

Instrumentos organizativos de prestación de servicios sanitarios interhospitalarios al SISCAT

Servei Català de la Salut

Març de 2023

Índex

1. Introducció, objectius i metodologia	3
1.1. Introducció	3
1.2. Objectius	4
1.3. Metodologia	4
2. Principals conclusions de la revisió d'experiències internacionals.....	5
3. Anàlisi de situació a Catalunya	8
3.1. Antecedents	8
3.2. Valoració de les col·laboracions interhospitalàries	9
4. Proposta del model de col·laboracions interhospitalàries del SISCAT	11
4.1. Principis generals.....	11
4.2. Proposta de tres models organitzatius	12
4.3. Proposta de marc d'avaluació	13
5. Descripció dels tres models organitzatius de col·laboració interhospitalària del SISCAT	14
5.1. Servei territorial.....	15
5.2. Unitat Funcional Territorial	18
5.3. Prestació delegada de serveis	21
6. Requeriments per a l'avaluació dels models organitzatius de col·laboració interhospitalària del SISCAT	24
7. Annex 1: anàlisi d'experiències internacionals	27
7.1. França.....	27
7.1.1. Groupement hospitalier de territoire (GTH)	27
7.1.2. Filières de soins	28
7.2. Bèlgica	29
7.2.1. Associacions d'hospitals	29
7.3. Regne Unit.....	30
7.3.1. Clinical networks	33
7.3.2. Associate membres o buddyings.....	34
7.4. Suïssa.....	35
8. Annex 2: fitxes sintètiques	37
9. Annex 3: bibliografia	41
10. Annex 4: autoria i col·laboracions	43

1. Introducció, objectius i metodologia

1.1. Introducció

Les organitzacions sanitàries estan evolucionant cap a un marc de col·laboració i cooperació creixent en la prestació dels serveis assistencials. Des de fa temps, assistim a una progressiva estructuració de serveis en forma de xarxa, tant en l'àmbit internacional com en el nostre entorn. Concretament, a Catalunya, ja són visibles molts acords de col·laboració i cooperació des d'àmbits més bàsics, com poden ser els acords de servei territorial de la Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició Territorial de Girona (UDENTG) per a la prestació de serveis especialitzats en l'àmbit de l'endocrinologia i la nutrició a la Regió Sanitària Girona, o l'acord del Servei d'Al·lèrgia a la zona del Baix Llobregat, fins a acords més complexos, que involucren no únicament els serveis prestats sinó unitats senceres, com poden ser l'Aliança de Salut Mental Barcelona Esquerra, l'Aliança Estratègica C-17 o la Unitat de Cirurgia Plàstica del Consorci Sanitari de Terrassa, Mútua de Terrassa i l'Hospital de Sabadell Parc Taulí. Aquesta tendència de col·laboració entre hospitals s'ha accentuat amb les respostes implementades per fer front a la pandèmia de la COVID-19, que ha fet emergir diferents innovacions organitzatives per estructurar aquesta cooperació entre les entitats del sector sanitari, en gran part en l'entorn interhospitalari, però no exclusiu d'aquest, en la prestació de serveis: serveis territorials compartits, direccions clíniques i unitats de pràctica integrada, entre d'altres.

Aquest projecte té com a motivació garantir que aquestes cooperacions es duguin a terme de la manera més eficient possible, i amb certa homogeneïtat o criteris comuns en l'àmbit del SISCAT, tot millorant tres aspectes fonamentals com són:

- L'equitat d'accés de la població a diferents serveis a nivell territorial mitjançant la compartició de recursos professionals, expertesa, coneixement i la concreció de carteres de serveis compartides, elements especialment rellevants en serveis de major complexitat.
- La retenció i disponibilitat de talent a tot el territori davant la manca de professionals que s'està experimentant actualment.
- La definició d'un marc conceptual i eines comunes per organitzar la prestació de serveis compartits entre proveïdors sanitaris a Catalunya.

Però la multiplicitat de formes organitzatives innovadores requereix una anàlisi comparada i un mapatge de situació per tal d'avaluar-ne l'efectivitat i el funcionament, amb una doble perspectiva:

- Establir un marc comú per tal d'escalar i avaluar els resultats d'aquestes experiències al conjunt de la xarxa de proveïdors del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).
- Millorar les potencials asimetries existents entre organitzacions i territoris, com en la captació competitiva de recursos d'un centre sanitari en detriment d'un altre, etc.

1.2. Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball és establir les bases del marc conceptual del model organitzatiu de prestació de serveis compartits entre proveïdors sanitaris a Catalunya, a partir del mapeig de la situació actual, la revisió d'experiències internacionals i el consens amb actors claus del sistema.

Concretament, es vol:

- Dur a terme una recerca bibliogràfica i documental sobre els instruments de prestació de serveis territorials en xarxa en l'àmbit nacional i internacional.
- Caracteritzar els diferents instruments ja existents a Catalunya per a la prestació de serveis compartits en l'àmbit territorial.
- Dur a terme entrevistes amb professionals clau del sector (mapa d'instruments) i un grup de consens (definir el marc conceptual) per tal d'assegurar un relat comú i consensuat per part dels actors clau del sistema.
- Identificar els elements avaluatius, o requeriments clau dels diferents instruments.

1.3. Metodologia

El plantejament del projecte s'ha basat en dues fonts d'informació complementàries per tal d'elaborar un consens sobre el marc conceptual dels instruments de prestació de serveis territorials al SISCAT:

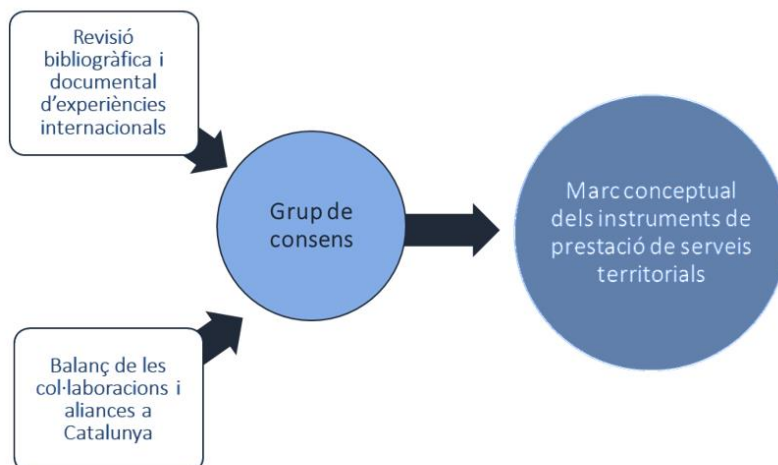
- Una recerca bibliogràfica i documental en l'àmbit internacional per observar quins instruments s'estan utilitzant actualment en altres països.
- Un balanç qualitatiu de la situació a Catalunya, per tal d'identificar, descriure i classificar les diferents experiències ja existents d'aliances de prestació de serveis sanitaris entre entitats proveïdores.

Les fonts bibliogràfiques i documentals sobre experiències internacionals es poden consultar a l'annex 1 i 3 d'aquest informe (fonts documentals i bibliogràfiques i descripció per país). El capítol 2 presenta la síntesi dels elements més significatius.

El balanç qualitatiu de la situació s'ha realitzat a partir de les dades aportades per el Institut Català de la Salut (ICS) i les agrupacions de proveïdors: la Unió Catalana d'Hospitals (UCH), el Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), sobre les col·laboracions existents, i s'han dut a terme entrevistes amb professionals clau d'aquestes.

A partir d'aquestes dues fonts d'informació s'ha constituït un grup de treball amb professionals del CatSalut, la UCH, el CSC i l'ICS per tal de caracteritzar els diferents models organitzatius de prestació de serveis assistencials compartits entre entitats proveïdores. Aquest grup de treball s'ha reunit cinc vegades entre febrer i octubre de 2022, i s'han dut a terme nou reunions amb l'equip de projecte del CatSalut per fer el seguiment, preparar els tallers i extreure les conclusions posteriors al taller.

Aquest procés i metodologia ens ha portat a aconseguir l'objectiu principal del projecte: elaborar un marc conceptual dels diferents models organitzatius en la prestació de serveis.



2. Principals conclusions de la revisió d'experiències internacionals

A nivell internacional, la revisió d'experiències sobre models organitzatius i instruments de prestació de serveis sanitaris territorials en xarxa s'ha centrat en l'àmbit interhospitalari i en els països següents:

- França
- Bèlgica
- Anglaterra
- Suïssa
- Canadà

Una de les primeres conclusions de la revisió d'experiències internacionals de serveis compartits entre hospitals és que aquestes són molt freqüents (i documentades) en serveis de gestió i administració (centres de serveis compartits), en serveis logístics (centrals de compres) i en serveis de tecnologies de la informació i comunicació. També hi ha força experiències de serveis compartits a l'àrea dels laboratoris d'anàlisis clíniques, i en menor mesura en l'àrea de diagnòstic per imatge. En canvi, hi ha relativament pocs exemples documentats sobre la prestació de serveis assistencials relacionats amb l'atenció als pacients.

No obstant això, la recerca de models internacionals ens ha permès identificar les següents experiències relacionades amb serveis assistencials. A l'annex 1 es pot trobar una explicació més elaborada de cada país.

País	Instrument	perímetre
Regne Unit	Trust merger	Xarxa hospitalària de territori (fusió)
	Service-level chain	Servei territorial compartit
	Clinical Network	Estructuració de l'itinerari i fluxos del pacient
	Contractual Joint-venture	Prestació de serveis entre hospitals
França	Filière de soins	Estructuració de l'itinerari i fluxos del pacient
	GHT	Xarxa hospitalària de territori (col·laboració)
Bèlgica	Associació d'hospitals	Xarxa hospitalària de territori (col·laboració)
	Associació de serveis entre 2 hospitals	Servei territorial compartit
Suïssa	Convenis entre hospitals	Estructuració de l'itinerari i fluxos del pacient
Canadà	CISS	Xarxa hospitalària de territori (fusió)

Les principals conclusions de la revisió d'experiències internacionals són:

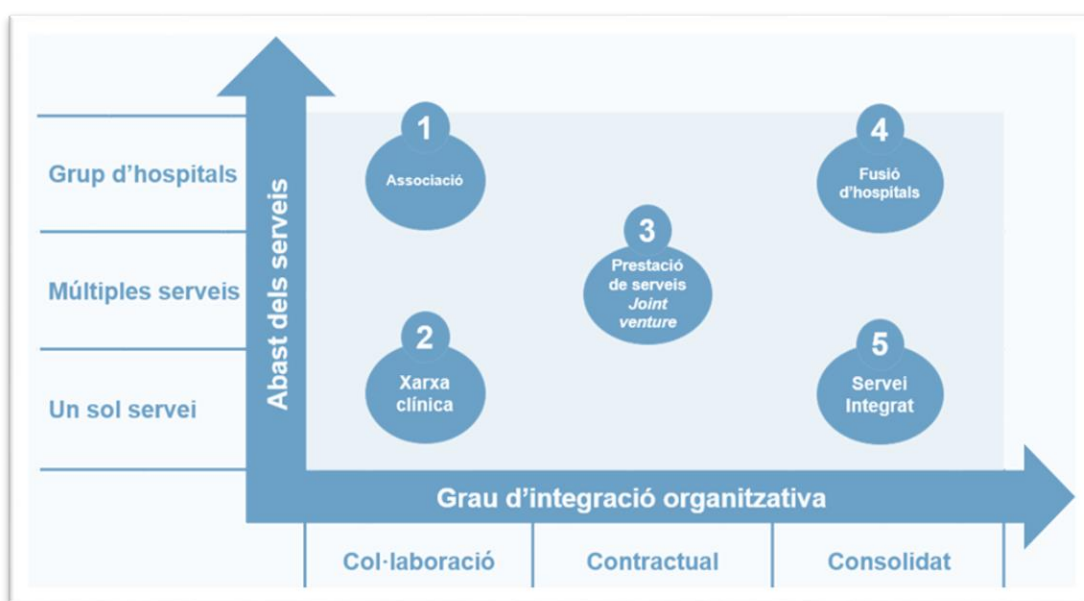
- En tots els països observats hi ha un procés d'ordenació de les prestacions assistencials de l'atenció hospitalària d'aguts, amb l'objectiu d'afavorir la cooperació entre hospitals per prestar serveis assistencials de forma compartida.
- En la majoria de països (excepte Suïssa), a més a més hi ha hagut reformes per reforçar la prestació assistencial en l'àmbit territorial.
 - Al Regne Unit, els *Trusts* s'han anat consolidat com a entitats multihospitalàries (integració jurídica).
 - A França i Bèlgica s'han creat xarxes d'hospitals amb base territorial (aliança).
 - Al Quebec s'ha anat encara més lluny, integrant en una sola estructura els hospitals, l'atenció primària, la salut mental i l'atenció socio sanitària en base territorial.
- A **França** l'oferta hospitalària s'ha estructurat al voltant del que han anomenat *groupement hospitalier de territoire* (GHT):
 - Aquest model organitzatiu agrupa als establiments sanitaris públics d'un territori, que es comprometen a coordinar-se sota una estratègia comuna per a la bona gestió del pacient. També comparteixen un projecte assistencial comú. Malgrat que el finançament de l'activitat és a nivell hospitalari, el GHT té un finançament comú de les inversions i dels sistemes d'informació.
 - Els hospitals implicats mantenen la seva naturalesa jurídica ja que es tracta d'una cooperació entre les entitats que en formen part.
 - Aquesta cooperació entre entitats facilita la mobilitat dels professionals mitjançant incentius econòmics i primes als professionals per tal promoure aquesta mobilitat.
 - Els GHT estan inicialment pensats per a hospitals d'aguts amb diferents nivells de resolució, però també poden adherir-se a centres socio sanitària i de salut mental, a més d'hospitals privats.
- També a **França**, el model de cooperació per prestar serveis assistencials compartits és el que han anomenat de *filières de soins*:
 - Les *filières de soins* sorgeixen dins els GHT i s'organitzen al voltant de múltiples actors per al maneig d'una determinada patologia; per tant, seria semblant a una unitat funcional.
 - La identificació dels *filières de soins* en el projecte assistencial del GHT pretén oferir una millor visibilitat de l'oferta pública, que facilita la derivació dels pacients entre la

medicina de família i els hospitals del GHT per tal de reforçar la coordinació assistencial mitjançant vies clíniques i itineraris al pacient.

- És a dir, representa la trajectòria assistencial del pacient per al maneig d'una determinada patologia (en matèria d'educació sanitària, prevenció, diagnòstic i atenció), que implica una organització coherent i graduada de l'atenció al voltant de múltiples actors i establiments sanitaris. El finançament és d'origen públic.
- **Bèlgica** ha seguit un procés similar al francès. S'ha estructurat l'oferta hospitalària a través de xarxes d'hospitals, les quals han anomenat *réseaux de soins*:
- En aquest model es pot crear una nova entitat jurídica entre entitats ja existents, constituir una nova entitat o formalitzar un conveni legal entre els hospitals, tot i que els convenis són la forma més habitual.
 - En aquests convenis els professionals sanitaris tenen mobilitat entre hospitals, especialment els metges. En relació amb el pressupost i sistema de pagament, el pressupost de l'hospital es destina a la persona jurídica que gestiona un hospital, el qual en té la llicència. El sistema de pagament és per prestació i no recompensa econòmicament els hospitals ni els metges per derivar un pacient a un hospital col·laborador.
- En el cas del **Regne Unit** observem dos processos per facilitar la prestació assistencial coordinada entre entitats proveïdores: d'una banda, els *Integrated Care Systems* (ICS), i de l'altra, els *Acute Care Collaborations* (ACC):
- Els *Integrated Care System* (ICS) són noves associacions entre les organitzacions que atenen les necessitats sanitàries i assistencials de la població d'una zona concreta, per tal de coordinar els serveis i planificar de manera que es millori la salut de la població i es redueixin les desigualtats entre els diferents col·lectius. Aquest nou model d'organització té per objectiu integrar tots els àmbits assistencials: l'atenció primària, els hospitals d'aguts, la salut mental i els serveis comunitaris. D'aquesta manera s'eliminen les divisions tradicionals entre hospitals i metges de família, entre salut física i mental. Els *Clinical Commissioning Groups* (CCG) són els responsables de dur a terme l'avaluació de necessitats, la planificació de serveis, el finançament i l'avaluació de l'atenció integrada en els àmbits locals o territorials.
 - L'*Acute Care Collaboration* (ACC) és un model específic de col·laboració entre els hospitals d'aguts, per provar diferents maneres en què els proveïdors d'atenció aguda podien treballar junts. L'objectiu és el de millorar l'atenció sanitària i satisfer les necessitats d'una població canviant mitjançant una estructura on els professionals sanitaris treballen més estretament, la qual cosa permet relacions més fluides i contínues tant de treball com de flux de coneixement. El model d'ACC ha sorgit perquè existeix una clara tendència cap als *Trust* multihospitals. Concretament, només el 20% dels *Trust* tenen un sol hospital sota la seva protecció, cosa que indica un canvi cap a un model de *Trust* multihospital.
- En el cas dels *Acute Care Collaboration* (ACC), també al **Regne Unit**, el NHS ha definit cinc tipus de col·laboracions en funció de l'abast de serveis i el grau d'integració organitzativa:
1. **Associació.** Model de col·laboració entre hospitals a nivell de tota la cartera de servei però sense una integració jurídica. L'objectiu és organitzar els hospitals al voltant de les necessitats de les persones que viuen en una àrea geogràfica concreta, en lloc de planificar a nivell organitzatiu individual perquè es pugui oferir una atenció més conjunta i accessible, d'alta qualitat i accessible per als pacients.
 2. **Xarxa clínica.** Les xarxes clíniques proporcionen un model de col·laboració perquè els professionals sanitaris d'una especialitat o servei treballin per establir unes

relacions de treball contínues i crear un flux de coneixement sobre les millors pràctiques entre individus i organitzacions.

3. **Joint Venture formal.** Prestació de serveis amb un nivell d'integració mitjà, ja que es formalitza un contracte de col·laboració entre hospitals per dur a terme diversos serveis.
4. **Fusió d'hospitals.** Els hospitals es fusionen (o un hospital n'adquireix un altre), de forma que la integració de la prestació de serveis és completa per tota la cartera de serveis, i la nova estructura jurídica passa a ser una entitat hospitalària amb diversos seus de tipus hospitalari.
5. **Servei integrat.** Diferents hospitals d'una mateixa regió acorden crear una estructura organitzativa única, per un servei assistencial o diversos, amb la finalitat de prestar aquests serveis assistencials a la població del territori.



Marc il·lustratiu dels tipus de col·laboració en funció de l'abast de serveis i el grau d'integració organitzativa dels ACC.

Font: No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration vanguards. NHS. 2018*. Adaptada per la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació.

3. Anàlisi de situació a Catalunya

Per tal de valorar adequadament la situació actual a Catalunya dels diferents models organitzatius per a la prestació de serveis assistencials, s'han revisat els antecedents i les experiències prèvies en l'entorn interhospitalari, així com quins són els seus punts forts i les seves mancances. L'anàlisi de situació s'ha fet a partir d'entrevistes semiestructurades amb professionals claus de l'ICS, la UCH i el CSC.

3.1. Antecedents

Des d'inicis dels anys 2000, els hospitals que configuren la xarxa pública del SISCAT han desenvolupat diverses iniciatives de col·laboració i de treball en xarxa en forma d'aliança. De fet, un estudi realitzat per la UCH identifica a Catalunya, l'any 2009, un total de 163 aliances entre les diferents entitats proveïdores en tots els àmbits d'atenció del SISCAT. Aquestes aliances són majoritàriament dins de l'atenció hospitalària, i en un 50% dels casos

impliquen la col·laboració entre entitats proveïdores públiques i privades. Aquest primer mapa d'aliances entre entitats proveïdores del SISCAT incloïa diferents tipologies:

- Aliances operatives, o de prestació de servei assistencial
- Aliances d'eficiència econòmica
- Aliances de formació i docència
- Aliances de recerca
- Aliances tecnològiques
- Aliances logístiques

Posteriorment, la UCH va crear l'Observatori de les Aliances Estratègiques (OBSdAE) per facilitar l'accés a un directori o banc d'aliances estratègiques del sector sanitari i social.

Les dades facilitades en el marc d'aquest estudi provenen d'aquest observatori de la UCH, i també d'un cens d'aliances estratègiques per a la prestació de serveis assistencials que va fer l'any 2019 el CSC, amb 180 experiències recollides.

Així mateix, durant aquest període hi ha hagut un esforç per sistematitzar la metodologia per formalitzar aliances estratègiques. Una de les contribucions d'aquests treballs és la definició de què s'entén per una aliança:

Es considera aliança estratègica aquella fórmula organitzativa que representa un marc de col·laboració estable entre dues o més organitzacions, que persegueixen uns objectius comuns a través de la realització d'accions conjuntes que impliquen intercanviar, compartir i/o generar recursos i/o capacitats (Informe AMPHOS, annex 3, 1).

Una aliança és una col·laboració estable entre organitzacions de diferents tipologies, establerta mitjançant acords formals que compleixen les següents característiques (Informe UCH, annex 3, 8):

- Són acords vinculats a l'activitat productiva principal de les entitats o a activitats de suport a l'activitat principal.
- Són acords que comporten: un increment de la producció de serveis, modificacions substancials de l'organització de la prestació dels serveis i/o coproducció de serveis o activitats.
- Són acords en els quals l'autoritat i la presa de decisions s'ha compartit, de manera que es prenen resolucions sense recórrer a mètodes jeràrquics de coordinació i es comparteixen els objectius i riscos.
- Són acords que es donen entre entitats que segueixen mantenint la seva entitat i independència jurídica pròpia, i la seva capacitat de gestió.
- Són acords formalitzats de manera explícita entre les institucions que la constitueixen amb la voluntat de perdurar en el temps.

3.2. Valoració de les col·laboracions interhospitalàries

Mitjançant les entrevistes semiestructurades dutes a terme a les persones clau de les patronals (ICS, UCH i CSC) sobre la prestació de serveis assistencials en forma de col·laboració interhospitalàries o aliança, ha permès identificar-ne beneficis, riscos, marcs de col·laboració i la forma jurídica o el marc utilitzat. Aquestes es detallen segons aquesta classificació a continuació.

Beneficis de les aliances interhospitalàries

Els principals beneficis identificats a partir de les entrevistes són:

- Es comparteix el coneixement d'una manera més fluida, degut a l'estreta relació, i es duu a terme aquesta socialització de forma recurrent entre les entitats involucrades, sobretot quan un dels hospitals és especialista en un camp concret.
- S'aproxima l'expertesa a aquells centres que no poden assegurar alguna prestació de la seva cartera de serveis (CdS) per falta de recursos i/o professionals.
- Es redueix l'aïllament dels hospitals comarcals comunitaris, al disposar d'una xarxa de col·laboració amb hospitals més grans.
- S'ordenen els fluxos de pacients entre els hospitals involucrats.

Riscos i disfuncions

D'altra banda, també s'han observat alguns **riscos i/o disfuncions de les aliances**:

- Existeix una manca de govern clar i de mecanismes de resolució de conflictes, sobretot en aquelles relacions que no han estat degudament planificades i organitzades.
- Hi ha poca avaluació i seguiment dels acords i dels resultats de les aliances.
- El sistema de pagament no sempre està alineat amb el pagament per activitat, ja que es consideren tots els costos addicionals més enllà de compartir professionals (proves, espais, auxiliars, etc.).
- Existeix un risc important de caure en un model de "lloguer d'espai" en què un professional d'un altre hospital passa consulta però hi ha poca integració assistencial.
- El cost administratiu de l'aliança no està sempre ben valorat i dimensionat.

Tipologies d'aliances territorials

A partir de les entrevistes també s'han observat dos tipus de marcs de col·laboració per a la formació d'una aliança:

- **Lògica territorial:** són aquelles aliances creades per respondre a les necessitats assistencials d'un territori en condicions d'equitat. En aquests casos, existeix una voluntat clara de l'autoritat sanitària d'estructurar l'atenció sanitària per territoris, que estimula la integració/cooperació entre totes les entitats proveïdores d'aquests territoris.
- **Lògica oportunista:** són aquelles aliances que han sorgit entre entitats proveïdores sense respondre necessàriament a una lògica d'atenció territorial, ni amb el coneixement de l'autoritat sanitària, sinó que responen a la capacitat i/o interès d'una entitat de donar resposta a les necessitats d'una altra.

En línies generals i de forma qualitativa, les persones entrevistades constaten que coexisteixen ambdós models, tot i que seria desitjable que les aliances s'articulessin més a partir d'una lògica territorial i amb el coneixement o la voluntat de la mateixa autoritat sanitària.

Forma jurídica i marc normatiu

Segons la informació recollida a les entrevistes, en el nostre entorn les aliances entre entitats proveïdores estan regulades, majoritàriament, per un conveni marc al qual s'afegeixen addendes posteriors, acullen múltiples iniciatives de prestacions de serveis compartides entre entitats proveïdores i afecten múltiples actors del territori. Normalment s'inicia l'aliança amb una o dues iniciatives, les quals s'amplien posteriorment, la qual cosa permet ordenar la cartera de serveis al territori i augmentar la capacitat de resolució dins d'aquest. Alhora, aquestes iniciatives de prestació de serveis poden tenir diferents formes o models organitzatius.

Tanmateix, s'ha constatat que hi ha una falta de sistemàtica en el seguiment dels acords i l'avaluació dels resultats de les aliances.

D'altra banda, malgrat l'existència dels treballs citats per tal d'estructurar la metodologia i el funcionament de les aliances, s'ha assenyalat que no existeix un marc normatiu definit i comú que en reguli el funcionament i els criteris bàsics, així com no existeix una denominació o terminologia comuna i estàndard sobre les formes organitzatives per operativitzar aquestes aliances: servei estès, direccions clíniques, servei territorial, servei volant, unitats de pràctica integrada, etc., que s'utilitzen de forma indiscriminada i amb objectius i continguts diversos.

4. Proposta del model de col·laboracions interhospitalàries del SISCAT

4.1. Principis generals

A partir de l'anàlisi de situació a Catalunya i de la revisió d'experiències internacionals, el grup de treball ha formulat unes recomanacions sobre el marc conceptual i organitzatiu de les col·laboracions interhospitalàries, les quals són:

- a) La **raó de ser** de la col·laboració neix fonamentalment de la combinació de dos elements: la cerca d'un model sanitari de proximitat i la falta de professionals en un territori.
- b) El model de col·laboració interhospitalària ha de néixer de la **definició de necessitats**, les quals normalment sorgeixen d'un dels centres hospitalaris, usualment el que té menys recursos i també més necessitats, o de centres del tipus hospitals comarcals comunitaris. Aquestes necessitats poden ser:
 - Prestar un servei de la cartera de serveis autoritzada d'una entitat proveïdora que té dificultats per prestar-lo (dificultats de mantenir l'oferta i atraure professionals).
 - Prestar serveis per a l'atenció de patologies d'alta prevalença (els quals formen part de la cartera de serveis de tots els centres) i/o que requereixen actes diagnòstics o terapèutics que es concentren en un hospital degut a la seva complexitat.
 - Problemes de salut de baixa incidència/prevalença, que s'han de concentrar en un centre i requereixen ordenar el flux de pacients dins d'un territori.
- c) El model de col·laboració ha de definir un **model de govern i de presa de decisions simètric i eficaç** entre les entitats que en formin part:
 - Simètric: el model de govern ha de ser especialment curós a respectar els interessos i les necessitats de tots els centres, en especial dels que tenen

una major necessitat o menys recursos, establint una col·laboració que defugui l'asimetria de relacions i, d'aquesta forma, evitar que sorgeixin problemes globals de manca de professionals a tots els centres, i poder repercutir majoritàriament en aquells amb menors recursos.

- Eficax: el model de govern ha de disposar d'un sistema de presa de decisions i de resolució de conflictes establert a priori, i amb la participació activa dels diferents membres.
- d) La col·laboració interhospitalària s'ha d'establir dins d'un **marc territorial i poblacional comú**, de forma que es permeti incrementar la **capacitat conjunta de resolució** dins del territori.
 - e) La definició de la col·laboració ha de partir d'una reflexió estratègica sobre les necessitats de la població i el territori, i com abordar-les globalment. Per tant, s'hauria de defugir de les experiències de col·laboració oportunistes, que generin una multiplicitat d'experiències de prestació de serveis entre múltiples hospitals i múltiples territoris, que poden resultar ineficients en clau sistèmica.
 - f) La col·laboració interhospitalària ha de vetllar per desenvolupar una **visió integrada per l'assistència, la recerca, la docència** i la innovació entre totes les entitats proveïdores que configuren aquesta col·laboració.
 - g) El procés d'implantació i desplegament de la col·laboració interhospitalària ha de dedicar esforços i recursos a crear una **cultura de treball assistencial en xarxa**.

4.2. Proposta de tres models organitzatius

A partir de les entrevistes dutes a terme, els tallers de treball i l'anàlisi local i internacional, es proposen tres models organitzatius de col·laboració interhospitalària.

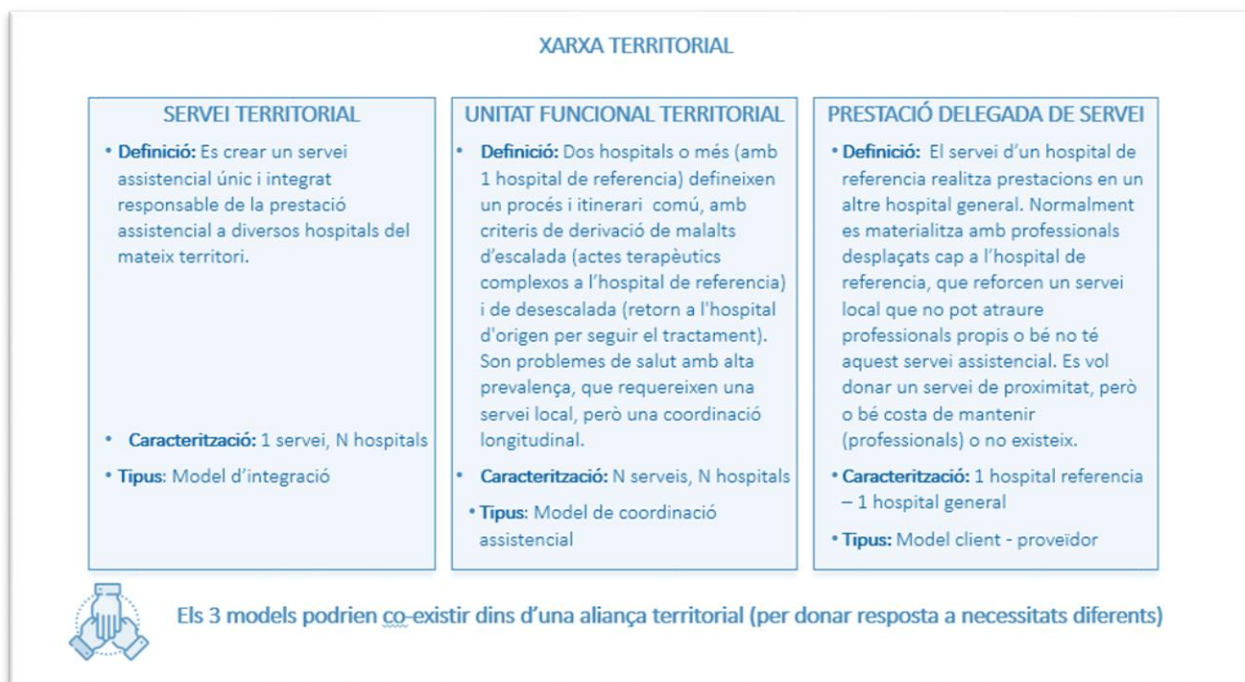
1. **Servei territorial:** es tracta d'un servei assistencial únic i integrat responsable de la prestació assistencial a la població referent de diversos hospitals d'un mateix territori. El perímetre del servei territorial pot ser un servei, especialitat o procés assistencial concret. El servei territorial permet assegurar la disponibilitat i accessibilitat del servei a tot el territori, i per tant, garantir l'accés a la cartera de serveis amb equitat, i al mateix temps reduir la variabilitat en la pràctica clínica dins del territori. Aquest model organitzatiu implica la integració de tots els equips de professionals del servei sanitari o l'especialitat en un sola estructura organitzativa comuna a totes les entitats proveïdores que en formen part.
2. **Unitat funcional territorial:** en aquest model organitzatiu, dos hospitals o més defineixen un procés assistencial i, per tant, un itinerari comú basat amb una atenció multidisciplinària i complementària. Les unitats funcionals intercentres tenen la mateixa cartera de serveis però és complementen per oferir una atenció multidisciplinària entorn d'un procés concret i definit. Aquesta complementarietat es pot donar en dues situacions:
 - Centres que tenen la mateixa cartera de serveis, però decideixen que alguns actes diagnòstics o terapèutics es realitzaran en un sol centre, per qüestions d'expertesa, tecnologia o eficiència. En aquests casos, es defineixen criteris de derivació de pacients i professionals en termes d'escalada (actes terapèutics complexos enviats a l'hospital de referència) i de desescalada (retorn a l'hospital d'origen per seguir el tractament una vegada estabilitzat el pacient).

- Centres que tenen cartera de serveis complementària i decideixen treballar de forma interdisciplinària amb un abordatge comú de l'itinerari del pacient. Per exemple, el cas de l'ICO Hospitalet i l'Hospital Universitari de Bellvitge.

És una estructura pensada per a problemes de salut d'alta prevalença, que requereixen d'un servei proper en un o diversos hospitals, però al mateix temps requereix una prestació de referència per a determinats actes diagnòstics i terapèutics de major complexitat.

El model d'unitat funcional territorial és un model de col·laboració interhospitalària i, per tant, s'ha d'evitar confondre amb les unitats funcionals intracentres, que obeeixen a una lògica interna d'un mateix centre per oferir una atenció multidisciplinària.

- 3. Prestació delegada de serveis:** aquest és el cas en què un servei d'un hospital, usualment el centre del tipus de referència, realitza prestacions en un altre centre hospitalari. Aquest model organitzatiu normalment es materialitza amb professionals desplaçats d'un centre a l'altre que reforcen un servei assistencial d'un centre que no té suficient capacitat d'atracció i retenció de professionals. L'objectiu és donar un servei de proximitat, el qual, avui dia, costa de mantenir (per la retenció de professionals). Segueix un model de client–proveïdor.



4.3. Proposta de marc d'avaluació

Una de les disfuncions o punts de millora identificats en la valoració de les experiències d'aliances entre hospitals a Catalunya és el baix nivell d'avaluació i seguiment dels acords i dels resultats de les aliances plantejat ja en la gènesis d'aquestes iniciatives i models organitzatius.

Per tant, es proposa que s'avalui de forma sistemàtica aquestes col·laboracions interhospitalàries, en qualsevol de les tres modalitats, segons la seva naturalesa: servei territorial, unitat funcional territorial o prestació delegada de servei.

L'avaluació s'hauria de fer amb una periodicitat anual, mínima, i s'hauria de basar en el principi d'independència de l'avaluador.

Les dimensions a avaluar haurien de ser:

- **Eficàcia organitzativa** de la modalitat de col·laboració interhospitalària.
Avaluació qualitativa dels elements següents:
 - Grau de compliment dels acords de la col·laboració.
 - Funcionament de les modalitats de govern i capacitat de decisió i resolució.
 - Eficàcia en l'organització dels professionals.
 - Adequació dels instruments de gestió clínica utilitzats.

- **Resultats** de la col·laboració interhospitalària.
Avaluació quantitativa a partir d'indicadors, que han de ser específics per a cada una de les tres modalitats organitzatives (es detallen específicament en el capítol següent):
 - Accessibilitat i temps d'accés.
 - Utilització i adequació de l'activitat realitzada.
 - Grau de resolució del servei dins del territori.

- **Eficiència i sostenibilitat.**
Estudi econòmic comparatiu del cost total de funcionament i del cost per pacient abans i després de la posada en marxa de la col·laboració interhospitalària.

5. Descripció dels tres models organitzatius de col·laboració interhospitalària del SISCAT

Els tres models de prestació de serveis assistencials compartits entre entitats proveïdores s'han definit a partir de les variables següents:

Categoria	Variables
Descripció	<ul style="list-style-type: none"> • Definició • Necessitat • Abast • Entitats involucrades
Contractació, govern i finançament	<ul style="list-style-type: none"> • Modalitat contractual • Modalitat de govern • Modalitat de finançament
Gestió de professionals	<ul style="list-style-type: none"> • Direcció del servei • Equip de professionals • Mobilitat de professionals • Contractació professionals
Gestió clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol / procés comú • Comissions clíniques • Fluxos de pacients • Llista d'espera • Informació clínica
Docència, recerca i innovació	<ul style="list-style-type: none"> • Docència • Recerca • Innovació

5.1. Servei territorial

Descripció

El servei territorial és un servei assistencial únic i integrat responsable de la prestació assistencial a diversos hospitals d'un territori associats a una especialitat o un servei clínic amb un abast territorial o de població mínima.

La necessitat d'estructurar un servei territorial sorgeix perquè o bé no hi ha aquest servei en algun dels hospitals del territori i aquest està previst a la seva CdS, o bé el servei s'ha quedat afeblit per dificultats de retenció de professionals. A través del servei territorial, se'n pot assegurar la disponibilitat i major accessibilitat a la població de tot el territori i, per tant, garantir l'accés amb equitat, i al mateix temps reduir la variabilitat dins del territori.

L'abast del servei territorial és un servei, especialitat o procés assistencial concret i, idealment, involucra totes les entitats proveïdores d'un territori, però es pot organitzar amb un mínim de dues.

Autorització, contractació, govern i finançament

El servei territorial és una responsabilitat que atorga el CatSalut a una de les entitats del territori i, per tant, es formalitza a través d'un acord entre el CatSalut i l'entitat referent, amb la participació de les altres. En aquest acord, l'entitat responsable del servei territorial ha de presentar un pla funcional del servei que s'estipuli per al marc territorial concret. El seguiment d'aquest acord es fa a través d'una comissió entre la regió sanitària i les gerències de les entitats proveïdores participants.

Les entitats involucrades constitueixen el servei territorial a través d'un conveni de col·laboració, on s'estableix:

- L'abast de la cartera de servei i del territori.
- Les modalitats de govern del servei territorial, amb una comissió de gestió (gerència de les entitats) i una comissió assistencial (direccions assistencials mèdiques i d'infermeria).
- Les modalitats de presa de decisions (amb un sistema de majories reforçades¹ per tal de garantir un governança compartida real) i de resolució de conflictes.

El servei territorial es finança a través de **l'activitat contractada pel CatSalut amb l'entitat que té la responsabilitat d'organitzar-lo**, i pot tenir un programa de finançament específic.

Gestió de professionals

El servei territorial té un cap de servei únic, i un sol equip funcional de professionals comú a tots els hospitals.

Els professionals poden estar contractats jurídicament per un sol hospital (l'hospital que té la responsabilitat atorgada) o bé per diversos hospitals que configuren el servei territorial. Aquests professionals es desplacen per totes les entitats proveïdores del territori.

¹El sistema de majories reforçades o qualificades s'aplica a determinades decisions que requereixen un ampli consens o acord entre les parts implicades (per exemple, dues terceres parts o tres cinquenes parts en comptes de l'habitual 50%). També s'utilitza per evitar que les parts minoritàries dins d'un acord tinguin poca capacitat d'influència en les decisions més transcendents.

Gestió clínica

En tractar-se d'un únic servei territorial, els protocols i processos assistencials per a aquest servei són comuns a totes les entitats proveïdores i per als diferents col·lectius professionals que en formen part.

El servei territorial participa i s'integra a les diferents comissions clíniques existents a cada entitat proveïdora del territori.

Els criteris de derivació de pacients entre entitats proveïdores estan clarament definits i segueixen el mateix criteri a totes les entitats involucrades.

Les diferents llistes d'espera de cada entitat es gestionen de forma integrada com a servei únic territorial, per garantir l'equitat d'accés a totes les persones que viuen en el territori determinat.

Idealment, el sistema d'informació clínica del servei territorial hauria d'estar totalment integrat. Atès que aquest servei territorial el poden configurar centres de diferents entitats (i per tant, amb diferents sistemes d'informació) és fonamental la interoperabilitat i la fluïdesa de la informació entre els sistemes d'informació clínica d'aquests centres (prioritàriament mitjançant el desplegament del MAPES i del HES).

Docència, recerca i innovació

Tant la recerca i innovació com l'àmbit de docència (tant de grau com de les especialitats) s'estructura i organitza com a únic servei integrat entre totes les entitats proveïdores que configuren el servei territorial.

Requisits

Els requisits clau per garantir una bona articulació i funcionament del servei territorial són:

- Estructuració al voltant d'una àrea territorial ben definida: població assegurada resident en un territori.
- Definició d'un pla funcional del servei territorial, que ha de validar i aprovar el CatSalut. Aquest pla funcional ha d'incloure, com a mínim:
 - L'organització del servei i la identificació de responsabilitats.
 - L'abast territorial del servei.
 - La cartera de serveis.
 - Els objectius assistencials.
 - Els indicadors de seguiment i d'avaluació.
- Formalització d'un conveni entre les diferents entitats proveïdores, que estableixi, com a mínim:
 - L'abast territorial del servei.
 - La cartera de serveis.
 - Les modalitats de govern i els mecanismes de resolució de conflictes.
 - Els indicadors de seguiment i avaluació.
- Responsabilitat compartida en la garantia d'accés al servei per a tota la població que n'és beneficiària.

Condicions d'èxit

- Lideratge clar i reconegut de l'hospital (i cap de servei) sobre el qual s'estructura el servei territorial.
- Visió de servei territorial del líder del projecte.
- Bona relació entre **els interlocutors referents dels serveis de cada un dels centres i amb els cap de servei, els líders del projecte**, i les estructures generals i direccions assistencials dels diferents centres.
- Definició d'una metodologia de treball sistematitzada.
- Adequació del sistema de pagament.
- Seguiment del servei territorial entre les entitats proveïdores i la regió sanitària, establint el sistema d'avaluació periòdic.

Indicadors d'avaluació

Per tal d'avaluar el funcionament i la capacitat de resolució del servei territorial es proposen els indicadors següents:

- Indicadors de temps d'accés al servei dels pacients referenciats a cada entitat proveïdora, amb l'objectiu d'harmonitzar-los i garantir l'equitat d'accés. Per exemple:
 - Temps de cita per a consultes externes en els diferents centres que formen part del servei territorial.
 - Llista d'espera (consultes, proves diagnòstiques, cirurgia) en els diferents centres que formen part del servei territorial.
 - Temps entre diagnòstic i inici del procediment.
- Indicadors de procés i resultats del servei territorial: utilització, adequació, indicació i consum per entitat proveïdora, amb l'objectiu de reduir la variabilitat dins del territori. Per exemple:
 - Taxa d'hospitalització, consultes, proves diagnòstiques i/o cirurgia (només les prestacions del servei territorial) per 1.000 habitants per AGA de tots els centres que formen part del servei territorial.
 - Despesa en medicaments per pacient atès (per a les prestacions del servei territorial) de cada centre que forma part del servei territorial.
- Indicadors de resolució dins del territori. Per exemple:
 - Percentatge d'altres hospitalàries de persones del territori ateses en els centres que formen part del servei territorial.
- Indicadors d'eficiència i resolució del dispositiu de servei territorial, amb l'objectiu de comparar-los amb la situació prèvia a la implantació del servei territorial, i amb els d'altres territoris. Per exemple:
 - Estada mitjana de l'atenció hospitalària.
 - Cost per persona atesa: cost global del servei territorial (suma de totes les unitats que formen part del servei territorial) dividit pel nombre total de persones ateses pel servei territorial.
 - Cost total de servei territorial (últim any) comparat amb el cost de cada un dels serveis de les diferents entitats proveïdores (any previ a la implantació del servei territorial).

- Indicadors qualitius per avaluar l'ordenació de les prestacions diagnòstiques i terapèutiques de complexitat.

Exemples (no exhaustius) de serveis territorials a Catalunya (existents avui dia o que han tingut un recorregut i actualment pot ser que ja no existeixin)

Prestació assistencial	Entitats proveïdores
Unitat de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició Territorial de Girona (UDENTG): presta serveis especialitzats en l'àmbit de l'endocrinologia i la nutrició al conjunt de proveïdors d'atenció especialitzada de la Regió Sanitària Girona	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Fundació Salut Empordà, Institut d'Assistència Sanitària, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Corporació de Salut del Maresme i la Selva i Fundació Hospital de Campdevàrol
Servei territorial de pediatria dels Pirineus	Pediatria Pirineus: Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues, Hospital Comarcal del Pallars, Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
Unitat de Referència d'Oncologia per a la regió sanitària de Girona (oncologia mèdica, hematologia, oncologia radioteràpica, psicooncologia, cures paliatives)	ICO Girona
Servei de cirurgia vascular: la direcció del servei és única i cada entitat aporta els seus professionals i es comparteixen en funció de les necessitats.	Hospital Universitari Vall Hebron amb la col·laboració de la Fundació Sanitària Hospital de Mollet i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Servei de Cirurgia Pediàtrica	Hospital de Sabadell Parc Taulí, Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Fundació Hospital Asil de Granollers, Fundació Sanitària Hospital de Mollet i Consorci Hospitalari de Vic
Servei de Cirurgia Toràcica	Hospital Mútua de Terrassa, Hospital de Sabadell Parc Taulí, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Hospital del Mar Parc Salut Mar
Servei Quirúrgic de Neurocirurgia del Vallès Occidental	Hospital Mútua de Terrassa, Hospital de Sabadell Parc Taulí
Anella radioteràpica Vallès-Bages	Consorci Sanitari de Terrassa, Hospital de Sabadell Parc Taulí, Hospital Mútua de Terrassa, Fundació Althaia
BCNatal (medicina maternofetal)	Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues i Hospital Clínic de Barcelona
Servei Al·lèrgia al Baix Llobregat	ICS i Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Xarxa de Salut Mental IAS-Girona	Dona servei a totes les entitats de la Regió
Servei de Cirurgia General Garrotxa-Ripollès	Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa i Fundació Hospital de Campdevàrol

5.2. Unitat Funcional Territorial

Descripció

La Unitat Funcional Territorial és un acord entre diverses entitats proveïdores d'un territori on es defineix un itinerari assistencial comú per a tots els pacients, i si escau, s'estableixen criteris de derivació de malalts cap a un centre per a determinats procediments diagnòstics i terapèutics, i el retorn posterior a l'hospital d'origen. Les unitats funcionals intercentres tenen la mateixa cartera de serveis, però és complementen per oferir una atenció multidisciplinària

entorn d'un procés concret i definit.

L'abast de la unitat funcional territorial és un procés assistencial, a diferència del servei territorial, que fa referència a un servei o especialitat.

La unitat funcional territorial es constitueix en processos assistencials d'alta prevalença en un territori, on tots els hospitals involucrats han de prestar la mateixa cartera de serveis general, però determinats actes diagnòstics o terapèutics es concentren en un centre per diversos motius:

- Diverses entitats proveïdores del territori no tenen autorització per realitzar aquests procediments dins de la seva cartera de serveis.
- Els procediments diagnòstics o terapèutics en qüestió s'han de centralitzar en un centre a causa dels requeriments d'expertesa (experiència) professional, d'alta tecnologia o bé per l'evidència entre un alt volum de casos i millors resultats en salut.

En aquest sentit, totes les entitats proveïdores que participen a la unitat funcional territorial es necessiten entre elles: unes perquè no tenen autoritzats determinats procediments diagnòstics i terapèutics del procés assistencial i d'altres perquè necessiten incrementar el volum de casos d'aquests procediments diagnòstics o terapèutics de major complexitat.

La unitat funcional territorial pot ser entre dues entitats proveïdores o multilateral (entre diverses entitats) d'un territori determinat.

Contractació, govern i finançament

La unitat funcional territorial es formalitza mitjançant un conveni entre les entitats proveïdores, on s'estableix com a mínim la ruta assistencial definida i compartida i les modalitats de govern i seguiment.

La direcció i el govern de la unitat funcional territorial s'ha d'articular a través d'una comissió assistencial on participen totes les entitats proveïdores involucrades. És recomanable nomenar un referent o coordinador.

La unitat funcional territorial no té cap contraprestació econòmica o finançament específic associat.

Gestió de professionals

En una unitat funcional territorial la gestió dels professionals involucrats és responsabilitat de cada entitat proveïdora. Cada entitat té el seu cap de servei i els seus professionals.

Els professionals, en general, no es desplacen entre les diferents entitats proveïdores que configuren la unitat territorial funcional per atendre pacients, si bé es pot acordar el moviment de professionals per millorar l'expertesa o els resultats en certs procediments.

Gestió clínica

El principal instrument de gestió clínica de la unitat funcional territorial és la definició d'una ruta assistencial i uns protocols d'atenció compartits i consensuats, amb criteris de derivació de pacients (escalada i desescalada) clarament definits.

En aquest sentit, el pacient es desplaça a un altre hospital per a la realització dels procediments diagnòstics o terapèutics acordats.

Cada hospital gestiona la seva llista d'espera de forma independent, però la comissió assistencial de la unitat funcional territorial ha d'assegurar les condicions d'equitat d'accés als actes diagnòstics i terapèutics que s'hagin concentrat en una de les entitats proveïdores de la unitat funcional territorial.

La unitat funcional territorial no requereix d'un sistema d'informació clínic únic. Tanmateix, les entitats proveïdores implicades han de garantir la transmissió de la informació clínica rellevant en els casos de derivació de pacients per a la realització dels actes diagnòstics i terapèutics citats, tot potenciant al màxim les funcionalitats de la història clínica compartida de Catalunya (HC3), així com en el marc de desplegament del HES.

Docència, recerca i innovació

En una unitat seria recomanable desenvolupar projectes d'innovació i recerca compartits entre les diferents entitats involucrades.

En l'àmbit de la docència, s'organitza per entitat proveïdora, però es recomanable facilitar la rotació de professionals involucrats en tota la unitat funcional assistencial.

Requisits

Els principals requisits per posar en marxa la unitat funcional territorial són:

- Definició, i consens entre totes les entitats involucrades, de la ruta assistencial de la unitat funcional territorial, i posar-ne en coneixement els referents de la regió sanitària.
- Necessitat compartida.

Condicions d'èxit

Les condicions d'èxit de la unitat funcional territorial són:

- La capacitat i voluntat de coordinació de les diferents entitats proveïdores.
- El grau de consens i alineament de tots els professionals amb la ruta assistencial definida.

Indicadors d'avaluació

Per tal d'avaluar el funcionament i la capacitat de resolució de la unitat funcional territorial, es proposen els indicadors següents del procés assistencial:

- Indicadors de temps d'accés i llista d'espera per als procediments diagnòstics i terapèutics complexos que es concentren dins de la unitat funcional, per assegurar l'equitat d'accés.
 - Temps de cita per a consultes en els diferents centres que formen part de la unitat funcional territorial.
 - Llista d'espera (consultes, proves diagnòstiques, cirurgia) en els diferents centres que formen part de la unitat funcional territorial.
 - Temps entre diagnòstic i inici del procediment.
 - Temps d'espera per als actes diagnòstics o terapèutics de referència (i centralitzats) de la unitat funcional territorial.

- Indicadors de resultats del procés assistencial: utilització, adequació, indicació i consum per entitat proveïdora, amb l'objectiu de reduir la variabilitat dins del territori.
 - o Taxa d'hospitalització, consultes, proves diagnòstiques i/o cirurgia (només les prestacions del servei territorial) per 1.000 habitants per AGA de tots els centres que formen part de la unitat funcional territorial.
 - o Despesa en medicaments per pacient atès (per a les prestacions del servei territorial) de cada centre que forma part de la unitat funcional territorial.
- Indicadors d'eficiència del dispositiu d'unitat funcional territorial, amb l'objectiu de comparar-los amb la situació prèvia a la implantació del servei territorial.
 - o Nombre d'actes diagnòstics o terapèutics de referència de la unitat funcional territorial per centre (avaluar el grau de concentrar les prestacions de referència).
 - o Cost per pacient dels actes diagnòstics o terapèutics de referència de la unitat funcional territorial.

Prestació assistencial	Entitats proveïdores
Unitat Funcional de Neoplàsia d'Ovari	Hospital de Sabadell Parc Taulí; Consorci Sanitari de Terrassa, Hospital Mútua de Terrassa i Fundació Althaia
Aliança de Salut Mental Barcelona Esquerre	Parc Sanitari Sant Joan de Déu i Hospital Clínic de Barcelona
PSI Salut Mental BCN	Parc Sanitari Sant Joan de Déu i Fundació Hospital Sant Pere Clavé
Servei d'Anatomia Patològica, Servei Cardiovascular, Servei d'Oncohematologia	Aliança C17: Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Hospital Asil de Granollers, Fundació Sanitària Hospital de Mollet, Hospital de Sant Celoni i Consorci Hospitalari de Vic
Hospitalització i Atenció a Domicili en Salut Mental	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: Centre de Psicoteràpia de Barcelona

5.3. Prestació delegada de serveis

Descripció

La modalitat de prestació delegada de serveis és aquella en què un hospital de referència realitza prestacions en un altre hospital, que té autoritzada aquesta prestació o servei dins de la seva cartera de serveis, però no pot garantir-ne tot sol la seva prestació per algun dels motius següents:

- L'hospital té dificultats per mantenir un equip de professionals suficient per donar cobertura a aquesta prestació, o bé s'ha quedat sense professionals.
- L'hospital necessita d'un suport per a la realització d'alguns actes diagnòstics o terapèutics i aquests no es poden organitzar mitjançant una unitat funcional territorial perquè s'han de prestar localment (i no mitjançant la derivació de pacients com és el cas de la unitat funcional territorial).

L'abast de la modalitat de prestació delegada de serveis és, per tant, assegurar la cobertura d'un servei autoritzat en el centre, i no pot constituir la base per desenvolupar prestacions no autoritzades per l'autoritat sanitària dins de la cartera de serveis del centre.

La prestació delegada de serveis, per definició, és una relació bilateral entre un hospital que té la necessitat i un hospital que pot prestar aquest servei. El cas més habitual es troba en hospitals comarcals comunitaris, i hospitals bàsics, i cada cop més en cas d'hospitals referents, per donar cobertura a una cartera de serveis bàsica que, per motius de falta de professionals, no es pot assegurar. En alguns casos, aquesta prestació de serveis la pot donar una entitat proveïdora de fora del SISCAT.

També es pot donar entre hospitals de referència quan hi ha actes diagnòstics i terapèutics complexos que s'han de realitzar *in situ* i no es disposa dels professionals i/o el coneixement-expertesa per assegurar-los.

Contractació, govern i finançament

La contractació de la prestació delegada de serveis s'articula mitjançant un conveni de client-proveïdor entre les dues entitats. Aquest conveni ha de regular:

- Les condicions del servei i la garantia de disponibilitat.
- Les modalitats de seguiment de l'acord.
- La contraprestació econòmica.

Gestió de professionals

En la modalitat de prestació delegada de servei, cada hospital té el seu cap de servei (en un hospital comarcal comunitari i comarcals, pot ser el seu superior troncal segons especialitat).

L'hospital que presta el servei gestiona el seus professionals i posa a disposició de l'hospital que rep el servei els professionals necessaris (un o més) per a la prestació del servei determinat. Aquests professionals es desplacen a l'hospital que rep el servei.

Gestió clínica

Els professionals que es desplacen al centre on s'ha de prestar el servei s'han d'adaptar als instruments de gestió clínica del centre que rep del servei, és a dir:

- Apliquen els protocols aprovats en el centre.
- Participen a les comissions clíniques del centre.
- Utilitzen el sistema d'informació clínica del centre.
- Respecten els criteris i fluxos de derivació de pacients que té establerts el centre.

En aquesta modalitat de prestació delegada de servei, el pacient no es desplaça sinó que rep la prestació assistencial en el centre.

La gestió de les llistes d'espera d'ambdues entitats és independent.

Docència, recerca i innovació

La modalitat de prestació delegada de servei afecta només l'àmbit assistencial, i no té implicacions en temes de recerca, de docència i/o innovació.

Requisits

Els requisits del model organitzatiu de prestació delegada de servei són:

- Assegurar la prestació del servei dins de l'àmbit de la cartera de serveis autoritzada.
- Garantir la prestació de servei en els termes acordats.
- Realitzar la prestació de servei *in situ*.
- No alterar els fluxos de derivació entre centres.

Condicions d'èxit

Les condicions d'èxit de la prestació delegada de servei són:

- La formalització d'un contracte de prestació de servei ben definit.
- La integració en el processos i funcionament operatiu del centre que rep el servei, i el respecte per als fluxos establerts.
- L'execució preferent entre dues entitats proveïdores dins del mateix territori de referència.

Indicadors d'avaluació

El principal indicador d'avaluació de la prestació delegada de serveis és:

- Grau de disponibilitat de les prestacions assistencials objecte del servei a l'hospital receptor del servei.
 - Nombre de dies anuals de prestació efectiva del servei / nombre de dies anuals planificats o acordats.
 - Volum d'activitat realitzada (consultes, cirurgies, etc.) / volum d'activitat prevista en l'acord de prestació de serveis delegada.
- Indicadors de temps d'accés i llista d'espera per als procediments diagnòstics i terapèutics objecte de la prestació delegada.
 - Temps de cita per a primeres visites de consultes.
 - Llista d'espera (consultes, proves diagnòstiques i/o cirurgia).

Exemples (no exhaustius) d'unitats funcionals territorials (existents avui dia o que han tingut un recorregut i actualment pot ser que ja no existeixin)

Prestació assistencial	Entitats proveïdores
Prestació de servei en cirurgia vascular	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i Hospital Municipal de Badalona
Prestació de serveis en urologia, dermatologia, cirurgia plàstica i cirurgia pediàtrica	ConSORCI Sanitari de Mataró, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Oftalmologia	Institut Català de la Retina i Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Prestació de servei de teledermatologia	Hospital Clínic de Barcelona i Hospital de Figueres
Prestació de servei per a diverses especialitats	ConSORCI Hospitalari de Vic i Fundació Hospital de Campdevànol

Prestació assistencial	Entitats proveïdores
Prestació de servei per a diverses especialitats	Fundació Althaia i Hospital Sant Bernabé
Prestació de serveis per part de l'Hospital Vall d'Hebron en la realització de trombectomia mecànica per a casos d'ictus isquèemics	Hospital Universitari Vall d'Hebron i Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Prestació de servei per a l'atenció al pacient pediàtric de referència	Hospital Sant Joan de Déu i Pediatria als Pirineus
Prestació de serveis sanitaris en els àmbits següents: al·lèrgologia, anatomia patològica, aparell digestiu, cardiologia, endocrinologia i nutrició	Hospital Universitari Joan XXIII i Pius Hospital de Valls
Prestació de serveis sanitaris, de diverses especialitats: oncologia mèdica, cirurgia vascular, pediàtrica, toràcica	Hospital Universitari Joan XXIII i Hospital Universitari Sant Joan de Reus
Prestació de serveis de cirurgia toràcica	Hospital del Mar Parc Salut Mar i Espitau Val d'Aran

6. Requeriments per a l'avaluació dels models organitzatius de col·laboració interhospitalària del SISCAT

Per a l'avaluació de qualsevol tipus de model organitzatiu que s'instauri de nou al SISCAT és necessari establir un marc avaluatiu que s'ajusti a cada una de les iniciatives segons sigui la seva naturalesa. Així, cal disposar dels requeriments i les dades necessàries prèvies a la posada en funcionament i realitzar-ne el monitoratge en el desenvolupament d'aquest model organitzatiu per tal de poder realitzar una correcta avaluació, en el sentit més global i de resultats en salut. Alhora, cal establir uns requeriments i indicadors que permetin seguir-ne la implementació i operativització, així com poder-la avaluar.

Servei territorial

- Tots els hospitals on es realitza la prestació assistencial l'han de tenir inclosa en la seva cartera de serveis.
- Existència d'un acord entre les entitats i el CatSalut.
- Elaboració d'un pla funcional de prestació de serveis entre les entitats participants la regió sanitària. Aprovació d'aquest pla per part de l'Àrea Assistencial del CatSalut.
- Capacitat d'oferir la prestació assistencial per la qual ha estat creat el servei territorial en el territori (resolubilitat en el territori).
- Equitat d'accés a la prestació independentment del territori en el qual es trobin les persones.
- Nivell d'adequació i utilització de l'activitat realitzada.
- Grau d'eficiència (aconseguir els objectius proposats amb el servei territorial utilitzant el mínim de recursos possibles).
- Existència i identificació unívoca d'un únic cap de servei, així com els referents per centre d'aquesta prestació.

- Realització de l'assistència en totes les entitats que formen part del servei territorial (es desplaça el professional i no el pacient).
- Existència de protocols únics (elaborats i consensuats amb tots els integrants).
- Existència de processos assistencials únics, clars, compartits i coneguts per tots els integrants.
- Participació en les diferents comissions clíniques de les entitats participants. Recollir-ne les actes degudament signades.
- Existència d'una única llista d'espera amb equitat d'accés, independentment del territori on visqui el pacient, sempre que aquest servei en sigui referència.
- Integració dels sistemes d'informació clínica.
- Definició de la ruta assistencial en el marc territorial en què es troba el servei assistencial, definint els elements de coordinació i col·laboració amb els altres àmbits assistencials implicats en el procés.
- Docència, recerca i innovació integrada i compartida, on les diferents entitats hi figurin.

Unitat funcional territorial

- Existència d'una ruta assistencial i d'uns protocols comuns, així com la seva aplicació.
- Existència de criteris de derivació únics per a tots els centres.
- Equitat d'accés dels pacients en totes les entitats que formen part de la unitat funcional.
- Assegurar que els procediments/processos es realitzen en els centres que ho tenen autoritzat per cartera de serveis (viatja el pacient i no el professional).
- Nivell d'adequació i utilització de l'activitat realitzada.
- Grau d'eficiència (aconseguir els objectius proposats amb el servei territorial utilitzant el mínim de recursos possibles).
- Existència del conveni signat entre les unitats participants amb la participació i el coneixement de la regió sanitària pertinent. Compliment del conveni.
- Existència del nomenament del referent i que aquest actuï com a tal.
- Existència de la comissió assistencial de la unitat funcional. Realització d'actes d'aquesta.
- Utilització dels sistemes d'informació, com IS3, per a la compartició de la informació.
- Recerca i innovació integrada i compartida, on les diferents entitats hi figurin.
- Rotació dels professionals implicats entre les diferents entitats que formen la unitat funcional.

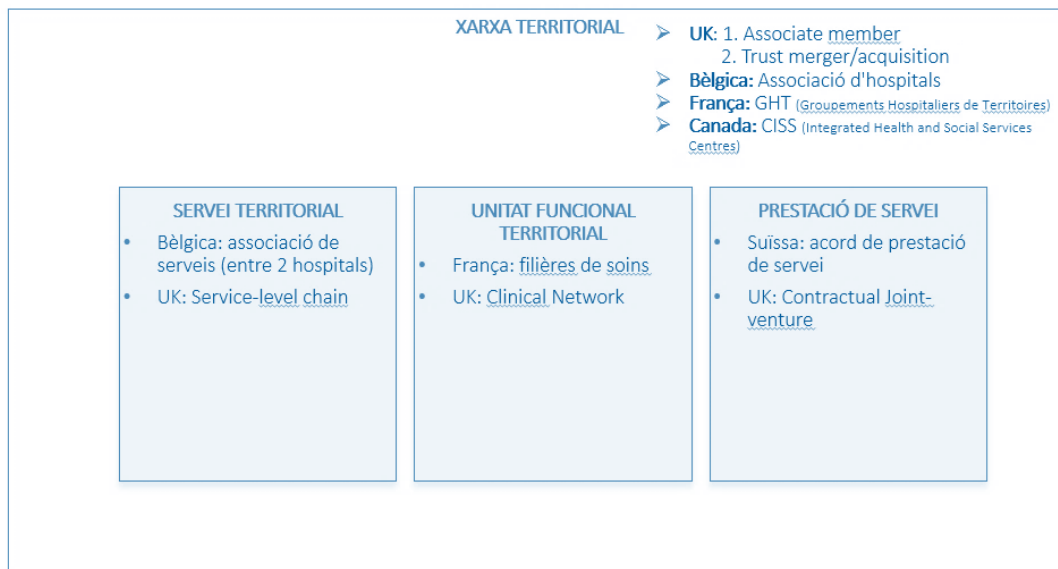
Prestació delegada de serveis

- L'hospital que ofereix la prestació l'ha de tenir contractada pel CatSalut.
- Existència de conveni entre les entitats.
- Desplaçament dels professionals al centre que rep el servei.
- No alteració dels fluxos sanitaris.

- Acollida del professional o equip de professionals al centre que n'és el receptor.
- Aplicació dels protocols del centre que rep el servei.
- Utilització del seu sistema d'informació clínica del centre que rep el servei.
- Grau de disponibilitat de les prestacions assistencials per les quals s'estableix la prestació delegada de serveis.
- Temps d'accés i llista d'espera.

7. Annex 1: anàlisi d'experiències internacionals

Segons l'anàlisi realitzada, podem classificar els models d'experiències internacionals de la manera següent:



7.1. França

7.1.1. Groupement hospitalier de territoire (GHT)

Seria un clar exemple d'un model organitzatiu sorgit a partir d'un marc estratègic. Les seves principals característiques són:

Elements	França: GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)
Forma jurídica	<ul style="list-style-type: none"> Els GHT són un mecanisme de cooperació entre els hospitals membres sense personalitat jurídica. Aquest mecanisme s'articula a través d'una convenció de col·laboració. Els hospitals mantenen la seva naturalesa jurídica (i el contracte de finançament per activitat amb la Seguretat Social francesa)
Constitució	<ul style="list-style-type: none"> Els GHT es constitueixen de forma obligatòria per directriu del Ministeri de Sanitat de França
Perímetre dels serveis	<ul style="list-style-type: none"> Els GHT estan formats, en principi, per hospitals aguts de diferents nivells de resolució, i de manera opcional poden adherir-se centres sociosanitaris i de salut mental, així com hospitals privats del territori. No tots els GHT tenen un hospital universitari (CHU) dins de la xarxa, i en aquests casos s'han d'associar a un CHU per garantir les prestacions universitàries, definides per llei.
Mobilitat dels professionals	<ul style="list-style-type: none"> Acords entre els hospitals per a facilitar la mobilitat dels professionals, en funció del projecte mèdic definit, amb un sistema de incentius econòmics i primes per estimular la mobilitat dels professionals dins de la GHT <ul style="list-style-type: none"> Prima d'exercici professional al territori (PET), per cada ½ de servei fora del seu hospital Prima de compromís de carrera hospitalària (PECH), per als professionals que es comprometen a treballar durant un temps en un hospital del territori amb dificultats d'atractivitat de personal
Finançament	<ul style="list-style-type: none"> El finançament de l'activitat és a nivell d'hospital, però el GHT té un finançament comú de les inversions (es decideixen a nivell de xarxa) i dels sistemes de informació (amb l'objectiu d'integrar la informació clínica)
Govern clínic	<ul style="list-style-type: none"> Els GHT estan obligats a definir un projecte mèdic compartit, que de definir: <ul style="list-style-type: none"> Les prestacions i activitats que es realitzaran de forma centralitzada a nivell de GHT. L'organització del repartiment d'activitats entre els diferents hospitals i, per tant, la definició del perfil de cada institució, i el rol de cadascuna d'elles en els itineraris clínics definits

7.1.2. Filières de soins

Representa la trajectòria assistencial del pacient per al maneig d'una determinada patologia, que implica una organització coherent i graduada de l'atenció al voltant de múltiples actors i establiments sanitaris. S'agruparia en el marc conceptual oportunista.

El desenvolupament del projecte mèdic compartit s'ha de considerar com una oportunitat per consolidar l'oferta d'atenció hospitalària pública a cada territori, millorant-ne l'organització per fer-la més accessible.

Pretenen construir el seu projecte mèdic compartit al voltant dels sectors assistencials que representen els principals reptes per al desenvolupament de certes activitats assistencials (cirurgia, oncologia, malalties cròniques, patologies de l'envelliment, urgències, maternoinfantil, etc.) per millorar la quota de mercat dels establiments públics dins del territori i oferir una atenció adaptada a les necessitats de la persona en matèria d'educació sanitària, prevenció, diagnòstic i atenció.

Es basa en una anàlisi detallada de les necessitats per desenvolupar l'oferta dins de cada centre sanitari i identificar els recursos que es volen desenvolupar o agrupar.

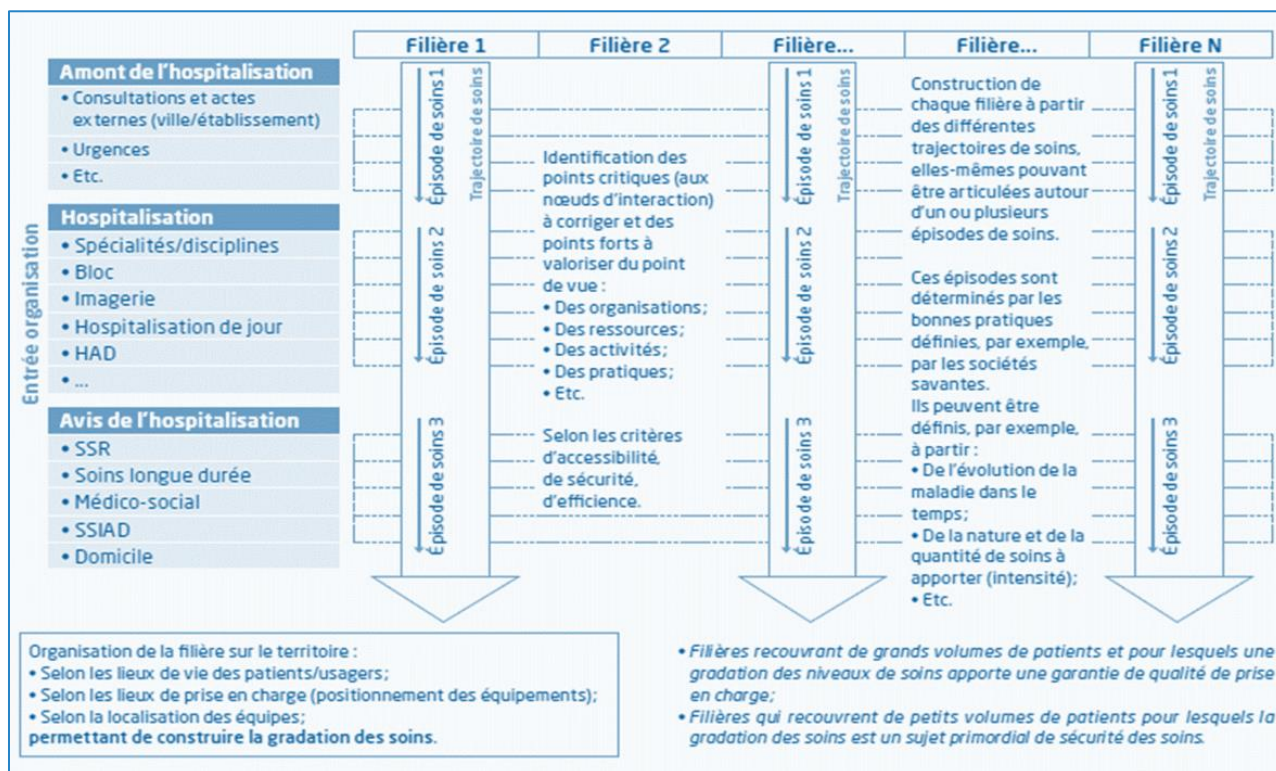


Per tal d'aconseguir aquests reptes, es creen les *filières de soins*:

La identificació de les *filières de soins* en el projecte assistencial del GHT pretén oferir una millor visibilitat de l'oferta pública i facilitar la derivació dels pacients entre la medicina de família i els hospitals del GHT per tal de reforçar la coordinació assistencial mitjançant vies clíniques i itineraris al pacient.

És a dir, representa la trajectòria assistencial del pacient per al maneig d'una determinada patologia, que implica una organització coherent i graduada de l'atenció al voltant de múltiples actors i establiments sanitaris

Un exemple de *filière de soins* és el següent:



Les principals característiques del model són les següents:

Elements	Filières de soins
Direcció del servei	Depèn de cada filières de soins/unitat funcional. Poden ser: <ul style="list-style-type: none"> • Concretament en els hospitals: Poden ser els gestors de cada centre, els caps de serveis implicats, o altres professionals sanitaris. No necessàriament ha de ser 1 únic professional
Equip de professionals	Els que s'estableixen implicats en la filier de soins
Mobilitat de professionals	Depenent de si la filières de soins es fonamenta amb: <ul style="list-style-type: none"> • Activitats transversals que s'exerceixen per majoria d'espais públics del territori, que requereixen un calibratge i possiblement un reequilibri de l'oferta segons les necessitats territorials: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aquestes activitats es basen en els desplaçaments dels metges hospitalaris i cuidadors. • Activitats complementàries entre els llocs públics del territori per assolir massa crítica i competència: <ul style="list-style-type: none"> X Aquestes activitats es basen en el moviment de pacients únicament en nom de la qualitat assistencial d'un equip mèdic amb les competències adequades.
Pràctica clínica	Ruta assistencial consensuada Criteris de derivació clars d'escalada i desescalada
Fluxos de pacients	El pacient es desplaça en la pre-hospitalització (CCEE, urgències etc), en l'hospitalització (actes diagnòstics o terapèutics complexos) i post-hospitalització (rehabilitació, sociosanitari, llarga estada)
Informació clínica	Hi ha eines que comparteixen l'informació mèdica dels pacients
Finançament	El finançament és d'origen públic.

7.2. Bèlgica

7.2.1. Associacions d'hospitals

L'instrument d'associacions d'hospitals de Bèlgica s'emmarca dintre del model estratègic i es basa fonamentalment en què dos o més hospitals operen conjuntament un o més serveis, departaments, funcions, unitats o serveis tècnics assistencials (mèdic) o participen

conjuntament en un o més programes assistencials. Les principals característiques d'aquest instrument són les següents:

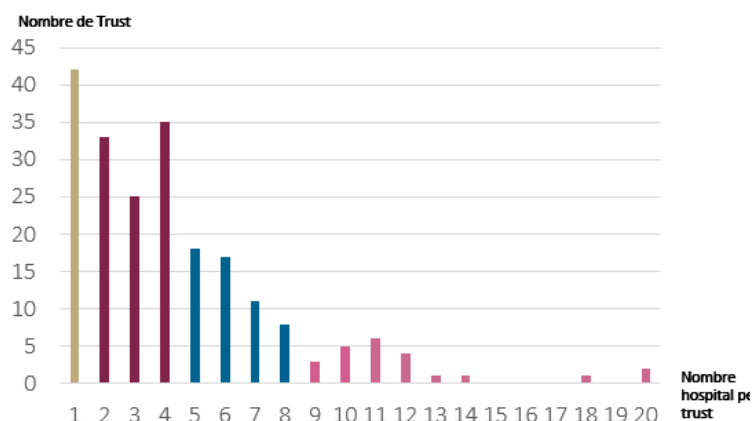
Elements	Associació d'hospitals
Forma jurídica	Es pot crear una nova entitat jurídica. Constitució d'una nova entitat o conveni legal entre hospitals.
Constitució	L'acord d'associació inclou una descripció detallada de les activitats que es duen a terme en col·laboració. Aquest acord d'associació ha de ser aprovat per l'AC de cada hospital participant amb l'assessorament dels consells mèdics interessats.
Mobilitat dels professionals	<ul style="list-style-type: none"> • Empleats hospitalaris: La legislació vigent estableix que una ASBL pot intercanviar personal si l'associació a la qual pertany aquest personal és la persona jurídica d'una ASBL i que la provisió de personal és l'únic objecte estatutari de la col·laboració. Si no és així, les col·laboracions s'enfronten a un obstacle legal en l'intercanvi de personal. • El problema sorgeix menys per als metges, ja que en general tenen un estatus independent. Per tant, poden celebrar perfectament un contracte amb diversos hospitals
Finançament	<ul style="list-style-type: none"> • Segons l'actual Llei d'Hospitals, el pressupost de l'hospital (Pressupost de Mitjans Financers, BMF) es destina a la persona jurídica que gestiona un hospital i que té la llicència. Llevat de formar un únic hospital (veure fusió), les actuals formes de col·laboració no poden rebre BMF, encara que tinguin personalitat jurídica pròpia. • El sistema de pagament per prestació no recompensa econòmicament els hospitals ni els metges per derivar un pacient a un hospital col·laborador.
Govern institucional	<p>Els òrgans de govern d'una associació són la comissió d'associació i una comissió mèdica mixta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>El comitè d'associació</u>: reuneix representants dels administradors de tots els hospitals participants. La composició i el dret de vot estan regulats en l'acord d'associació. Els membres de la direcció dels hospitals participants no tenen dret de vot, però poden ser convidats com a experts. • <u>Comitè Mèdic Mixt</u>: amb metges designats pels consells mèdics de cada hospital. • <u>Comitè permanent de consulta (CPC)</u>: amb membres de la comissió d'associació i de la comissió mèdica partidària. És opcional
Govern clínic	<ul style="list-style-type: none"> • Les competències de què disposa la comissió de l'associació són poc clares, llevat que s'especifiquin explícitament als estatuts de l'associació. • Totes les decisions s'han de discutir amb el consell mèdic de cada hospital.

7.3. Regne Unit

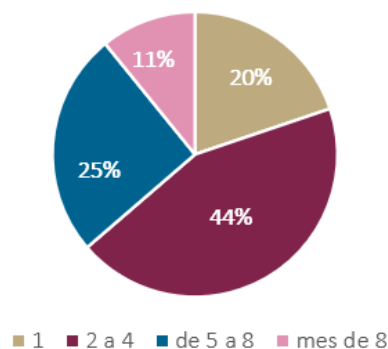
Els hospitals d'aguts del NHS estan organitzats en *Trusts*, amb una clara tendència a ser multihospitalaris. Concretament, només el 20% dels *Trust* tenen un sol hospital sota la seva protecció, cosa que indica un canvi cap a un model de *Trust* multihospital provocat per la recent tendència de compres entre hospitals i *Trusts*. Les dades principals recollides d'aquests aliances són:

- Actualment el nombre d'hospitals per *Trust* més comú és d'entre 2 i 4 hospitals, on el 44% dels *Trust* del Regne Unit estan formats per aquest nombre d'hospitals.
- El 25% dels *Trust* actuals tenen entre 5 i 8 hospitals.
- Un 11% tenen més de 8 hospitals, i es remarquen dos grans *Trust*, amb 20 hospitals cada un sota la seva dependència.

Nombre d'hospitals per Trust



% de Trust per nombre d'hospitals



En el *National Health Service* (NHS) s'observen dos moviments d'organització sanitària: els *Integrated Care Systems* (ICS) i els *Acute Care Collaborations* (ACC).

- **Integrated Care System (ICS):** noves associacions entre les organitzacions que atenen les necessitats sanitàries i assistencials d'una zona, per coordinar els serveis i planificar de manera que millori la salut de la població i redueixi les desigualtats entre els diferents col·lectius.
 - Aquest nou model d'organització té per objectiu integrar: atenció primària – hospitals d'aguts – salut mental – serveis comunitaris.
 - Elimina les divisions tradicionals entre hospitals i metges de família, entre salut física i mental, i entre el NHS i els serveis del consell ja que, en el passat, aquestes divisions han fet que les persones experimentessin una atenció desarticulada.
- **Acute Care Collaboration (ACC):** al Regne Unit es van crear els ACC per provar diferents maneres en què els proveïdors d'atenció aguda podien treballar junts per millorar l'atenció i satisfer les necessitats d'una població canviant.
 - Mentre que els ICS són un model d'organització que intenta agrupar tots els nivells assistencials (integració vertical), incloent-hi també els serveis comunitaris i voluntariats, els ACC són un model específic de col·laboració entre els hospitals d'aguts (integració horitzontal).
 - Les ACC proporcionen una estructura perquè els metges treballin més estretament entre institucions i professionals, i permeten relacions de treball contínues i flux de coneixement sobre les millors pràctiques entre individus i organitzacions.
 - Aporta dos avantatges principals:
 1. Millorar l'eficiència financera: treballar com a part d'un grup o xarxa pot permetre als proveïdors ser més eficients, com ara consolidar i estandarditzar les funcions corporatives, agrupar recursos, combinar el poder d'adquisició o associar-se en inversions de capital.
 2. Millorar la sostenibilitat de la plantilla: en treballar junts, els *Trusts* poden augmentar la seva capacitat per fer un ús més flexible de la força de treball en diversos centres:

Les col·laboracions de proveïdors faciliten la innovació i l'experiència variada,



que poden fer-los centres més atractius per treballar per a les persones que volen ampliar el seu desenvolupament.

Per tant, les ACC són un grup divers que varia segons l'abast del servei, el nombre de socis, l'escala geogràfica, el model operatiu i la forma organitzativa. Pel que fa a l'abast del servei, es poden classificar en tres tipus:

1. **Grups hospitalaris:** diversos proveïdors treballant junts sota una única estructura de grup. Els quatre grups hospitalaris d'avantguarda han estat acreditats per *NHS Improvement* i tenen acords formals de treball conjunt.
2. **Xarxes multiservei:** diversos proveïdors treballen junts en una sèrie d'àrees de servei clíniques i no clíniques.
3. **Xarxes de servei únic:** xarxes de *Trusts* i metges que treballen en una àrea de servei específica. Els models d'implementació van des de xarxes d'atenció a diversos centres fins a models estàndards d'associats. El govern i la forma organitzativa també poden variar i és poc probable que requereixin una nova entitat organitzativa.

Per a aquests tres tipus d'avantguardes, hi ha tres models diferents d'integració organitzativa:

1. **Formes de col·laboració:** reunir dues o més organitzacions per treballar juntes i compartir recursos per aconseguir millors resultats per als pacients o millores financeres, tot conservant la seva entitat legal original.
 - Tot i que els acords formals poden ser necessaris per a finalitats de govern, és probable que es superposin als acords existents i les organitzacions individuals conserven el seu propi control sobre la presa de decisions.
2. **Formes contractuals:** acords més formalitzats que creen drets i responsabilitats legalment vinculants entre els socis alhora que mantenen la independència organitzativa dels fideïcomisos individuals.
 - Això pot incloure la subcontractació d'alguns serveis d'un fideïcomís a una altra organització proveïdora, o la creació d'una empresa conjunta contractual, on les parts treballen formalment juntes, sense crear una entitat legal separada per fer-ho.
3. **Formes de consolidació:** les organitzacions s'uneixen per formar una nova entitat, la qual serà una organització nova o fusionada.

En funció de l'abast de serveis i el grau d'integració organitzativa s'ofereix un marc per als diferents tipus de model de col·laboració; en total n'hi ha cinc. Aquests models no són ni exhaustius ni mútuament excloents. Una col·laboració en cures agudes podria emprar-ne més d'un alhora. També poden progressar d'un tipus a un altre al llarg del temps, tot i que no es suggereix que cap model sigui preferent a un altre.

1. *Associate members:* l'objectiu és organitzar els hospitals al voltant de les necessitats de les persones que viuen en una àrea geogràfica concreta en lloc de planificar a nivell organitzatiu individual perquè es pugui oferir una atenció més conjunta i accessible, d'alta qualitat i rendible als pacients.
2. *Clinical Networks:* les xarxes clíniques proporcionen una estructura perquè els professionals treballin més estretament entre institucions i professionals, i permeten relacions de treball contínues i un flux de coneixement sobre les millors pràctiques entre individus i organitzacions més àgil.
3. *Contractual Joint Venture:* l'objectiu és compartir el control sobre un o més elements de les carteres de serveis, o el control directiu diari sobre una organització mitjançant contractes de gestió i franquícia operativa.
4. *Full merger/aquisition:* un dels objectius més buscats per a una fusió ha estat per rescatar una de les parts financerament, així com, en alguns casos, millorar la qualitat dels serveis. Dos hospitals passen a ser un de sol, en dues localitzacions o seus.
5. *Service-level chai:* un servei de diferents hospitals es consoliden com una sola organització per oferir el servei a la regió.

Cinc models de col·laboració al Regne Unit *Marc il·lustratiu dels tipus de col·laboració*



Marc il·lustratiu dels tipus de col·laboració en funció de l'abast de serveis i el grau d'integració organitzativa dels ACC. Font: "No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration vanguards. NHS. 2018". Adaptada per la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació.

7.3.1. Clinical networks

Les xarxes clíniques estratègiques *Clinical Networks* reuneixen aquells que utilitzen, proporcionen i encarreguen un servei clínic únic per a un o més hospitals per millorar els resultats dels pacients mitjançant un enfocament integrat i integral del sistema.

Com funcionen:

Les xarxes clíniques proporcionen una estructura perquè els professionals treballin més estretament entre institucions, i permeten relacions de treball contínues i flux de coneixement sobre les millors pràctiques entre individus i organitzacions.

Les xarxes clíniques estratègiques treballen en col·laboració amb els comissaris (inclòs el govern local), donen suport a la seva presa de decisions i planificació estratègica, i treballen més enllà dels límits dels comissaris, proveïdors i organitzacions voluntàries com a vehicle de millora per als pacients, els cuidadors i el públic. D'aquesta manera, les xarxes clíniques estratègiques:

- Redueixen la variació injustificada en els serveis de salut i benestar.
- Fomenten la innovació en la manera com es presten els serveis ara i en el futur.
- Proporcionen assessorament clínic i lideratge per donar suport a la presa de decisions i planificació estratègica.

Actualment existeixen per:

L'objectiu general és abordar la variabilitat local i les desigualtats en els resultats de salut i l'experiència dels pacients en cinc àrees, que s'identifiquen com a àrees on la majoria de vides es perden prematurament, és a dir, on hi ha grans reptes i desigualtats de salut:

- Cardiovascular (incloent-hi cardíac, ictus, renal i diabetis).
- Maternitat, infància i joventut.
- Salut mental, demència i afeccions neurològiques.
- Càncer: per exemple, les quatre aliances contra el càncer al sud-est depenen de diferents gestors i operen amb una petjada geogràfica diferent. Estan presidits pels proveïdors de salut especialitzats en càncer de la seva zona. Són els següents:
 - Kent and Medway Cancer Alliance
 - Surrey and Sussex Cancer Alliance
 - Thames Valley Cancer Alliance
 - Wessex Cancer Alliance

7.3.2. Associate membres o buddyings

Els *associate membres* o *buddyings* consisteixen en agrupacions d'hospitals per tal de planificar i ajudar-se mútuament (mitjançant un mentor: *buddying*) per oferir una millor assistència a la població que atenen.

L'objectiu és organitzar els hospitals al voltant de les necessitats de les persones que viuen en una àrea geogràfica concreta en lloc de planificar a nivell organitzatiu individual perquè es pugui oferir una atenció més conjunta i accessible, d'alta qualitat per als pacients.

Consisteix en una agrupació d'hospitals per tal de planificar i ajudar-se mútuament per oferir una millor assistència a la població que atenen.

	Buddying (Associate membres)
Direcció del servei	Cap de servei del hospital passa a tenir com a mentor el cap de servei del Buddy hospital
Equip de professionals	Els mateixos de cada hospital.
Mobilitat de professionals	Els equips del Buddy poden visitar i actuar o aconsellar en l'altre hospital
Pràctica clínica	Reunions diàries o setmanals depenent del tipus de buddying per l'hospital des del buddy
Fluxos de pacients	Individuals a cada hospital
Informació clínica	
Finançament	Les implicacions de costos tant per a la Buddy Trust com per a l'altre Trust han de ser tingudes en compte de manera més sòlida pels reguladors, de manera que sigui com a mínim neutral en costos per a aquest model de col·laboració i ofereix un incentiu i una recompensa adequats per a aquells fideïcomisos que actuen com a Buddies

7.4. Suïssa

El model sanitari de Suïssa es caracteritza pel seu caràcter liberal: obligatorietat d'assegurança privada per part de la població (amb assegurança pública complementària per a persones amb pocs recursos econòmics), lliure elecció de metge i hospital, hospitals públics i privats autoritzats per a la prestació sanitària coberta i finançament per activitat dels hospitals.

Aquest context genera un entorn d'alta competència entre hospitals ja que els hospitals públics, concertats i privats competeixen per atraure clients, en un entorn de baix volum de població per cada cantó.

La planificació hospitalària, obligatòria per a cada cantó, estableix els requisits i criteris d'autorització per a la prestació de serveis sanitaris per cada un dels hospitals. Qualsevol hospital, públic, concertat o privat, que compleixi aquests criteris pot prestar serveis assistencials.

Des de fa diferents anys, la Confederació i els Cantons estan intentant regular la prestació de serveis hospitalaris a través de la planificació hospitalària, que ha evolucionat cap a una planificació per tipus de prestacions. El desplegament combinat dels programes de medicina altament especialitzada (MHS) i de grups de prestacions per a la planificació hospitalària (GPPH) han configurat tres nivells de prestacions.

- La GPPH fixa els requisits per realitzar cada una d'aquestes prestacions, i ha fixat dos nivells: el paquet de base (ho poden fer tots els hospitals) i el paquet especialitzat (es concentren les prestacions en els hospitals que compleixin uns requisits definits).
- Anteriorment, s'havia definit el programa de medicina altament especialitzada, que fixava criteris d'autorització per a la realització de 39 prestacions especialitzades que s'han de concentrar en un nombre reduït d'hospitals (entre dos i sis hospitals per prestació a tot el país).

En l'àmbit d'aliances i cooperacions entre hospitals, no hi ha una política definida de les autoritats sanitàries, més enllà de promoure la fusió d'alguns hospitals de menor nivell de complexitat en una nova entitat, i generalment lligada a l'operació de construcció d'un nou edifici (hospital) que faciliti el procés de fusió.

L'aparició de la planificació per nivells de prestacions ha fomentat l'aparició de col·laboracions oportunistes i a múltiples bandes de forma incipient entre els hospitals, entre les quals en podem trobar dues tipologies:

- Col·laboracions entre un hospital general i un hospital universitari, on l'hospital general té interès a col·laborar amb l'hospital universitari per no "perdre" l'activitat de les prestacions de nivell especialitzat i l'hospital universitari vol assegurar el flux d'activitat terciària.
- Col·laboracions amb els hospitals locals, que volen assegurar la possibilitat de seguir realitzant les prestacions de base.

Les col·laboracions entre l'hospital general i l'hospital universitari s'estructuren segons l'itinerari del pacient i es basen en les característiques següents:

- La rotació dels metges en formació es fa entre els dos hospitals.
- Els metges adjunts tenen contractes parcials entre els dos hospital (50%-50%).
- Existeix una estructuració d'un itinerari del pacient i del flux de derivació entre hospitals, amb protocols compartits.

- Les comissions clíniques són compartides.
- Es participa en programes de recerca.

Alguns casos pràctics de cooperacions entre hospitals generals i hospitals universitaris són:

- Xarxa Cantonal de Cardiologia (Canton de Vaud), que implica un hospital universitari (CHUV) i dos hospitals generals (EHC i HRC).
- Aliança Càncer de Mama entre un hospital universitari (CHUV) i un hospital general (EHC).

D'altra banda, les col·laboracions entre els hospitals locals i els hospitals de referència estan encara en una etapa embrionària. Els hospitals locals estan preocupats per les implicacions de la planificació per prestacions (GPPH) i la seva capacitat per assegurar les prestacions de base en un context de poca capacitat d'atreure i retenir professionals sanitaris.

En el cas del Cantó de Vaud, els tres hospitals locals (Pôle Santé Vallée de Joux, Pôle Santé Pays-d'Enhaut i RSBJ Réseau Santé Balcon du Jura) estan treballant en una convenció de prestació de serveis amb els hospitals de referència per tal d'assegurar la prestació de la cartera de serveis de base. En aquesta convenció, els metges de l'hospital de referència s'han de desplaçar a l'hospital local per a la realització de la prestació assistencial, integrats en els protocols i el funcionament de l'hospital local per a la realització de dos tipus de prestacions:

- Cirurgia programada de base.
- Consultes especialitzades.

8. Annex 2: fitxes sintètiques

	Servei Territorial	Unitat Funcional Territorial	Prestació delegada de Serveis
Requisits	<ul style="list-style-type: none"> Estructuració al voltant d'una àrea territorial ben definida (població assegurada resident en un territori). Definició d'un pla funcional del Servei Territorial, que ha de validar i aprovar el CatSalut. Aquest pla funcional ha d'incloure com a mínim: <ul style="list-style-type: none"> La organització del servei i identificació de responsabilitats Els objectius assistencials Els indicadors de seguiment i d'avaluació. Formalització d'un conveni entre les diferents entitats proveïdores, que estableixi, com a mínim: <ul style="list-style-type: none"> L'abast territorial del servei La cartera de serveis Les modalitats de govern, els mecanismes de resolució de conflictes Els indicadors de seguiment i avaluació. Responsabilitat compartida en la garantia d'accés al servei per tota la població beneficiària del servei. 	<ul style="list-style-type: none"> Definició, i consens entre totes les entitats involucrades, de la ruta assistencial de la Unitat Funcional Territorial. Necessitat compartida 	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar la prestació del servei dins de l'àmbit de la cartera de serveis autoritzada. Garantir la prestació de servei en els termes acordats. Realitzar la prestació de servei in situ. No alterar els fluxos de derivació entre centres.
Condicions d'èxit	<ul style="list-style-type: none"> Lideratge clar i reconegut de l'hospital (i cap de servei) sobre el qual s'estructura el servei territorial. Visió de servei territorial del líder del projecte Bona relació entre els caps de servei o líders del projecte, i de les estructures generals i directores assistencials Definició d'una metodologia de treball sistematitzada. Seguiment del servei territorial entre les entitats proveïdores i la regió sanitària 	<ul style="list-style-type: none"> La capacitat i voluntat de coordinació de les diferents entitats proveïdores. El grau de consens i alineament de tots els professionals amb la Ruta Assistencial definida. 	<ul style="list-style-type: none"> La integració en el processos i funcionament operatiu del centre que rep el servei La formalització d'un contracte de prestació de servei ben definit L'execució preferent entre dues entitats proveïdores dins del mateix territori de referència
Indicadors d'avaluació	<ul style="list-style-type: none"> Indicadors de tems d'accés al servei de cada entitat proveïdora dels pacients, amb l'objectiu d'harmonitzar-los i garantir l'equitat d'accés. Indicadors de resultats del servei: utilització, adequació, indicació i consum per entitat proveïdora, amb l'objectiu de reduir la variabilitat dins del territori Indicadors de resolució dins del territori Indicadors d'eficiència del dispositiu de Servei Territorial, amb l'objectiu de comparar-los amb la situació prèvia a la implantació del Servei Territorial. Indicadors qualitius per avaluar l'ordenació de les prestacions diagnòstiques i terapèutiques de complexitat 	<ul style="list-style-type: none"> Indicadors de temps d'accés i llista d'espera per als procediments diagnòstics i terapèutics complexos que es concentren dins de la unitat funcional, per assegurar l'equitat d'accés. Indicadors de resultats del procés assistencial: utilització, adequació, indicació i consum per entitat proveïdora, amb l'objectiu de reduir la variabilitat dins del territori Indicadors d'eficiència del dispositiu d'Unitat Funcional Territorial, amb l'objectiu de comparar-los amb la situació prèvia a la implantació del Servei Territorial. Indicadors qualitius per avaluar l'ordenació de les prestacions diagnòstiques i terapèutiques de complexitat 	<ul style="list-style-type: none"> Grau de disponibilitat de les prestacions assistencials objecte del servei a l'hospital receptor del servei.

1. Servei Territorial

1. General / Estructura	
Descripció	El Servei Territorial és un servei assistencial únic i integrat responsable de la prestació assistencial a diversos hospitals d'un territori associats a una especialitat o un servei clínic amb abast territorial o població mínima.
Necessitat	O bé no hi ha el servei en algun dels hospitals del territori i aquest està contemplat a la seva CdS, o bé el servei s'ha quedat afeblit per dificultats de retenir professionals. A través del servei territorial es pot assegurar la disponibilitat a tot el territori, i per tant garantir l'accés amb equitat, i al mateix temps reduir la variabilitat dins del territori.
Abast	L'abast del Servei Territorial és una servei, especialitat o procés assistencial.
Entitats involucrades	Idealment, el Servei Territorial dona involucra a totes les entitats proveïdores d'un territori, però es pot organitzar amb un mínim de dues.

2. Autorització- Contractació, Govern i finançament	
Modalitat contractual	Responsabilitat que atorga el CatSalut a una de les entitats del territori, i per tant es formalitza a través d'un acord CatSalut —Entitat, amb la participació de les altres.
Modalitat de govern	Comissió de gestió (gerència de les entitats) i una comissió assistencial (direccions mèdiques o assistencials) amb modalitats de presa de decisions (amb un sistema de majories reforçades per reforçar la governança compartida) i de resolució de conflictes
Modalitat de finançament	A través de l'activitat contractada pel CatSalut amb l'entitat que té la responsabilitat d'organitzar-lo, i pot tenir un programa de finançament específic.

3. Gestió de professionals	
Direcció del servei	1 cap de servei únic
Equip de professionals	1 sol equip funcional de professionals comú a tots els hospitals
Mobilitat de professionals	Es desplacen per totes les entitats proveïdores del territori
Contractació professionals	Poden estar contractats jurídicament per un sol hospital (l'hospital que té la responsabilitat atorgada) o bé per diversos hospitals que configuren el servei territorial

4. Gestió clínica	
Protocol / procés comú	Al tractar-se d'un únic servei territorial, els protocols i processos assistencials són comuns a totes les entitats proveïdores.
Comissions clíniques	Participa i s'integra a les diferents comissions clíniques existents a cada entitat proveïdores del territori.
Fluxos de pacients	Els criteris de derivació de pacients entre entitats proveïdores estan clarament definits i segueixen el mateix criteri per a totes les entitats involucrades.
Llista d'espera	Les diferents llistes d'espera de cada entitat es gestionen de forma integrada com a servei únic territorial, per garantir l'equitat d'accés.
Informació clínica	Idealment 1 sol sistema d'informació clínica.

5. Docència i recerca	
Recerca	La recerca s'estructura i organitza com a únic servei integrat entre totes les entitats proveïdores que configuren el Servei Territorial.
Docència	La docència (grau i especialitats) s'estructura i organitza com a únic servei integrat entre totes les entitats proveïdores que configuren el Servei Territorial.

2. Unitat Funcional Territorial

1. General / Estructura	
Definició	Acord entre diverses entitats proveïdores d'un territori on es defineix un itinerari assistencial comú per a tots els pacients, amb criteris de derivació de malalts cap a un centre per a determinats procediments diagnòstics i terapèutics, i el retorn posterior a l'hospital d'origen.
Necessitat	<p>Es constitueix en processos assistencials d'alta prevalença en un territori, on tots els hospitals involucrats han de prestar una part del procés assistencial, però determinats actes diagnòstics o terapèutics es concentren en un centre per diversos motius:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diverses entitats proveïdores del territori no tenen autorització per realitzar aquests procediments dins de la seva cartera de serveis Els procediments diagnòstics o terapèutics en qüestió s'han de centralitzar en un centre a causa dels requeriments d'expertesa (experiència) professional, d'alta tecnologia o bé per l'evidència entre un alt volum de casos i millors resultats en salut. <p>En aquest sentit, totes les entitats proveïdores que participen a la Unitat Funcional Territorial es necessiten entre elles: unes perquè no tenen autoritzats determinats procediments diagnòstics i terapèutics del procés assistencial en qüestió i d'altres perquè necessiten incrementar el volum de casos d'aquests procediments diagnòstics o terapèutics de major complexitat.</p>
Abast	L'abast de la Unitat Funcional Territorial és un procés assistencial, a diferència del servei territorial que fa referència a un servei o especialitat.
Entitats involucrades	La Unitat Funcional Territorial pot ser bilateral (entre dues entitats proveïdores) o multilateral (entre diverses entitats)

2. Autorització- Contractació, Govern i finançament	
Modalitat contractual	Conveni entre les entitats proveïdores, on s'estableix com a mínim la ruta assistencial definida i compartida i les modalitats de govern i seguiment.
Modalitat de govern	Comissió assistencial on participaran totes les entitats proveïdores involucrades. Es recomanable nomenar un referent o coordinador.
Modalitat de finançament	La Unitat Funcional Territorial no té cap contraprestació econòmica o finançament específic associat.

3. Gestió de professionals	
Direcció del servei	Cada entitat té el seu cap de servei, responsabilitat de cada entitat proveïdora
Equip de professionals	Cada entitat té els seus professionals, responsabilitat de cada entitat proveïdora
Mobilitat de professionals	Els professionals no es desplacen entre les diferents entitats proveïdores que configuren la Unitat Territorial funcional per atendre malalts.
Contractació professionals	Cada entitat proveïdora contracta els seus professionals

4. Gestió clínica	
Protocol / procés comú	Ruta assistencial i protocols d'atenció compartits i consensuats, amb criteris de derivació de pacients (escalada i desescalada) clarament definits.
Comissions clíniques	Si, a definir la participació i temporalitat
Fluxos de pacients	El pacient es desplaça a un altre hospital per a la realització dels procediments diagnòstics o terapèutics acordats.
Llista d'espera	Cada hospital gestiona la seva llista d'espera de forma independent, però la comissió assistencial de la Unitat Funcional Territorial ha d'assegurar les condicions d'equitat d'accés als actes diagnòstics i terapèutics que es concentren en una de les entitats proveïdores de la Unitat Funcional Territorial.
Informació clínica	No requereix d'un sistema d'informació clínica únic, i cada entitat proveïdora gestió el seu propi. Tanmateix, les entitats proveïdores implicades han de garantir la transmissió de la informació clínica rellevant en els casos de derivació de pacients per la realització dels actes diagnòstics i terapèutics citats anteriorment.

5. Docència i recerca	
Recerca	En una unitat seria recomanable desenvolupar projectes d'innovació i recerca compartits entre les diferents entitats involucrades.
Docència	A nivell de docència, s'organitza per entitat proveïdora, però es recomanable facilitar la rotació de professionals involucrats en tota la ruta assistencial.

3. Prestació delegada de Serveis

1. General / Estructura	
Objectiu de la demanda i necessitat bàsica	La modalitat de Prestació delegada de Servei és aquella en que un hospital de referència realitza prestacions en un altre hospital, que té autoritzada aquesta prestació o servei dins de la seva cartera de serveis
Necessitat	L'hospital (que no és de referència) no pot garantir tot sol la seva prestació per algun dels motius següents: <ul style="list-style-type: none"> • L'hospital té dificultats per mantenir un equip de professionals suficient per donar cobertura a aquesta prestació, o bé s'ha quedat sense professionals. • L'hospital necessita d'un suport per a la realització d'alguns actes diagnòstics o terapèutics i aquests no es poden organitzar mitjançant una unitat funcional territorial perquè s'han de prestar localment (i no mitjançant a derivació de pacients com és el cas de la unitat funcional territorial).
Abast	Assegurar la cobertura d'un servei autoritzat en el centre, i no pot constituir la base per desenvolupar prestacions no autoritzades dins de la cartera de serveis del centre.
Entitats involucrades	És una relació bilateral entre un hospital que té la necessitat i un hospital que pot prestar aquest servei

2. Autorització- Contractació, Govern i finançament	
Modalitat contractual	Conveni de client-proveïdor entre les dues entitats. En aquest conveni s'ha de regular: <ul style="list-style-type: none"> • Les condicions del servei i la garantia de disponibilitat. • Les modalitats de seguiment de l'acord • La contraprestació econòmica.

3. Gestió de professionals	
Direcció del servei	Cada hospital té el seu cap de servei (en un hospital comercial o general petit, pot ser el seu superior troncal).
Equip de professionals	L'hospital que presta el servei, gestiona el seus professionals i posa a disposició de l'hospital que rep el servei els professionals necessaris (un o més) per la prestació del servei.
Mobilitat de professionals	Aquests professionals es desplacen al hospital que rep del servei.
Contractació professionals	L'hospital prestador contracta els professionals que es desplacen i donen servei a l'hospital receptor

4. Gestió clínica	
Protocol / procés comú	Protocol del centre receptor
Comissions clíniques	Els professionals que es desplacen participen a les comissions clíniques del centre receptor
Fluxos de pacients	El pacient no es desplaça: rep la prestació assistencial en el centre.
Llista d'espera	Llista espera independent per hospital
Informació clínica	Utilització del sistema d'informació del centre receptor

5. Docència i recerca	
Recerca	No existeix relació en temes de recerca
Docència	No existeix relació en temes de docència

9. Annex 3: bibliografia

1. Abbvie, Antares Consulting. Alianzas estratégicas en el entorno hospitalario: Guía práctica para su implantación. Informe AMPHOS. 2015. Disponible a: <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2018/11/4.-INFORME-AMPHOS-2016.pdf>
2. Arnaud A, Ptakhine E, Xerri J-G, Eychenié H, Johanet S. Élaborer un projet médical partagé de GHT: Fiches repères. ANAP. 2016. Disponible a: https://anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Cooperation_des_etablissements/projet_medical_partage_de_GHT/Elaborer_un_projet_medical_partage_de_GHT.pdf
3. Brown B, Patel C, McInnes E, Mays N, Young J, Haines M. The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies. BMC Health Services Research. 2016. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018194/pdf/12913_2016_Article_1615.pdf
4. Collins B. Foundation trust and NHS trust mergers 2010 to 2015. The King's Fund. 2015. Disponible a: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Foundation-trust-and-NHS-trust-mergers-Kings-Fund-Sep-2015_0.pdf
5. Dagorne C, Giorgi D, Meunier A. Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Tome I. Inspection générale des affaires sociales. 2019. Disponible a: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf
6. De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, et al. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux. KCE. 2016. Disponible a: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_277B_Modeles_gouvernances_hopitaux_Synthese_0.pdf
7. Duquesne F. Chapitre 21: Filière de soins. SFMU. 2012. Disponible a: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2012/donnees/articles/fs_conf07_art03.htm
8. Gil E, Gotsens R, Grané J, Mangas E, Riera I, Bosch JM, Estrem M, Ferrer JM, Riera A, Ris H. Aliances estratègiques del sector sanitari i social: Guia per al seu establiment. Unió Catalana d'Hospitals. 2015. Disponible a: <https://www.uch.cat/documents/guia-ae-sector-sanitari-i-social-definitiu.pdf>
9. Hine A, Fenton B, Custance M. Hospital Collaboration in the NHS: Exposing the myths. KPMG. 2015. Disponible a: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pdf/2015/03/hospital-collaboration-report.pdf>
10. Marquet G, Halbout A, Charlotte C-G, Le Mauff P, Couty E, Vergnes G, et al. Cinq ans des GHT Quel bilan? Quelles perspectives? Conférence des Directeurs Généraux de CHRU. 2021. Disponible a: <https://www.dg-chru.fr/grand-dossier-ght/>
11. NHS. No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration vanguards. NHS. 2018. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/01/acute-care-collaboration-learning.pdf>

12. NHS. Working together at scale: guidance on provider collaboratives. NHS. 2021. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0754-working-together-at-scale-guidance-on-provider-collaboratives.pdf>
13. Sécurité sociale. Chapitre IV: Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre. Cour des comptes. 2020. Disponible a: https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf
14. Unió Catalana d'Hospitals. Aliances estratègiques I: El valor del treball en xarxa per una gestió eficient dels recursos. Unió Catalana d'Hospitals. 2009. Disponible a: https://www.uch.cat/documents/estudi_aliances_estrategiques.pdf
15. Véran O. Relative à la mission de refondation de la santé publique confiée au Pr Franck Chauvin. Haut Conseil de la santé publique. 2021. Disponible a: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20211216_contrela_lamissderefodelasantpubl.pdf

10. Annex 4: autoria i col·laboracions

La iniciativa i lideratge en l'elaboració d'aquest document s'ha dut a terme des de la Gerència de Planificació Operativa i Avaluació (GPOA) de l'Àrea Assistencial del CatSalut, aquesta ha estat coordinada per (en ordre alfabètic):

Cristina Casanovas-Guitart, Gerència de Planificació Operativa i Avaluació. CatSalut.

Laura Colàs, Gerència de Planificació Operativa i Avaluació. CatSalut.

Àlex Guarga, Gerència de Planificació Operativa i Avaluació. CatSalut.

Alfonso Pozuelo, Gerència de Planificació Operativa i Avaluació. CatSalut.

Montserrat Suarez, Gerència d'Organitzacions. CatSalut.

Així mateix, aquest projecte ha comptat amb el suport metodològic i de coneixement d'Antares Consulting.

Han col·laborat en el procés participatiu per a la seva elaboració professionals de la Gerència d'Organitzacions (GO) professionals en representació de les agrupacions de proveïdors, UCH, CSC, així com de l'ICS, (en ordre alfabètic):

Alba Benaque, Gerència d'Organitzacions. CatSalut.

Cristina Carod, en representació del Consorci Sanitari i Social de Catalunya.

Carme Casas, Gerència d'Organitzacions. CatSalut.

David Frigola, Gerència d'Organitzacions. CatSalut.

Ignasi Riera, en representació de la Unió Catalana d'Hospitals.

Josep Fusté, en representació de la Unió Catalana d'Hospitals.

Palmira Borràs, en representació del Consorci Sanitari i Social de Catalunya.

Sònia Abilleira, en representació de l'Institut Català de la Salut.

Agrair a totes les persones que han col·laborat en aquest projecte, també a les entrevistades i consultades, la seva participació.