

Aportación del sector privado al sistema sanitario

01. Contexto

02. Alcance

03. Hipótesis

04. Resumen Ejecutivo

05. Impacto

06. Anexo

1.1 Situación actual



El anteproyecto de ley prioriza la gestión pública directa y limita las derivaciones de pacientes al sector privado

El Gobierno de España ha incluido en el **componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**, un anteproyecto de ley aprobado en noviembre de 2021 que pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Este anteproyecto de ley incluye cinco artículos y comporta la modificación de distintas normas.

Los grandes objetivos perseguidos son **garantizar la universalidad** de la sanidad, **eliminar el copago del transporte sanitario no urgente y el de prótesis y ortopedia para las personas vulnerables**, **priorizar la gestión pública directa o limitar a lo imprescindible las derivaciones de pacientes al sector privado** al tiempo que minimizar la diferencia de prestaciones por comunidades.



En qué consistirá la ley de equidad sanitaria para blindar la sanidad ...

En qué consistirá la ley de equidad sanitaria para blindar la sanidad pública

El Consejo de Ministros ha aprobado una norma que pretende limitar la diferencia de prestaciones en función de la comunidad autónoma.

Redacción El HuffPost

14/06/2022 09:01am CEST | Updated junio 14, 2022



Noticias

ÚLTIMA HORA

¿En qué consiste la ley de equidad sanitaria para "blindar" la sanidad pública que ha aprobado el Gobierno?

El Gobierno quiere con la ley de equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud acabar con los copagos sanitarios y priorizar el modelo de gestión directa de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

1.2. Modificaciones del anteproyecto de ley

Según establece el Gobierno en su anteproyecto de ley, *“la universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes como son: la misma Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.”*

El Gobierno de España ha incluido este anteproyecto de ley en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 18. Con él, pretende *“corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados.”*

El texto de este anteproyecto de ley se compone de una exposición de motivos, cinco artículos, una disposición adicional única, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria única y seis disposiciones finales.

NOVEDADES INTRODUCIDAS POR EL ANTEPROYECTO DE LEY

01

Establece la **gestión directa como preferente**, siendo la **indirecta** el caso **excepcional** bajo justificación.

02

Unifica la cartera común de servicios, **evita nuevos copagos**, amplía la cobertura a españoles residentes en el extranjero y otros colectivos, e incorpora a los pacientes a los órganos consultivos del SNS.

03

Amplía la **cobertura a españoles residentes en el extranjero y sus familias en sus desplazamientos temporales** a España.

04

Homogeneiza los colectivos **exentos de la aportación farmacéutica y ortoprotésica**.

05

Posibilita el **desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial** (FOGA).

1.3 Análisis del primer artículo del anteproyecto de ley

A continuación, se detalla el **impacto** del primer artículo del anteproyecto de ley en **tres magnitudes: coste** para la sanidad pública, **colaboración** público-privada y **atención al paciente**. En la siguiente sección se analizará la magnitud de dicho impacto.

El análisis del anteproyecto completo se encuentra en el anexo.

ARTÍCULO PRIMERO

Modifica la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**. Si bien permite llevar a cabo la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, **establece como fórmulas de gestión preferente aquellas que sean de gestión directa de carácter público**. Asimismo, establece que se deberá recurrir a la gestión indirecta **de forma excepcional y justificada**:

Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Uno. Se **adiciona** el artículo 47, en los siguientes términos: "(...)

2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, **mediante acuerdos, convenios o contratos** con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la presente Ley.

3. En el marco de la gestión del Sistema Nacional de Salud, la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo **preferentemente mediante la fórmula de gestión directa de carácter público**. El recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una **memoria que justifique** desde el punto de vista sanitario, social y económico la necesidad de acudir a ellas, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y demás criterios previstos en la presente Ley."



El anteproyecto deroga la ley 15/1997 e incorpora su contenido al artículo 47 de la Ley 14/1986, estableciendo como preferente la fórmula de gestión directa de carácter público

1.3 Análisis del primer artículo del anteproyecto de ley

Áreas de impacto

Esta modificación de la Ley General de Sanidad podría tener un impacto significativo en la colaboración privada – pública, tanto en la reducción del número de colaboraciones, como en los plazos requeridos para establecerla. Esto, a su vez, podría repercutir en la atención a los pacientes y en el coste para las arcas públicas:

Coste para la sanidad pública



Colaboración privada – pública



Atención al paciente



Además de este artículo, el anteproyecto de ley incorpora una disposición derogatoria única que deroga de manera expresa, entre otras, la **Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud** que posibilita la gestión de los servicios sanitarios de manera indirecta. No obstante, incorpora su contenido íntegro al artículo 47 de la Ley General de Sanidad del año 1986, lo cual refuerza su conveniencia.



El primer artículo del anteproyecto es el que mayor impacto tiene en la colaboración privada – pública y en la atención al paciente al establecer la colaboración como excepcional, sólo posible en casos justificados, priorizando siempre la gestión directa pública

1.4 Mecanismos existentes de colaboración privada – pública en la actualidad

Los acuerdos de colaboración privada - pública en el sector sanitario son un **mecanismo para mejorar la provisión y la calidad de los servicios de salud** en todo el mundo. Cuando estos acuerdos están bien gestionados, aportan beneficios al sector público en términos de **reducción de costes y de riesgos** en proyectos de provisión de servicios de salud; para el sector privado representan incremento de actividad; y para los ciudadanos representan el acceso a más y mejores servicios sin que ello implique mayor presión fiscal.

La colaboración privada - pública es un contrato entre un organismo público y una empresa privada cuyo objetivo es la **producción y/o distribución de servicios públicos**. Estos acuerdos requieren estrictos **mecanismos de control y seguimiento** por ambas partes.

La colaboración privada – pública surge como consecuencia de las limitaciones a la capacidad de endeudamiento de las administraciones públicas. Este tipo de acuerdos representan un **reparto del riesgo** entre las partes y tienen como objetivo **combinar las mejores habilidades** de los sectores público y privado en beneficio mutuo.

Debido al debate existente, se exponen a modo ilustrativo las distintas formas que puede tomar la colaboración privada – pública, según el reparto de riesgos y de responsabilidades:

Objetivo de la colaboración	Descripción
Construir infraestructuras	El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura.
Construir infraestructuras y proveer servicios sanitarios	El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura y para la provisión de servicios sanitarios.
Provisión de servicios clínicos	El sector público contrata la provisión privada de servicios asistenciales como diálisis, radioterapia, quimioterapia, etc.
Gestión de hospitales	El sector público delega la gestión de una infraestructura sanitaria a un organismo privado.
Provisión de servicios no asistenciales	El sector público contrata con una empresa privada los servicios no asistenciales como mantenimiento, limpieza, lavandería, etc.

(1) [Colaboración público-privada en sanidad](#). Xavier Martínez-Giralt

(2) [Notas de prensa Fundación IDIS](#)

1.5 Línea temporal de la regulación

A continuación, se muestra una **línea temporal de la regulación de la colaboración privada - pública**:

La **Orden de 12 de mayo de 1989**, vincula los centros con concierto singular a la **red hospitalaria pública**, y establece que su funcionamiento debe ser plenamente coordinado con el de los centros públicos.

El **Real Decreto Legislativo 3/2011**, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley de Contratos del Sector Público**, expone supuestos de **gestión de los servicios públicos sanitarios a través de la concesión y el concierto** en el artículo 277.

En proceso de modificación el **Anteproyecto de Ley de noviembre de 2021** con la inclusión del **componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**, para corregir debilidades del sistema garantizando la universalidad de la sanidad.

1986

1989

1993

1997

2011

2017

2021

La **Orden de 29 de junio de 1993** les atribuye **carácter sustitutorio**, elimina la especificación de centros privados benéficos e incluye la posibilidad de contratar procesos de manera individualizada.

La **normativa comunitaria (Directiva 2014/23/UE y Directiva 2014/24/UE)** y la posterior transposición en la vigente **Ley de Contratos del Sector Público del 2017** establece una nueva vía de gestión pública específica para las entidades sin ánimo de lucro denominada **acción concertada sanitaria**.

La **LGS de 1986** ⁽¹⁾ establece una doble vía para la acción concertada con centros y servicios sanitarios privados: la del **concierto** y la del **convenio**.

La **Ley 15/1997, de 25 de abril** sobre habilitación de **nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud**, establece un modelo bajo el cual la Administración se reserva la titularidad del servicio, manteniendo un control exhaustivo sin gestionar de la actividad.



Impacto de la desaparición de la colaboración privada pública

2.1 Aportación del sector privado al sistema sanitario público

Una de las mayores aportaciones del sector sanitario privado son sus recursos, **tanto a nivel de provisión hospitalaria como de aseguramiento.**

Como se ha demostrado a lo largo de la pandemia, el sector sanitario privado es imprescindible para garantizar **la calidad de la asistencia sanitaria y el acceso a la misma.** De hecho, la mayor aportación que hace el sistema sanitario privado en su relación con el sistema público es la posibilidad de disminuir el uso del mismo, facilitando su utilización a quien no tiene alternativa.

En este sentido, cabe recordar que el sector sanitario privado dispone de una dotación de 432 hospitales en España y 49.861 camas de hospitalización, de los cuales 271 hospitales y 36.777 camas tienen algún tipo de concierto. Además, como indica el informe "Sanidad privada, aportando valor: Análisis de situación 2022", el sector privado contribuye de forma positiva al Sistema Nacional de Salud, asumiendo una parte relevante de la actividad asistencial, lo que libera

EL SECTOR SANITARIO PRIVADO LIBERA RECURSOS DEL SISTEMA PÚBLICO Y REDUCE LA PRESIÓN ASISTENCIAL

271 

Hospitales privados en España con concierto

36.777 

Camas de hospitalización privada con concierto

15,9%

De las **intervenciones quirúrgicas**

11,6%

De **consultas**

11,8%

De **urgencias**

12,2%

De **altas hospitalarias**

Datos de 2020

recursos del sistema público y reduce la presión asistencial. En 2020, **los hospitales privados con conciertos sustitutorios, integrados en la red de utilización pública o conciertos parciales**, llevaron a cabo cerca de 574 mil **intervenciones quirúrgicas** (15,9% del total), más de 10 millones de **consultas** (11,6% del total), atendieron cerca de 2,5 millones de **urgencias** (11,8% del total) y más de 550 mil **altas hospitalarias** (12,2%).

Dado que una de las áreas de mayor impacto de una posible aprobación del proyecto de ley es la colaboración privada – pública, una de las primeras consecuencias sería el efecto en las listas de espera.

 Los hospitales privados con conciertos llevaron a cabo el **15,9% de las intervenciones quirúrgicas en 2020**

(1) Fundación IDIS: Informe "Sanidad Privada. Aportando valor 2022"

(2) Ministerio de Sanidad: Catálogo Nacional de Hospitales 2022.

2.2 Análisis del hipotético impacto de la desaparición de la colaboración privada – pública

En esta sección se busca realizar un **ejercicio teórico** de estimación de las potenciales repercusiones que podrían existir en el sistema sanitario público en España si desapareciera la colaboración privada pública.

Para llevar a cabo este análisis **se establecen un conjunto de supuestos de partida que permiten realizar este ejercicio cuantitativo teórico** de estimación del impacto.

El análisis incluye **consecuencias** en términos de **accesibilidad** a los servicios asistenciales, y del efecto que se pudiera generar en **el gasto sanitario público**.

DESAPARICIÓN DE LA COLABORACIÓN PRIVADA - PÚBLICA

Desaparición hipotética de la colaboración privada – pública en el ámbito sanitario



DESAPARICIÓN DEL 100% DE LOS CONCIERTOS

Se pondría fin a la colaboración, reduciendo los conciertos en un 100%



IMPACTO DIRECTO



INCREMENTO DE LAS LISTAS DE ESPERA



AUMENTO DE COSTES PÚBLICOS

3. Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio

El análisis de las consecuencias teóricas que podría tener la desaparición de la colaboración privada - pública se construye sobre las siguientes hipótesis:

- HIPÓTESIS 1** Se parte del supuesto de que los conciertos con la sanidad privada **desaparecerían**.
- HIPÓTESIS 2** La desaparición de los conciertos supondría que todos los **pacientes atendidos** por los múltiples agentes que ofrecen servicios **sanitarios concertados deberían ser asumidos por centros públicos**.
- HIPÓTESIS 3** Se parte del dato del **gasto sanitario destinado a conciertos** (8.586 millones de euros) en 2020. Esta cifra representó un **10% del total del gasto sanitario público en 2020**⁽¹⁾.

HIPÓTESIS 4 Se estima que el **gasto público en sanidad aumentará para asumir el teórico aumento** de demanda y reducir el impacto negativo sobre las listas de espera. No se considera la posibilidad de mantener el gasto y trasladar toda la demanda a lista de espera, si bien en un periodo inicial, la accesibilidad al sistema se verá reducida como consecuencia del período de adaptación requerido para incrementar la dotación asistencial pública.

HIPÓTESIS 5 Se estima que la **actividad concertada** representa el **26%** ⁽¹⁾ **de la actividad asistencial en centros con concierto parcial**.

HIPÓTESIS 6 La **diferencia de precio media**⁽³⁾ estimada de las **estancias y consultas en centros concertados estimada es de 135 € y 28 €** respectivamente según los datos disponibles en los boletines oficiales de algunas CCAA. En otros términos, las **estancias en centros concertados** son aproximadamente un **47 % más económicas** que en centros públicos y las **consultas cerca de un 36%**.

(1) Fuente: Ministerio de Sanidad, Cuenta Satélite de Gasto Sanitario Público, serie 2002 – 2020

(2) Fuente: DBK, clínicas privadas 2021.

(3) Cálculo aproximado según los datos publicados en los boletines oficiales de algunas de las CCAA disponibles.

3. Principales supuestos de partida para la elaboración del estudio

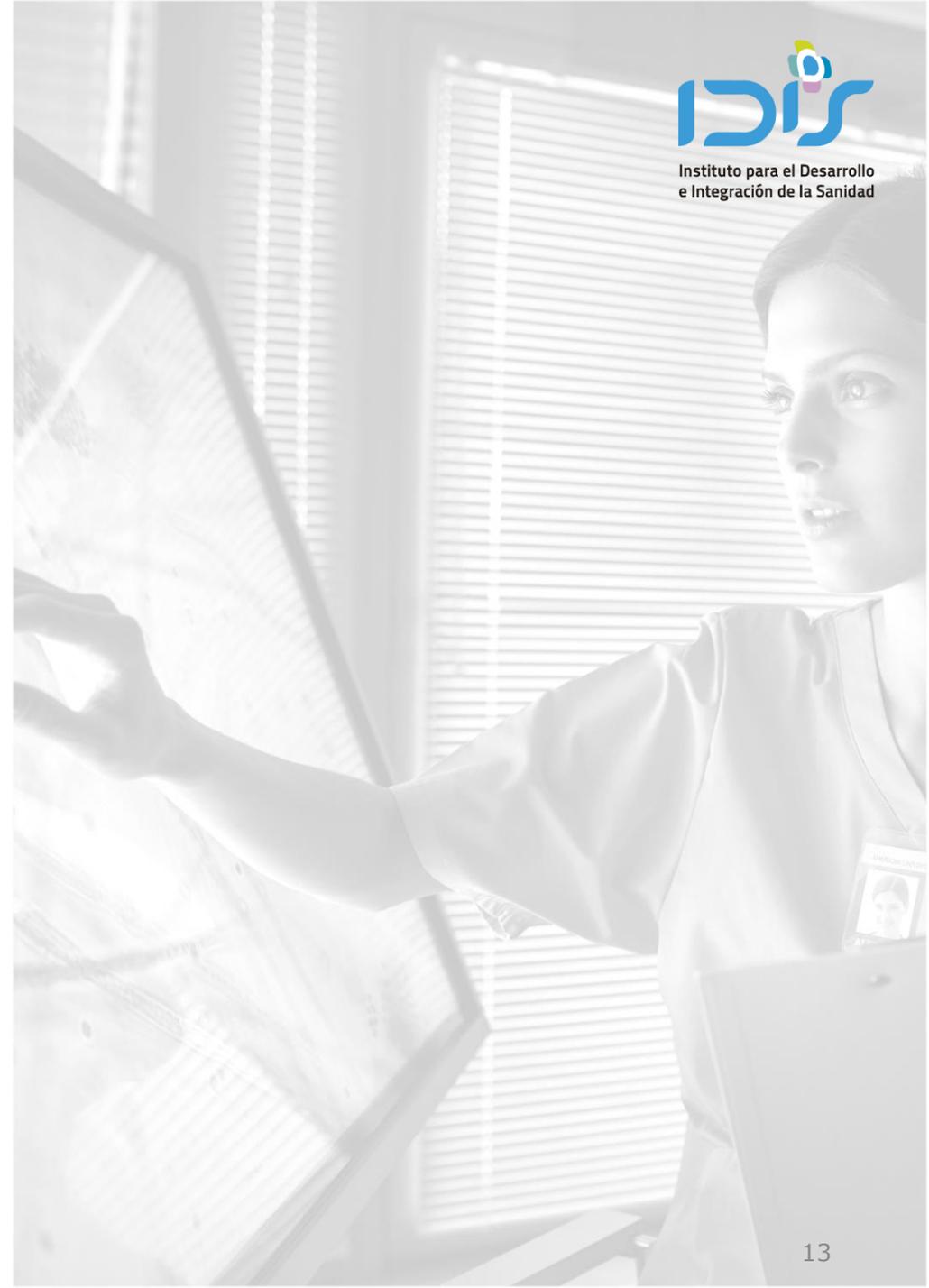
El análisis de las consecuencias teóricas que podría tener la desaparición de la colaboración privada - pública se construye sobre las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS 7 La **diferencia de precio⁽³⁾** de algunas pruebas diagnósticas en **centros concertados y centros públicos** es de **47 € para mamografías, 126 € para RM, 47 € para pruebas TAC, 10 € para ECO.**

HIPÓTESIS 8 La **diferencia de precio³⁾** las sesiones de hemodiálisis estimada **es de casi 100€**, esto es un **37% más bajo en la concertada que en la pública.**

HIPÓTESIS 9 La **diferencia de coste⁽¹⁾** a asumir por el sistema público podría situarse en un intervalo de un **25-35% superior** respecto a los costes derivados de la colaboración privada-pública.

(1) Cálculo aproximado según los datos publicados en los boletines oficiales de algunas de las CCAA disponibles.





Impacto en la accesibilidad

La desaparición de la colaboración privada – pública tendría como consecuencia los siguientes efectos:

PRIMERAS CONSULTAS



+153% en listas de espera



+58 días de tiempo medio de espera

I. QUIRÚRGICAS



+102% en listas de espera



+75 días de tiempo medio de espera



Incremento de los índices de ocupación hospitalaria (camas) del 70,6% actual al **85%**



Impacto en el gasto sanitario público

Se ha estimado que la diferencia de coste a asumir por el sistema público podría situarse en un intervalo de un **25-35% superior** respecto a los costes derivados de la colaboración privada-pública.



La reducción de conciertos podría suponer un aumento de coste para el sistema sanitario público de al menos **1.200 millones de euros**.

En un escenario muy extremo, y en caso de absorción total de la actividad concertada, el aumento del gasto podría alcanzar **2.700 millones de euros** si se asume que el total de las prestaciones tiene un 25% más de coste en la sanidad pública

5.1 Análisis del impacto en las listas de espera de primeras consultas

La desaparición de la colaboración privada - pública, podría tener como consecuencia un **aumento en las listas de espera** y en el tiempo medio de espera de las primeras consultas.

Para realizar las estimaciones, se asume que los **conciertos parciales** representan el **26% de la actividad** llevada a cabo en centros con ánimo de lucro por un lado, y la actividad llevada a cabo por centros con y sin ánimo de lucro en conjunto por otro lado.

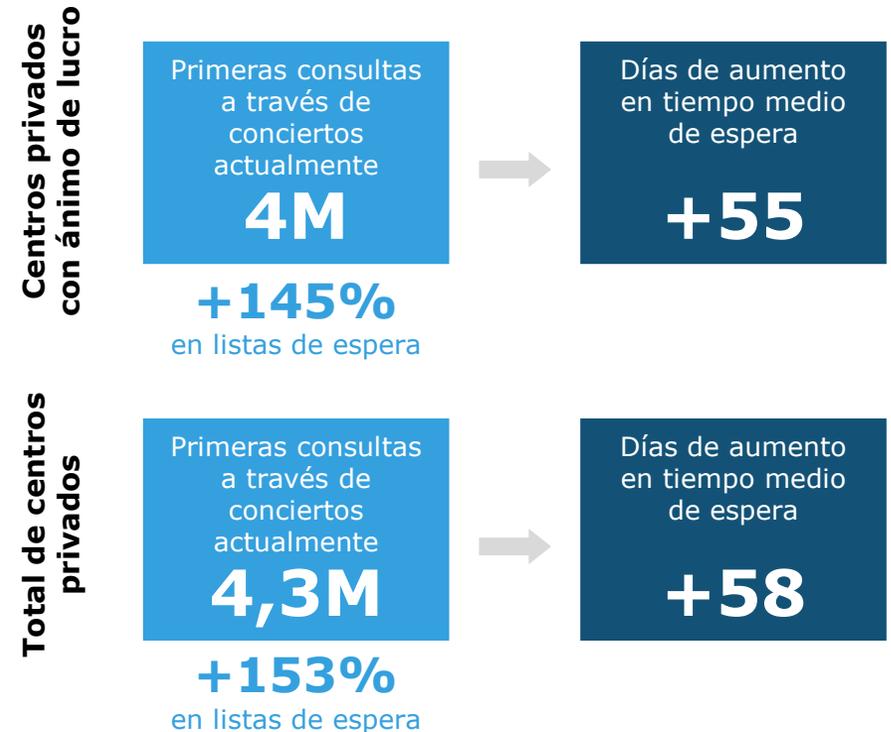
Según datos del Ministerio de Sanidad del 2020, el sistema sanitario privado, a través de las distintas fórmulas de colaboración explicadas, lleva a cabo en torno a **4 millones de primeras consultas**. Esto representa alrededor del 4,5% de las primeras consultas totales. Asumiendo que desaparecerían los conciertos, el total de primeras consultas pasarían a ser atendidas por el sistema público.

En ese caso, si el sistema público no aumenta sus recursos, se estima que, en un año, **las listas de espera podrían aumentar hasta un 153%** con respecto al último dato disponible de diciembre del 2021.

Teniendo en cuenta que la sanidad pública, tras la disminución de recursos por la desaparición de conciertos, absorbería 74 mil primeras consultas al día, este incremento en la lista de espera aumentaría **el tiempo medio de espera en hasta 58 días en el primer año**. Con este aumento, el tiempo medio de espera de primera consulta de especialidades pasaría de los 89 días de diciembre del 2021 a 147, cerca de 5 meses.

La desaparición de los conciertos podría suponer un aumento en el tiempo medio de espera de primeras consultas de hasta **58 días**

IMPACTO DE LA DESAPARICIÓN DE CONCIERTOS



5.2 Análisis del impacto en las listas de espera quirúrgicas

Se estima que la desaparición de la colaboración privada - pública también tendría como consecuencia un aumento en las listas de espera y en el tiempo medio de espera de las **intervenciones quirúrgicas**.

El sistema sanitario privado, a través de las distintas fórmulas de colaboración explicadas, realiza alrededor de **700 mil intervenciones quirúrgicas**, según datos del Ministerio del año 2020. Esto representa en torno al 16% de las intervenciones quirúrgicas totales de ese año. Si desaparecieran los conciertos, todas estas intervenciones quirúrgicas **pasarían a ser realizadas por el sistema público**.

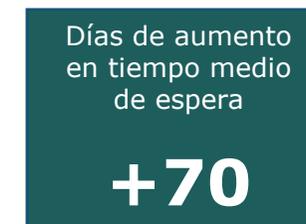
Se estima que, en un año, **las listas de espera aumentarían en torno al 100%** con respecto al último dato disponible de junio del 2021 si el sistema público no aumenta sus recursos.

Teniendo en cuenta que la sanidad pública absorbería 9,5 mil intervenciones quirúrgicas al día, este incremento en la lista de espera **aumentaría el tiempo medio de espera en hasta 75 días en el primer año**. Con este aumento, el tiempo medio de espera de primera consulta de especialidades pasaría de los 123 días de diciembre del 2021 a hasta 198, más de 6 meses.

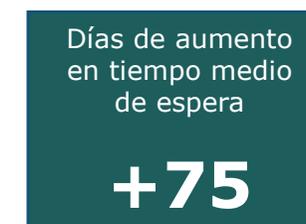
● ● ● ●
La desaparición de los conciertos podría suponer un aumento en el tiempo medio de espera de intervenciones quirúrgicas de hasta **75 días**

IMPACTO DE LA DESAPARICIÓN DE CONCIERTOS

Centros privados con ánimo de lucro



Total de centros privados



5.3 Impacto en la ocupación

Para que la sanidad pública pueda asumir la misma demanda de asistencia con menos recursos, se estima que será **necesario acometer una serie de inversiones en el corto medio plazo para ampliar la capacidad de atención.**

En este sentido, mientras no se lleve a cabo dicha inversión en dotación de recursos, la disminución de recursos se traducirá en un crecimiento de las listas de espera que podría tener un impacto considerable en la accesibilidad al sistema.

El impacto directo de esta disminución de recursos disponibles se verá en el resto de centros de titularidad pública.

Estos centros experimentarán, entre otros, el **crecimiento de la presión asistencial en atención primaria, de las solicitudes de consultas con**

especialistas en el ámbito de la atención hospitalaria, de las solicitudes de pruebas diagnósticas (imagen, laboratorio...), **de los ingresos hospitalarios** (ocupación de camas) y de **las intervenciones quirúrgicas**. Además, el abordaje tardío motivaría un incremento no sólo en costes sino en salud del ciudadano.

Utilizando datos publicados por el Ministerio de Sanidad correspondientes a la actividad del 2020 ⁽¹⁾, se calcula en un **70,6%** el **índice de ocupación de camas públicas** en España. En caso de desaparecer la colaboración, según las hipótesis establecidas, se estima que el índice de ocupación **podría alcanzar el 85%**.



La desaparición de la colaboración podría aumentar la ocupación de camas públicas hasta alcanzar el **85%**



(1) Fuente: Ministerio de Sanidad, Estadística de Centros de Atención Especializada: hospitales y centros sin internamiento, año 2020.

(2) Para calcular el impacto de la desaparición de los conciertos, se han usado datos de estancias y camas instaladas en los hospitales concertados (Ministerio de Sanidad)

5.4 Impacto en los costes para la sanidad pública

De acuerdo a las fuentes disponibles se ha estimado que la **diferencia de coste a asumir por el sistema público podría situarse en un intervalo de un 25-35%⁽¹⁾ superior** respecto a los costes derivados de la colaboración privada-pública.

Para realizar el análisis abordado en el presente estudio, se han tomado como referencia los **datos de los resultados estadísticos anuales e informes publicados por el Ministerio de Sanidad en 2020 y los datos disponibles en los boletines oficiales de las CCAA.**

A partir de los mismos, se ha realizado una estimación **de los costes tanto de las prestaciones sanitarias públicas como concertadas para cada una de las CCAA**, con el objetivo de centralizar y unificar la información para una mayor comprensión.

Desde el punto de vista asistencial, el sistema público tendría que asumir **cerca de 6 millones de estancias y de 11 millones de consultas** según las tablas anuales de 2020 publicadas por el Ministerio de Sanidad. La **diferencia de precio media calculada de las estancias y consultas en centros concertados es de 135 € y 28 €** respectivamente según los datos disponibles en los boletines oficiales de algunas CCAA. En otros términos, las **estancias en centros concertados** son aproximadamente un **47 % más económicas** que en centros públicos y las **consultas cerca de un 36%**. La **absorción** de dicha actividad **por parte del sistema público** supondría un aumento del **coste de alrededor de 800 millones de euros derivados de las estancias y 306 millones de euros de las consultas** primeras, sucesivas y de alta resolución.

De manera análoga, el sistema público tendría que hacerse cargo de **cerca de 800 mil**

pruebas diagnósticas tales como mamografías, resonancias magnéticas nucleares, tomografías computarizadas, ecografías y monitorización holter asumidas hasta ahora por la colaboración privada - pública, según estimaciones derivadas de los boletines oficiales de algunas CCAA.

La **diferencia de precio** de dichas pruebas en **centros concertados y centros públicos** es de **47 € para mamografías, 126 € para RM, 47 € para pruebas TAC, 10 € para ECO**, lo que supondría un aumento del **gasto de hasta 60 millones de euros** para el sistema público.



La eliminación de la actividad concertada podría llegar a costar a la sanidad pública en torno a los **1.200 millones de euros***.

(1) Estimación realizada a partir de los datos disponibles.

Fuentes: Resultados estadísticos anuales e informes publicados por el Ministerio de Sanidad en 2018 y de los datos disponibles en los boletines oficiales de alguna de las CCAA.

(*) Nota: la estimación del incremento de coste se ha hecho teniendo en cuenta las prestaciones con detalle del precio disponible.

5.4 Impacto en los costes para la sanidad pública

Por otro lado, derivado de la actividad asociada a tratamientos como la hemodiálisis, se estima que el sistema público tendría que hacerse cargo de más de **260 mil sesiones de hemodiálisis**. Dado que la **diferencia de precio es de casi 100€**, esto es un **37% más bajo en la concertada que en la pública**, según los datos disponibles publicados por algunas CCAA, conllevaría un **coste para el sistema público de 24 millones de euros**.

La tabla adjunta es ilustrativa del conjunto de datos disponibles de la diferencia de costes de determinadas prestaciones sanitarias tanto en el ámbito público como en el privado - público.

No obstante, el **gasto sanitario en conciertos** publicado de 2020 asciende a **8.586 millones de euros**, el cual representa el **10 % del gasto sanitario total**.

En definitiva, **asumir por parte de la sanidad pública la actividad adicional asociada al total de conciertos**, bajo

la suposición de que la **diferencia media de precios es del 25-35%**, podría suponer un **aumento estimado del gasto** de la sanidad pública de al menos entre a los **1.100 y 1.300 millones de euros**⁽³⁾.

En este contexto, se toma como supuesto que el **sistema público no asumiría inicialmente la inversión** asociada a la dotación tecnológica requerida para la provisión de estos servicios.

● ● ● ●
En un escenario muy extremo, y en caso de absorción total de la actividad concertada, el aumento del gasto podría alcanzar los 2.700 millones de euros si se asume que el total de las prestaciones tiene un 25% más de coste en el sistema público

Prestación Sanitaria	Actividad concertada ⁽¹⁾	Diferencia media de precios ⁽²⁾	Importe a pagar por la sanidad pública ⁽²⁾
Estancias	5.939.588	135 €	801.844.357 €
Consultas	10.951.096	28 €	306.630.678 €
Mamografías	149.793	47 €	7.040.274 €
Resonancias Magnéticas	332.363	127 €	42.210.076 €
TAC	228.781	47 €	10.752.720 €
Ecografías	62.000	10 €	620.000 €
Holter	3.000	197 €	591.000 €
Hemodiálisis	263.669	91 €	23.993.879 €

(1) Datos obtenidos de los resultados estadísticos anuales e informes publicados por el Ministerio de Sanidad en 2018 y de los datos disponibles en los boletines oficiales de alguna de las CCAA.

(2) Cálculo aproximado según los datos publicados en los boletines oficiales de algunas de las CCAA disponibles.

(3) Nota: la estimación del incremento de coste se ha hecho teniendo en cuenta las prestaciones con detalle del precio disponible.



Anexos

Anexo I: Regulación de la colaboración privada – pública

El ordenamiento jurídico español regula la colaboración de instituciones sanitarias ajenas, ya sean de titularidad pública o privada, para completar su propio dispositivo de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Debido a la regulación que hace la **Ley General de Sanidad de 1986**⁽¹⁾ (en adelante, LGS) de los instrumentos de colaboración, en la legislación de las distintas CCAA **se aplican indistintamente los términos “convenio” o “concierto”** para referirse a supuestos de hecho distintos. Esto provoca cierta confusión en los instrumentos de colaboración empleados en las distintas comunidades.



La primera figura de colaboración regulada es el convenio singular, por el cual un hospital privado queda vinculado a la red pública

CONVENIO SINGULAR

Se hace referencia a los convenios singulares en los **artículos 66 y 67 de la LGS:**

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 66

1. (...) **Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud**, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

(...)

3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios.

Artículo 67

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante **convenios singulares**.

2. El convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas. (...)

3. En cada convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del sistema sanitario se imparte en **condiciones de gratuidad**, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo.

(...)

5. Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de la Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

(1) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Anexo I: Regulación de la colaboración privada – pública

CONCIERTO

Posteriormente, se habla de los convenios dentro de los términos de la **Ley 15/1997, de 25 de abril⁽¹⁾**, sobre habilitación de **nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud**.

Artículo único

(...)

2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, **mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas**, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Bajo este modelo, la Administración se reserva la titularidad del servicio, lo que le permite mantener un control exhaustivo pero sin tener que participar en la gestión de la actividad. De esta forma, se garantiza una prestación equitativa del servicio por ser de titularidad pública.

Se hace referencia a los conciertos en diversos puntos del ordenamiento jurídico:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Artículo 90

Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer **conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos** a ellas.

A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

En la **Orden de 12 de mayo de 1989⁽²⁾**, se vinculan los centros concertados a la **red hospitalaria pública**, y se establece que su funcionamiento debería ser **plenamente coordinado con el funcionamiento de los centros públicos**.

Orden de 12 de mayo de 1989

Art. 5. Conciertos singulares.

1. (...) el Instituto Nacional de la Salud podrá suscribir conciertos singulares con entidades públicas o benéfico-privadas **en orden al establecimiento de un régimen de funcionamiento programado y plenamente coordinado con el de los centros sanitarios públicos en el marco de una planificación sectorial**.
2. En este mismo sentido, la **Orden de 29 de junio de 1993⁽³⁾** les atribuye **carácter sustitutorio**, elimina la especificación de centros privados benéficos e incluye la posibilidad de contratar procesos de manera individualizada:

Orden de 29 de junio de 1993

Art. 2. Conciertos singulares.

2.1 (...) el Instituto Nacional de la Salud podrá suscribir conciertos singulares con **entidades públicas o privadas** en los que se establezca

(1) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-9021>

(2) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-11297>

(3) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1993-17716

Anexo I: Regulación de la colaboración privada – pública

un régimen de funcionamiento programado y coordinado con el de los centros sanitarios públicos. En estos conciertos se podrá incluir la **contratación individualizada de procesos** médicos o quirúrgicos. (...)

2.2 Tendrán **carácter sustitutorio** los centros que, bajo el régimen de concierto singular, **constituyan una alternativa al dispositivo asistencial del Instituto Nacional de la Salud.**

El régimen de estos conciertos sustitutorios se fijará en un contrato programa de carácter anual, que se incorporará mediante cláusula adicional al concierto vigente, en el que se especificarán el área o población asignada al centro, tipos de servicios a prestar por el hospital, oferta asistencial del mismo, actividad pactada y techo de financiación para este fin.

Fuera de los supuestos previstos en la LGS, también existen ciertos supuestos de gestión de los servicios públicos sanitarios a través de otras de las figuras recogidas en el artículo 277 del texto refundido de la **Ley de Contratos del Sector Público del 2011**⁽¹⁾:

Artículo 277. Modalidades de la contratación.

La contratación de la gestión de los servicios públicos podrá adoptar las siguientes modalidades:

- a) **Concesión** por la que el empresario gestionará el servicio a su propio riesgo y ventura.
- b) Gestión interesada (...).
- c) **Concierto** con persona natural o jurídica.
- d) Sociedad de economía mixta (...).

CONCESIÓN

La **concesión** es una modalidad de contratación en la que un sujeto privado lleva a cabo funciones calificadas como públicas bajo el control y dirección del órgano administrativo titular de las mismas.

Bajo esta modalidad el concesionario asumirá los riesgos económicos derivados de su ejecución y explotación. De esta forma, la empresa sanitaria concesionaria asumirá, frente a un **pago per cápita**, toda la **prestación sanitaria** de la población (del centro hospitalario o área de salud), así como la **inversión en la mejora de las infraestructuras sanitarias y la gestión de los centros sanitarios** públicos correspondientes.

(1)<https://www.boe.es/eli/es/l/2017/11/08/9/con>

Anexo I: Regulación de la colaboración privada – pública

Más recientemente, ha entrado en vigor la **Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público⁽¹⁾**, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las **Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014**.

Con esta Ley, desaparece la figura del contrato de gestión de servicio público y, con ello, la regulación de los diferentes modos de gestión indirecta de los servicios públicos que se hacía en el **artículo 277** del anterior texto refundido. Surge en su lugar, y en virtud de la **nueva Directiva** relativa a la **adjudicación de contratos de concesión, la nueva figura de la concesión de servicios**.

En cierta forma, estas normas articulan la **“concertación” de servicios sanitarios** teniendo en cuenta **si implican o no transferencia de riesgo operacional al contratista**. Así, se tratará de un **contrato**

de servicios cuando **no se produzca transferencia del riesgo**. En cambio, se tratará de un **contrato de concesión de servicios** cuando se produzca esta transferencia.



La entrada en vigor de la ley podría provocar retrasos en la firma de contratos de colaboración, así como una disminución de los mismos. Esto se traduciría en mayores listas de espera, mayor coste para la sanidad pública y pérdida de empleo.

Resumiendo, las principales MODALIDADES DE COLABORACIÓN son las siguientes:

Convenio singular: figura por la que recursos privados quedan vinculados al sistema público. Basado en el *principio de complementariedad*, implica una colaboración más estrecha y duradera ya que supone la plena integración del centro o servicio en la red sanitaria pública.

Concierto: figura por la que un recurso público es gestionado por una entidad de titularidad privada. Los conciertos se basan, entre otros, en el *principio de subsidiariedad* y se erigen como un instrumento de colaboración para completar de manera puntual o coyuntural la prestación de servicios sanitarios.

Concesión administrativa: tipo de asociación entre el sector público y privado en el que la administración autoriza a la empresa privada a gestionar y explotar una obra o servicio, lo que implica una exposición a posibles pérdidas en las inversiones realizadas.

(1)<https://www.boe.es/eli/es/l/2017/11/08/9/con>

(2)<https://asocex.es/55903-2>

Anexo II: lista de espera de primeras consultas

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA

La lista de espera de consultas de especialidades (primera consulta) se ha **incrementado en más de 826 mil** pacientes entre diciembre del 2020 y diciembre del 2021.

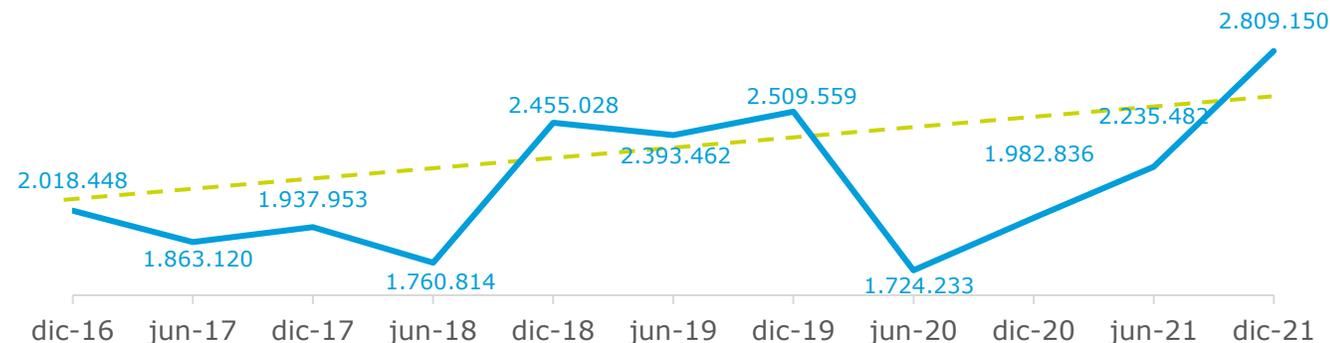
Actualmente, se observa una clara tendencia incremental, llegando a superar los niveles que había antes de la pandemia.

TIEMPO MEDIO DE ESPERA

A finales del 2021, el tiempo medio de espera se situaba **un día por encima (89)** del que había en el momento prepandemia (diciembre 2019).

Evolución del número de pacientes (total nacional de todas las especialidades)

Diciembre 2016 - Diciembre 2021



Tiempo medio de espera (total nacional de todas las especialidades)

Diciembre 2016 - Diciembre 2021



(1) Proyecto Venturi: Lista de espera consulta de especialidades y quirúrgica junio 2021.

(2) Los datos de diciembre 2021 se han obtenido del Ministerio de Sanidad: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.

Anexo II: lista de espera de primeras consultas

PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA MÁS DE 60 DÍAS

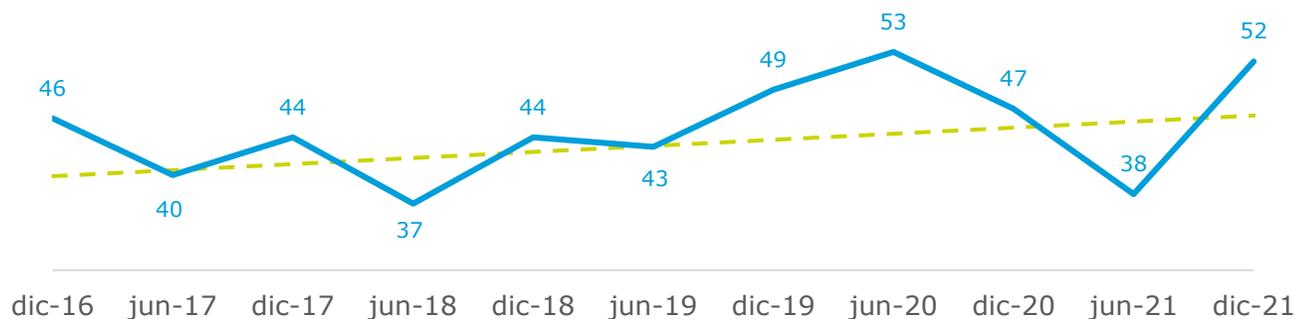
Como consecuencia tiempo medio de espera, también se produce un **aumento del porcentaje de personas que esperan más de 2 meses**, situándose en un 52% (1,4 millones de personas), tan solo un punto por debajo de los niveles prepandemia.

ACTIVIDAD DE PRIMERAS CONSULTAS

Si se analizan las primeras consultas de todas las especialidades a nivel nacional, se puede observar un descenso en el 2020 más pronunciado en el sector público. Este descenso puede atribuirse a la pandemia.

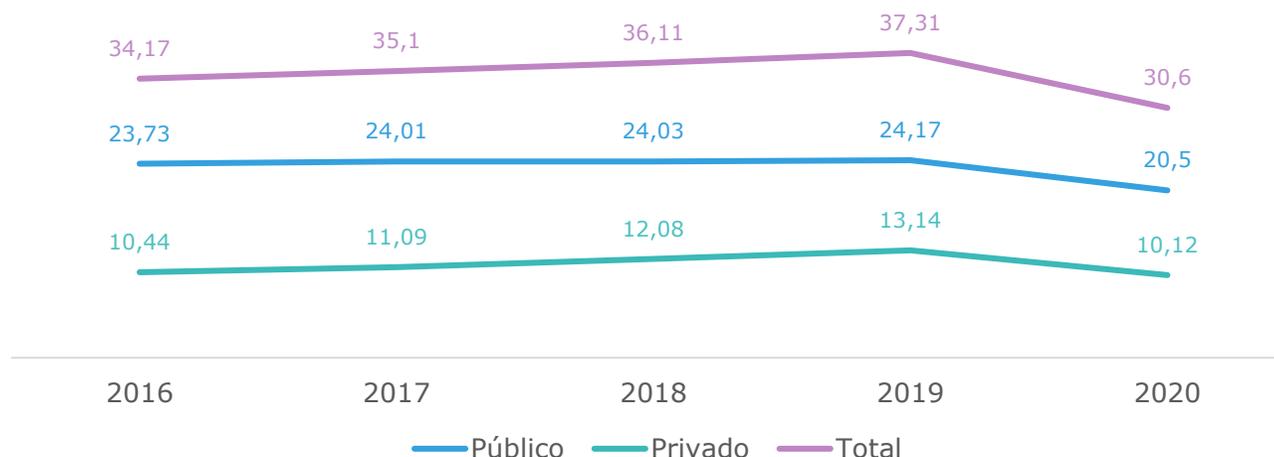
Porcentaje de pacientes en espera más de 60 días (total nacional de todas las especialidades)

Diciembre 2016 - Diciembre 2021



Actividad de primeras consultas de especialidades (público vs privado)

2010 - 2020. (millones de consultas)



(1) Proyecto Venturi: Lista de espera consulta de especialidades y quirúrgica junio 2021.

(2) Los datos de diciembre 2021 se han obtenido del Ministerio de Sanidad: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.

Anexo III: lista de espera quirúrgica

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA

Aunque en el año 2020, durante la pandemia, el número de pacientes en espera se redujo, a finales del 2021 volvió a aumentar hasta superar los datos prepandemia. La bajada de 2020 podría deberse a una reducción de los diagnósticos a pacientes.

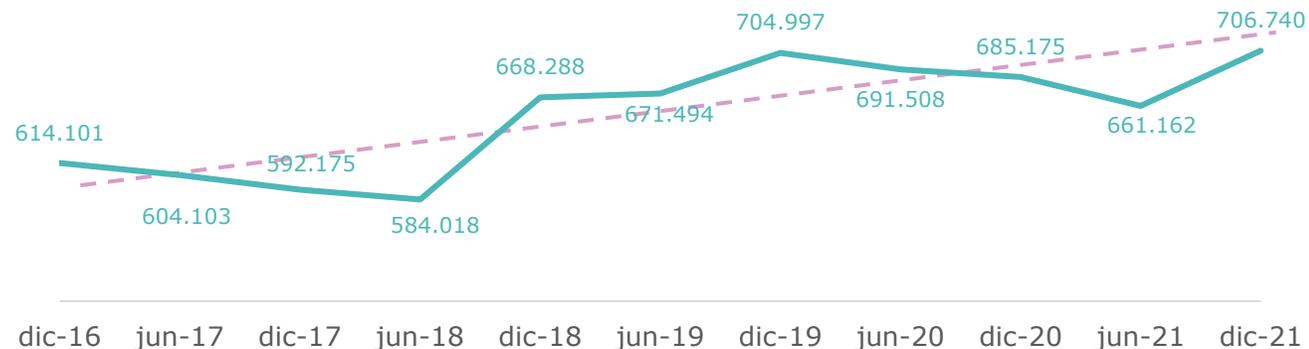
TIEMPO MEDIO DE ESPERA

Tras el punto máximo alcanzado debido a la pandemia (junio del 2020), se ha producido una **progresiva disminución** en el tiempo medio de espera situándose en **123 días**, cerca del nivel prepandemia.

Si el tiempo de espera supera el umbral máximo establecido por las diferentes leyes de garantía, el sistema público puede tener que generar partidas presupuestarias para cubrir la asistencia en la sanidad privada, si así lo solicita el paciente.

Evolución del número de pacientes en espera (total nacional de todas las especialidades)

Diciembre 2016 - Diciembre 2021



Tiempo medio de espera (total nacional)

Diciembre 2016 - Diciembre 2021



(1) Proyecto Venturi: Lista de espera consulta de especialidades y quirúrgica junio 2021.

(2) Los datos de diciembre 2021 se han obtenido del Ministerio de Sanidad: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.

Anexo III: lista de espera quirúrgica

PORCENTAJE DE PACIENTES EN ESPERA MÁS DE 6 MESES

El porcentaje de pacientes que sobrepasan los tiempos máximos garantizados es un dato de calidad asistencial, seguridad en la asistencia y satisfacción del paciente, además de determinar posibles costes financieros extraordinarios. En este caso, se observa de nuevo que tras recuperar el nivel prepandemia, a finales del 2021 se superó, alcanzando el **20,3% de pacientes**.

ACTIVIDAD ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Se puede observar que el número de intervenciones quirúrgicas tiende a aumentar en el periodo analizado tanto en el ámbito público como en el privado. No obstante, en el año de la pandemia, se redujeron, siendo la disminución mayor en el sector privado.

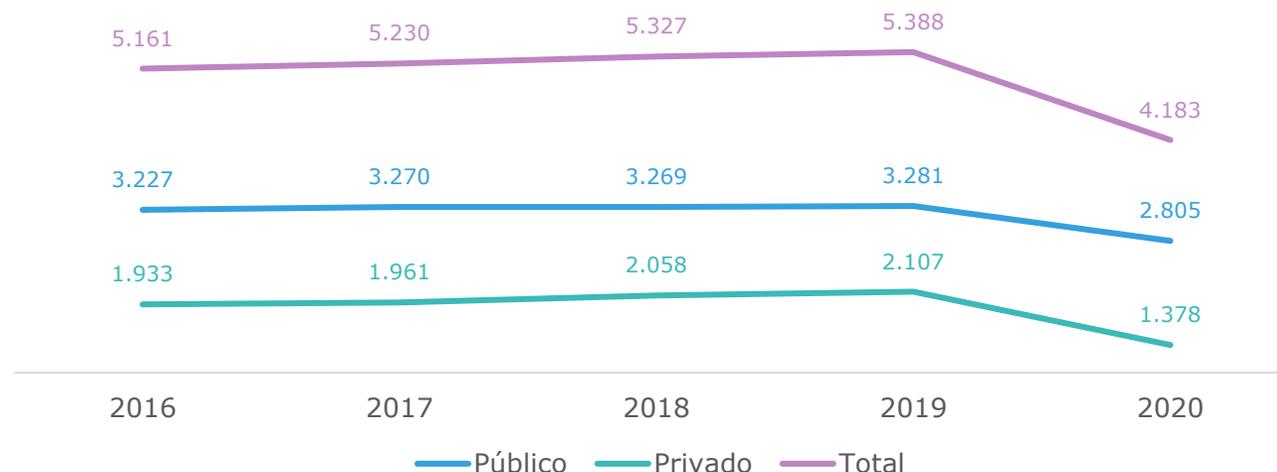
Porcentaje de pacientes en espera por más de 6 meses (total nacional de todas las especialidades)

Diciembre 2016 - junio 2021



Intervenciones quirúrgicas (público vs privado)

2010 - 2020 (Miles de intervenciones)



(1) Proyecto Venturi: Lista de espera consulta de especialidades y quirúrgica junio 2021.

(2) Los datos de diciembre 2021 se han obtenido del Ministerio de Sanidad: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud.

Anexo IV: Partida presupuestaria de servicios con medios ajenos

Comunidad Autónoma	Atención especializada no especificada	Atención primaria	Atención sociosanitaria	Diagnóstico por imagen	Drogodependencia	Hemodiálisis	Hospitalización	Medicación hospitalaria	Oncología y Radioterapia
Andalucía	-	-	-	19.732.709	-	72.786.894	-	-	5.823.218
Aragón	-	-	-	2.734.304	-	2.855.121,61	-	-	-
Asturias	80.120.914	-	-	-	-	6.455.000	-	-	-
Baleares	65.078.856	1.610.438	-	223.899	-	8.740.189	-	-	-
Canarias	-	-	-	15.406.740	-	22.200.660	-	-	-
Cantabria	13.290.000	99.820	-	124.040	-	4.057.880	-	-	-
Castilla-La Mancha	-	-	-	5.003.570	-	15.808.050	2.469.820	-	14.409.040
Castilla y León	33.074.996	-	-	2.599.738	-	7.622.737	-	-	-
Cataluña	5.863.785	367.897.954	0	-	-	117.326.048	2.843.146.672	493.259.938	-
Extremadura	19.044.626	2.010.000	-	8.002.942	-	11.940.000	-	-	-
Galicia	137.923.956	-	-	3.167.000	-	24.512.445	-	-	-
La Rioja	9.794.169	-	-	-	-	0	-	-	-
Madrid	723.499.543	2.600.000	-	26.346.929	16.147.809	25.218.236	-	-	-
Murcia*	1.845.183	-	-	16.422.608	-	18.684.942	22.806.091	-	2.720.091
Navarra	-	-	16.147.071	-	-	2.220.000	662.642	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Valencia	185.763.560	-	-	-	-	49.249.890	351.919.880	-	-
Total	1.275.299.588	374.218.212	16.147.071	99.764.479	16.147.809	389.678.092,61	3.221.005.105	493.259.938	22.952.349

* Datos de 2020, último año disponible

Anexo IV: Partida presupuestaria de servicios con medios ajenos

Comunidad Autónoma	Otros no especificado	Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Procedimientos quirúrgicos	Rehabilitación y fisioterapia	Reproducción Asistida	Salud Mental	Terapia respiratoria	Transporte sanitario	TOTAL
Andalucía	242.837.027	1.030.259	10.174.773	281.258	-	-	33.652.232	153.954.334	540.272.704
Aragón	41.425.581,60	-	-	-	-	-	9.246.719,70	27.973.625,16	84.235.352,07
Asturias	2.135.000	-	-	910.395	-	-	8.130.000	26.633.260	124.384.569
Baleares	93.043.775	-	-	-	-	-	7.760.077	13.372.000	189.829.234
Canarias	161.496.313	888.518	-	9.953.393	-	-	8.205.556	175.944	218.327.124
Cantabria	1.543.412	-	-	-	-	-	2.658.000	5.035.138	26.808.290
Castilla-La Mancha	3.028.210	2.144.180	17.101.800	49.990	1.705.950	-	15.067.200	93.522.810	170.310.620
Castilla y León	9.821.962	2.785	-	2.677.079	-	-	14.046.909	81.151.874	150.998.080
Cataluña	-	-	-	29.341.656	-	472.212.191	40.407.241	344.467.520	4.713.923.005
Extremadura	1.900.000	5.331.585	-	-	-	-	50.000	40.413.500	88.692.653
Galicia	9.882.185	71.000	-	639.652	-	-	12.273.200	30.830.394	219.299.832
La Rioja	2.054	-	-	47.925	-	-	-	2.042.000	11.886.148
Madrid	2.299.443	-	-	4.130.872	-	32.780.210	-	52.044.584	885.067.626
Murcia*	8.290.861	54.591	20.540.600	2.378.085	1.045.202	-	10.225.426	34.265.007	139.278.687
Navarra	14.289.000	3.277.082	17.830.096	-	-	1.716.521	4.120.523	18.363.000	78.625.935
País Vasco	111.183.184	-	-	-	-	33.349.769	-	75.126.303	219.659.256
Valencia	3.643.930	-	-	-	-	-	-	-	590.577.260
Total	706.821.937,60	12.800.000	65.647.269	50.410.305	2.751.152	540.058.691	165.843.083,70	999.371.293,16	8.452.176.375,07

* Datos de 2020, último año disponible



**Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad**

Calle Magallanes, 34,
Local comercial, 28015,
Madrid

91 790 67 56

91 790 68 69

info@fundacionidis.com



Aportación del sector privado al sector
sanitario
Documento Propiedad Intelectual del
Instituto para el Desarrollo e Integración
de la Sanidad (IDIS)
Documento Elaborado por: Accenture
Fecha de Publicación del capítulo:
21/09/2022

Titulares

- El primer artículo del anteproyecto de la ley de equidad es el que **mayor impacto** tiene en la colaboración privada – pública y en la atención al paciente. Esto se debe a que **establece la colaboración como excepcional**, sólo posible en casos justificados.
- En 2020, los **hospitales privados con conciertos** de algún tipo llevaron a cabo el **16% (574 mil) de las intervenciones quirúrgicas** del total de la pública.
- La desaparición de la colaboración privada pública podría aumentar las listas de espera de **primeras consultas** en un **153%**, dilatando el tiempo medio de espera en **58 días**. Por su parte, se estima que las listas de espera **quirúrgicas** podrían aumentar en un **102%**, alargando el tiempo medio de espera en **75 días**.
- Se estima que el retraso en la firma de conciertos y su disminución podría aumentar la **ocupación hospitalaria desde el 70,6% actual hasta el 85%**.
- La reducción de conciertos podría suponer un **aumento de coste para el sistema sanitario público** de al menos **1.100 millones de euros**.