre els processos d'atenció i l'impacte sobre els resultats en la població.

3- Reflexions generals en relació a les consideracions de naturalesa jurídica incorporades a l'informe.

En primer lloc, proposaríem una revisió conceptual de l'estructura de l'informe de Sindicatura de Comptes respecte l'actual comprensió de les empreses públiques i consorcis del sector públic de la Generalitat (que des dels efectes de l'entrada en vigor de la Llei de contractes del sector públic ha evolucionat per influència de la normativa i de la interpretació que se n'ha consolidat). Les EPIC que estatutàriament tenen com a funció la prestació dels serveis públics de salut a la població venen sent considerades pels diversos operadors del sistema (des d'òrgans de gestió, fins òrgans de control i les pròpies EPIC) com expressions institucionalitzades de la pròpia administració sanitària competent per dur a terme la prestació directa dels serveis de la seva competència. És a dir, aquestes EPIC (participades íntegrament o de forma majoritària per la Generalitat, pertanyents al seu sector públic, incorporades al seu pressupost,

subjectes a les seves normes de control, sectoritzades al seu perímetre i adscrites al Servei Català de la Salut) tenen la consideració d'una fórmula de prestació directa per part de l'Administració de la Generalitat, en termes, això sí, de descentralització funcional. Això permet (extrem que tampoc ha estat objecte de qüestionament) un tractament homogeni (a nivell d'instruments d'encàrrec i tarifes aplicables) amb les entitats proveïdores externes, que sí realitzen la prestació dels serveis públics de salut en termes indirectes. Aquesta combinació entre sistema de prestació directa i homogeneïtat sota una visió única de sistema té un fonament legal en el règim d'autonomia de gestió (ja citat amb anterioritat) recollit a l'article 68 i següents de la Llei 7/2011, del 27 de juliol. Permet, a la vegada, una distinció objectiva amb la regulació corporativa de l'Institut Català de la Salut, empresa pública de la Generalitat que en aquest cas compta amb el seu règim legal específic, establert a la Llei 8/2007, de 30 de juliol.

Aquesta consideració s'efectua exclusivament a efectes de situar la reflexió i les al·legacions a la proposta d'informe en un mateix plànol.

En segon lloc, entenem d'interès plantejar una aproximació a l'assumpte de la determinació de les contraprestacions aplicables a l'activitat encarregada per part del Servei Català de la Salut des d'una perspectiva formal: de subjecció a la corresponent habilitació competencial per a la determinació de les tarifes aplicable, i de compliment del principi de legalitat. Ens hi referim, de forma resumida, en els següents paràgrafs.

La primera consideració a efectuar és l'àmbit competencial a l'hora d'establir determinades fórmules de gestió indirecta i les corresponents tarifes (en el ben entès que resulten aplicables al conjunt d'entitats del sector públic salut exceptuant-ne l'ICS). A aquest efecte, l'article 14.1 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, a les lletres g) i k), recull que són funcions del Consell de Direcció del Cat-Salut, entre d'altres:

“g) Fixar els criteris generals, i establir i actualitzar els acords, els convenis i els concerts per a la prestació dels serveis, tenint en compte, amb caràcter previ, la utilització òptima dels recursos sanitaris públics.

k) Proposar al Departament de Sanitat i Seguretat Social els preus i les tarifes per la prestació i la concertació de serveis, així com llur modificació i revisió.”

Respecte a la primera funció, s'ha d'indicar que el Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, mitjançant Acord de 31 de gener de 2022, del qual es va donar publicitat mitjançant la Resolució SLT/627/2022, de 4 de març (DOGC núm. 8624, de 11/03/2022) va delegar determinades funcions en la persona titular de la Direcció d'aquesta institució. En concret, pel que afecta a l'objecte d'aquesta valoració, va delegar:

“ 1.1. L'establiment, l'actualització i la formalització d'acords, convenis, encàrrecs de gestió i fórmules de gestió integrada o compartida tant per a la prestació de serveis sanitaris com per a programes d'actuació, inversió i equipaments, així com qualsevol tipus de conveni de col·laboració.

1.2. Proposar al Departament de Salut els preus i les tarifes per a la prestació i la concertació de serveis, així com la seva modificació i revisió, quan concorrin circumstàncies d'urgència i els preus i les tarifes hagin de ser aprovats per la persona titular del Departament de Salut.”

En correlació a les facultats de proposta que la LOSC atribueix al Consell de Direcció, l'article 10 de la mateixa Llei estableix que correspon al Departament de Salut "l'aprovació dels preus i les tarifes per la prestació i la concertació de serveis, així com la seva modificació i revisió, sens perjudici de l'autonomia de gestió dels centres sanitaris."

Aquestes previsions es complementen amb el Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, que regula la contraprestació econòmica dels serveis objecte d'encàrrecs de gestió (títol IV del Decret). A aquest efecte, l'annex d'aquest Decret defineix l'encàrrec de gestió de serveis com "l'activitat per la qual el Servei Català de la Salut encomana a una entitat proveïdora que presti, en un determinat àmbit territorial o subjectiu, determinats serveis a la ciutadania que tingui dret a l'assistència de cobertura pública, a canvi d'una contraprestació econòmica".

Els encàrrecs de gestió es poden formalitzar jurídicament mitjançant l'establiment de convenis o contractes administratius, segons correspongui (article 13.1), de manera que es formalitzen mitjançant conveni els que se han de subscriure amb entitats titulars de centres d'internament incloses sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) (article 13.2 a)) i els que s'hagin de subscriure amb entitats que tinguin la consideració de mitjà propi del Servei Català de la Salut o del departament competent en matèria de salut (article 13.2 b)).

D'altra banda, l'establiment de contractes administratius és aplicable als encàrrecs de gestió de serveis d'àmbit no hospitalari, integrats en SISCAT i als encàrrecs de gestió de serveis que excepcionalment hagin de prestar entitats proveïdores no incloses en el SISCAT (art. 13.3).

Respecte a la contraprestació, tant pel que fa l'atenció hospitalària i especialitzada, com a l'atenció sociosanitària, els articles 48 i 62 del Decret 118/2014 precitat estableixen que s'han d'establir anualment mitjançant ordre de la persona titular del departament competent en matèria de salut, a proposta del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, els corresponents preus unitaris.

Entenem que aportar el context jurídic al procediment d'aprovació de la contraprestació contribueix a confirmar i visualitzar que del conjunt de l'informe de Sindicatura no s'aprecien continguts o conclusions que qüestionin la plena adaptació dels procediments utilitzats durant l'exercici revisat per a la determinació de les contraprestacions aplicades pel Servei Català de la Salut. Per tant, tampoc se'n pot inferir cap incompliment per part dels òrgans competents, que en tot moment actuen de conformitat amb el que disposen les normes vigents (donant resposta al que preveuen i sense ultrapassar els seus límits) tal i com han estat configurades pels poders públics responsables de la seva aprovació.

II. AL·LEGACIONS ESPECÍFIQUES ALS CONTINGUTS DE L'INFORME

L'informe de Sindicatura de Comptes s'estructura en base a l'avaluació de 5 objectius principals:

1. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts és adequat per promoure les directrius i els objectius establerts al Pla de salut de Catalunya?
2. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts amb els diferents proveïdors s'ajusta a la normativa i a criteris objectius, uniformes i que respectin el principi d'economia?
3. L'aplicació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts compensa adequadament els serveis prestats pels proveïdors?
4. L'aplicació del sistema de pagament de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts respon a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors?
5. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts està assolint els resultats que persegueix el CatSalut?

Per tal de facilitar la lectura i comprensió, les al·legacions segueixen la mateixa estructura, referint-se als objectius i subapartats.

1. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts és adequat per promoure les directrius i els objectius establerts al Pla de salut de Catalunya

a. Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són coherents amb el Pla de salut de Catalunya?

Els objectius que es volen assolir mitjançant la fixació de preus dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts són coherents amb el Pla de Salut.

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025, aprovat pel Govern el desembre de 2021, és l'instrument i marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut dins l'àmbit de la Generalitat. El seu objectiu és millorar la salut i la qualitat de vida de la població. El pla actua com la brúixola del sistema de salut establint els objectius necessaris per a la seva millora. Tant l'objecte de contractació com la tarifa establerta o el model de sistema de pagament busquen la implementació dels objectius i accions vinculades al Pla de Salut i dels Plans Directors, així com l'eficiència del sistema de salut.

A títol d'exemple es va annexar a la informació facilitada, els plans i programes que han originat contractacions específiques per a la seva execució.

El sistema de pagament del 2015 (d'acord amb el decret 118/2014) va determinar la contractació de l'atenció de consultes externes mitjançant la creació d'un programa per promoure una atenció ambulatoria més integral i resolutiva, i no basada en volum d'activitat i reiteració de visites. Aquest import es determina majoritàriament en base a la població de referència, cartera de serveis i els percentatges de penetració i atracció de cada centre.

Per promoure l'activitat quirúrgica mitjançant la Cirurgia Major Ambulatòria es determina que aquesta activitat es contempli igual que una alta quirúrgica amb ingrés, amb la mateixa tarifa. Igualment es promou l'atenció d'hospitalització domiciliària contemplant aquesta prestació igual que un alta hospitalària, ja sigui per escurçament d'estada a l'hospital o per evitació d'ingrés convencional a l'hospital. L'increment progressiu de l'hospitalització a domicili ha estat palès en els darrers 4 anys.

Per promoure alternatives a l'hospitalització amb l'atenció ambulatòria, s'estableix la contractació de l'activitat d'hospital de dia. Aquest és un dispositiu alternatiu a l'hospitalització convencional, Avui dia està present a tots els hospitals del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i suposa 1,18 milions de contactes amb la població.

Per garantir una atenció oncològica de qualitat, seguint les directrius del pla director d'oncologia, es considera necessari concentrar en un nombre limitat de centres l'atenció de determinats tumors de baixa freqüència, l'atenció durant les fases de la malaltia en les que l'atenció és més complexa i, també, aquells procediments diagnòstics i terapèutics d'alta especialització per tal de garantir una atenció multidisciplinària, un grau d'expertesa adequat i l'avaluació dels resultats clínics. La concentració de serveis d'alta especialització té per tant com a objectius la millora de la qualitat i dels resultats clínics, així com l'eficiència en la prestació d'aquests procediments diagnòstics i terapèutics. En aquest sentit es va definir una nova activitat com a procediments quirúrgics de cirurgia oncològica amb una tarifa específica, dins de l'àmbit de l'alta complexitat.

Igualment a fi d'incorporar innovació i precisió diagnòstica, en aquesta mateixa línia oncològica amb un nou enfocament de la medicina, s'incorpora una nova prestació on l'objectiu és identificar les característiques moleculars específiques d'un pacient o la seva malaltia, per tal de determinar el diagnòstic, pronòstic o tractament més adequat pel pacient amb càncer. Aquest Programa d'oncologia de precisió s'implementa per a tota la població de Catalunya amb la contractació de determinacions que mitjançant panells d'alteracions moleculars s'apliquen als tumors sòlids, entre els quals destaquen el càncer de pulmó, el de còlon, el de mama i el d'ovari, a les malalties hematològiques com leucèmies, limfomes o mielomes, als tumors pediàtrics i a la línia germinal que està relacionada amb tumors amb predisposició hereditària. Cadascuna d'aquestes 4 modalitats de determinacions es contracta específicament amb la seva tarifa corresponent. Aquests avenç en el camp de la medicina predictiva i personalitzada és un dels objectius del Pla de Salut de Catalunya.

De la mateixa manera a fi d'ordenar els serveis de cirurgia d'alta especialització del procés d'atenció en malalties cardiovasculars, angiologia, cirurgia vascular i endovascular d'alta i molt alta especialització, també es defineixen procediments específics per exemple la cirurgia major valvular, la cirurgia major coronària, el recanvi valvular aòrtic percutani, procediments en l'artèria caròtida i altres precerebrals i els procediments d'aneurismes d'aorta abdominal.

El Pla de Salut, entre d'altres, estableix a l'objectiu 3.8.32 reordenar el funcionament de l'atenció hospitalària per atendre l'alta complexitat. Determina la necessitat d'ordenar l'atenció hospitalària en eixos territorials, amb la finalitat d'abordar situacions o problemes de salut per als quals es requereixi una expertesa, activitat i evidència sòlida, avançar en la concentració dels serveis, desenvolupar xarxes de cobertura més

àmplia, garantir la provisió d'una atenció de qualitat de manera uniforme a tot el territori, garantir l'equitat a l'alta tecnologia i la innovació assistencial a tots els pacients que la necessitin; per exemple, en processos oncològics, malalties minoritàries, entre d'altres. En aquesta línia i per donar-hi resposta, ha evolucionat la contractació de la alta complexitat a l'atenció hospitalària. La implementació dels objectius de millora i ordenació de les activitats d'alta complexitat, s'ha aconseguit mitjançant la contractació d'aquestes prestacions de manera específica amb l'establiment de tarifes que contemplen el cost complert de la prestació i en ocasions s'acompanyen d'Instruccions per a la seva definició i ordenació.

De manera general, en el desplegament i implementació de les polítiques de salut definides al Pla de Salut, s'analitzen les actuacions a fer per la seva execució i assoliment. Quan s'escau que cal definir una nova prestació o activitat objecte de contracte, aquesta es concreta i descriu, i alhora, es determina el sistema de pagament ja sigui mitjançant la creació d'una nova tarifa o finançament mitjançant un programa d'especial interès del Departament de Salut.

Els exemples anteriors mostren l'alineament entre les Directrius del Pla de Salut, els Plans Directors i els Plans i Programes promoguts pel Departament de salut amb la contractació de les activitats relacionades, per a la seva implementació i la seva ordenació, així com la definició de la tarifa o import de contractació per garantir la seva prestació, tot tenint com objectiu final la resposta a les necessitats de la població.

b. Els objectius del pagament per resultats estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya?

Els objectius del pagament per resultats sí estan relacionats amb els eixos estratègics del Pla de Salut de Catalunya.

La Contraprestació per Resultats (CPR), és un mecanisme que el Servei Català de la Salut (CatSalut) estableix amb les diferents entitats proveïdores del Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) amb la finalitat d'impulsar la millora continua en les prestacions de serveis incloses a la Cartera de Serveis.

El CatSalut hi destina un import amb la finalitat d'assolir uns resultats organitzatius, clínics i en salut establerts com a objectius en el contracte (o conveni) de gestió de serveis, entre els centres SISCAT i el CatSalut, per tal d'incentivar així: l'accessibilitat, la millora de la qualitat assistencial, l'eficiència de la prestació, i l'atenció a la cronicitat i una òptima capacitat de resolució del sistema. A l'àmbit de l'atenció hospitalària la contraprestació per resultats vincula el pagament del 5% del import de la major part de les activitat contractades.

L'orientació de la CPR, d'acord amb el decret 118/2014, es determina en base el Pla de Salut de Catalunya i els Plans d'Acció del CatSalut. També s'ajusta al sistema d'assignació territorial de recursos i de contractació vigent, formulant-se mitjançant objectius contractuals en les 4 línies d'atenció: primària i comunitària, hospitalària, atenció intermèdia (sociosanitari) i la salut mental i addiccions.

D'altra banda, els objectius transversals, d'aplicació a cada una de les línies, afecten a més d'un proveïdor o línia assistencial, amb l'objectiu de fomentar les fórmules de

treball compartit i promoure la coordinació i integració en la prestació de serveis, ja que pel seu assoliment requereixen del treball en xarxa.

Per a la selecció i establiment dels objectius, es segueix una metodologia de treball rigorosa, amb la participació de les unitats proposants, la majoria d'elles relacionades amb els Plans directors i plans i programes específics resultants de les directrius del pla de Salut de Catalunya.

Aquests objectius es basen principalment en l'atenció a la cronicitat, l'accessibilitat i la capacitat de resolució del sistema. L'objectiu és incentivar la millora de la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis, tot vetllant per promoure i implementar els objectius que determina el Pla de Salut.

Els objectius del pagament per resultats han de preveure els sistemes d'informació i les diferents dimensions de l'atenció sanitària, com ara l'accessibilitat, la resolució, la coordinació/integració, l'eficiència, la seguretat i la satisfacció, amb els indicadors establerts per la Central de Resultat

A continuació a tall d'exemple es detallen alguns dels objectius de contraprestació de resultats de l'any 2022:

Objectius del Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica del Departament de Salut i del Programa del Vinca

- Promoure els objectius de seguretat i bioètica dels pacients als hospitals
- Promoure la participació dels hospitals en el programa VinCat. El VinCat és un programa del Servei Català de la Salut que estableix un sistema de vigilància unificat de les infeccions relacionat amb l'atenció sanitària (IRAS) als centres de salut de Catalunya. Part dels objectius estan alineats a l'objectiu del eix 5 del Pla de Salut relacionat amb la resistència microbiana. L'abús i el mal ús de tractaments antibiòtics, tant en l'àmbit assistencial com en la producció agropecuària, genera resistències als antimicrobians en les persones i animals. Aquest fet comporta que s'allarguin i s'agreugin les infeccions i que se'n faciliti la transmissió. A més, suposa la necessitat de cercar nous fàrmacs per tractar les malalties causades per microorganismes multiresistents. El creixement de la bioresistència suposa un gran perill per la facilitat de mutació, multiplicació i propagació de microbis, amb el risc consegüent de noves malalties i de pandèmia.
- Disposar d'equips de control de la infecció hospitalària
- Assolir un determinat grau de cobertura d'identificació inequívoca de pacients

Objectius de l'àrea del medicament

Assolir un índex de qualitat en la prescripció farmacèutica de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria

Objectius Programa Malalties Minoritàries

- Potenciar les xarxes d'unitats d'expertesa clínica en malalties minoritàries. Promoure el desplegament i el bon funcionament de les Unitats d'expertesa clínica (objectiu 3.8.32 del Pla de Salut)
- Incentivar les funcions del gestor de cas, que inclou la coordinació de la transició de pacients quan arriben a l'edat adulta, en cadascuna de les unitats d'expertesa clínica (UEC) de malalties minoritàries del centre.
- Fomentar la declaració de casos en el Registre de Malalties Minoritàries (REMIN) per part a les Unitats d'Expertesa Clínica (UEC) en malalties minoritàries que formen part de les diferents XUEC:
 - XUEC d'hemofília i coagulopaties congènites (XUEC-HTC)
 - XUEC de Malalties metabòliques hereditàries (XUEC-Metab)
 - XUEC de Malalties renals (XUEC-Renals)
 - XUEC de Malalties neuromusculars (XUECNMD)
 - XUEC de Malalties immunitàries: àrea d'immunodeficiències primàries (XUEC-IDP)
 - XUEC de Malalties immunitàries: àrea de malalties autoinflamatòries (XUEC-AI).
 - XUEC de Malalties immunitàries: àrea de malalties autoimmunes sistèmiques (XUEC-AIS)

Objectius Pla Directors Malalties Cerebrovasculars

Millora de la resolució, accessibilitat i resultats en salut:

- Aconseguir que en un percentatge mínim de pacients amb IAMEST que arriben pels seus propis mitjans a un hospital de referència del codi infart, el temps porta-baló en el tractament de l'infart agut de miocardi sigui igual o inferior a 60 minuts. (CODI IAM)
- Aconseguir que en els pacients amb ictus agut tractats amb trombòlisi endovenosa (TIV), el temps des de l'admissió al centre on s'administra el tractament fins a l'inici del tractament sigui menor de 30 minuts en els centres amb més expertesa i menor de 40 minuts en els centres de menor volum. (CODI ICTUS)
- Aconseguir que la mediana del temps porta - punció en els pacients amb diagnòstic d'ictus isquèmic/infart cerebral i obstrucció de gran vas sotmesos a tractament endovascular sigui menor o igual a 70 minuts. (CODI ICTUS)
- Millora de sistemes d'informació i registres: Aconseguir que la informació d'un determinat percentatge mínim de casos atesos per codi IAM estigui introduïda en el registre del codi IAM en els 30 dies posteriors a l'activació (CODI IAM)
- Valoració de la fragilitat: Aconseguir que la totalitat de pacients amb implant de TAVI hagin estat valorats de fragilitat abans de la intervenció
- Aconseguir que en els pacients amb ictus agut atesos a centres sense capacitat per realitzar tractament endovascular i que requereixen un trasllat secundari cap a un Centre Terciari, el temps des de l'admissió fins la sortida al primer centre d'ictus (temps DIDO: Door in-Door out) sigui menor de 75 minuts. (CODI ICTUS)

- Aconseguir que en els pacients amb infart agut de miocardi amb elevació de segment ST atesos a centres sense capacitat per realitzar intervenció hemodinàmica i que requereixen un trasllat secundari cap a un Centre de referència del Codi IAM, el temps des de l'admissió fins la sortida del SEM des d'aquest hospital cap a l'hospital referent del codi IAM (temps DIDO: Door in-Door out) sigui menor o igual a 30 minuts (CODI IAM)

Tots ells objectius que contribueixen a la millora de la supervivència i millora de qualitat de vida de les persones tractades.

Objectius del Pla Nacional d'Atenció a les Urgències (PLANUC)

- Disminuir el temps de trànsfert dels pacients atesos al servei d'urgències
- Millorar l'accessibilitat, amb objectius de reducció del temps d'espera per l'ingrés a hospitalització Convencional dels pacients atesos al servei d'urgències
- Disminuir el temps de permanència a urgències de pacients amb nivell MAT III donats d'alta a domicili o residència social atesos al servei d'urgències.

Objectius de l'Àrea Assistencial i/o Regió Sanitària

- Accessibilitat: Disminuir la mediana del percentatge de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics oncològics per a millorar l'accessibilitat
- Cribratge: Percentatge de nadons nascuts l'any 2022 que han estat registrats, abans del dia 31/03/2023, al registre de cribratge de la hipoacúsia.

Objectius de l'Organització Catalana de Trasplantament (OCATT)

Aconseguir incrementar el percentatge de donants d'òrgans en relació al nombre d'èxits per garantir la sostenibilitat del trasplantament.

La majoria d'objectius busquen millorar les resultats en salut i el benestar de la població. Com es pot observar, les principals dimensions de millora són:

Accessibilitat: Millorar l'accessibilitat als serveis de salut per a tota la població.

Qualitat assistencial: Augmentar la qualitat de l'atenció sanitària proporcionada als pacients.

Eficiència en la prestació de serveis: Optimitzar els recursos disponibles per oferir una atenció sanitària eficient.

Atenció a la cronicitat: Millorar l'atenció a les persones amb malalties cròniques per garantir una millor qualitat de vida.

Capacitat de resolució del sistema: Augmentar la capacitat del sistema sanitari per resoldre els problemes de salut de manera efectiva.

Totes elles vinculades als eixos estratègics del Pla de Salut de Catalunya

c. La relació de serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarca adequadament en els objectius estratègics establerts pel Departament de Salut?

El sistema de pagament de l'assistència hospitalària i especialitzada, quan es necessari i a banda dels àmbits que es refereixen a activitat, incorpora les prestacions específiques següents:

- a) Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat.
- b) Activitats que calgui implementar derivades del Pla de salut de Catalunya i de la resta de criteris de política sanitària.

En aquest sentit cadascun dels Serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat s'emmarquen adequadament en els objectius establerts pel Departament de Salut. I la contractació del mateix, permet garantir l'adequada provisió de la prestació.

A continuació s'adjunta a títol d'exemple, una relació dels programes d'especial interès del Departament de Salut que es contracten i la seva correlació amb el Programa de Salut que el determina:

PROGRAMES ESPECIAL INTERÉS DEL DEPARTAMENT DE SALUT	OBJECTIUS DEPARTAMENT DE SALUT	ENLLAÇ DE REFERÈNCIA
Absorció d'urgències - Urgències extrahospitalàries	Pla nacional d'urgències de Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planuc/index.html
Alcoholisme	Pla de Salut. Programa de prevenció i tractament de l'alcoholisme.	
Atenció a la dona	Programa Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva	https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/index.html
Cambrà hiperbàrica	Programa específic referent per Catalunya	
Consell genètic	Programa Consell Genètic	https://catsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/deteccio-precoc/cconsell-genetic/index.html
Cribatge càncer de mama	Programa Cribatge de Càncer de Mama	https://catsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/deteccio-precoc/programes/mama/
Cribatge neonatal	Implantació del Protocol de cribatge prenatal d'anomalies congènites a Catalunya, segona edició	https://catsalut.gencat.cat/web/contenut/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2021/instruccio-01-2021-diagnostic-prenatal-anomalies-congenites-segona-edicio-22-1-2021.pdf
	Implantació del Protocol de cribatge prenatal d'anomalies congènites a Catalunya, segona edició (01/2021)	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5569
Drogodependències	Pla de salut mental i addiccions	https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/pla-director-pdsmta/index.html
Pla oncològic de Catalunya	Programa de prevenció, control i epidemiologia oncològica.	
	Pla contra el càncer de Catalunya 2022-2026	https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/eines-planificacio/pla-director-oncologia/index.html
Prevenció i cribatge del càncer ginecològic	Programa Cribatge de Càncer de Cèrvix	https://catsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/deteccio-precoc/programes/coli-user/
Prevenció precoç del càncer de colòn i recte	Programa Cribatge de Càncer de Colòn	https://catsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/deteccio-precoc/programes/colon-rectal/
Programa especial de segona opinió	DECRET 125/2007, de 5 de juny, pel qual es regula l'exercici del dret a obtenir una segona opinió mèdica.	https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/?documentId=444619
Registre de tumors	Registre de Càncer a Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/recursos-professionals/estadistiques/registre/
Laboratori d'histocompatibilitat	Centre de referència per Catalunya	
Unitat de prevenció, control i epidemiologia oncològica	Pla director Oncologia	https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies/eines-planificacio/pla-director-oncologia/index.html
Unitat d'hemofília	Unitats de referència per Catalunya	
Unitat de cremats	Centre de referència per Catalunya	
Unitat funcional de la Sida	Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2021-2030	https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/vih-sida-its-hiv/vih-sida/2130/
Urgències d'hivern	Pla nacional d'urgències de Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planuc/index.html
Vacunacions d'adults	Centre de referència per Catalunya. Pla de Salut	
Programa de criopreservació de gàmetes	Reproducció Humana Assistida	https://catsalut.gencat.cat/ca/detalis/article/reproduccio-assistida-00002
Síndrome de sensibilització central	Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les síndromes de sensibilització central: fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome de sensibilitat química múltiple	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5634
Tractament mèdic de l'identitat de gènere	Unitat integrada de referència	
Malalties minoritàries en edat pediàtrica	Model d'atenció de les malalties minoritàries a Catalunya	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1435
Serveis d'atenció paliativa pediàtrica integral (SAPPI)	Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats paliatives i en situació de final de vida	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6120
PASCE (alt alumnat necessitat especials de salut als Cíes Educatius)	Atenció a les necessitats especials de salut d'infants i de joves en l'entorn educatiu	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11397

2. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts amb els diferents proveïdors s'ajusta a la normativa i a criteris objectius, uniformes i que respectin el principi d'economia?

a. La contractació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per compte del CatSalut es va articular d'acord amb el que estableix la normativa?

Enllaçant amb el context normatiu exposat al final del punt 3 de les presents al·legacions (relatiu a les reflexions generals), s'ha de posar de relleu que els preus unitaris i la resta de factors que defineixen la contraprestació econòmica dels serveis objecte d'encàrrecs de gestió ha estat sempre determinada d'acord amb aquestes normes, és a dir, a proposta del Consell de Direcció del CatSalut i amb les corresponents ordres, pel que fa als preus unitaris, o resolucions, pel que fa a la resta de factors, de la persona titular del departament competent en matèria de salut.

La determinació de les contraprestacions a càrrec del CatSalut per a l'exercici 2022 (tarifes que posteriorment s'apliquen als respectius instruments d'encàrrec d'activitat amb cada entitat proveïdora en virtut de l'activitat concretada en funció de les seves corresponents clàusules addicionals) es produeix, doncs, donant estricte compliment al procediment normatiu establert amb aquest objecte. Són els òrgans competents identificats per la normativa aplicable els que estableixen les tarifes sota les condicions que aquesta mateixa normativa preveu. No ens consta (almenys no ho hem identificat) cap contingut de l'informe de Sindicatura que qüestioni la sistemàtica d'aprovació de les tarifes. Destaquem, en conseqüència, que la seva aprovació se subjecta al principi de legalitat. És a dir, són els òrgans competents (del Servei Català de la Salut i del Departament de Salut) els que les determinen. En un plànol jurídic, doncs, els seus actes no són qüestionables (ni arbitraris o discrecionals): 1- són competents / 2- compleixen el procediment 3- compleixen els preceptes que venen determinats a la normativa, mitjançant el Decret 118/2014 (almenys no ens consta que a l'informe s'identifiqui cap contradicció directa amb la norma general reguladora en aquest sentit). D'altra banda, i no és menys important, cal tenir en compte la perspectiva de fons. La realitat del model organitzatiu del sistema públic de salut a Catalunya no és recent. Al contrari, obeeix a una lenta evolució que es remunta al 1985 (moment de creació de la Xarxa hospitalària d'Utilització Pública, XHUP) i a una dinàmica de relació amb les entitats proveïdores (públiques i privades) que constitueix, en sí mateixa, una variable rellevant en la configuració històrica de les contraprestacions (que necessàriament no poden deixar de prendre com a referència les que les precedeixen). En resum, pel que fa a aquest punt (també tractat en l'apartat de reflexions generals), la configuració de les tarifes obeeix a una lògica estructural, vinculada a la concepció mateixa del sistema públic de salut en termes de continuïtat i estabilitat. Sobretot, cal tornar a remarcar que la configuració de les tarifes en tot moment se subjecta al principi de legalitat, i en cap extrem de l'informe ni això ni que la seva determinació per a l'exercici revisat no s'hagi aprovat pels òrgans competents per a fer-ho és objecte de qüestionament. Afegir que, a més, prenent en consideració la normativa literal (Decret 118/2014) i la realitat de continuïtat del sistema públic de salut, hi ha arguments de fons que expliquen aquesta configuració en termes que ens allunyen d'una acció arbitrària (o no justificada).

Valoració sobre les conclusions en relació amb el compliment de la normativa.

L'esborrany d'informe de la Sindicatura, en l'apartat conclusions indica que:

- Les prestacions sanitàries per part dels proveïdors concertats l'any 2022 no tindrien empara legal en cap acte o negoci jurídic, atès que s'han articulat mitjançant pròrroques que constitueixen actes nuls de ple dret.

L'esborrany d'informe de la Sindicatura entén que l'encàrrec de gestió de serveis hospitalaris a les entitats proveïdores concertades per part del CatSalut es va formalitzar mitjançant convenis, tal com estableix la normativa, però que la formalització de les pròrroques d'aquests convenis es va fer fora del termini de vigència del conveni o un cop finalitzada la pròrroga anterior. Aquest fet comporta l'extinció del conveni, per inexistència de pròrroga expressa formalitzada abans de finalitzar el termini de durada del conveni.

Al seu entendre, la conseqüència d'això seria estar davant d'un supòsit de nul·litat de ple dret, com en el cas d'una contractació prescindint totalment i absolutament del procediment, d'acord amb la Llei 39/2015, de l'1 d'octubre del procediment administratiu comú de les administracions públiques. En conseqüència, les prestacions sanitàries que es van dur a terme no tindrien empara legal en cap acte o negoci jurídic.

- En el cas de l'ICS, les prestacions realitzades per compte del CatSalut no compten amb l'instrument jurídic que preveu la normativa, el contracte programa entre l'ICS i el CatSalut, i han estat objecte de pròrroga anual sota supòsits que constitueixen una causa d'anul·labilitat.

Les prestacions per part de les entitats proveïdores que compleixen els requisits per ser mitjà propi del CatSalut s'haurien d'haver retribuit a través d'unes tarifes per a cadascuna de les línies assistencials, en funció dels costos reals de les activitats encarregades, en compliment del text refós de la Llei de contractes del sector públic.

A continuació valorem aquestes tres observacions:

- **La pròrroga dels convenis durant 2022**

S'ha d'indicar que el literal de la disposició transitòria primera de la Llei 5/2020, del 29 d'abril, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic i de creació de l'impost sobre les instal·lacions que incideixen en el medi ambient, indica:

"2. Fins a l'entrada en vigor de la llei reguladora de les formes de gestió no contractuals en matèria de salut, es mantenen els actuals convenis, contractes i concerts per a la provisió de serveis sanitaris d'internament, d'atenció primària, d'atenció sociosanitària, d'atenció a la salut mental i d'atenció a les drogodependències."

Aquesta disposició transitòria porta la seva causa en la disposició final segona de la mateixa Llei, que estableix la revisió del marc legal regulador de les formes de gestió no contractuals en matèria de prestació de serveis socials i sanitaris, indicant expressament que "el Govern ha d'aprovar, en el termini de dos anys, un projecte de llei per a establir el marc regulador de la gestió concertada de naturalesa no contractual per a la prestació de serveis sanitaris". Per tant, la finalitat clara i explicitada en el seu moment era evitar que mentre es tramitava aquesta nova llei es poguessin establir nous convenis que, d'acord amb la normativa vigent podrien tenir una durada

màxima de 10 anys, amb la qual cosa s'endarreriria l'aplicació de la nova llei fins a la finalització d'aquests convenis.

S'ha de fer avinent que aquesta mesura no ha estat un cas aïllat i ja s'han aplicat previsions anàlogues en altres supòsits de modificació del règim de contractació. En aquest sentit, la disposició addicional tercera del Decret 345/2001, de 24 de desembre, pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut va establir que els contractes subscrits pel Servei Català de la Salut per a la prestació de determinats serveis sanitaris es prorrogaven fins que se subscriguessin els nous contractes d'acord amb el procediment que estableix aquest Decret. Aquestes pròrrogues, d'acord amb el mateix literal de les normes que les van establir, no preveïen la facultat per tal que l'òrgan de contractació pogués decidir si s'havien de prorrogar o no (la qual cosa hagués requerit una acte administratiu), sinó que establien una pròrroga automàtica "ope legis", és a dir, que el mandat ve determinat directament per la llei i té una efectivitat directa.

Les pròrrogues, amb caràcter general, poden respondre a un acord de les parts o a una decisió unilateral d'una part (en determinades circumstàncies com a prerrogativa de l'administració contractant). Tanmateix, en aquest cas, el que estableix la llei és una pròrroga forçosa per ambdues parts (les entitats proveïdores i el CatSalut), mentre no s'aprovi una nova disposició amb rang de llei que ha de regular l'acció concertada, de manera que modificarà l'escenari jurídic de contractació en el qual s'havien establert els convenis automàticament prorrogats.

S'ha d'afegir que aquesta interpretació de la pròrroga forçosa establerta per aplicació directa de la llei ha estat assumida sense reserves per les entitats proveïdores i el CatSalut.

D'acord amb això, les clàusules addicionals subscrites en 2022 no tenen com a finalitat formalitzar la pròrroga d'aquests convenis, perquè ja estaven prorrogats automàticament per la llei, sinó que la seva finalitat és donar compliment a l'article 16 del Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, que estableix que l'atenció objecte de l'encàrrec de gestió s'ha d'ajustar, dins dels paràmetres generals establerts prèviament, a les necessitats assistencials de la població, l'accessibilitat als serveis i la resolució esperada, mitjançant la subscripció de clàusules addicionals als respectius convenis o contractes. S'ha d'indicar que el nostre ordenament jurídic, en altres àmbits, ja ha recollit pròrrogues forçoses de determinats contractes, que operen directament, sense que s'hagi d'establir un consentiment per les parts del contracte. Així per exemple, l'actual redacció de l'article 29/1994, de 24 de novembre, d'arrendaments urbans, estableix una pròrroga forçosa per als contractes de durada inferior a cinc anys o set anys, si l'arrendador es una persona jurídica, d'acord amb la qual aquests es prorroguen fins a la duració mínima referida.

En conclusió, els convenis i contractes d'encàrrec d'activitat assistencial es mantenen vigents a causa de l'aplicació d'una llei que ho preveu així de forma expressa: com a efecte de la disposició transitòria primera de la precitada llei 5/2020 (no per la subscripció de les clàusules addicionals); per tant, seria inexacte la conclusió sobre que la formalització de les pròrrogues d'aquests convenis es va fer fora del termini de vigència del conveni o un cop finalitzada la pròrroga anterior. El sentit de la llei (l'hem reproduït) és clar: "es mantenen els actuals convenis, contractes i concerts". També

ho és la durada d'aquesta previsió: "fins l'entrada en vigor de la nova llei reguladora de les fórmules de gestió no contractuals". Al respecte, informar que el Govern, en sessió del 18 de febrer de 2025, va aprovar la memòria preliminar de l'Avantprojecte de Llei dels instruments de provisió del sistema públic de serveis sanitaris" (tant el Servei Català de la Salut, que va aprovar la tramitació al seu Consell de Direcció, com el Govern de la Generalitat, estan treballant proactivament per complir el mandat legal). La noció d'extemporaneïtat sostinguda a l'informe, doncs (com la conclusió d'una suposada situació de nul·litat de ple dret) de les clàusules addicionals, entraria en contradicció directa amb una norma vigent del nostre ordenament (que el legislador va adoptar davant circumstàncies de fet pròpies de l'ordenació del model assistencial del sistema públic de salut que, al seu criteri, ho requerien). Aquesta disposició legal, precisament, s'orienta a evitar la citada extemporaneïtat i prescindir-ne comprometria el principi de legalitat.

Finalment, la pròpia noció d'extemporaneïtat ve relativitzada pel posicionament del Govern que, periòdicament a inicis de cada exercici, aprova la mesura de realitzar el pagament a compte de l'activitat assistencial prestada per compte del Servei Català de la Salut amb un Acord exprés amb aquest objecte (també durant l'exercici sotmès a examen).

No discutim que una possible acció de millora consisteixi a avançar la subscripció de les clàusules addicionals amb la major anticipació possible (en aquest sentit es pronuncia l'informe). Però sí sembla objectable, sota criteris objectius, que en l'actual context i en una dinàmica assentada (i complexa per la multiplicitat d'agents) de l'organització dels serveis públics de salut en el model sanitari català (fruit de l'evolució legal que s'inicia amb la Llei 14/1986, general de sanitat bàsica- i la Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya), sobre la qual sobrevingudament operen diferents regulacions (en especial a partir de les directives de contractació pública) pugui interpretar-se una problemàtica "greu" d'incompliment de legalitat. Quan precisament tant el Parlament (DT 1era Llei 5/2020) com el Govern (Acords de pagament a compte) prenen mesures proactives per evitar aquesta interpretació.

- L'exigibilitat jurídica del contracte programa de l'ICS

Efectivament, la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, a l'article 14.1 va establir que *"la prestació de serveis de l'Institut Català de la Salut per compte del Servei Català de la Salut s'articula per mitjà d'un contracte programa subscrit per ambdues entitats, amb l'aprovació prèvia del Govern, a proposta conjunta dels departaments competents en matèria de salut i d'economia i finances, i d'acord amb la normativa aplicable al sector públic de la Generalitat"*.

S'ha d'indicar que la precitada Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, no va establir un termini per fer efectiu aquest mandat ni tampoc va establir cap conseqüència per al seu eventual incompliment. Certament hi ha un mandat exprés per a la seva subscripció però, a la vegada, no preveu efectes davant la inacció que s'ha acabat produint (quan la mateixa disposició legal ho podria haver fet en cas de considerar-ho convenient). I aquest factor té una rellevància jurídica en sí mateix perquè, en la mesura que la llei no les preveu, no se'n poden deduir. Els efectes de la no subscripció del contracte programa, doncs, s'han de situar en una dimensió no jurídica (com en molts d'altres casos on es produeix aquesta situació). Igualment, aquest escenari no afecta el compliment dels serveis propis de l'ICS en el marc del sistema públic

de salut (que desenvolupa en funció del seu règim legal i els seus Estatuts). En altres apartats d'aquest informe es comenten les circumstàncies de fons que expliquen la no subscripció del contracte programa. D'altra banda la mateixa Llei sí defineix el seu contingut mínim en l'article 14.3:

“a) La relació de serveis i activitats que ha de prestar l'Institut Català de la Salut per compte del Servei Català de la Salut, l'avaluació econòmica corresponent, els recursos amb relació als sistemes de compra i de pagament vigents, els objectius i el finançament. En aquesta relació, hi han de constar els diversos centres, serveis i establiments de l'Institut.

b) Els requisits i les condicions en què s'han de prestar els serveis i les activitats.

c) Els objectius, els resultats esperats, els mecanismes per a avaluar els objectius i els resultats efectivament assolits, els indicadors i el marc de responsabilitat de l'Institut Català de la Salut.

d) El termini de vigència, en cas que sigui inferior al màxim establert per aquest apartat.

e) Les facultats de seguiment que corresponen al Servei Català de la Salut per al compliment efectiu del contracte programa.”

La majoria d'aquests ítems sí són de referència constant en les relacions entre Servei Català de la Salut i l'ICS com a entitat proveïdora directa d'aquests serveis. En definitiva, l'ICS des de la seva creació és un instrument de prestació directa dels serveis públics de salut i aquest rol no ve qüestionat per l'absència del contracte programa (d'un abast pràctic formal). El seu finançament es realitza via transferència amb càrrec als pressupostos de la Generalitat de Catalunya. Per tant, mitjançant un suport legal immediat, públic i transparent. L'apreciació d'una anomalia administrativa (no complir un mandat legal sense cap efecte previst en cas d'incompliment, degut a dificultats tècniques objectives –complexitat intrínseca al sistema que es comenta en aquest mateix informe-) té, doncs, un abast formal. Perquè a nivell de fons, no es discuteix (l'informe tampoc ho fa) el compliment de les funcions legals de prestació de serveis conferides a l'ICS. D'altra banda, l'absència del contracte programa no repercuteix en una manca de control econòmic o financer (que ve igualment regulat per la normativa de finances públiques que li resulta d'aplicació). Del conjunt d'aquests factors, doncs, no sembla desprendre-se'n (tampoc ens consta que se citin a l'informe) cap possible dany a les finances públiques, ni cap dedicació de recursos a tasques impròpies de les atribuïdes legalment a l'ICS. Ni en conseqüència cap “incompliment greu de la legalitat” (en tant la pròpia llei no li atribueix conseqüències).

- **Sistema tarifes de les entitats que son mitjà propi.**

Com a conseqüència de la necessitat d'adaptar els mitjans propis de l'Administració de la Generalitat i del seu sector públic als nous requeriments legals (producte de les directives europees 2014/23/UE i 2014/24/UE, així com de la Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, per la qual són objecte de transposició a l'ordenament jurídic espanyol, l'Oficina de Racionalització del Sector Públic del Departament de Governació, Administracions Públiques i Habitatge, com a òrgan competent per a la definició i proposta dels models organitzatius de la Generalitat (art. 38 a i e del

Decret 262/2016, de 7 de juliol, de reestructuració del Departament de Governació i Relacions Institucionals) va considerar oportú posar en marxa un Grup de treball sobre mitjans propis. L'objectiu del Grup de treball era la revisió de la situació de les entitats que formalment figuren com a mitjans propis de la Generalitat, per tal de comprovar si reuneixen els requisits de la LCSP i establir criteris i recomanacions tant respecte de l'adaptació d'aquelles entitats que continuaran sent mitjà propi, com en relació amb aquelles que hauran de deixar d'actuar com a tals i, en aquest cas establir els mecanismes de relació i cooperació ajustats al nou marc legal.

D'acord amb això es va constituir el 29 de juny de 2018 un Grup de Treball transversal sobre mitjans propis de l'àmbit de la salut, en el qual actua com a presidenta la cap de l'Oficina de Racionalització del Sector Públic i com a secretari l'analista avaluador del Sector Públic, que va concloure que les entitats que figuren com a no mitjà propi en el quadre de l'apartat III d'aquest escrit, responen a una voluntat d'autoorganització com a fórmula de descentralització funcional i no a meres finalitats instrumentals, raó per la qual el mecanisme jurídic d'instrumentar les relacions entre el poder adjudicador per compte del qual actuen i les entitats que materialment dispensen els serveis no són les corresponents als mitjans propis (MPP).

En aplicació d'aquest criteri, cap de les entitats del sector públic salut que presten l'activitat assistencial als usuaris del sistema públic de salut per compte del Servei Català de la Salut reuneix les característiques per a ser considerada MPP i, d'acord amb aquest criteri, se les considera entitats a través de les quals l'administració sanitària presta directament els serveis públics que li corresponen en termes de descentralització funcional. Per tant, en virtut d'aquest posicionament i de la normativa vigent en matèria d'encàrrec d'activitat assistencial, segueixen subjectes al mateix model de relació determinat pel Decret 118/2014 a nivell de contraprestació.

b. L'establiment dels convenis amb les diferents entitats proveïdores concertades respon a un criteri objectiu i uniforme?

L'establiment dels convenis respon al criteri de major eficiència, tant des del punt de vista assistencial com econòmic. Això fa que en el cas que una entitat proveïdora gestioni diferents unitats proveïdores es pugui unificar el contracte per tal de fer possible l'economia d'escala i transversalitat per poder gestionar la diversitat d'estructures.

La distribució territorial de les diferents estructures que gestiona una mateixa entitat, també constitueix un criteri determinant a l'hora d'establir una contractació conjunta, i determina el fet que un mateix contracte pugui englobar més d'un centre.

Exemple H. Clínic amb Plató:

El nou contracte de l'Hospital Clínic amb Plató va suposar una modificació dels criteris assistencials i una reordenació de tota la cartera de serveis per donar una millor resposta a la ciutadania. La integració dels dos centres comporta una reordenació de tota l'activitat del centre, adequant les altes i reduint els casos d'hospital de dia i de clínica del dolor.

Tot i que es produïa un increment de preu d'estructura, el preu de casuística es va reduir. L'impacte del preu d'estructura es finança amb l'adequació de les activitats de contracte esmentades i una disminució de la clàusula específica, essent l'impacte final

neutre i per tant no va suposar un increment de finançament per part del CatSalut a l'Hospital Clínic.

La fusió de contractació a únic contracte a l'Hospital Clínic es va produir el 14 de gener de 2021. L'any 2020 es va contractar l'Hospital Plató de l'1 de gener al 13 de gener. A partir del 14 de gener la contractació va ser únicament a l'Hospital Clínic.

La contractació de l'Hospital Plató de continuïtat 202 a21, per valor de 38,8M€, es va periodificar reconeixent la contractació a Hospital Plató els 13 primers dies de gener i la resta (37,9M€) es va fer canvi de partida a l'Hospital Clínic. El canvi de partida va tenir un efecte neutre (0€).

En la taula següent es detallen els moviments de contractació d'ambdós hospitals:

Unitat Proveïdora	Contractació 2020	Recurrències 2021	Continuïtat 2021 amb recurrències	Canvis de partida (CP)	Continuïtat 2021 a preus 2020 BASE 21
Hospital Plató fins 13 de gener 2021	38.828.475,82	49.700,83	38.878.176,65	-37.912.242,08	965.934,57
Hospital Clínic de Barcelona fins 13 de gener 2021	374.683.101,71	4.260.281,97	378.943.383,68	-368.838.081,28	10.105.302,40
Hospital Clínic de Barcelona a partir del 14 de gener 2021				406.750.323,36	406.750.323,36
TOTAL	413.511.577,53	4.309.982,80	417.821.560,33	0,00	417.821.560,33

c. Els serveis, dispositius i programes específics de reconeguda necessitat es van assignar entre els diferents proveïdors concertats emprant criteris objectius que en garantissin la idoneïtat?

En cadascun dels programes d'especial interès es fa un càlcul previ de l'assignació amb criteris objectius que poden ser:

- Habitants de l'àrea de gestió i percentatge d'habitants que seran objecte de l'atenció, per exemple: o tots els programes de cribratge de càncer o el programa d'atenció a al dona
 - o el programa de síndrome de sensibilització central
- Nombre de casos que cal atendre: s'aplica un percentatge als centres en funció de si són referents de zona. Aquest seria el cas del programa de prevenció de la infecció per VIH que s'inclou dins el Programa de la Unitat funcional de la sida.
- Nombre d'escoles i alumnes a atendre és el criteri utilitzat per calcular l'assignació del programa d'atenció a l'alumnat amb necessitats especials a les escoles (PASCE)
- Altres programes s'assignen en funció del càlcul de necessitats en recursos: o Segons les característiques de cada hospital i la seva cartera de serveis. Hospitals que per les seves característiques requereixen una contractació complementària per absorbir una determinada activitat amb garanties de qualitat, no només per l'àrea de referència sinó també per altres àrees a les quals ha de donar suport

garantint coordinació territorial i una prestació adequada de les característiques i necessitats poblacional (exemple: el programa d'absorció d'urgències).

- o Altres programes es calculen fent estimació dels recursos humans necessaris per donar resposta als objectius assistencials o que facilitin la integració de l'atenció sanitària especialitzada i comunitària per assolir els objectius estratègics que demana el Departament de Salut. Aquestes accions propicien la generació de fórmules organitzatives i assistencials que facilitin l'abordatge terapèutic dels problemes de salut en forma coordinada tant entre els diferents tipus de serveis comunitaris, hospitalaris, sociosanitaris i de salut mental, com a nivell d'àmbit territorial, en un context d'eficiència en la utilització de recursos (per exemple: programa complementari programa d'aliances territorials, programa de coordinació entre línies).

3. L'aplicació del sistema de contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts compensa adequadament els serveis prestats pels proveïdors?

L'eficàcia del sistema de pagament en relació al sistema de compensació dels costos dels proveïdors s'analitza en relació a 3 tipologies d'activitat específiques. Tal i com es refereix en l'apartat de reflexions generals, el sistema de pagament té una concepció de pressupost global on es dona protagonisme a la compra de serveis. El Decret 118/2014, de 5 d'agost, no fa referència explícita a la necessitat que cadascuna de les contraprestacions que es determini hagi d'estar basada i hagi de reflectir els costos de l'entitat, sinó que fa referència a la necessitat de donar resposta a les necessitats de la població de cada territori. L'anàlisi per tipologia d'activitat no és potser doncs el més adequat. Nogensmenys i a fi i efecte d'aclarir alguns dels conceptes, s'aborden cadascuna de les qüestions presentades.

a. Els sistema de determinació del nivell d'estructura reflecteix de manera apropiada les diferències estructurals entre els proveïdors?

Les diferències estructurals dels proveïdors venen determinades en gran mesura per la cartera de serveis dels proveïdors. Els hospitals amb estructures més grans, amb més llits, més quiròfans, i determinats serveis quirúrgics, i que disposen d'activitat docent són els més complexes. Aquestes variables actuen com a proxy de la complexitat. Val a dir que des de l'aprovació del Decret al 2014, s'ha desenvolupat en gran manera la compra de serveis específica de les activitats de terciarisme, essent el preu d'aquestes activitats determinat amb metodologia de full costing.

L'any 2024 s'ha aprovat una increment del preu del IRE dels nivells 1 a 4, donat que una part del pes de l'alta complexitat ja conté aquest sobrecost estructural. Així mateix, des de la Comissió de Sistemes de Pagament s'està treballant en el desenvolupament d'un índex de complexitat estructural per a la urgència.

b. El càlcul dels indicadors de complexitat reflecteix de manera adequada la casuística atesa pels proveïdors?

La Sindicatura de Comptes qüestiona la utilització dels pesos americans i basa aquesta valoració comparant els pesos de l'IRR utilitzats en el sistema de pagament a l'índex de casuística calculat pel Ministeri. Des d'aquest punt de vista metodològic, una primera consideració a fer és que en ambdós casos es tracta d'índexs relatius, és a dir, compara el conjunt d'altres de cada subconjunt – altres mèdiques, quirúrgiques i

obstètriques- des del punt de vista dels pesos APR dels GRDs de cada subconjunt amb el pes de la globalitat. La consideració d'alta mèdica, quirúrgica i obstètrica en el sistema de pagament analitzat no està exempt de consideracions relacionades amb la compra de serveis. Així, determinats procediments mèdics d'alta complexitat com les ventilacions mecàniques a efectes de l'agrupació catalana tenen consideració d'alta quirúrgica, tot i que, a tots els efectes no ho són. Així mateix, determinats procediments quirúrgics practicats en menors o discapacitats que requereixen sedació però de baixa complexitat no tenen consideració d'alta, tot i que són notificats al CMBDAH com a procediment quirúrgic a efectes de CMBDAH. Així mateix, com ja coneix la Sindicatura de Comptes i així referencia en el seu informe, a efectes de promocionar la cirurgia major ambulatoria, s'utilitza el pes americà previst per a internament a efectes de dotar-lo d'un reconeixement addicional. Aquestes pràctiques impliquen que els pesos dels subconjunts estan afectats per determinades voluntats del comprador donat que, tal i com recull el propi Decret 118/2014, la contraprestació és un instrument de la política de compra. Així es comparen índexs amb finalitats diferents. Un índex és per les seves característiques un indicador competitiu. Així si la política de compra acaba propiciant un major pes d'un dels subconjunts, com és el cas del quirúrgic, aquest acaba afectant al pes relatiu d'un altre subconjunt respecte el total. En qualsevol cas, aquest fet no acredita que el valor resultant – combinant el preu mig de casuística, l'índex relatiu de casuística i el preu del nivell estructural- sigui insuficient per cobrir el cost de l'alta obstètrica.

c. El sistema de contraprestació de les urgències compensa adequadament les urgències ateses pels proveïdors?

L'informe de la Sindicatura de Comptes afirma que el sistema de contraprestació no compensa adequadament les urgències. En primer lloc cal distingir que el sistema de pagament diferencia entre dos tipologies d'activitat vinculades a la urgència: el triatge i la urgència. El triatge és l'activitat vinculada a la valoració del pacient i l'estratificació del seu risc. La urgència en sí inclou les tècniques i procediments que se li apliquen per a la valoració i, si procedeix, el tractament del motiu de la consulta. En alguns casos, aquest procés de valoració i/o tractament requereix d'un procés d'observació abans de decidir el destí a l'alta (domicili o ingrés). El sistema de facturació permet que es facturin com a altes aquestes urgències que superen les 16 hores de permanència. En aquest sentit, aclarir que l'informe erròniament estableix que no ingressen per falta de llit. Així, una part del pagament de la urgència està contingut dintre del pagament de l'alta, en aquesta concepció de pressupost global esmentada anteriorment.

Nogensmenys, des del Servei Català de Salut s'està treballant des de fa més d'un any en una reordenació del sistema de pagament que elimini el criteri de facturació que considera altes les urgències allargades i, a canvi, es determini un índex d'estructura de la urgència en base a l'estructura de guàrdies, considerant que aquest és el principal vector de cost. Aquest és un procés complex que, d'altra banda, requereix de la modificació del propi Decret, donat que aquest no reconeix aquest paràmetre. S'espera poder seguir treballant aquesta reformulació del sistema de pagament durant el 2025 per tal de poder procedir a la seva implantació al 2026.

Per últim, és important destacar que l'informe insinua un possible incentiu pervers del sistema de pagament que indueixi als proveïdors a atendre els casos poc urgents i poc complexos. Aquest incentiu és completament inexistent per dos motius. En primer

lloc, els hospitals no tenen la capacitat de denegar l'assistència i, per tant, no existeix possibilitat de *cream screaming*. En segon lloc, el propi sistema de triatge actua com un element de prioritització de l'assistència en virtut de les necessitats assistencials del pacient i – sempre – un pacient triat amb nivell 1 – risc vital immediat – o nivell 2 passa per davant qualsevol pacient triat amb nivells 3, 4 i 5.

4. L'aplicació del sistema de pagament de l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts respon a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors?

En primer lloc, posar de manifest que d'acord al Decret 118/2014, la contraprestació de serveis ha d'orientar-se a les necessitats de la població i no respondre a les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors. En el model sanitari català, els proveïdors sanitaris gaudeixen d'autonomia de gestió organitzativa i en la gestió dels seus recursos. Evidentment es procura que el sistema de contraprestació sigui suficient per a garantir una assistència sanitària de qualitat però no necessàriament ha de respondre a les decisions que, des de l'exercici de la seva autonomia, puguin condicionar les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors.

a. La facturació i la regularització de l'activitat hospitalària i especialitzada d'aguts s'han fet d'acord amb el que preveu la resolució d'aplicació del sistema de pagament?

En aquest apartat es fa referència a una possible mala interpretació en relació a com es comptabilitzen els reingressos a efectes de la seva liquidació que fa referència a si els reingressos s'han de comptabilitzar o no a efectes d'assolir els llindars mínims per accedir a la part fix. Tot i que a efectes interns del sector, on els condicionants de l'aplicació del sistema de pagament es discuteixen i es pacten en Comissió de Sistemes de Pagament i Comissió de Proveïdors, s'ha millorat el redactat de les memòries d'aplicació del sistema de pagament a proposta de Sindicatura per evitar confusions.

Aclarir que una alta de reingrés és a tots els efectes un episodi d'hospitalització i que la seva condició de reingrés es determina amb posterioritat amb el seu creuament amb CMBDAH, que aporta la informació clínica necessària. L'aplicació d'aquesta condició pretén limitar els incentius a l'escurçament de l'episodi que pot generar un pagament per alta. El reingrés però no sempre és atribuïble a aquest fet sinó que en un % de casos es pot associar a les condicions del pacient.

b. L'aplicació del sistema de pagament ha permès dotar les entitats proveïdores concertades d'un finançament adient per a la prestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts?

En les consideracions inicials ja s'han posat de manifest alguns dels condicionants pressupostaris als quals està sotmès el Servei Català de la Salut i els seus efectes sobre la despesa desplaçada. Així mateix s'ha exposat la dificultat derivada d'uns increments retributius extemporanis i retroactius que sovint afecten el sistema de fixació de tarifes.

Per últim, i en referència a les regularitzacions, el propi sistema de comprovació de la facturació mitjançant el creuament amb CMBDAH i l'establiment d'objectius qualitatius obliguen a un procés laboriós que sovint retarda el procés de tancament i regularització. El registre assistencial CMBDAH no es tanca fins ja tancat l'exercici. Els darrers anys s'està fent un esforç perquè el registre es tanqui el més aviat possible i no

endarrerir tant el tancament de la facturació. Així mateix, s'està fent un procés similar en el tancament dels objectius de la part variable que, comporta, un procés d'avaluació i presentació d'al·legacions per part de les entitats proveïdores que sovint es dilata en excés.

c. El CatSalut va finançar serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts per vies diferents als preus fixats mitjançant el sistema de contraprestació ordinari?

La Sindicatura apunta que el sistema de finançament hauria de ser suficient per cobrir els costos de renovació tecnològica dels equipaments. En primer lloc, cal establir que el finançament dels serveis està condicionat per les disponibilitats pressupostàries del Departament de Salut. Durant els anys de la crisi, el sector es va veure obligat a aplicar reduccions lineals de tarifa i procurar, en la mesura del possible, mantenir la prestació de serveis a la ciutadania en termes de qualitat i accessibilitat. En aquest context es va produir un procés d'obsolescència progressiu dels equipaments sanitaris que va motivar, entre altres, la convocatòria del Programa específic de renovació tecnològica (PERT).

En segon lloc, en les consideracions inicials s'apunta que, tot i que darrerament s'està fent un esforç per a què tant les noves tarifes com algunes de les ja vigents es facin mitjançant un escandall de costos, aquest no és l'origen història del sistema de finançament.

En el diagrama següent, elaborat a partir de les dades de Central de Balanços, es mostra l'evolució del grau d'obsolescència del sector. Destacar que el PERT fou una convocatòria pública ordinària de subvencions on van poder concórrer totes les entitats d'atenció especialitzada d'aguts del SISCAT i, per tant, en igualtat de condicions.

Béns totalment amortitzats BTA (Grau d'obsolescència dels actius)

Dades corresponents a l'Atenció Especialitzada (inclou hospitals de l'ICS), l'atenció Intermitèdia i la Salut Mental

Què són béns totalment amortitzats? Són aquells elements de l'actiu que es continuen utilitzant més enllà de la seva vida útil.

Què entenem per obsolescència? Un bé pot estar en condicions d'ús però pot ser considerat obsolet si existeixen altres béns substituïts d'un major rendiment o producció. En el sector salut l'evolució tecnològica es produeix a gran velocitat i requereix ser incorporada per tal de mantenir els nivells de qualitat i atenció.

Què representa aquest percentatge? Representa tots aquells elements de l'actiu que ja estan obsolets i, que encara no s'han donat de baixa.



La Sindicatura de Comptes apunta a un possible sobrefinançament dels actius que, tal i com mostra el gràfic anterior, no existeix.

5. El sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts està assolint els resultats que persegueix el CatSalut?

a. Els incentius econòmics establerts en el sistema de determinació de preus han produït els efectes esperats, de manera que en resti justificada l'aplicació?

En aquest subapartat la Sindicatura de Comptes analitza 4 dels incentius econòmics establerts a través del sistema de pagament, tot i que n'hi ha d'altres importants com el sistema de marginalitats, i sobre aquesta anàlisi avalua si està justificada la seva aplicació. Els incentius analitzats són l'incentiu aplicat sobre l'activitat quirúrgica, la reducció dels reingressos, l'hospitalització domiciliària i la Cirurgia Major Ambulatòria. En relació a l'evidència sobre la reducció dels reingressos, el primer fet a constatar és que l'incentiu no està incorporat al sistema de pagament per a la reducció dels reingressos sinó pel seu control. El sistema de pagament per alta incentiva l'escurçament de l'alta i, en aquest sentit, es col·loca aquest incentiu per tal contrarestar-lo. L'objectiu del sistema de pagament no pot ser eliminar el reingrés, donat que les condicions clíniques del malalt poden requerir-lo, sinó evitar que aquests creixin per causa del sistema de pagament. Així mateix a efectes de la comparació també cal tenir en compte que l'envelliment de la població i la cronificació de moltes malalties fan difícil aventurar que la taxa natural de reingressos no hagi de créixer amb el temps.

En relació a la manca d'evidència respecte l'incentiu sobre l'hospitalització a domicili, es fa difícil entendre la manca d'evidència respecte la utilitat del incentiu quan el creixement d'aquestes en el període analitzat és superior al 70%.

Si mirem procediments específics, podem observar com si que existeix una progressió en l'ambulatorització. A continuació es mostra per exemple, l'evolució de l'abordatge de l'hèrnia inguinal:



Aquesta patologia per exemple, s'ha beneficiat del desenvolupament de la cirurgia laparoscòpica. Aquesta tècnica requereix de la formació dels professionals en aquesta tècnica quirúrgica i de l'equipament tecnològic per efectuar-la. Així el pagament per alta afavoreix la inversió en formació i tecnologia que implica aquest canvi en la tècnica quirúrgica.

D'altra banda, com ja apunta la Sindicatura de Comptes hi ha determinats procediments on el % d'ambulatorització ja és tant alt (com és el cas de les cataractes) on ja no té sentit el seu pagament com a alta. Com ja es va posar en el seu coneixement durant la seva visita, s'està treballant per excloure de la compra d'altres aquells procediments on els percentatges de cirurgia major ambulatòria ja arriben a llindars

molt alts. El procés és complex perquè implica una reordenació de la compra important i, per aquest motiu, s'hi treballa des del 2023 i s'espera poder aplicar-ho al 2026.

b. En quina mesura la contraprestació per resultats ha millorat la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis?

La contraprestació per resultats vincula el pagament del 5% de l'import de la major part de les activitats contractades (no de totes) a objectius vinculats a la qualitat, l'eficiència de la prestació de serveis i l'autonomia clínica dels professionals que no poden ser recollits directament pel sistema de compra.

En primer lloc, cal contextualitzar com es va introduir aquest 5% en la contraprestació per resultats. La posada en marxa del nou sistema de pagament es va fer sense introduir recursos addicionals per a la contraprestació per resultats. A efectes pràctics, això vol dir que es va transformar un 5% de la contractació que depenia només de la consecució de l'activitat, a fer-lo dependre de l'assoliment dels objectius marcats. Per aquest motiu, es va pactar que una part rellevant dels indicadors es consideressin bàsics en un primer moment. A aquesta categoria pertanyen la major part dels indicadors esmentats i que fan referència a millores en els processos i organització interna, i que són no gensmenys molt rellevants des del punt de vista de la qualitat del sistema de sanitari. En aquesta línia, es troben els indicadors que pretenen potenciar la cultura de seguretat en els centres hospitalaris, la consolidació de programes d'optimització de l'ús d'antibiòtics, la creació d'equips d'infeccions o el grau de cobertura d'identificació inequívoca de pacients.

Amb el temps s'han anat introduint indicadors de resultat com la qualitat en la prescripció farmacèutica o el temps d'espera en urgències, o altres no relacionats per la Sindicatura, i que han tingut impactes importants en la gestió de determinades patologies com els vinculats al Codi IAM (atenció d'emergència a la malaltia cardiovascular) o Codi ICTUS. La inclusió d'aquests objectius ha contribuït de manera notable a la supervivència i a la millora de qualitat de vida de molts dels pacients tractats.

Aclarir també que el fet que el grau d'assoliment dels indicadors sigui alt no és dolent, sinó ans al contrari.

En segon lloc, valdria la pena avaluar l'evolució no de l'assoliment sinó d'alguns indicadors en qüestió, on normalment el grau d'exigència es va incrementant. En tercer lloc, es fa referència a què els objectius i indicadors es repeteixen al llarg dels anys. Aquest fet té per objectiu consolidar-los donat que l'impacte sobre indicadors de salut de resultat requereix d'un període llarg d'aplicació de mesures.

Per últim, destacar que en atenció especialitzada d'aguts generalment s'utilitzen indicadors de procés que tenen provada evidència del seu impacte sobre els resultats en salut, tal i com documenten les fitxes de la CPR. Per exemple, s'utilitza habitualment el temps porta-agulla com a indicador de procés del codi ICTUS però perquè està científicament demostrat que aquest temps és determinant en la supervivència i recuperació sense seqüeles dels pacients que pateixen un ICTUS. Indicador com el que fa esment l'informe “% de pacients amb hipertensió que han vist reduïda la seva pressió sanguínia en un període en concret” és un indicador que s'utilitza habitualment però referit a l'atenció primària, responsable de les tasques de prevenció i promoció

de la salut i, per tant, del control dels factors de risc. Aquest tipus d'indicador però, no és propi de l'atenció hospitalària especialitzada d'aguts.

c. S'estan assolint millores pel que fa a la qualitat dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, la seva accessibilitat i l'eficiència en la seva prestació?

L'informe utilitza com a indicadors d'eficiència l'evolució de l'estada mitjana i de la cirurgia major ambulatoria. Si bé és cert que ambdós són indicadors d'eficiència, és difícil extreure conclusions si s'analitzen de manera longitudinal per un període curt i sense contextualitzar.

En primer lloc, el pagament per alta i el reconeixement de cirurgia major ambulatoria com a tal operen des del 1997 i, per tant, el seu potencial de millora en un cohort de 5 anys és limitat, donat que fa més de 20 anys que ja estan essent incentivats. En segon lloc, l'estada mitjana i el % de cirurgia major ambulatoria es marquen sobre un conjunt d'altes que no és estàtic. Així, per avaluar si realment es continua produint una evolució, caldria fer-ho sobre un subconjunt més homogeni d'activitat. Val a dir, addicionalment, que indicadors com l'estada mitjana es veuen molt influïts, per exemple, per factors com l'edat mitjana dels pacients atesos. Amb l'envelliment de la població, la població que ingressa normalment és més gran i pateix un major nombre de comorbiditats que afecten normalment al seu procés de recuperació i, per tant, a l'estada mitjana. En relació a la CMA, l'ambulatorització de procediments és de ben segur una mesura d'eficiència, però el % sobre el total de l'activitat es pot associar sovint no al fet que s'hagin o no introduït millores en les tècniques que permeten l'ambulatorització sinó a la quantitat de procediments sobre el total que són ambulatoris i que s'han fet aquell any. Així, per exemple, si un hospital fa un pla de xoc per a reduir la llista d'espera de cataractes – procediment ambulatoritzat en el 99% dels casos, el % de cirurgia major ambulatoria s'haurà incrementat sense necessitat que s'hagin produït guanys en l'eficiència. Tampoc es pot valorar que un hospital sigui menys eficient perquè el seu percentatge d'ambulatorització sigui inferior al d'un altre, sense considerar la cartera de serveis. Hospitals de major complexitat realitzen un nombre elevat de procediments complexos que sovint no són ambulatoritzables (cirurgies oncològiques majors, trasplantaments, etc.).

En relació als indicadors de qualitat, és difícil avaluar els impactes sobre la qualitat amb un subconjunt de 4 indicadors i treure'n conclusions de caràcter general. Addicionalment apuntar que l'indicador d'hospitalitzacions potencialment evitables és un indicador sense dubte de qualitat del sistema sanitari, però no tant de l'atenció hospitalària específicament. De fet, l'indicador d'hospitalitzacions potencialment evitables consultat a MSIQ està sota l'epígraf d'indicadors de qualitat en la prevenció. Si hom consulta la fitxa d'aquest indicador en la font esmentada podrà llegir el següent: "Malgrat que aquests indicadors estan elaborats a partir de la informació recollida sobre els ingressos en els hospitals d'aguts, proporcionen informació sobre la qualitat del sistema sanitari en la seva globalitat, i especialment sobre la capacitat de l'assistència ambulatoria per prevenir complicacions mèdiques". Per tant, aquest indicador no avalua si l'ingrés s'ha realitzat o no correctament: el pacient quan ingressa està en una situació clínica que requereix ingrés hospitalari però el què indica és que un millor maneig d'aquestes patologies, des de l'atenció primària o l'atenció especialitzada ambulatoria, podria haver evitat arribar a la situació de la necessitat de precisar internament.

En termes d'accessibilitat, les dades mostren que una millora significativa. En termes de la cirurgia oncològica, si bé s'aprecia un increment dels temps mitjans d'espera - com bé indica la Sindicatura molt associat a l'increment de la prevalença- , el temps es manté sota el llindar de garantia, que és de 30 dies.

Per últim apuntar que el Sistema Sanitari Català gaudeix de reconeixement internacional en termes de la qualitat i eficiència.

III. CONSIDERACIONS FINALS

Salut exerceix activament el retiment de comptes a la ciutadania, conscients que aquest és el sector on, des de la perspectiva dels recursos públics, s'inverteix més. En aquest sentit, més enllà dels controls d'acord a la normativa de fiscalització prèvia que s'exerceixen sobre el conjunt d'actuacions del Servei Català de la Salut i el Departament de Salut, cal destacar que és un dels sectors que un major exercici de retiment de comptes ha fet envers la ciutadania, dotant-se d'una agència independent - l'AQUAS - que no només avalua els resultats del sistema de salut des d'una perspectiva interna, sinó que els fa públics a través de l'accés a les dades mitjançant la Central de Resultats. Aquesta iniciativa, pionera a l'Estat i fins i tot no habitual a nivell internacional, permet accedir a indicadors de resultat nominatius amb identificació del proveïdor sanitari.

El minuciós procés de fiscalització realitzat per la Sindicatura de Comptes és un element més que ens ha d'ajudar a evolucionar en el procés de millora contínua impulsat des de les autoritats sanitàries. Des del punt de vista de l'orientació de la fiscalització, destacar que aquest posa molt d'èmfasi en si el sistema de pagament cobreix les necessitats econòmiques i financeres dels proveïdors. A banda de les limitacions en el finançament pròdigament descrites, la normativa vigent - en concret l'establerta a través del Decret 118/2014 de contractació de serveis sanitaris-, els sistemes de contraprestació s'han d'orientar a les necessitats de la ciutadania i no tant del proveïdor de serveis. La compra de serveis és l'eina fonamental per dirigir els recursos a les necessitats de la ciutadania, i des del Servei Català de la Salut es posa l'èmfasi en l'adequació a paràmetres poblacionals. Val a dir que des del Servei Català de la Salut comparteix la necessitat d'avançar envers un sistema compra orientat a l'aportació de valor.

Així mateix, cal ésser prudent amb alguna de les afirmacions contundents en relació a la millora de la qualitat i l'eficiència, donat que es tracta de processos complexos. Tal i com s'ha expressat aquest document d'al·legacions, la prestació sanitària és d'un alt contingut sensible a efectes de la societat i aconsella una rigorositat extrema en l'asseveració de conclusions. Determinar la qualitat o l'eficiència amb la visió d'un subconjunt d'indicadors petit i discrecional podria ser agosarat i, encara més quan alguns dels indicadors podrien no ser representatius de l'assistència hospitalària d'aguts que s'analitza en el present informe.

Conscients de la necessitat de retre comptes, l'avaluació d'aspectes com la qualitat i l'eficiència - entesa com el rati entre els resultats obtinguts i els recursos invertits- ha de ser avaluada i per això el Departament de Salut disposa d'una agència d'avaluació que pot copsar la complexitat de l'atenció sanitària."

7.2. TRACTAMENT DE LES AL·LEGACIONS

Les al·legacions formulades han estat analitzades i valorades per la Sindicatura de Comptes.

Com a conseqüència de les al·legacions presentades s'han modificat o introduït aclariments en el text dels apartats 1.2, 5.3.3 i 5.5.2 de l'informe.

La resta del text del projecte d'informe no s'ha alterat perquè s'entén que les al·legacions trameses són explicacions que confirmen la situació descrita, perquè es fonamenten en documentació addicional aportada que no acredita ni modifica les observacions de l'informe, o bé perquè no tenen suport jurídic i exposen fets que no motiven la manca de compliment de la normativa d'aplicació.

APROVACIÓ DE L'INFORME

Certifico que a Barcelona, el 8 d'abril del 2025, reunit el Ple de la Sindicatura de Comptes, presidit pel síndic major, Miquel Salazar Canalda, amb l'assistència dels síndics Manel Rodríguez Tió, Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roquer i Padrosa i Josep Viñas i Xifra, i de la secretària general de la Sindicatura, Marta Junquera Bernal, actuant com a ponent la síndica Maria Àngels Cabasés Piqué, amb deliberació prèvia s'acorda aprovar l'informe de fiscalització 5/2025, relatiu al sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres del SISCAT per compte del CatSalut, exercici 2022.

I, perquè així consti i tingui els efectes que corresponguin, signo aquesta certificació, amb el vistiplau del síndic major.

La secretària general

Vist i plau,

El síndic major

