

Financiación, presupuesto y nueva gestión pública en Salud

Laura Cabiedes Miragaya
(AES España)

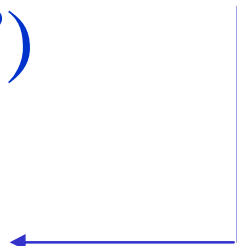
1 De qué estamos hablando

2 Algunas fórmulas de NGP

3 NGP en Salud: RU, Suecia y NZ

4 El caso español

De qué estamos hablando

- Nuevas formas de resolver problemas del sector público (mecanismos de mercado e instrumentos de gestión privada)
 - Grandes estrategias: separar O y D; ingresos según elección (traslación de riesgos); mayor autonomía (cierto “gerencialismo”)
 - Hacia presupuestos prospectivos
- 

- Trasfondo de problemas comunes
- Grupos privados en busca de parcelas lucrativas ?
- “Paraguas” que cobija distintas prácticas ?
- Cuestión de equilibrio de fuerzas, en relación directa al objetivo político y a la estructura institucional

Concepto que se relaciona con tendencias privatizadoras

- Aquí dejamos fuera operaciones abiertamente privatizadoras (la financiación de los servicios continúa siendo pública)
- Aunque, en términos dinámicos, la privatización es una posible consecuencia de la NGP

Algunas fórmulas de NGP

	Regula	Financia	Compra	Produce
Contratación externa “pura”	P	P	P	p
Contratación entre departamentos públicos	P	P	P _x	P _y
Concesiones administrativas	P	P (I: p)	P	p
Bonos	P	P	U/Ag	P/p
Mercados mixtos	P	P	P	P/p
Competencia pública	P	P	U	P

NGP en Salud

Contratación externa “pura”	Servicios de apoyo Complementar Oferta P.
Contratación entre departamentos públicos	Raramente
Concesiones administrativas	Nueva tendencia
Bonos	Raramente
Mercados mixtos	Mayoritariamente (hacia “bonos implícitos”)
Competencia pública	Algo

- Contexto UE: varios países del Sur pasan de SS a SNS (España en 1986)
- Toman como referencia SNS consolidados: RU y Suecia
- Experiencia neozelandesa: destacable a nivel internacional por su abandono de la NGP

Reino Unido

Mercados Mixtos	Compradores	Productores
Período Thatcher	<ul style="list-style-type: none"> • DHAs • GP Fundholdings 	<ul style="list-style-type: none"> • Trusts • Hospitales priv.
Período Blair (1997-)	<ul style="list-style-type: none"> • (DHAs) • PCGs ← <p>Hacia acuerdos plurianuales</p> <p>Hacia benchmarking</p>	<p>“Cooperación”</p> <p>Nuevas relaciones con el s. privado: PFI y Concordato (2000)</p>

Impacto de la reforma en el Reino Unido

Aspectos negativos

- Elevados costes de transacción
- Autoridades de distrito reacias a cambiar de proveedor
- Problemas financieros en muchos trusts
- Limitada competencia

Aspectos positivos

- Los Grupos de AP contribuyen a mejorar la asignación de recursos (y hoy: base geográfica)
- Menores tiempos de espera en algunos procedimientos sencillos
- Mayor conciencia de gasto (cierta “cultura empresarial”)
- Mejoras en los sistemas de información e iniciativas para profundizar el proceso

Suecia

Modelo Estocolmo:
Competencia Pública

Modelo Dalarna:
Mercados Mixtos

Cambios a nivel nacional (> capacidad elección paciente)

Modelo Estocolmo: Ap → cooperativas trabajadores
Pieza clave: apoyo sindicatos
Venta hospital público

Hacia Mercados Mixtos (“bonos implícitos”)

Impacto de la reforma en Suecia

- Dificultades para valorarlo por falta de información y solapamiento de medidas
- Los tiempos de espera disminuyeron **sólo inicialmente**
- Pagos prospectivos por caso (GRDs bastante extendidos)
- **Modelo Estocolmo**: se mencionan aumentos de la productividad > vs. hospitales con presupuestos globales y que en el hospital privatizado algunos tratamientos precisan un 15 % menos de fondos públicos que la mayoría de los del condado, **pero los costes totales crecen a la misma velocidad que en los condados con reformas menos avanzadas**

Nueva Zelanda

- País pionero en NGP a mediados de los años 80: modelo contractual tipo mercados mixtos, aunque tendencia a no contratar fuera
- Problemas de coordinación, rigideces para reasignar recursos, falla la eficiencia asignativa ...
- Finales 90: abandono en áreas sociales como Salud y Educación

La Sanidad en Nueva Zelanda: “la vuelta al mundo en 80 meses”

1992	Compra	Producción
	4 autoridades regionales	AE: 23 entidades + sector privado (no agudos) AP: ante incertidumbre reforma, grupos privados (pago por acto + gestión de presupuestos)
1996	Compra	Producción
	Se centraliza	AE: se elimina la condición de rentabilidad
1999	AE: se suprime la separación Compra/Producción 2001: 21 DHBs reciben financiación capiativa ajustada para proveer AE y adquirir paquetes de AP (grupos pagados por capitación, permitiéndoles retener posibles superávit)	

Impacto de la reforma en Nueva Zelanda

Aspectos negativos	Aspectos positivos
<ul style="list-style-type: none">• Elevados costes de transacción y crecimiento de la productividad decepcionante• Déficit en numerosas empresas hospitalarias• > tasas de actividad y < duración estancias, pero las listas de espera continuaron creciendo• Apenas competencia entre productores• No colaboración entre profesionales / opacidad• Cuestiones sobre calidad y equidad	<ul style="list-style-type: none">• Algunos rasgos de la NGP se mantienen: <p>Mejoras en los sistemas de información (orientación hacia indicadores de resultados, en la línea de seguir profundizando, con vistas a generar señales que guíen la asignación de recursos)</p> <p>Incentivos en AP</p>

Balance de las reformas

- Experiencia británica: modificación más que abandono del modelo de mercados mixtos y planteamiento a L/P
- Suecia: continuación del modelo, cada vez más inspirado en mercados mixtos con “bonos implícitos”
- Nueva Zelanda: abandono separación compra/producción en atención especializada, incentivos en atención primaria

En general: hincapié en la relevancia de los sistemas de información, reconocimiento de que algunos aspectos precisan una visión de conjunto del sistema, papel más activo de los equipos de AP

El caso español: una visión macroeconómica

- Ley General de Sanidad de 1986: creación de un SNS
- Descentralización de la gestión del gasto previa: Constitución de 1978 (la primera CA: Cataluña en 1981), pero sin descentralización en la obtención de ingresos
- 2002: de un sistema de “uno recauda, algunos gestionan y todos gastan” a “todos recaudan, todos gestionan y todos gastan”
- 2003: Ley de cohesión y calidad del SNS, en trámite parlamentario

El SNS español y la NGP

- Dado el nivel de descentralización: iniciativas de carácter general, en el territorio gestión centralizada hasta 2002 y en CCAA con autonomía en la gestión del gasto (generalmente pioneras en las reformas)
- Las principales medidas de carácter general derivan del Informe Abril (1991)

Algunas estrategias de NGP

Contratación externa “pura”	Conciertos desde los años 40; descarga de funciones no básicas
Contratación entre departamentos públicos	Lo más similar: recomendación facturación externa e interna (Informe Abril). Apenas cuajó esta iniciativa.
Concesiones administrativas	C. Valenciana: experiencia de Alzira (1999), se pretende recuperar el hospital temporalmente
Bonos	Sólo en servicios socio-sanitarios (bonos-residencia en Galicia y C. Valenciana)
Mercados mixtos	Cataluña: CA pionera (Ley 1990 y 1995) + territorio gestión centralizada + algunas CCAA con autonomía antes de 2002 (sobre todo en atención especializada). Andalucía: elección ante tiempos máximos de espera (“bonos implícitos”).
Competencia pública	Territorio gestión centralizada hasta 2002: libre elección de médico general y especialistas (el primero es hoy un derecho generalizado)

Nuevas formas jurídicas de gestión pública

- Pretenden facilitar la gestión desde una óptica empresarial: personalidad jurídica propia y mayor autonomía de gestión
- Mayor flexibilidad en materia de contratación y política de personal (según la fórmula, sometimiento al derecho privado y laboral, respectivamente).
- Algunas fórmulas derogadas a nivel estatal subsisten en las CCAA que las habían regulado
- El proceso legislativo de la normativa estatal fue muy conflictivo: corrección de erratas a los dos días en el BOE del RD/Ley 10/1996 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud; enmienda proyecto de la Ley acompañamiento a los PGE para 1999 ...; orientadas a dejar clara la vocación pública y cerradas las puertas a la privatización.

Algunas formas jurídicas de gestión pública

	Organismo Autónomo de carácter administ.	Ente Público	Consortio	Fundación	Fundación en Mano Pública (Insalud)	Fundación Pública Sanitaria (Insalud)
Contratación	Ley CAP	Ley CAP	D. Privado (con restr.)	D. Privado (con restr.)	D. Privado (con restr.)	Ley CAP
Régimen del Personal	Posibilidad Laboral	Posibilidad Laboral	Posibilidad Laboral	D. Laboral	D. Laboral	Estatutario (con exc.)
Observaciones	No pueden endeudarse	Pueden endeudarse		D. Privado	Cortapisas sucesivas desde M° Hacienda en materia presupuestaria	
Ejemplos	Algunos Servicios de Salud	SCS y otros; algunos hospitales	S/ todo en Cataluña	Algunos hospitales CCAA aut. antes 2002	Hospitales Alcorcón, Manacor y Calahorra	No hay

Impacto de la reforma en España

Aspectos negativos	Aspectos positivos
<ul style="list-style-type: none">• Modelo contractual: ficción legal, sin traslación efectiva del riesgo• Influencia de los responsables políticos en la esfera de contratación y compra + posibilidades de endogamia en relación a las nuevas formas jurídicas de gestión• El peso de los monopolios locales• Aprendizaje perverso (juego repetido)• Política de personal todavía muy centralizada	<ul style="list-style-type: none">• Modelo contractual: mayor disciplina presupuestaria, transparencia en la financiación y mayores posibilidades de efectuar comparaciones. Se genera cierta “cultura empresarial”• Mejoras en los sistemas de información• En términos de eficiencia técnica: incrementos de la productividad en hospitales del Insalud, atribuibles a los contratos-programa• Mayor contención de la inflación hospitalaria en Cataluña, donde la separación de agentes es más nítida