

Grup 5A

ORGANITZACIÓ-RELACIONS ENTRE HOSPITALS (TERCIARISME, SINERGIES, CARTERA DE SERVEIS)

Felipe Bory Ros (coordinació)
Jaume Roigé Solé (coordinació)

Miguel Ángel Berruezo Naval
Jaume Capellades Font
Jordi Carbonell Abello
Xavier Castells Oliveres
Antoni Corominas Díaz
Empar Cuxart Fina
Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
M. Teresa González Álvarez
Rosa Maria Gràcia Gozalo
Irene Halperin Rabinovich
Jordi Ibàñez Nolla
Maria Teresa Maristany Daunert
Eva M. Martínez Cáceres
Salvador Navarro Soto
Antonio Noguerras Rimblas
Manel Sabaté Tenas
Josep Sadurní Serrasolsas
Antonio San José Laporte
Núria Serra Tauler
Marta Sitges Carreño
Ricard Valero Castell

Grup 5A- ORGANITZACI3/ESTRUCTURA CAMP 1: REORGANITZACI3 DEL TERCIARISME				
ENUNCIAT	El terciarisme agrupa un conjunt d'activitats altament complexes, amb un alt grau de tecnificaci3 i costos elevats. Aquestes caracteristiques fan que aquests procediments requereixin una reordenaci3 en el sentit d'una major concentraci3 de patologies poc prevalents o molt complexes.			
ARGUMENTACI3	<p>En els darrers anys, arran d'una demanda d'assistencia universal, de qualitat i de proximitat per part de la mateixa ciutadania i dels seus representants, de la gesti3 i distribuci3 dels recursos p3blics esmerçats per oferir-la, aixi com del zel de la comunitat m3dica, hi ha hagut una proliferaci3 poc coordinada de procediments terciaris. Els requeriments principals que defineixen el terciarisme, és a dir, l'alt cost, l'alta complexitat i la necessitat de concentraci3 no s'han tingut prou en compte en la corresponent planificaci3.</p> <p>El plantejament te3ric s'ha anat allunyant progressivament de la realitat social i econ3mica del pa3s. La concentraci3 del terciarisme ha esdevingut dispersi3, que ha comportat l'existencia d'alguns equips amb casuistiques molt baixes que impacten negativament en els resultats i els fa ineficients. La dispersi3 del terciarisme ha fet que grans inversions en capital hum3 i tecnol3gic esdevinguin poc rendibles i incrementin els costos. Exemple: proliferaci3 d'equips de gu3rdia, localitzaci3, major nombre hipot3tic de complicacions, etc.</p> <p>Els grans eixos doncs:</p>			
	Accions	Mesures	Eines	Comentaris addicionals
1	Definici3 de terciarisme.	Definir qu3 entenem per terciarisme i quines patologies i processos inclou.	Grup de treball d'hospitals.	Cal incloure processos que necessiten alta tecnologia i una alta especialitzaci3 professional, aixi com aquells que cal fer un n3mero m3nim de procediments.

2	La demanda de terciarisme.	Estudiar la demanda real de terciarisme de la població de Catalunya.	Estudi de l'activitat feta i de l'activitat pendent en la llista d'espera. Estudi de les indicacions seguint les guies i la bibliografia existent.	Cal saber quin és el flux de terciarisme entre hospitals en funció de la seva població de referència. Caldria saber quina és la població afectada amb patologies complexes amb indicació de tractament en centre terciari. Caldria que l'Administració definís zones clares de referències entre centres, per patologies terciàries.
3	Coordinació i concentració	Un cop coneguda la demanda i l'efecte de terciarisme, caldrà emprendre mesures de coordinació i concentració de l'activitat.	Grups de treball d'experts dels hospitals amb CatSalut per definir la cartera de serveis de terciarisme de cada hospital i/o regió sanitària.	Per patologies poc prevalents es podrien crear equips o unitats en un centre amb els professionals més experts en aquelles patologies o procediments; per tant, s'unificaria en un hospital l'expertesa i coneixement de la malaltia o del tractament, amb dedicació completa o parcial del temps dels professionals implicats. En patologies més prevalents, s'haurà de comptar amb el nombre de centres necessaris per cobrir la demanda.

4	Trasplantaments i patologies complexes	Definir quins centres faran cada tipus de trasplantament (o altres patologies complexes), en funció del nombre realitzat, l'expertesa, l'excel·lència i els resultats. Compartir programes i guàrdies de trasplantament (dies alterns, caps de setmana, etc.), i la localització.	Grups de treball en coordinació amb l'OCAT o altres entitats. Cal fer un catàleg de les patologies i de la massa crítica de baixa prevalència i/o alta complexitat. CATSALUT ha de liderar reunions entre diferents hospitals i societats científiques per establir una adequada redistribució.	La racionalització del trasplantament (i altres processos) pot obligar a reduir el nombre de centres d'algun tipus de trasplantament, o bé establir una coordinació diferent de guàrdies (rotació dels equips de guàrdia, per exemple) entre els equips existents i redefinir els protocols d'actuació. El trasplantament és un exemple de la patologia i procés complex que és aplicable a tot.
5	Nou sistema de retribució en la integració.	Caldrà definir nous sistemes de retribució destinats a la coordinació i la cooperació entre centres.	Definició de sistemes retributius, incentius, objectius i carrera professional, homologable dins el sistema. I que incentivin la productivitat real.	La cooperació entre centres farà necessari tenir sistemes retributius homologables.

6	CSUR	Cal saber aquells procediments acreditats pel CSUR i, per tant, caldrà tenir-los en compte a l'hora de planificar el terciarisme, així com avaluació i coordinació d'altres procediments complexos no recollits en els CSUR	Arxiu d'acreditacions i auditorització dels centres i unitats expertes o que ofereixen procediments complexos	Aquells centres o procediments acreditats pel CSUR a priori s'entén que tenen un grau de coordinació interna, massa crítica i l'excel·lència que els fa aptes per fer aquests procediments.
7	Societats científiques	Les societats científiques han de participar en les decisions de com es farà el terciarisme, han de participar en dissenyar el camí cap on es vol anar.	Participació de les societats científiques.	Les societats científiques tenen el coneixement real dels procediments i els llocs d'excel·lència. En aquest sentit hi ha alguns exemples d'èxit com el pla director per l'ICTUS i HSA, que ha facilitat conèixer els centres de referència. Igualment hi ha parts del pla director d'oncologia amb bons resultats. Aquests exemples de manera de treballar han de ser avaluats i, amb les millores necessàries, poden ser de referència per altres procediments terciaris.

8	Excel·lència/acreditació	Definir quins i quants són els serveis excel·lents i què s'entén per excel·lència.	Fer un mapa de serveis excel·lents per una tècnica, una prova diagnòstica o procediment terapèutic, on es tingui en compte la formació dels professionals, capacitat, tecnologia, infraestructures, volum anual, etc.	Etiquetar els centres i/o serveis excel·lents potser podria produir un desequilibri en la demanda de la població. Un exemple podria ser: "per al diagnòstic de proves d'hipersensibilitat retardada a fàrmacs" i no "centre d'excel·lència d'al·lèrgies". La informació ha de ser interna, perquè si és pel gran públic tothom tendirà a anar a aquell centre.
9	Indicacions de tractaments/ procediments terciaris i exploracions diagnòstiques	Revisar i consensuar indicacions de proves, dels tractaments i o procediments terciaris.	Crear consensos en societats científiques. Millorar l'educació en la població mèdica en ètica i en autocontrol de la despesa (pre-grau i postgrau)	Exemple: Trasplantament de pacients en els quals la supervivència previsible és baixa. Exemple: Ingressos en UCI de pacients sense criteri ni gaires probabilitats de supervivència. Exemple: Intervencions quirúrgiques en pacients terminals. Exemple: Exploracions diagnòstiques que no canvien criteris d'actuació.

10	Equitat	<p>La concentració, molt necessària, en determinats hospitals, no pot anar en detriment de la manca d'equitat (especialment territorial). Per això, es fa necessari garantir: 1) una coordinació entre hospitals de referència i comarcals amb els hospitals d'alta complexitat, 2) diferenciar aquells procediments/tractaments urgents dels no urgents (per exemple trasplantaments vs. tractament de HSA o l'ICTUS terciari)</p>		<p>Els procediments urgents necessiten d'una alta coordinació territorial per garantir-ne el tractament en el temps adequat.</p>
----	---------	---	--	--

PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>1. Definir excel·lència 2. Conèixer els centres excel·lents 3. Conèixer els fluxos de pacients i les necessitats regionals en terciarisme 4. Coordinar, promoure, facilitar i crear aliances estratègiques entre centres. Canviar la tònica del cadascú per ell al treball en xarxa 5. Divulgar els resultats assistencials i científics. Fer sessions de benchmarking. 6. Protocols d'actuació explicitats a tothom. Cal que s'utilitzin. Protocols d'actuació comuns a tots el centres</p> <p><u>Procediments</u> Millorar i redefinir protocols i la formació de residents i d'especialitats. Redistribuir els pacients amb procediments no terciaris a altres centres per alleugerar les llistes d'espera.</p>							
AVANTATGES	<p>Concentració de l'expertesa professional, els equips i les tecnologies. Garantir una millor eficiència. Garantir millors resultats en tant que s'incrementa la massa crítica. Millora en el rendiment de la docència i la recerca. Redistribuir la càrrega de serveis no terciaris.</p>							
INCONVENIENTS	<p>Resistència al canvi. Resistència a deixar de fer procediments o tècniques al teu centre. Pèrdua econòmica a nivell individual. S'hauria d'intentar evitar la concentració de tots el procediments terciaris en un únic centre, fer una valoració acurada de la distribució, hi ha serveis excel·lents en diversos hospitals. Redissenyar serveis. Desincentivació professional per aquells equips que perdin. Millorar l'accessibilitat dels pacients per evitar el desequilibri en la demanda de la població en la concentració de serveis.</p>							
VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	3 - 4	5-9-10	1 -2- 6- 7-8					

FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	2-6-7	5-8-9-10	3-4					
TEMPS NECESSARI	6-7	1-2-3-4-5-8-9-10						

Grup 5A- ORGANITZACIÓ/ESTRUCTURA CAMP 2: CARTERA DE SERVEIS				
ENUNCIAT	Pel que fa a la cartera de serveis hi ha hagut un creixement anàrquic molts cops provocat per l'empenta dels professionals, però també per la demanda assistencial de qualitat i proximitat de la ciutadania i de la gestió dels recursos esmerçats per oferir-la.			
ARGUMENTACIÓ	En l'actual marc de contenció econòmica cal adequar els recursos que tenim a les prestacions que podem assumir. Cal doncs, redefinir la cartera de serveis, què pot oferir el sistema i què por oferir cada centre. Cal tenir present, però ,que el marge de la reorganització de l'actuació mèdica propiament és limitat. Cal conèixer l'opinió i solucions que aportin els actuals gestors del sistema sobre com organitzar-lo perquè aquest sigui eficaç i sostenible, i cal també traslladar i propiciar una reflexió i conseqüent decisió a la ciutadania i als seus representants sobre les modificacions que necessita.			
	Accions	Mesures	Eines	Comentaris addicionals

1	Redefinir (reduir?) la Cartera de Serveis	L'estudi de les necessitats de la població permetrà veure on s'estableixen els límits (exemples: fecundacions in vitro, trasplantament de cara, ...) (Què fa el CATSALUT)		Cal un gran pacte social per avançar cap a una limitació de l'actual il·limitada oferta sanitària ("barra lliure" segons alguns). Polítics, ciutadans i societat civil, societats científiques, col·legis professionals, universitats, organismes sanitaris, organismes econòmics... Definir per una banda què entra, què entra amb un possible copagament, i què no entra, i per l'altre quines persones han de tenir accés sempre lliure i quines persones no. Aquest debat s'hauria de fer amb calma, de forma planificada, amb transparència i consensuat al màxim possible. Els metges hem de jugar un paper principal en aquest debat.
---	---	--	--	--

2	Adequar els recursos sanitaris. No es pot fer tot a tot arreu ni a tothom.	Estudi de les necessitats de salut i demogràfiques per regions.	Avaluació i comparació de les necessitats de cada regió amb els recursos disponibles.	Permet establir, per una banda, què és el que la sanitat pública pot oferir i, per altra banda, establir quins procediments són complexos (terciaris) i on es poden oferir (grup 5a). però no només ho ha de proposar l'estament mèdic. Cal el concurs dels gestors de la sanitat i de la ciutadania/els seus representants democràtics per establir quina fórmula: 1) es manté l'actual cartera de serveis i s'augmenta l'aportació econòmica de la ciutadania per mantenir-lo (i com? més impostos, copagament??) o bé 2) es redefiniex la cartera de serveis de la sanitat pública (i com?. p.e: es promou la mutualització per patologies "menors" i es garanteix l'assistència pública a patologies "greus" ...??
---	--	---	---	---

3	Col·laboració entre centres.	<p>Col·laboració entre centres de manera que caldrà fer un canvi d'organització d'acord amb unes isocrones amb implicació dels professionals i dels metges en formació també.</p> <p>Definir la distribució de la cartera de serveis entre els diferents centres (què fa cada centre) seguint criteris no només de proximitat, sinó també d'accessibilitat, d'eficiència i de qualitat.</p>	<p>Creació de protocols d'actuació i coordinació entre centres. Treball en xarxa, coordinat i jerarquitat.</p> <p>Paper de les societats mèdiques catalanes i de les guies mèdiques catalanes</p>	<p>La col·laboració pot incrementar l'expertesa en certes patologies. També pot permetre anivellar llistes d'espera, especialment per procediments de més complexitat en hospitals terciaris.</p>
---	------------------------------	---	---	---

4	Evitar la repetició de proves diagnòstiques.	Cal establir protocols per evitar la repetició de proves diagnòstiques al canviar de centre o professional. És necessari definir qui ha de fer aquestes proves. Cal tendir a sistemes d'informació compatibles perquè això sigui possible o bé a un sistema d'informació únic per tot el país (per exemple com el de Suècia, però que siguin consultats els professionals que l'utilitzen).	Protocols d'actuació. Paper de les societats mèdiques catalanes i grups de treball i de les seves guies. Sistema d'informació únic. Cal l'homogeneització dels sistemes d'informació, aprofundir en el desenvolupament i generalització de l'ús de la història clínica compartida, que afecta tant a la relació del terciarisme amb la resta del mapa sanitari com en la transversalitat de la cartera de serveis.	La repetició de proves per manca d'informació es veu com una important font d'ineficiència. Informatització comuna/compartida de la història clínica. Concienciació dels metges en la revisió de les anàlisis i proves ja fetes i informació del seu cost .
---	--	---	--	---

5	Tractament de proximitat	Cal procurar que els tractaments de seguiment es facin prop del domicili familiar del pacient, Els tractaments complexos s'han de fer a l'hospital de més complexitat, mitjançant la cooperació amb telemedicina el seguiment del pacient es podrà fer des de la proximitat.	Coordinació entre nivells. Telemedicina.	Hauríem d'exigir una cartera de serveis equitativa per a tots els territoris de Catalunya. La no viabilitat de l'històric i actual model del CAP i l'hospital de proximitat i a prop del domicili (on es fa quasi de tot), i l'evolució cap a un model de concentració d'alguns serveis en hospitals grans ofereix l'avantatge de disposar d'equips assistencials més experts (més massa crítica), però pot allunyar aquesta atenció excel·lent dels territoris més allunyats de Barcelona. Això implica un canvi de paradigma sanitari i caldrà pensar com donem resposta a aquest nou escenari d'una major concentració de serveis d'alta especialització i alta tecnologia en grans hospitals de l'Àrea de Barcelona amb uns serveis de proximitat en tot el territori català (atenció primària de salut i hospitals comarcals) potents i resolutius i ben coordinats amb els seus hospitals de referència (telemedicina, SEM, transport sanitari, informatització de la història clínica...).
---	--------------------------	--	---	---

6	El paper dels professionals	<p>Els professionals tindran un pes important a l'hora d'establir prioritats i elaborar objectius assistencials a la seva àrea.</p> <p>Cal introduir el concepte d'equip intercentre per tal d'optimitzar resultats, millorar l'expertesa i la formació, així com la possibilitat de compartir la tecnologia i no duplicar recursos cars.</p> <p>Definir criteris clínics (ètics i cost-benefici) d'indicació dels processos (què fa cada metge).</p>	Convenis de col·laboració entre serveis i entre centres	<p>La col·laboració entre professionals de centres diferents pot aportar un major aprofundiment i millora dels resultats. El compartir recursos, la col·laboració entre diferents centres, implicarà estudiar noves formes de finançament del sistema públic i concertat.</p> <p>Els professionals sanitaris hem de millorar les evidències científiques respecte a les intervencions sanitàries amb més beneficis pels pacients i amb un cost- benefici raonable. Una agència científica independent podria liderar aquesta recerca. Hem de ser rigorosos i exigents amb una bona utilització i consum de recursos sanitaris amb fons públics.</p>
7	Avaluació dels resultats	Cal portar a terme projectes d'avaluació dels resultats de forma permanent per tal d'evitar desigualtats, ineficiències o inequitat en el sistema	Instruments de mesura i avaluació de resultats	<p>És important mantenir l'avaluació confirmada per tal de millorar de forma constant, comparar entre centres i entre regions i corregir allò que calgui. I l'avaluació ha de esser fins i tot a nivell individual.</p>

8	Docència	La distribució de la cartera de serveis en funció de l'eficiència del sistema haurà de comportar un nou model docent multicèntric.		S'ha de formar els residents no tan sols per la patologia que es veu als grans hospitals sinó també per la patologia de menys complexitat i la que es veu a primària.
9	Ciutadans	Cal promoure la participació dels ciutadans en la definició de la cartera de serveis, des de la realitat, no des de la utopia de TOT a TOTS, SEMPRE.	Grups de participació ciutadana. Mitjans d'informació (campanyes publicitàries) per fer conèixer el ciutadà on consultar o que fer davant d'un problema (exemple: Codi Infart, trucar al SEM en comptes d'anar a l'hospital comarcal pels seus mitjans...).	La ciutadania ha de ser informada de la dificultat del manteniment del nostre sistema sanitari i ha de decidir - a través dels seus representants- quin model vol i com el vol sostenir.
10	Gestió clínica	Cal insistir que els professionals siguin escrupulosos en aplicar criteris ètics i professionals a l'hora de fer gestió clínica de les prestacions que estan aplicant.	Conscienciació ètica de la gestió clínica. auditorització / inspecció de correcte oferiment de cartera de serveis, de promoció externa (col·legi, societats, Catsalut...?). Eines d'informació dels costos reals del procediment a l'abast del professional.	Els professionals són els únics que poden millorar l'eficiència utilitzant criteris mèdics (els gestors no mèdics només veuen números) Exemple: evitar l'aferrissament terapèutic davant de casos que no són viables. Exemple: saber que un antibiòtic, catèter o pròtesi costa més que un altre i té el mateix efecte limitarà la seva utilització.

11	Cribatge poblacional	Cal revisar els protocols de cribatge de certes patologies per estudiar-ne el cost-benefici	Estudis d'evidència.	Exemple: cribatge del càncer de mama.
12	Finançament dels procediments d'alta complexitat	Establir els criteris de reemborsament dels procediments que compleixin amb les indicacions prèviament consensuades amb les societats científiques i agències d'avaluació tecnològica.	Registre obligatori dels procediments complexos: indicació, procediment, evolució. Seguiment dels pacients (Sanitat Respon, per exemple). Auditories regulars	Exemple: Registre Codi IAM actualment en funcionament. Exemple: Indicacions de tractaments farmacològics per la hipertensió pulmonar. Exemple: Indicacions de tractaments retrovirals Exemple: Indicacions de pròtesi aòrtica transcatèter vs. cirurgia convencional.
PROCEDIMENT PER DUR A TERME	<p>Estudi de les necessitats de salut d'una regió. Estudi dels dispositius assistencials per dur a terme l'assistència. Protocols d'actuació intercentres. Protocols de guàrdies compartides.</p>			
AVANTATGES	<p>Major eficiència econòmica a l'ajustar les necessitats als recursos. Aprofitament de la tecnologia cara i millora de la formació.</p>			
INCONVENIENTS	<p>Dificultat de transformar la planificació sanitària en planificació de serveis. Dificultat de compartir dispositius d'urgències. Dificultat que la població compregui la necessitat de compartir recursos. Disminució econòmica pels cossos de guàrdia. Resistències de la població a perdre proximitat. Resistència dels professionals a prestar serveis en un altre centre. Pèrdua econòmica dels professionals. El compartir recursos, la col·laboració entre diferents centres, implicarà estudiar noves formes de finançament del sistema públic i concertat.</p>			

VALORACIÓ	A	B	C					
IMPACTE EN LA DESPESA	3-4-12	1-6-7-10	2-5-8-9-11					
FACILITAT D'IMPLEMENTACIÓ	10	2-6-7-8-9-12	1-3-5-4-11					
TEMPS NECESSARI	10	1-2-6-7-9-12	3-4-5-8-11					