

## ÍNDEX

Resum	1
Introducció	2
La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya i la seva interpretació des de la "Nova gestió pública"	3
Dos escenaris d'implementació per a dues fonts de formulació	6
Separació de comprador i proveïdor: estructures pressupostàries i tipus d'agència	8
La gestió de la xarxa de proveïdors contractats: del quasimercat al mercat relacional	15
Conclusions	19
Referències	20

## Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana

Raquel Gallego Calderón

Departament de Ciència Política i Dret Públic.  
Universitat Autònoma de Barcelona.

### RESUM

Aquest estudi analitza fins a quin punt la reforma de l'administració sanitària catalana iniciada el 1990 va implementar de forma efectiva la separació entre comprador i proveïdor. Aquesta reforma va tenir dues fonts de formulació: la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) de 1990, que va deixar la definició d'aquest punt ambigua, i la seva posterior interpretació en la línia del discurs de la 'nova gestió pública' (NGP), que va advocar per una clara introducció de la separació entre comprador i proveïdor. Aquest estudi busca identificar els tipus d'agències finalment implementats a partir del model analític de Dunleavy (1991). L'anàlisi es basa en la comparació de les estructures del pressupost de les agències públiques rellevants (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut i Institut Català de la Salut) abans i després de la reforma. Les dades mostren que el rol de proveïdor es va definir i implementar clarament, mentre que el rol de comprador es va veure distorsionat per la complexa amalgama de funcions que el text de la Llei va assignar a l'agència compradora – la nova autoritat sanitària –, i que es va reflectir també en l'estructura del seu pressupost. Finalment s'identifica la tendència a consolidar un mercat relacional amb la xarxa de proveïdors contractats externs a l'administració – enlloc del quasimercat o mercat intern postulat pel discurs de l'NGP.

## INTRODUCCIÓ

Un dels principals components de l'actual tendència de reforma de la 'nova gestió pública' (NGP) en diversos països de l'OCDE és la separació entre els rols de comprador i proveïdor dins del sector públic i la consegüent introducció de contractes. Mentre que en el model burocràtic tradicional aquests rols són assignats internament en la pròpia organització, l'NGP postula la reconfiguració de les estructures institucionals en funció d'una clara diferenciació de rols (finançament, compra, provisió, regulació). Així, estructures organitzatives que solien estar jeràrquicament integrades són desagregades per assumir aquests rols per separat, i s'introdueixen els contractes com a principal instrument per governar les relacions entre aquestes noves organitzacions autònomes (Dunleavy 1994, Hood 1994).

Malgrat que la separació entre comprador i proveïdor és molt comuna en la formulació de les reformes de l'NGP, alguns estudis ja han posat de manifest la dificultat d'aconseguir la seva implementació efectiva<sup>1</sup>. La majoria d'aquests estudis es centren en indicadors tals com el procés real de negociació de contractes entre compradors i proveïdors, la composició dels consells d'administració dels proveïdors, la connivència funcional entre autoritats compradores i proveïdores i la importància de les relacions de confiança entre aquests actors.

Aquest estudi proposa un indicador diferent i complementari per avaluar fins a quin punt els rols de comprador i proveïdor són efectivament assignats a diferents organismes: les estructures dels seus respectius pressupostos. Aquest indicador va ser definit per Dunleavy (1991) en base a una codificació analítica d'elements del pressupost, els pesos relatius dels quals revelen l'assignació de diferents funcions i, en conseqüència, la configuració de diferents tipus o rols d'agència. Aquest esquema analític permet una investigació comparativa tant utilitzant el mateix esquema codificador en diferents casos com utilitzant-lo, en el mateix cas, per part de més d'un investigador per provar la seva consistència (Miles i Huberman, 1994).

Aquest estudi aplica el model de Dunleavy (1991) a la implementació de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana entre 1990, quan es va iniciar

la reforma, i 1995, quan el marc discursiu de l'NGP va ser reconsiderat a la llum d'algunes divergències d'implementació. Aquest no és un cas central de divergència entre formulació i implementació sinó un cas complex, perquè la reforma de la sanitat catalana de principis dels noranta va tenir dues fonts de formulació en relació a les quals ha d'analitzar-se la implementació. La primera va ser la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), aprovada pel Parlament català el 1990, i la segona va ser la seva posterior interpretació en termes d'NGP per part de l'elit de la política sanitària catalana. Mentre que la primera font era ambigua respecte a la separació entre comprador i proveïdor, la segona interpretava que la Llei de 1990 havia introduït clarament aquesta separació de rols. El text de l'LOSC es referia als proveïdors en termes d' "integrats o funcionalment adscrits a" la nova autoritat sanitària que per aquesta Llei es creava: el Servei Català de la Salut (SCS). Aquesta ambigüitat responia, en gran part, a les característiques de l'oferta sanitària: el sector de la provisió del sistema català de salut que s'havia anat consolidant al llarg dels vuitanta era heterogeni en termes de propietat, formes de gestió i formes organitzatives.

Malgrat que, igual que a la resta d'Espanya, més del 90 per cent dels recursos d'atenció primària a Catalunya eren propietat de i estaven gestionats per l'autoritat sanitària descentralitzada – l'Institut Català de la Salut (ICS) –, el sector hospitalari presentava una composició més complexa: l'ICS només era propietari d'una quarta part dels llits acreditats per a aguts, que gestionava directament. La resta eren propietat d'agents locals privats, semipúblics i públics, que gestionaven els seus recursos autònomament. Aquests proveïdors no-ICS contractaven regularment amb l'autoritat sanitària (l'ICS) com a proveïdors *de facto* del Sistema Nacional de Salut a Catalunya. La consolidació d'aquesta xarxa hospitalària que tradicionalment havia estat heterogènia en termes de propietat i formes de gestió i que havia quedat separada de l'autoritat sanitària via relacions contractuals, havia estat una opció explícita de l'elit de la política sanitària catalana des del 1981, quan Catalunya va rebre les transferències sobre política sanitària del govern central<sup>2</sup>.

Per aquesta raó, la reconfiguració de l'autoritat sanitària que es derivava de l'LOSC havia d'afectar principalment a les relacions entre el nou SCS i l'ICS existent. D'una banda, l'ICS havia estat, des de la seva creació el 1983, l'autoritat sanitària – és a dir, havia tingut tant el rol de proveïdor com el de comprador. D'altra banda, el pes de l'ICS era d'especial importància perquè era el proveïdor més gran del sistema: tenia una única personalitat jurídica que integrava jeràrquicament les seves unitats proveïdores (hospitals i centres d'atenció primària), com a unitats de cost sense autonomia de gestió. A més a més, la majoria dels seus hospitals eren d'alta tecnologia i portaven a terme investigació i formació mèdica, amb l'elevat volum de recursos que això comporta. Mentre que l'LOSC podia implicar la possibilitat que l'ICS s'integrés en la nova autoritat sanitària – l'SCS –, la seva posterior interpretació en termes d'NGP advocava explícitament per la seva separació i la seva reconfiguració com a proveïdor contractat. La resta de proveïdors autònoms no-ICS havien de mantenir la seva autonomia respecte a la nova autoritat sanitària, amb qui a partir d'aleshores contractarien. Aquesta interpretació de l'LOSC va sorgir d'un procés de difusió de discurs<sup>3</sup> que va ser evident poc després de l'aprovació de la Llei. Com a resultat d'aquest procés la terminologia associada amb l'NGP, que havia estat absent al llarg del procés

de formulació de l'LOSC, va ser acceptada per part de l'elit de la política sanitària catalana com la interpretació prevalent de la Llei i de les reformes que van seguir.

L'objectiu d'aquest estudi és mostrar fins a quin punt va ser implementada la formulació *de iure* (LOSC) o la formulació *de facto* (NGP) de la reforma de l'administració sanitària catalana – és a dir, en quin grau s'ha aconseguit la separació entre comprador (SCS) i proveïdor (ICS), tal com postula l'NGP. Per això s'ha pres l'estructura del pressupost de les agències públiques rellevants de l'administració sanitària catalana com un indicador dels tipus d'agència i, per tant, del seu rol dins del sistema. Primer, es descriu el contingut de l'LOSC i el de la seva interpretació en termes d'NGP. Després, es comparen els dos 'escenaris d'implementació' esperats de cadascuna d'aquestes fonts de formulació quant a definició de rols. A continuació, s'analitzen les estructures del pressupost de cada agència implicada abans i després de la reforma, amb l'objectiu d'identificar els rols realment assignats a cada agència. Finalment, s'exposen algunes reflexions respecte a les relacions creades entre l'autoritat compradora i els proveïdors no-ICS, que són autònoms i externs a l'administració pública i que s'han consolidat com a part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya.

## LA LLEI D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA I LA SEVA INTERPRETACIÓ DES DE LA “NOVA GESTIÓ PÚBLICA”

Un dels objectius centrals de l'LOSC de 1990 era la creació d'una nova autoritat sanitària – l'SCS – que, malgrat ser un organisme públic adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS) de la Generalitat de Catalunya, tenia una alta autonomia de gestió en el sector sanitari. L'ICS representava una innovació en l'estructuració de l'administració sanitària i en la gestió del sistema sanitari en relació al model ICS (o INSALUD descentralitzat). L'SCS va ser

definit per l'LOSC com una “entitat pública” que, en termes de dret administratiu, té un “caràcter institucional”. És a dir, té una personalitat jurídica diferenciada i llibertat de gestió per al compliment dels seus objectius. A diferència dels “organismes autònoms de naturalesa administrativa” (com l'ICS), les entitats públiques de caràcter institucional solen estar subjectes al dret administratiu només en el seu funcionament intern<sup>4</sup>, mentre que en les seves

<sup>2</sup> Des de 1980, set Comunitats Autònomes ja han rebut les seves transferències en matèria sanitària – gestió i organització dels serveis sanitaris de l'INSALUD i de la resta de proveïdors adscrits al Sistema Nacional de Salut: Catalunya (1981), Andalusia (1984), País Basc (1987), Comunitat Valenciana (1987), Galícia (1990), Comunitat Foral de Navarra (1990), Illes Canàries (1994). Aquestes Comunitats poden legislar dins del marc de la legislació bàsica de l'Estat i implementar les seves pròpies polítiques (Guillén i Cabiedes 1998, p. 180; Rico 1997, p. 232-236).

<sup>3</sup> Aquest procés va estar lligat a la difusió d'idees sobre la reforma del sector públic que havien anat guanyant legitimitació i difusió en diversos països de l'OCDE durant els anys vuitanta i noranta (Barzelay 2000). A Catalunya, el rol de les coalicions promotores (*advocacy coalitions*) va ser molt important en aquest procés d'aprenentatge (Gallego 1998).

<sup>4</sup> El dret administratiu és el marc obligatori de funcionament per aquests organismes instrumentals quan exerceixen poders administratius – relacions amb altres administracions; patrimoni, sistemes de financiació, pressupostaris i de comptabilitat; recursos per actes administratius; i situacions derivades del dret a la cobertura sanitària pública (Viñas i Lafarga 1996).

relacions externes poden operar en el marc del dret privat. Aquests 'organismes instrumentals' solen ser de caràcter comercial, industrial o financer, i són exemples de l'actual tendència a "fugir del dret administratiu" (Parada 1997, pp. 243-54). La naturalesa instrumental d'aquests organismes està emmarcada per dos aspectes. D'una banda, la responsabilitat política sobre la seva organització i operacions pertany a l'organització matriu. D'altra banda, la seva relació amb l'organització matriu no és jeràrquica sinó de dependència i supervisió administrativa sobre pressupostos, nominació de càrrecs i creació i dissolució del propi organisme instrumental. Per a l'SCS, el rol d'organització matriu es va assignar al DSSS de la Generalitat. Aquest era responsable de la formulació de la política sanitària, mentre que l'SCS ho era de la seva gestió i implementació.

A l'SCS se li va atribuir capacitat per utilitzar diverses formes organitzatives i de gestió amb la finalitat de governar la complexa i diversa xarxa d'assistència sanitària de Catalunya. Prèvia autorització de l'Executiu, l'SCS podia utilitzar formes de gestió indirectes: crear nous proveïdors tals com empreses públiques, establir acords sobre formes de gestió conjuntes amb altres proveïdors, crear consorcis públics que, al seu torn, poden crear organismes instrumentals (proveïdors quasi-autònoms), i crear o formar part d'altres organitzacions públiques o privades (LOSC, art.7). El disseny de l'estructura organitzativa de l'SCS incloïa: (1) Serveis Centrals, responsables de la planificació de recursos, formulació de política i contractes; (2) Regions Sanitàries, responsables de l'execució i control de les polítiques de l'SCS, la gestió de recursos via contractes i la planificació dins de la Regió; (3) Sectors Sanitaris dins de les Regions, que integraven i proveïen les Àrees Bàsiques de Salut d'infraestructura de gestió, i eren responsables de la gestió de recursos i de l'avaluació, així com de la participació en la planificació. Dins de les Àrees Bàsiques de Salut, els gestors de centres sanitaris eren responsables de la posada en marxa dels contractes i acords (DSSS 1992a, p. 13).

El rol assignat a l'SCS en l'LOSC es va definir de forma complexa, incloent diferents funcions. Segons el text de l'LOSC, l'SCS tenia funcions de *formulació* de política sanitària, com planificació, organització, programació i avaluació de serveis sanitaris, socio-sanitaris i de

salut pública. També tenia funcions de *regulació*, com l'establiment de les directrius generals i criteris d'activitat vinculants per als proveïdors sanitaris funcionalment adscrits a l'SCS. Les seves funcions d'*execució* incloïen l'establiment, gestió i revisió de tot tipus d'acords quasicontractuals amb proveïdors sanitaris (convenis amb proveïdors públics i concerts amb proveïdors privats), així com la inspecció de serveis sanitaris, socio-sanitaris i de salut pública. L'SCS tenia també funcions de *finançament*, com la distribució dels recursos econòmics que li són assignats a través del pressupost anual per garantir la cobertura universal oferida pel Sistema Nacional de Salut a Catalunya. Finalment, l'SCS tenia funcions de *gestió*, com la gestió i administració dels proveïdors "integrats en l'SCS" (bàsicament els que formen l'ICS), la gestió i implementació de programes sanitaris, i la gestió de serveis i prestacions cobertes pels serveis sanitaris públics a través de formes de gestió tant públiques com privades.

Per tant, malgrat que la interpretació posterior de l'LOSC va tendir a basar-se en el discurs de l'NGP, el text de l'LOSC aprovat el 1990 no mostrava tal influència. Un dels components de l'NGP que va adquirir centralitat en la reforma catalana – la separació dels rols de comprador i proveïdor en el si de la administració sanitària –, no es va fer explícit en el text de l'LOSC però va irrompre en el discurs polític poc després de que la Llei fós aprovada. L'LOSC va definir la nova autoritat sanitària – l'SCS – com una entitat pública de caràcter institucional que "estava formada per" tots els proveïdors sanitaris a Catalunya que fossin "públics o de cobertura pública", és a dir, independentment de la seva propietat o la seva naturalesa jurídica. Aquests proveïdors havien d'estar "integrats o funcionalment adscrits" a l'SCS mentre que segons la interpretació derivada de l'NGP la seva relació amb l'SCS havia de basar-se en contractes i en la separació i autonomia plena en front a la nova autoritat pública. Així mateix, l'LOSC va definir un rol complex per l'SCS, amb funcions i responsabilitats diverses, mentre que segons, el discurs de l'NGP, l'SCS havia de configurar-se nítidament com una agència tan sols compradora.

El procés de difusió del discurs de l'NGP es va fer evident arran de l'aprovació de l'LOSC al juliol de 1990, a partir de diverses conferències organitzades pel DSSS entre la segona meitat

de 1990 i 1994<sup>5</sup>, en què van participar els líders de l'elit de la política sanitària catalana. A més a més dels representants del propi ICS, alguns dels actors més influents<sup>6</sup> eren la Unió Catalana d'Hospitals, que representava interessos de gestors majorment del sector privat, dins i fora de la xarxa hospitalària contractada, i el Consorci Hospitalari de Catalunya, que representava principalment interessos dels representants polítics d'administracions locals de què depenien proveïdors semipúblics i públics<sup>7</sup>. En aquestes ocasions, els líders d'aquests actors col·lectius van assumir que la lectura més clara de l'LOSC era la seva interpretació des del discurs de l'NGP. Els partits polítics amb representació en el Parlament català, incloent aquells que no van recolzar ni part del text de l'LOSC ni les reformes de l'NGP que s'anaven intensificant en diversos països, van interpretar l'LOSC de la mateixa manera<sup>8</sup>. La terminologia de l'NGP (desagregació d'estructures i de rols prèviament integrats, incentivació via contractes, especificació de drets de propietat i competència entre proveïdors) va irrompre en l'arena política i va ser profusament utilitzada per la majoria de l'elit de la política sanitària. Un informe emès per la consultora McKinsey el 1991, va ajudar a formalitzar i clarificar aquesta interpretació (DSSS 1992a).

Segons la interpretació que es va fer de l'LOSC, un dels aspectes centrals de la reforma era que la separació entre comprador i proveïdor no havia de limitar-se a la xarxa hospitalària contractada, sinó que podia estendre's també a aquells proveïdors que encara eren propietat de, i estaven directament gestionats per l'ICS – l'administració sanitària descentralitzada a principis dels vuitanta, que havia estat adscrita al DSSS de la Generalitat

i que havia reproduït el model integrat de provisió directa de l'INSALUD<sup>9</sup>. Fins a l'aprovació de l'LOSC, l'ICS havia exercit dos rols simultanis: com el proveïdor de serveis sanitaris més gran de Catalunya i com l'autoritat sanitària pública que comprava serveis a la resta de proveïdors – serveis necessaris per la cobertura sanitària de la població.

Segons aquest discurs, el principal aspecte de la reforma formulada el 1990 era la redefinició de l'ICS com a proveïdor (aparcant el debat sobre la necessitat o no de desagregar-lo en les seves unitats proveïdores), i la creació d'una nova autoritat sanitària – l'SCS – que assumiria el rol de comprador. Així, l'SCS havia de contractar amb aquells proveïdors que tradicionalment havien estat contractats per l'autoritat sanitària, i també amb l'ICS. Però malgrat que l'ICS mantindria, en principi, la seva naturalesa jurídica i continuaria rebent una assignació pressupostària ("traduïda" en contracte-programa), aquesta situació es va entendre aleshores com a transitòria. En aquest sentit, l'LOSC feia únicament referència a la possibilitat d'una eventual "integració dels centres, els serveis, els establiments, els programes i les actuacions de l'Institut Català de la Salut" (Disposició Transitòria Segona, nº4).

Per tant, l'SCS havia de tenir rols monopsonístics de finançador i comprador. El primer derivava de la seva posició com a únic assegurador públic. El segon derivava de la seva responsabilitat de contractar/comprar els serveis sanitaris necessaris per a la cobertura de la població. L'exercici d'aquests rols estava subjecte a la persecució dels objectius de política sanitària especificats en el Pla de Salut de Catalunya. En aquest marc, els contractes eren definits com un instrument tant per traduir els

5 Aquestes conferències són l'evidència d'un procés intencionat de construcció de consens liderat pel DSSS i part de l'elit de la política sanitària. Van tenir lloc al setembre de 1990, novembre de 1990, novembre de 1991, novembre de 1992 i abril de 1994, i van ser publicades a la col·lecció *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari – Monografies*, editada pel DSSS. Des de la primera conferència la interpretació de l'LOSC en termes d'NGP va prevaler sobre qualsevol altra que pogués haver-se derivat de l'ambigüitat del text d'aquesta Llei.

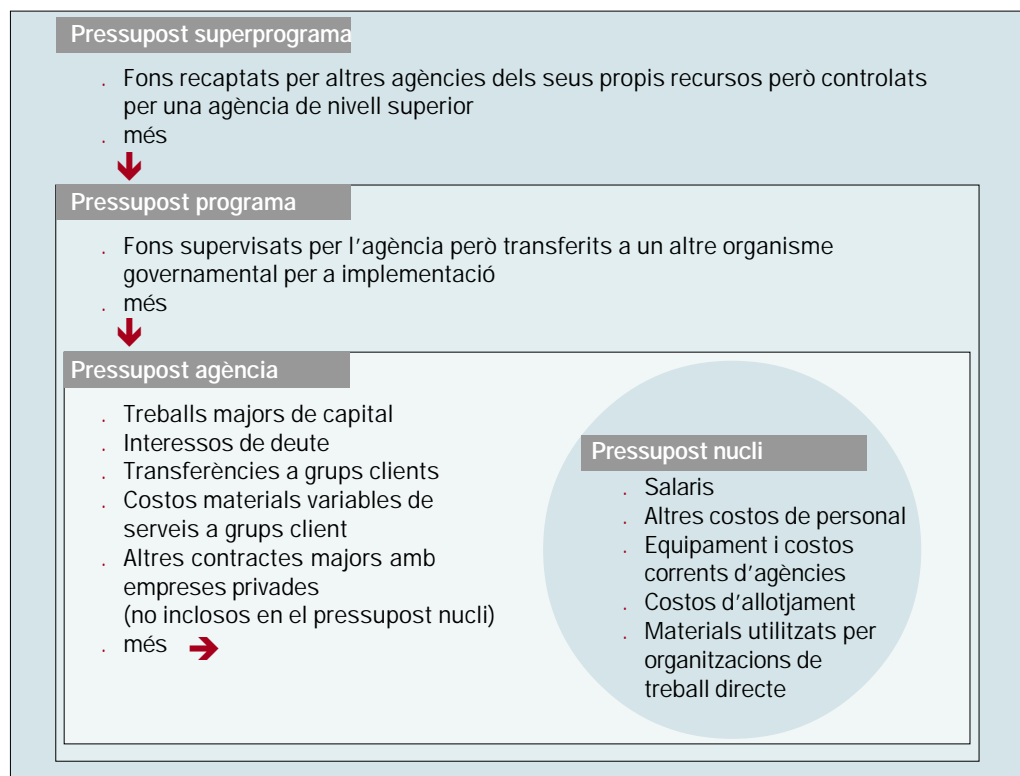
6 Els arguments defensats i el rol jugat per aquests i altres actors importants, com el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, els sindicats de classe CC.00 i UGT, i els sindicats sectorials i professionals CESM, SATSE, CATA, USTEC, CTS i CATSC, han estat analitzats en Gallego (1998).

7 Hi ha un solapament important entre els membres associats a la Unió Catalana d'Hospitals i al Consorci Hospitalari de Catalunya, degut a què, en molts casos, el gestor i el representant de la propietat d'un mateix hospital pertanyen a la Unió i al Consorci respectivament (Gallego 2000a).

8 El procés de negociació parlamentària de l'LOSC va durar més d'un any i es va caracteritzar per les negociacions bilaterals entre la coalició en el govern (Convergència i Unió) i els partits en l'oposició. D'entre aquests últims, els que van tenir una major rellevància en el procés van ser el Partit dels Socialistes de Catalunya i Iniciativa per Catalunya.

9 La Llei de Pressupostos per a 1999 aprovada pel Parlament espanyol introduí la possibilitat que els hospitals de l'INSALUD es convertissin en fundacions o cooperatives, adquirint així autonomia de gestió respecte a l'administració sanitària. En ambdós casos, el seu personal pot ser contractat en el marc del dret privat i, en el segon cas, el seu superàvit pressupostari pot ser reinvertit.

Figura 1. Components del pressupost nucli, agència, programa i superprograma



Font: Dunleavy (1991, p. 182)

objectius de política sanitària com per "gestionar la competència" entre proveïdors. És a dir, els contractes havien d'incloure incentius per induir

els proveïdors a adaptar les seves estructures de cost i provisió als objectius de la política sanitària i a millorar la seva eficiència i eficàcia.

## DOS ESCENARIS D'IMPLEMENTACIÓ PER A DUES FONTS DE FORMULACIÓ

Per avaluar fins a quin punt es va implementar la separació dels rols de comprador i proveïdor en la reforma de l'administració sanitària catalana, és necessari analitzar i comparar les estructures dels pressupostos del DSSS, de l'SCS i de l'ICS abans i després de la reforma. Aquesta anàlisi ha d'aportar evidència dels rols que van ser efectivament assignats a aquests organismes o agències públiques, és a dir, de si la implementació es va apropar més a l'ambigu text de l'LOSC o a la seva posterior interpretació en termes d'NGP. Aquest enfocament analític es basa en la tipologia d'agències elaborada per Dunleavy (1991), que infereix rols de diferents tipus d'agència a partir de les estructures dels seus pressupostos. Així, Dunleavy identifica quatre components del pressupost: pressupost nucli (*core budget*), pressupost agència (*bureau budget*), pres-

supost programa (*programme budget*) i pressupost superprograma (*super-programme budget*) (veure Figura 1). Segons aquest autor, els pesos relatius d'aquests components dins del pressupost global ens permet inferir les funcions que una agència pública porta a terme, així com el rol que exerceix en les seves relacions amb altres agències.

Partint d'aquests conceptes, Dunleavy defineix diversos tipus d'agències d'entre els quals cal destacar les següents, per la seva especial rellevància en les reformes d'NGP<sup>10</sup>:

a) *Agència proveïdora*. Produeix directament béns o proveeix serveis utilitzant el seu propi personal per implementar polítiques públiques, fet pel qual són intensives en recursos humans. El rol de provisió es reflecteix en un

<sup>10</sup> Dunleavy (1991) també defineix altres tipus d'agència en base a estructures pressupostàries diferenciades: agències impositives (*taxing agencies*), agències comercials (*trading agencies*) i agències de serveis (*servicing agencies*).

pressupost nucli que absorbeix gran part dels pressupostos agència i programa, amb una elevada proporció dedicada a costos de personal. Degut al fet que tendeix a no tenir relacions importants amb agències públiques subordinades, el seu pressupost superprograma és molt petit o quasi inexistent.

b) *Agència reguladora*. Limita o controla el comportament d'agents públics o privats a través, per exemple, de sistemes d'acreditació o llicències, o controls basats en estàndards d'activitat. La seva estructura pressupostària se sembla a la d'una agència proveïdora, però degut al fet que l'agència reguladora externalitza els costos del compliment de la regulació als agents regulats, el volum del seu pressupost és normalment molt més petit.

c) *Agència contractant*. Desenvolupa especificacions de projectes de serveis, de béns o de capital, com a base per establir contractes amb proveïdors – que poden ser empreses privades o agències públiques gestionades comercialment – per a la implementació de polítiques públiques. En conseqüència, el seu pressupost agència absorbeix la major part del seu pressupost total, i el seu pressupost nucli (costos corrents i d'administració) tendeix a ser d'un volum mitjà.

d) *Agència de control*. Canalitza finançament cap a altres agències públiques o nivells de govern i és responsable de la supervisió tant de la gestió d'aquests fons com de la implementació de les corresponents polítiques públiques. L'estructura del seu pressupost mostra un pressupost nucli petit, amb costos corrents i d'administració baixos i un pressupost agència relativament petit. Degut al fet que transfereix finançament a nivells inferiors d'administració o govern o a altres agències públiques el seu pressupost programa representa la major part del seu pressupost total. El volum del seu pressupost superprograma depèn de la quantitat d'autofinançament obtinguda per aquelles agències i nivells de govern que l'agència de control supervisa.

e) *Agència de transferències*. Canalitza pagaments governamentals cap a empreses privades o cap a individus. Àdhuc si té una plantilla considerable, els costos corrents i d'administració inclosos en el pressupost nucli representen una petita part del pressupost global de l'agència en comparació amb la part que correspon a les transferències que realitza (transferències destinades a grups client). Així, el pressupost agència absorbeix la major part del pressupost total de l'agència.

En el marc d'aquesta tipologia, es poden identificar les principals funcions assignades *de facto* a una determinada agència calculant el pes relatiu de cada component del seu pressupost. Amb aquesta finalitat, s'analitzen a continuació els pressupostos clàssics o per conceptes (*line-item budgets*) del DSSS, l'SCS i l'ICS, reclassificant les seves partides segons els components pressupostaris definits per Dunleavy (1991), i prenent els seus pesos relatius com a indicadors del rol efectivament assignat a aquestes agències.

Havent identificat dues formulacions diferents de la reforma de l'administració sanitària catalana, podem esperar dos escenaris d'implementació també diferents (Gallego 2000 b). Si la implementació de la reforma hagués seguit el discurs de l'NGP que es va convertir en la interpretació prevalent de l'LOSC, el DSSS hauria d'haver-se configurat com una agència de control, l'SCS com una agència contractant i l'ICS com una agència proveïdora, cadascuna d'elles mostrant la corresponent estructura pressupostària definida en el model de Dunleavy (1991) (vegeu Taula 1). En canvi, si la implementació de les reformes hagués seguit el text de l'LOSC, que establia una assignació de funcions molt més complexa, seria esperable un escenari molt més complex quant a l'assignació de rols i al seu impacte en les respectives estructures pressupostàries d'aquestes agències.

Com mostren la Taula 1 i la Taula 2, la divergència més clara de l'LOSC respecte al discurs de l'NGP era l'assignació a l'SCS d'una miscel·lània de funcions que implicaven una barreja dels rols de transferències, control, contractant i regulador. El text de l'LOSC coincidia, no obstant, amb el discurs de l'NGP en postular un rol d'agència de control per al DSSS i un rol de proveïdor per a l'ICS. En aquest sentit, la principal diferència era que segons l'LOSC, l'ICS podia acabar integrant-se en la nova autoritat sanitària – l'SCS –, mentre que, segons l'NGP, l'ICS havia de separar-se clarament d'ella i negociar els seus contractes com la resta de proveïdors no-ICS.

La formulació legal del text de l'LOSC només va prevaler com a marc formal de la reforma fins a finals de 1990. Quan es va crear l'SCS el 1991, el discurs de l'NGP ja havia estat adoptat per l'elit de la política sanitària, donant-se per suposat que la reforma implicava una clara separació entre els rols de compra i provisió de serveis. No obstant això, l'efectiva prevalença de la formulació legal o de la formulació

**Taula 1. Tipus d'agència i estructures pressupostàries esperades en l'administració sanitària catalana segons la versió de l'NGP**

Agència	Tipus d'agència esperat segons l'NGP	Estructura pressupostària esperada segons l'NGP
Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS)	Agència de control	- pressupost nucli i pressupost agència petits - pressupost programa relativament gran incloent transferències a altres organismes públics
Servei Català de la Salut (SCS)	Agència contractant	- pressupost nucli relativament petit que absorbeix 20-30 per cent dels pressupostos programa i nucli junts - pressupost agència que absorbeix la major part del pressupost programa
Institut Català de la Salut (ICS)	Agència proveïdora	- pressupost nucli gran (majoritàriament costos de personal) que absorbeix una elevada proporció dels pressupostos agència i programa

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991)

discursiva en la implementació de la reforma és una qüestió empírica. Per abordar-la, s'analitzen

a continuació les estructures pressupostàries de les principals agències implicades.

## SEPARACIÓ DE COMPRADOR I PROVEÏDOR: ESTRUCTURES PRESSUPOSTÀRIES I TIPUS D'AGÈNCIA

Per tal que la reassignació de rols entre agències públiques sigui efectiva ha d'estar en consonància amb l'assignació dels recursos pressupostaris que permetin l'exercici d'aquests rols. Per tant, per avaluar el grau en què la reforma de l'administració sanitària catalana va seguir el text de l'LOSC o el discurs de l'NGP és necessari, segons aquest enfocament analític, identificar els canvis en la naturalesa dels fluxos de recursos entre les agències rellevants i analitzar les respectives estructures pressupostàries resultants.

Arran de la reforma, els majors fluxos de recursos en joc tenien lloc entre el DSSS, l'SCS i l'ICS. Essent la màxima autoritat sanitària a Catalunya, el DSSS rebia el pressupost sanitari, que representava la tercera part del pressupost global de la Generalitat de Catalunya, i en transferia més del 90 per cent a una altra agència pública – l'ICS abans de la reforma i l'SCS a partir d'ella. Segons el discurs de l'NGP els fluxos de recursos entre l'SCS com a finançador/contractant monopsonístic i l'ICS com a proveïdor no havien de seguir assig-

nacions pressupostàries sinó canals contractuals, de la mateixa forma que entre l'SCS i els proveïdors no-ICS. Això no obstant, les relacions pressupostàries entre l'SCS i l'ICS que es mostren en la Taula 3 no reflecteixen una relació contractual després de la reforma, sinó que l'ICS va continuar rebent una assignació pressupostària convencional de l'SCS, tal com implicava l'LOSC.

Així, l'ICS va continuar finançant-se a través de l'assignació pressupostària anual que es negociava entre l'ICS, l'SCS, el DSSS, i el Departament d'Economia i Finances de la Generalitat. Aquest acord era sotmès després a votació en el Parlament català com a dues seccions (pressupost de l'SCS i pressupost de l'ICS) dins del pressupost global anual de la Generalitat. Formalment l'ICS no tenia un pressupost independent ja que no era una empresa pública, sinó un organisme gestor de la Seguretat Social, i no podia formalment incórrer en dèficit i endeutar-se, perquè era finançat via assignacions pressupostàries. El dèficit que pogués generar-se era assumit pel



Taula 2. Tipus d'agència i estructures de pressupostos esperats en l'administració sanitària catalana segons l'LOSC de 1990

Agència	Tipus d'agència esperat segons l'LOSC	Estructura pressupostària esperada segons l'LOSC
Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS)	Agència de control	.pressupostos nucli i agència petits .pressupost programa relativament gran incloent transferències a altres organismes públics
	Agència contractant	.pressupost nucli relativament petit que absorbeix 20-30 per cent dels pressupostos nucli i programa junts .pressupost agència que absorbeix la major part del pressupost programa
	Agència reguladora	.pressupost nucli que absorbeix una elevada proporció dels pressupostos agència i programa .pressuposts petits ja que la majoria dels costos són externalitzats sobre els agents el comportament dels quals ha de controlar o limitar
	Agència de control	.pressupostos nuclis i agència petits .pressupost programa relativament gran incloent transferències a altres organismes públics
Institut Català de la Salut (ICS)	Agència de transferències	.pressupost nucli que absorbeix una part molt petita del pressupost agència .pressupost agència que absorbeix la major part del pressupost programa, sobretot en transferències a agents privats
	Agència proveïdora	.pressuposts nucli i agència petits .pressupost programa relativament gran incloent transferències a altres organismes públics

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991)

Taula 3. Relacions pressupostàries entre el DSSS, l'SCS i l'ICS, 1995 (en milions de pessetes)

<b>Pressupost total del DSSS</b>			
541.294			
	transferència a l'SCS	532.830	
	<b>98%</b>		
	altres ingressos	13.222	altres ingressos
			6.185
	pressupost total de l'SCS	546.052	transferències a l'ICS
			<b>36%</b>
			pressupost total de l'ICS
			203.444
	pressupost consolidat SCS/ICS	552.237	

Font: DSSS (1995, p. 48)

DSSS. Aquest dèficit no implicava els riscos de fallida que els proveïdors no-ICS podien córrer. El risc d'aquesta possibilitat ha estat, fins a cert punt, també absorbit pel DSSS en la pràctica (Gallego 1998).

A partir de 1992, l'assignació pressupostària anual de l'ICS va ser traduïda a termes contractuals en la figura del contracte-programa, un instrument que es va considerar necessari per introduir una visió de gestió tant entre administradors com entre professionals sanitaris. El contracte-programa es va acompanyar de la introducció d'auditoria externa, comptabilitat analítica, control financer i sistemes de facturació. La negociació del contracte-programa s'iniciava amb un acord entre els Serveis Centrals de l'SCS i el Centre Corporatiu de l'ICS sobre un nivell global de provisió de serveis. L'ICS assignava el seu pressupost (derivat del seu programa-contracte) a les seves unitats proveïdores – hospitals i centres d'atenció primària, que no tenen personalitat jurídica pròpia ja que l'ICS és formalment un únic proveïdor. En el cas dels hospitals, i previ acord amb el Centre Corporatiu de l'ICS, cada centre negociava un contracte-programa amb l'SCS mitjançant el qual la seva assignació pressupostària – costos – dins de l'ICS era explícitament relacionada amb els serveis – activitat – que havia de proveir. Cada contracte era signat pel director de l'SCS, el gerent de l'ICS i el gerent de l'hospital en qüestió. Aquest procés

significava que, per primer cop, els hospitals propietat de, i gestionats per, l'ICS haurien de facturar obligatòriament tots els seus serveis, de forma que les seves assignacions pressupostàries poguessin basar-se en conceptes de cost i activitat. Amb aquesta finalitat es van introduir sistemes de comptabilitat financera i tècniques de comptabilitat de costos, de manera que cada hospital tingués un compte d'explotació (Roma 1994, pp. 48-9). Aquests elements van permetre utilitzar el sistema de pagament basat en preus o tarifes per Unitat Bàsica Assistencial produïda, al igual que es feia des de 1986 en els contractes signats entre l'autoritat sanitària i els proveïdors no-ICS<sup>11</sup>.

En el cas de l'atenció primària reformada de l'ICS, l'exercici d'aquest tipus de contractació es va introduir a partir de 1993, juntament amb mecanismes d'avaluació. Els Serveis Centrals de l'SCS negociaven i firmaven un únic protocol marc amb el Centre Corporatiu de l'ICS per un període de tres anys, incloent clàusules addicionals i annexos específics a revisar anualment per cada Equip d'Atenció Primària. Aquestes clàusules i annexos eren resultat de la negociació entre la corresponent Regió Sanitària de l'SCS i la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS. El principal objectiu d'aquest procés era introduir gradualment els objectius del Pla de Salut en les negociacions contractuals corresponents a l'atenció primària (ICS 1995a).

Aquests contractes-programa van ajudar a què els proveïdors implicats adquirissin consciència del nivell d'autofinançament que podrien aconseguir en el cas que aquests contractes no fossin ficticis sinó reals i econòmicament vinculants – és a dir, en el cas que, com a proveïdors, haguessin d'assumir responsabilitat per les conseqüències financeres de no complir les clàusules del contracte. Aquest exercici revelava el nivell de dèficit en què incorrerien si tinguessin un contracte real, en fer explícita la diferència entre el que gastaven via pressupost (cost de les seves activitats) i el que ingressarien via facturació d'activitats per preu si estiguessin venent els seus serveis a l'ICS.

Una altra línia de reforma que va afectar l'ICS va ser la seva gradual reorganització: el seu Centre Corporatiu va definir un nou enfocament per a la gestió de les seves unitats proveïdores (hospitals i centres d'atenció primària), de tal manera que l'organització de l'ICS pogués evolucionar cap a un model d'estructura divisional en un futur proper (ICS 1995, p.19). No obstant això, com es mostra a continuació, aquest nou enfocament de gestió i organització no s'ha reflectit encara en un canvi en el «tipus» d'agència que és l'ICS, al menys en termes d'estructura pressupostària. És a dir, actualment, la seva organització i personalitat jurídica no han experimentat encara una reconfiguració de tipus divisional, el que es considera un pas important per a la seva posterior desagregació en unitats proveïdores autònomes. Els seus

hospitals i centres d'atenció primària no tenen encara personalitat jurídica pròpia, i funcions de gestió com la de recursos humans i la d'assignacions pressupostàries estan encara centralitzades en el Centre Corporatiu de l'ICS.

La naturalesa dels fluxos de recursos entre aquestes agències indica només fins a cert punt els seus potencials rols individuals. L'anàlisi de l'estructura del pressupost que gestionava cadascuna d'elles abans i després de la reforma ofereix una visió més precisa de les funcions que portaven a terme el DSSS, l'SCS i l'ICS. De la comparació de les estructures pressupostàries del DSSS abans i després de la creació de l'SCS el 1991 es desprèn que la reassignació de funcions dins del DSSS no va tenir un impacte important en el rol que aquest exerceix (vegeu Taula 4 i Taula 5). En ambdós moments l'estructura del DSSS corresponia a la d'una *agència de control*, segons la tipologia de Dunleavy (1991), amb un pressupost nucli i un pressupost agència molt petits, i un pressupost programa que representava la major proporció dels seus recursos i que incloïa les transferències a altres agències públiques – l'ICS fins a 1990 i l'SCS a partir de 1991. Com a agència de control, el 1990 el DSSS va transferir el 97 per cent del seu pressupost a l'ICS, el 92,4 per cent en concepte de transferències corrents i el 4,6 per cent en concepte de transferències de capital. De fet, una de les funcions principals d'una agència de control és canalitzar finançament cap

**Taula 4. Estructura pressupostària del DSSS de la Generalitat de Catalunya, 1990 (en percentatges sobre el pressupost total del DSSS)\***

	Gabinet del Conseller**	DG d'Organització i Planificació Sanitària	DG de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari	DG de Salut Pública	Institut Català de la Salut (ICS)	% total sobre el pressupost total
<b>Pressupost nucli</b>	0,38	0,24	0,04	1,26	-	1,9
<b>Pressupost agència</b>	0,09	0,50	-	0,20	-	0,8 (2,7)
<b>Pressupost programa</b>	0,07	0,40	-	-	<b>97,0</b>	97,5 (100)
<b>Pressupost superprograma</b>	-	-	-	-	-	- (100)

\* Tots els càlculs es basen en l'assignació pressupostària inicial (332.195 milions de pessetes)

\*\* Màxim responsable polític del DSSS i membre del Consell Executiu o Govern català

NB: per una desagregació detallada dels components de cada pressupost analitzats a les Taules 4-8, vegeu Gallego (1998: Apèndix 1)

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991) i DEF (1990)

Taula 5. Estructura pressupostària del DSSS de la Generalitat de Catalunya, 1995 (en percentatges sobre el pressupost total del DSSS)\*

	Gabinet del Conseller**	DG d'Organització i Planificació Sanitària	DG de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari	Delegacions territorials	Servei Català de la Salut (SCS)	% total sobre el pressupost total
Pressupost nucli	1,16	0,07	0,01	0,03	-	1,3
Pressupost agència	0,09	0,02	0,07	0,00	-	0,2 (1,5)
Pressupost programa	0,10	0,00	0,00	-	98,4	98,5 (100)
Pressupost superprograma	-	-	-	-	-	- (100)

\* Tots els càlculs es basen en l'assignació pressupostària inicial (541.294 milions de pessetes)

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991) i DEF (1995)

Taula 6. Estructura pressupostària de l'ICS anterior a l'LOSC, 1990 (en percentatges sobre el pressupost total de l'ICS)\*

	Serveis Centrals	Atenció Especialitzada	Atenció Primària	Formació de personal sanitari	% total sobre el pressupost total
Pressupost nucli	2,35	21,85	17,34	0,94	42,5
Pressupost agència	0,33	32,93	23,56***	-	56,8** (99,3)
Pressupost programa	0,02	0,20	0,50	-	0,7 (100)
Pressupost superprograma	-	-	-	-	- (100)

\* Tots els càlculs es basen en l'assignació pressupostària inicial (326.888 milions de pessetes)

\*\* 35,3 per cent del pressupost total es va dedicar a contractes amb proveïdors no ICS (29,7 per cent amb hospitals i 5,6 per cent amb atenció primària)

\*\*\* 94 per cent d'aquesta quantitat – això és, 16,3 per cent del pressupost total – es va transferir a farmàcies per al pagament per la part del preu dels medicaments comprats pels pacients amb recepta mèdica, que globalment representen un 10% aproximadament de la despesa total en receptes mèdiques (els pacients en actiu paguen el 40 per cent del preu; pensionistes, malalts crònics i altres casos específics gaudeixen d'aportació reduïda o gratuïta)

NB: les fonts d'ingrés del pressupost de l'ICS incloïen transferències del DSSS (98,5 per cent), provisió de serveis (1,2 per cent), ingressos patrimonials (0,3 per cent) i actius financers (0,03 per cent)

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991) i DEF (1990)

a altres agències o nivells d'administració o de govern, supervisar com aquestes transferències es gestionen i com s'implementen les polítiques. El pressupost nucli, que inclou bàsicament costos administratius, era el 2 per cent del total del pressupost del DSSS. El pressupost agència – això és, obres de capital, contractes amb agents privats i transferències a grups client – era una part molt petita del diner transferit i del pressupost total (0,8 per cent). Aquestes funcions de control i supervisió eren i són centrals en les relacions institucionals i interorganitzatives entre el DSSS i l'ICS des que l'ICS va començar a gestionar els serveis sanitaris de la Seguretat Social a Catalunya el 1983. Aquest marc va romandre sense canvis fins a la creació de l'SCS el 1991.

La Taula 5 mostra l'estructura pressupostària del DSSS el 1995, quatre anys després de la creació de l'SCS. La reforma s'havia consolidat en termes de reassignació pressupostària segons la redefinició de rols perseguida. Aquestes dades mostren que el DSSS va mantenir el mateix rol d'*agència de control* que tenia abans de la reforma. El seu pressupost nucli i el seu pressupost agència representaven cadascun una proporció del seu pressupost total encara més petita que el 1990 (1,3 i 0,2 per cent, respectivament). A més a més, el DSSS transferia el 98,4 per cent del seu pressupost a l'SCS (94,4 per cent com a transferències corrents i 4 per cent com a transferències de capital). Així, el pes del pressupost programa (98,5 per cent del pressupost total) revelava de nou per al DSSS

un rol clar com a agència de control també després de la reforma.

A diferència del DSSS, l'ICS va redefinir el seu rol totalment arran de la reforma de 1990, passant de ser una agència financadora, contractant i proveïdora (rol complex) a ser una agència de perfil netament proveïdor. Aquesta redefinició va tenir un impacte clar en l'estructura pressupostària de l'ICS. Com mostra la Taula 6, l'ICS anterior a l'LOSC era una agència complexa, que desenvolupava diverses funcions. En primer lloc, l'ICS tenia un fort paper com a *agència proveïdora*, produint béns i proveïnt serveis sanitaris directament, utilitzant el seu propi personal per implementar polítiques. Per això, els costos de personal representaven una part molt important del seu pressupost total – un 33,6 per cent, inclòs en el pressupost nucli de l'ICS (42,5 per cent del pressupost total). En segon lloc, abans de la creació de l'SCS, l'ICS dedicava el 35,3 per cent del seu pressupost a contractar amb proveïdors no-ICS, el que implicava un fort rol d'*agència contractant*. Finalment, l'ICS previ a l'LOSC tenia també un rol com a *agència de transferències* ja que controlava i canalitzava les transferències per despeses de farmàcia (16,3 per cent del seu pressupost total), incloses en el pressupost agència. El 1991, tant el rol de contractant com el de transferències van ser assignats a l'SCS, el que va implicar també l'assignació dels recursos pressupostaris relacionats amb aquests rols. Aquest procés va convertir l'ICS en una agència proveïdora, com mostra la Taula 7.

**Taula 7. Estructura pressupostària de l'ICS com a proveïdor, 1995 (en percentatges sobre el pressupost total del ICS)\***

	Centre Corporatiu	Atenció Especialitzada	Atenció Primària	Formació de personal sanitari	% total sobre el pressupost total
<b>Pressupost nucli</b>	2,90	49,26	44,28	2,50	98,9
<b>Pressupost agència</b>	0,14	0,50	0,30	-	0,9 (100)
<b>Pressupost programa</b>	-	-	-	-	- (100)
<b>Pressupost superprograma</b>	-	-	-	-	- (100)

\* Tots els càlculs es basen en l'assignació pressupostària inicial (203.444 milions de pessetes)

NB: les fonts d'ingrés del pressupost de l'ICS incloïen transferències de l'SCS (97 per cent), provisió de serveis (2,9 per cent), i actius financers (0,1 per cent)

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991) i DEF (1995)

Taula 8. Estructura pressupostària de l'SCS com a agència compradora i finançadora, 1995 (en percentatges sobre el pressupost total de l'SCS)\*

	Serveis Centrals	Atenció Especialitzada	Atenció Primària	Institut Català de la Salut (ICS)	% total sobre el pressupost total
Pressupost nucli	1,40	-	-	-	1,4
Pressupost agència	0,64	35,34	25,52***	-	61,5** (62,9)
Pressupost programa	0,04	0,50	0,40	36,1	37,0 (100)
Pressupost superprograma	-	-	-	-	- (100)

\* Tots els càlculs es basen en l'assignació pressupostària inicial (546.053 milions de pessetes)

\*\* 39,2 per cent del pressupost total es va dedicar a contractes amb proveïdors no-ICS (33,5 per cent amb hospitals i 5,7 per cent amb centres d'atenció primària)

\*\*\* 96 per cent d'aquesta quantitat – això és, 18,2 per cent del pressupost total – va ser transferida a farmàcies en pagament per la part del preu dels medicaments comprats pels pacients amb recepta mèdica, que globalment representen un 10% aproximadament de la despesa total en receptes mèdiques (els pacients en actiu paguen el 40 per cent del preu; pensionistes, malalts crònics i altres casos específics gaudeixen d'aportació reduïda o gratuïta)

NB: les fonts d'ingrés del pressupost de l'SCS incloïen transferències del DSSS (97,6 per cent), administracions provincials (1,4 per cent), altres administracions per pacients desplaçats (1 per cent), i actius financers (0.001 per cent)

Font: elaboració pròpia basada en Dunleavy (1991) i DEF (1995)

Això no obstant, la identificació com a *agència contractant* no era totalment clara en l'ICS anterior a l'LOSC, és a dir, quan era l'autoritat sanitària. Segons el model de Dunleavy (1991), el pressupost nucli de les agències contractants sol absorbir només una modesta part dels pressupostos nucli i programa junts (entre el 20 i el 30 per cent), el que no era el cas de l'ICS el 1990. A més, segons el model, la principal funció de les agències contractants és treballar en investigació i desenvolupament d'infraestructures o especificacions de serveis, en projectes de capital per a treure'ls a concurs públic, gestió i compliment de contractes, i contractar amb agents privats o organitzacions públiques gestionades comercialment. Tot i així, aquestes responsabilitats no les exercia l'ICS, sinó que eren compartides per la Direcció General d'Organització i Planificació (des de 1983) i la Direcció General de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari del DSSS (des de 1989) – ambdues directament responsables davant el Conseller – i per l'SCS des de 1991. Per tant, la distribució de responsabilitats prèvia a l'LOSC de 1990 no es reflectia en l'estructura pressupostària de l'ICS, mentre que sí es va reflectir arran de la creació de l'SCS el 1991. Com mostra la Taula 7, el 1995 l'ICS era ja una *agència* clarament *proveïdora* en termes d'estructura pressupostària. El seu pressupost nucli representava el 99 per cent del seu pressupost total (78,5 per cent per al seu personal

i 20,5 per cent per a la compra de béns i serveis que incloïen serveis auxiliars a l'assistència sanitària), absorbint una gran part dels pressupostos agència i programa. Abans de la reforma, l'ICS rebia el 98,5 per cent del seu pressupost del DSSS, després de la reforma, el 97 per cent del seu pressupost provenia de l'SCS.

De la mateixa manera que l'estructura pressupostària de l'ICS anterior a l'LOSC reflectia una barreja de diferents tipus d'agència segons el model de Dunleavy (1991), l'estructura pressupostària del nou SCS després de la seva creació el 1991 no presentava un rol definit (vegeu Taula 8). El 1995, el DSSS transferia el 98,7 per cent del seu pressupost a l'SCS que, al seu torn, representava el 97,6 per cent del pressupost d'aquest últim. L'SCS tenia un pressupost nucli petit de només el 1,4 per cent del pressupost programa, per la qual cosa no es podia considerar com una agència proveïdora. Segons es reflecteix en la seva estructura pressupostària, un dels rols més importants de l'SCS era d'*agència contractant*, un rol que abans exercia l'ICS. El 62 per cent del seu pressupost corresponia al pressupost agència i englobava els recursos dedicats a contractes amb proveïdors no-ICS: 39,2 per cent del pressupost total, repartit en 33,5 per cent per a atenció especialitzada i 5,7 per cent per a atenció primària. Les transferències a un altre organisme públic, l'ICS, representaven un 36 per

cent del pressupost del SCS, la qual cosa atribuïa a aquest un rol important d'*agència de control*. Finalment, les transferències a farmàcies (agents privats) representaven un 18,2 per cent del pressupost de l'SCS, el que li donava també un rol d'*agència de transferències*.

En resum, el tipus d'agència i l'estructura pressupostària que caracteritzaven l'SCS des de la seva creació el 1991 eren complexos i no s'adequaven al discurs de l'NGP, que li assignava un rol d'agència contractant/compra-

dora. Aquesta anàlisi mostra com l'SCS va adoptar la complexa miscel·lània de funcions que, de fet, li atribuïa el text de l'LOSC. Aquesta barreja de funcions ajuda a explicar, en part, la dificultat d'implementar una clara separació no només entre comprador i proveïdor en el si de l'administració pública sanitària, sinó també entre l'autoritat pública compradora i els proveïdors autònoms i externs a ella que s'havien anat consolidant com una xarxa contractada de cobertura pública al llarg de la dècada dels vuitanta.

## LA GESTIÓ DE LA XARXA DE PROVEÏDORS CONTRACTATS: DEL QUASIMERCAT AL MERCAT RELACIONAL

Les principals iniciatives que van contribuir a la consolidació d'un sistema mixt de provisió en el sector sanitari català durant la dècada dels vuitanta inclouen, principalment, el desenvolupament d'instruments de política pública. Així, la creació d'un sistema d'acreditació de proveïdors de serveis sanitaris el 1981 (el primer d'Europa), i la formulació i subsegüents actualitzacions d'ordres de contractació, implicaven la voluntat de considerar els proveïdors no-ICS com a necessaris en la configuració del sistema sanitari. Aquestes mesures van crear, en gran part, les condicions prèvies per a la creació el 1985 de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). La XHUP donava reconeixement formal a les relacions contractuals que feien possible la cobertura de les necessitats sanitàries de la població allí on els recursos de l'ICS no eren suficients. Aquesta xarxa incloïa els hospitals de l'ICS, amb una quarta part dels llits d'aguts de la xarxa, i la resta de proveïdors no-ICS acreditats, que contractaven regularment amb l'autoritat sanitària (l'ICS fins el 1990 i l'SCS des d'aleshores) com a proveïdors de serveis sanitaris de cobertura pública.

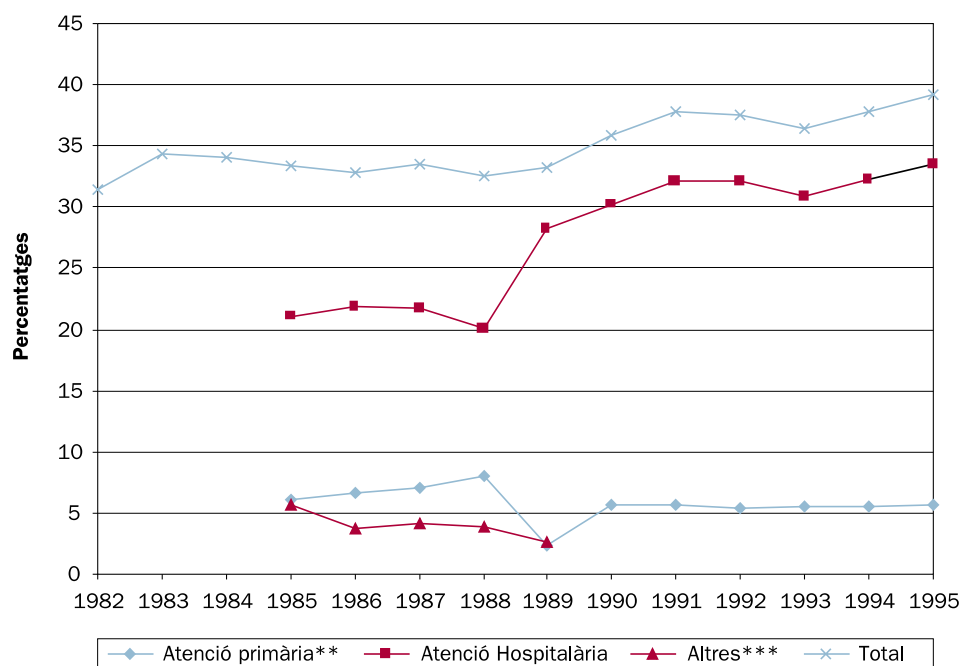
La creació de la XHUP implicava el compromís polític d'optar per un model de provisió diferent al model de provisió directa de l'ICS. Aquest model seria la base del Sistema Nacional de Salut que s'estava debatent a nivell del Parlament espanyol, i que es va sancionar amb la Llei General de Sanitat aprovada el 1986. En canvi, l'impuls de la XHUP es va basar en la consolidació de proveïdors no-ICS, públics, semipúblics i privats, i en la promoció de la diversificació de formes de gestió i provisió de serveis. Per això es va fer un important esforç d'inversió i de regulació que va permetre reconstruir i racionalitzar l'oferta sanitària disponible i aconseguir una xarxa viable tant econòmicament com tècnica. Aquest esforç va anar acompanyat de formes de col·laboració

pública i publicoprivada, que van portar a la creació de consorcis sanitaris en què van participar la Generalitat de Catalunya, administracions locals i altres agents públics i privats.

La relació entre la XHUP i l'autoritat sanitària es basava en dos elements centrals. En primer lloc, la Generalitat es va comprometre de forma explícita amb la supervivència econòmica i la consolidació dels proveïdors de la XHUP. En segon lloc, el principal instrument amb què comptava l'autoritat sanitària per gestionar la XHUP era un sistema contractual – del que quedaven al marge les unitats proveïdores del propi ICS. Un element central d'aquest sistema va ser la Unitat Bàsica Assistencial, definida el 1986 com a mesura d'activitat a multiplicar pels preus establerts per l'autoritat sanitària.

La consolidació de la XHUP es reflectí en l'increment percentual del pressupost dedicat a contractar amb proveïdors no-ICS (vegeu Figura 2). Això no obstant, el pes relatiu de l'activitat i els recursos físics i humans d'aquests proveïdors dins del sistema sanitari de cobertura pública va romandre considerablement estable (Gallego 1998, 2000b). Per tant, pot argumentar-se que els hospitals contractats no-ICS van rebre una part creixent del pressupost sanitari, sense incrementar la proporció de serveis que representaven dins del sistema de cobertura pública, al llarg d'aquest període. Aquesta interpretació podria corroborar l'argument d'informadors clau, en el sentit que la consolidació de la XHUP va requerir compensar la subfinançació històrica dels contractes que l'autoritat sanitària de la Seguretat Social havia estat signant amb aquests proveïdors des dels anys setanta. Aquesta subfinançació s'havia justificat per considerar-los "complementaris" al sistema sanitari, malgrat que en realitat estiguessin cobrint la manca de recursos propis de la

Figura 2. Percentatge del pressupost dedicat a contractes amb proveïdors no-ICS entre 1982-95 a Catalunya (en percentatges sobre el pressupost total de la corresponent autoritat sanitària\*)



\* De 1982 a 1983 l'autoritat sanitària/finançadora va ser Serveis Sanitaris de la Seguretat Social, de 1984 a 1990 ho va ser l'Institut Català de la Salut, i des de 1991 ho és el Servei Català de la Salut

\*\* L'hemodiàlisi s'inclou a l'atenció primària

\*\*\* Concerts amb especialistes

Font: elaboració pròpia basada en DEF (1982-1995)

Seguretat Social i fossin, per tant, "substitutius" d'aquests recursos.

El funcionament de les relacions entre l'autoritat sanitària i els proveïdors de la XHUP reflectí, en gran mesura, les característiques d'una "estructura de govern" (*governance structure*) híbrida i, més concretament, d'un mercat relacional. En els mercats relacionals, l'adaptació entre les parts s'aconsegueix a través d'un procés contractual que es concep com a bilateral, sense intervenció arbitral, i basat en relacions de cooperació i confiança a llarg termini. Aquestes estructures de govern solen sorgir en situacions en què les transaccions són recurrents i les inversions tenen un component relativament alt d'especificitat d'actius, la qual cosa és característica del sector sanitari (Williamson 1985). En aquests casos, una estructura de govern híbrida preserva la propietat i l'autonomia de gestió de les parts, creant així forts incentius per a formes d'adaptació autònomes (de tipus mercat) a les turbulències. És a dir, la coordinació de la interdependència mútua i l'estabilització de les transaccions entre les parts són la base del funcionament del sistema.

En paraules d'un exalt càrrec del DSSS de la Generalitat:

"La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, l'LOSC, és el que realment crea el model sanitari català, però l'LOSC crea el model quan aquest ja està madur. És a dir, l'LOSC neix perquè totes les peces ja estan posades i d'una manera o altra les cobreixes amb un paraigua i les lligues."

Tot i així, com a resultat de la difusió del discurs de l'NGP a començaments dels noranta, gran part de l'elit del sector de la política sanitària catalana va tendir a interpretar l'LOSC en termes d'NGP. Segons aquest discurs, l'LOSC introduïa elements de quasimercat que havien de reemplaçar el model de mercat relacional desenvolupat durant els vuitanta, i introduir-los gradualment també en l'atenció primària. La separació que hi havia entre l'autoritat sanitària i els proveïdors hospitalaris de la xarxa havia de consolidar-se. Per tant, l'LOSC havia d'utilitzar contractes per a comprar la cobertura necessària selectivament, és a dir, de forma eficient, i els proveïdors havien de competir per aquests contractes (en funció dels incentius dissenyats



per l'autoritat sanitària), adaptant les seves estructures productives i de costos a les necessitats del sistema.

Això no obstant, el funcionament de les relacions entre la nova autoritat sanitària i els proveïdors de la XHUP van reflectir una continuïtat amb el model relacional precedent. Aquesta continuïtat estava avalada pel text de l'LOSC, que en cap moment no estableix la competència entre proveïdors com un component ni del model de provisió ni del procés de contractació. Però degut al fet que entre gran part de l'elit de la política sanitària s'havia estès el discurs de l'NGP com a formulació de la reforma, va prevaler la percepció que hi havia divergències entre formulació (quasimercat) i implementació (mercat relacional). Però només si es considera la interpretació de l'LOSC en termes de NGP poden identificar-se divergències importants entre formulació i implementació, que inclouen desplaçaments de política pública, dèficit d'implementació i conseqüències no intencionades.

Els desplaçaments de polítiques públiques defineixen situacions en què s'implementen mesures diferents de les que es formulen. En el cas català, els principals desplaçaments van arribar a difuminar i qüestionar la suposada separació entre comprador i proveïdors. L'exemple més clar en aquest sentit va ser l'adjudicació, a finals de 1995, del rol d'autoritat de la Regió Sanitària de l'SCS de Barcelona Ciutat a un dels proveïdors més grans de la zona, el Consorci Sanitari de Barcelona, vinculat financerament i orgànica a l'Ajuntament de Barcelona i a la Generalitat. Aquesta mesura va ser seguida per una reestructuració interna del Consorci que va introduir una separació, també interna, entre els rols de compra i provisió.

Un altre desplaçament del principi de separació entre comprador i proveïdor inclou el compromís explícit de l'autoritat sanitària amb la supervivència dels proveïdors contractats. Aquest compromís es va materialitzar a través de mecanismes de finançament aliens al discurs competitiu de l'NGP i basats en criteris com, per exemple, equitat territorial, cobertura de grups de risc, compensació per externalitats i manteniment d'equipaments, unitats i serveis especials. Finalment, la separació entre proveïdor i comprador es va veure enturbada per pràctiques d'intervencionisme administratiu en el funcionament dels proveïdors al·legades per part de l'elit de la política i el sector sanitari. Es destacava, per exemple, la connivència entre els nivells macro i meso de gestió, és a dir, entre l'SCS i els consells directius o d'ad-

ministració de certs proveïdors, com consorcis – en què participaven actors públics (inclosa la pròpia autoritat sanitària) i privats–, i empreses públiques, que la pròpia autoritat sanitària havia anat creant àdhuc després de l'aprovació de l'LOSC i de les que solia ser el propietari majoritari.

Les divergències entre formulació i implementació van prendre també la forma de dèficit d'implementació, això és, aspectes en què la reforma s'havia iniciat segons la línia formulada però en els que no s'ha completat en la seva totalitat. En aquest sentit, si bé el rol dels contractes va anar adquirint centralitat, la seva introducció en l'àmbit de l'atenció especialitzada i primària gestionada per l'ICS va ser en forma de 'contracte-programa', és a dir, no es tractava de contractes en sentit estricte, sinó d'assajos sense risc econòmic vinculant. A més, la introducció d'incentius a través del sistema de pagament de preu per unitat d'activitat (que en el cas dels contractes signats amb els proveïdors no-ICS tenia, en principi, conseqüències reals) no va resultar un instrument tan eficaç com s'esperava per a remolllar la capacitat productiva dels proveïdors. Alguns motius van ser la subfinançació de la unitat de pagament (Unitat Bàsica Assistencial), l'existència de canals contractuals de finançació no classificables en Unitats Bàsiques Assistencials (com certs programes sanitaris), i l'existència de canals extracontractuals de finançació (com subvencions al compte d'explotació, subvencions a l'activitat econòmica, o subvencions de capital). Una de les principals crítiques a aquests mecanismes de finançament per part de l'elit que no aprovava la distorsió del model de provisió definit des de l'NGP, era l'opacitat de certs criteris amb què s'operacionalitzaven i el possible marge de discrecionalitat per part de l'autoritat sanitària.

Un altre aspecte en què va aparèixer dèficit d'implementació va ser la implementació del rol d'autoritat compradora selectiva de l'SCS. El rol que aquest va exercir va ser el d'autoritat pública finançadora o asseguradora, el que derivava de les dificultats en utilitzar el sistema contractual i de pagament com a instruments efectius per amolllar l'estructura i contingut de la provisió. Aquestes dificultats van ser també l'origen d'un altre dèficit d'implementació: els Serveis Centrals de l'SCS van centralitzar la funció de compra en detriment de les Regions Sanitàries, les quals, segons el discurs de l'NGP, havien d'exercir aquesta funció. Al mateix temps, el SCS no només va exercir la funció de compra que girava entorn del procés de contractació, sinó que també va acumular en la

pràctica unes altres funcions que li havia assignat l'LOSC – planificació, finançament i arbitratge -, i que el discurs de l'NGP assignava al DSSS.

Finalment, la combinació de desplaçaments de política pública i de dèficit d'implementació van portar a una conseqüència no intencionada: la publicació *de facto* d'una xarxa d'assistència sanitària que el discurs de l'NGP definia com autònoma i separada de l'autoritat pública pels contractes pels quals hauria de competir. Aquesta publicació es reflecteix en la dependència que manifesten els proveïdors dels contractes i fonts de finançament de l'SCS, en el compromís explícit de l'administració amb la supervivència dels proveïdors, en el qüestionament de l'autonomia dels proveïdors per una gran part de l'elit de la política sanitària, i en el qüestionament de l'autonomia de l'autoritat sanitària per a articular incentius que induïxin la reestructuració de la capacitat productiva dels proveïdors.

Aquesta anàlisi constata les divergències entre el discurs de l'NGP i el model de provisió sanitària que es va implementar a Catalunya entre 1990 i 1995. Va haver-hi una font de formulació legal que precedia i era diferent del discurs de l'NGP – l'LOSC -, i la implementació de les reformes va seguir de prop aquesta formulació legal. Per tant, la divergència en la implementació és argumentable en relació al discurs de l'NGP que va sorgir com a interpretació prevalent de l'LOSC, però no ho és en relació al propi text de l'LOSC.

El mercat relacional que es va implementar en el sistema sanitari català a començament dels noranta, en lloc del quasimercat postulat per l'NGP, va ser la continuació del model que s'havia consolidat al llarg dels vuitanta. Malgrat la importació i difusió d'un discurs que es va convertir en punt central de referència en pos d'un quasimercat, la implementació de la reforma no es va adaptar a ell sinó que va consolidar el model de mercat relacional precedent. Els quasimercats en el sector públic tendeixen a convertir-se en mercats relacionals perquè estan "inserirts" (*embedded*) socialment, relacionalment i

institucionalment. La seva peculiaritat deriva del fet que és el govern qui defineix les seves fronteres a través dels seus poders de finançament i regulació (Ferlie *et al.* 1996).

Els mercats relacionals consisteixen en la gestió de xarxes d'actors institucionals i no institucionals en base a relacions bi i multilaterals de confiança a llarg termini i de poder, col·laboració i dependència mútua. Les xarxes es consideren estructures de govern alternatives a la jerarquia i al mercat. Tant en la jerarquia com en el mercat, la confiança és un element exogen: en la primera, la confiança es basa en l'autoritat dins d'una estructura de govern unificada, mentre que en la segona es basa en l'existència de contractes vinculants dins d'una estructura de govern trilateral (Hindmoor 1998). Aquesta concepció de la confiança no satisfà ni a govern ni a grups d'interès. En les xarxes la confiança sorgeix de mecanismes endògens – de relacions inserides històricament, socialment i personalment. Quan el compromís i la negociació són mútuament beneficioses per a govern i per a grups d'interès, i quan ambdós són capaços d'obstaculitzar una política pública (per exemple, perquè tinguin recursos complementaris i igualment necessaris), la cooperació pot emergir en base a la confiança. Per això, la formació de mercats relacionals en què participen actors governamentals i grups d'interès és més probable quan els beneficis de les transaccions superen als costos. Segons Hindmoor (1998), les condicions per a que això sigui així inclouen: a) que els actors implicats controlin recursos complementaris; b) que les fronteres de les xarxes siguin clares; i c) que les interaccions siguin freqüents i d'alta qualitat – és a dir, quan les transaccions siguin inserides en relacions socials i econòmiques, ja que això incrementa la probabilitat que els beneficis de les transaccions superin els seus costos. Com s'ha analitzat en un altre lloc (Gallego 1998), aquestes condicions estaven presents a principis dels vuitanta, encara que de forma embrionària, en el sector sanitari català, i la heterogènia elit de la política sanitària catalana les va reforçar i consolidar.

## CONCLUSIONS

La implementació de la reforma de l'administració sanitària catalana durant la primera meitat dels noranta va tenir dues fonts diferents de formulació: una font legal i endògena – la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) de 1990 –, i una font exògena – el discurs de la 'nova gestió pública' (NGP)–, que es va convertir en la interpretació prevalent d'un text legal que era relativament ambigu en les seves provisions. L'anàlisi de la reestructuració institucional portada a terme entre 1991 i 1995 mostra, en primer lloc, que el rol efectivament exercit per l'SCS va ser més proper al text de l'LOSC que a la clara interpretació del rol de comprador postulat pel discurs de l'NGP. Dos indicadors recolzen aquesta conclusió: d'una banda, la complexa miscel·lània de funcions formalment assignades a l'SCS com a nova autoritat sanitària i, d'altra banda, la seva estructura pressupostària, que revelava una complexa barreja de rols –agència contractant, de transferències i de control– segons la tipologia de Dunleavy (1991).

L'ICS va seguir de prop la seva redefinició com a agència proveïdora, el rol que li van assignar tant l'LOSC com el discurs de l'NGP. Aquest canvi va quedar reflectit en la reestructuració dels components del seu pressupost. Mentre que les funcions i l'estructura del pressupost de l'ICS anterior a l'LOSC revelaven una barreja de tipus d'agència – contractant, de transferències i proveïdora – els mateixos indicadors després de la reforma mostraven un rol proveïdor dominant. La relació entre l'SCS i l'ICS no es basava en un contracte real sinó en una assignació pressupostària. Encara que traduïda en termes contractuals, aquesta assignació pressupostària no comportava risc financer, el que encaixava més amb el text de l'LOSC que amb els postulats de l'NGP. Això no obstant, el fet que l'ICS es quedés com a organització diferenciada de l'SCS encaixava més amb el discurs de l'NGP que amb les disposicions de l'LOSC.

A diferència de l'ICS i de l'SCS, el DSSS no ha vist modificades les seves funcions de forma substancial arran de la reforma. Com es deriva de l'estructura del seu pressupost, el DSSS tenia un rol d'agència de control. És a dir, transferia quasi la totalitat del seu pressupost a l'agència pública que en cada moment havia de comprar els serveis sanitaris – l'ICS fins el 1990 i l'SCS en endavant. Com agència de control, va continuar sent responsable de la supervisió de la gestió dels fons que transferia

i de la implementació de les polítiques públiques corresponents.

Tot i així, la reassignació de funcions i de recursos pressupostaris són només indicadors estàtics del grau de clarificació i separació efectiva de rols assolits en la reforma. Un complement necessari d'aquesta anàlisi és l'estudi de les interaccions dinàmiques entre aquests actors institucionals i la resta de l'elit política sanitària que actua des de fora de l'administració pública i que, en aquest cas, inclou principalment els proveïdors sanitaris autònoms. Les relacions entre aquests i l'autoritat sanitària impliquen poder, intercanvi i dependència mútua, en un context en què les transaccions són recurrents i les inversions tenen un alt component d'especificitat d'actius. En aquests casos, tal com es desprèn de la teoria de Williamson (1985), el desenvolupament de mercats relacionals tendeix a prevaler sobre el dels quasimercats. Com mostra el cas català, una estructura de govern basada en relacions de cooperació i confiança a llarg termini, tendeix a desenvolupar mecanismes d'adaptació bilateral a través de la relació contractual. Aquesta estructura de govern tendeix a consolidar-se i romandre, malgrat les propostes d'introduir elements de quasimercat, com la competència entre proveïdors i la consegüent possibilitat de ser expulsat del mercat.

L'anàlisi del cas català és una aportació rellevant a les experiències de reforma sanitària que s'estan portant a terme en nombrosos països de l'OCDE. Malgrat que els components de l'NGP apareixen en la formulació d'aquestes reformes, alguns estudis mostren les dificultats sorgides per implementar-los de manera comprensiva. Aquestes dificultats han portat a desenvolupar mercats relacionals enlloc de quasimercats. En la majoria d'aquestes experiències, l'emergència de mercats relacionals no només és un cas de "gap d'implementació" en relació al model de quasimercat formulat, sinó que, a més a més, s'interpreta com un "procés d'aprenentatge de política pública" (*policy learning*) relativament recent. En canvi, en el cas català, l'emergència del mercat relacional no només va precedir en quasi una dècada la difusió del discurs de l'NGP, sinó que, a més a més, va ser un model conscientment buscat per l'elit de la política sanitària, des del moment en què va tenir autonomia política i administrativa per fer-ho.

## REFERÈNCIES

- Barzelay, M. (2000). *The New Public Management. Improving research and policy dialogue*. Berkely: University of California Press.
- DEF: Departament d'Economia i Finances. 1990. *Pressupostos de la Generalitat de Catalunya, 1990*. DEF. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- DEF: Departament d'Economia i Finances. 1995. *Pressupostos de la Generalitat de Catalunya, 1995*. DEF. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1991a. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Monografies 1: La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1991b. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Monografies 2: La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública en el marc del Servei Català de la Salut: finançament i gestió*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1992a. «*El Servei Català de la Salut i la nova organització de l'assistència sanitària pública a Catalunya*», *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Informes, 1*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1992b. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Monografies 3: El sector de la sanitat com a sector de serveis*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1993. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Monografies 4: El sector econòmic de la Sanitat i Maastricht*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1994. *Catàleg de centres hospitalaris de Catalunya, 1994*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- DSSS: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1995. *Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Dunleavy, P. 1991. *Democracy, bureaucracy and public choice*. London: Harvester-Wheatsheaf.
- Dunleavy, P. 1994. 'The globalization of public services production: Can government be 'best in world'?', *Public Policy and Administration*, 9, 2, 36-64.
- Ferlie, E. et. al. 1996. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Flynn, R. i G. Williams (eds.) 1997. *Contracting for health. Quasi-markets and the National Health Service*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallego, R. 1996. 'Reformas de New Public Management: el caso de la Administración sanitaria catalana', *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 5-6, 163-174.
- Gallego, R. 1998. 'New public management' reforms in the Catalan Public Health sector, 1985-1995: *Institutional choices, transactions costs and policy change*'. Doctoral Thesis. London: The London School of Economics and Political Science.
- Gallego, R. 2000a. 'Política Sanitaria', Gomà R. i Subirats J. (Eds.) Govern i Polítiques Públiques a Catalunya. Barcelona: Tecnos-UAB (en premsa)
- Gallego, R. 2000b. 'Introducing purchaser/provider separation in the Catalan Health Administration: a budget analysis', *Public Administration-An International quarterly*, vol 78(2).
- Guillén, A. i L. Cabiedes. 1998. 'La política sanitaria: anàlisi y perspectivas del Sistema Nacional de Salud', pp. 176-199, en R. Gomà and J. Subirats (coord.) *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*. Barcelona: Ariel.
- Hindmoor, A. 1998. 'The importance of being trusted: Transactions costs and policy network theory', *Public Administration, an international quarterly*, 76:25-43.
- Hood, C. 1994. *Explaining economic policy reversals*. Buckingham: Open University Press.
- Hughes, D.; L. Griffiths i J. McHale. 1997. "Do quasi-markets evolve? Institutional analysis and the NHS", *Cambridge Journal of Economics*, 21:259-276.
- ICS: Institut Català de la Salut. 1995a. *1994, preparant el futur*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Le Grand, J.; N. Mays i J. Mulligan. (eds.) 1998. *Learning from the NHS internal market. A review of the evidence*. London: King's Fund.
- Miles, M. i A. Huberman. 1994. *An expanded sourcebook. Qualitative data analysis*. London: Sage.
- Rico, A. 1997. *Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996)*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Roma, J. 1994. 'Servei Català de la Salut: Passat, present i futur', *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Monografies*, 5, 47-50.
- Robinson, R. i A. Steiner. 1998. *Managed health care*. Buckingham: Open University Press.
- Sabatier, P. i H. Jenkins-Smith (eds.) 1993. *Policy change and learning. And advocacy coalition approach*. Boulder: Westview Press.
- Viñas, M. i J. Lafarga. 1996. «*Modificació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya*», *Salut Catalunya*, 10, 1, 30-34.

## AGRAÏMENTS

L'autora agraeix l'interès i els comentaris de les persones que han revisat aquest estudi: Miquel Argenté, Patrick Dunleavy, Pedro Gallo i Alicia Granados.

## © Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Qualsevol producte analític de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) se sotmet sistemàticament a un procés tant de revisió interna com externa (*peer-review*) mitjançant revisors independents de l'AATM.

BREUS AATM és una publicació de l'Agència, que es distribueix gratuïtament. Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ del titular del *copyright*.

Les persones interessades a rebre-la poden adreçar-se a:

**Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques**

Trav. de les Corts. 131-159  
Pavelló Ave Maria  
08028 Barcelona  
Tel: 93 227 29 00  
Fax: 93 227 29 98  
e-mail: [draatm@olimpia.scs.es](mailto:draatm@olimpia.scs.es)  
<http://www.aatm.es>

**EDICIÓ I DISTRIBUCIÓ**  
AATM

**DISSENY**

J. López Corduente

**CORRECCIÓ**

E. Rius Umpiérrez

**TRADUCCIÓ**

B. Sánchez

**IMPRESSIÓ**

Gràfiques Cuscó

Font original: Gallego, R. 1998. 'New public management' reforms in the Catalan Public Health sector, 1985-1995: *Institutional choices, transactions costs and policy change*'. Doctoral Thesis. London: The London School of Economics and Political Science

**Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent:**

Raquel Gallego Calderón. Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2000 (BR04/2000)

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques



Dipòsit legal: B-27.163-2000

