

Posicionament estratègic del CHC.

Grup 1. El model de finançament del sistema sanitari.

Components del grup: J.M. Brunet, T. López, S. Marimon, J. Berenguer, E. Mangas, E. Casadevall, M. Reventos,

Coordinador: I. Vargas

Expert: J. Puig



Consorci Hospitalari de Catalunya

Av. Tibidabo, 21
08022 Barcelona
Tel. 93 253 18 20
Fax. 93 211 01 43

Índex

0. Resum executiu	1
0.1. Primera part: El model de finançament del Sistema Nacional de Salut	1
0.2. Segona part. El model de finançament autonòmic de la sanitat.	2
1. Introducció.	4
2. Primera part: El model de finançament del Sistema Nacional de Salut...5	
2.1. La situació actual i futura del model de finançament de l'SNS.	5
2.2. Avaluació de les tendències i alternatives actuals.	6
2.2.1. Reformes destinades a millorar l'eficiència.	6
2.2.2. Reformes destinades a augmentar el finançament públic.	7
2.2.3. Reformes destinades a augmentar el finançament privat.	9
2.2.4. Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries.	10
2.3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament del Sistema Nacional de Salut.	11
2.3.1. Reformes destinades a millorar l'eficiència de la despesa sanitària pública (fer més amb menys).....	11
2.3.2. Reformes destinades a augmentar el finançament públic de la despesa sanitària (fer més amb més).....	12
2.3.3. Reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària (fer més amb més).....	13
2.3.4. Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries públiques.	15
3. Segona part : El model de finançament autonòmic de la sanitat.	16
3.1. La situació actual del model de finançament autonòmic de la sanitat. ...	16
3.2. Avaluació de les alternatives de finançament autonòmic de la sanitat. ...	18
3.2.1 El model de la línia de la despesa.	19
3.2.2. La "línia ingressos": obertura d'un espai fiscal.	19
3.3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament autonòmic de la sanitat.	20
3.3.1. El model de millora de la línia de la despesa.	21
3.3.2. El model d'espai fiscal.	22
4. Conclusions.	25
5. Consideracions finals	25
6. Bibliografia.....	26

0. Resum executiu

0.1. Primera part: El model de finançament del Sistema Nacional de Salut

1. El finançament públic a l'any 1997 va assolir un nivell equivalent al 5,5% del PIB, essent inferior a la mitjana de la UE en 0,3 punts (6,1% a la UE). Aquesta situació, quan tenim en compte el diferencial de renda entre l'Estat espanyol i la UE, equival a dir que el finançament públic per persona al nostre país equival al 99,4% del que ens pertocaria d'acord amb la relació renda per càpita/finançament sanitari a la UE (la norma europea). Per tant, des d'aquest punt de vista, el finançament sanitari públic és suficient en relació a la norma europea.
2. El finançament de la sanitat pública, té cabuda dins de les previsions macroeconòmiques de creixement del PIB? La prestació real mitjana per persona va créixer a raó d'un 6,05% entre 1987 i 1995. Amb un creixement real del PIB esperat del 2,5% del PIB fins a l'any 2005 i descomptant l'efecte de l'envelliment de la població i dels preus relatius de la sanitat (inflació diferencial), restarien com a molt 1,5 punts per a la prestació real mitjana, el que representa una xifra bastant inferior a les dades recents. Això és el que permet afirmar que molt previsiblement el sector públic tindrà problemes per a mantenir el ritme de creixement de la despesa sanitària pública en el futur proper (insuficiència financera o "gap" entre la oferta pública i la demanda).
3. Les alternatives davant de la insuficiència financera es poden agrupar en quatre categories:
 - a) Reformes destinades a millorar l'eficiència de la despesa sanitària.
 - b) Reformes destinades a augmentar el finançament públic de la despesa sanitària.
 - c) Reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària.
 - d) Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries
4. Les mesures per millorar l'eficiència permeten, amb el mateix nombre de recursos, donar més atenció sanitària, nous serveis o els mateixos però amb més qualitat. Per tant, ajuden a reduir l'impacte del "gap" financer del sistema sanitari. Malgrat això, no creiem que aquestes millores puguin ser suficients per a cobrir la insuficiència financera.
5. Tant el marc pressupostari de la UE, com l'evolució dels sistemes fiscals a Europa, conformen un escenari que limita considerablement els augments de la pressió fiscal general i de la directa. No obstant, considerem que hi ha marge per a la recaptació fiscal per altres vies: mesures de control del nivell del frau fiscal a impostos com l'IVA, afavorir el creixement d'impostos especials (sobre el tabac, alcohol, hidrocarburs), potenciar l'ús de la fiscalitat ambiental,...

6. Sembla difícilment raonable fer recaure el pes de la sostenibilitat financera del sistema sanitari sobre els copagaments. No obstant, creiem que al nostre país existeix un marge per utilitzar selectivament els copagaments com instrument per desincentivar serveis i usos poc efectius, reconduir la demanda i, en alguns casos, per a recaptar ingressos. L'aplicació de copagaments té importants costos polítics, per tant recomanem que els ingressos dels copagaments vagin destinats al finançar serveis concrets i visibles a nivell local per aconseguir major acceptació pública.
7. Davant la mancança de recursos, tots els sistemes sanitaris (públics i privats) apliquen mesures de racionament explícits o implícits. Creiem que la inexistència de un exercici públic i explícit de prioritització produeix decisions amb un elevat component d'arbitrarietat i inequitat. Els criteris de prioritització haurien de sorgir dels usuaris i dels professionals del sistema. Per tant, convé deixar clar davant l'opinió pública que la prioritització és inevitable, que avui hi ha racionament i que si no es participa, hi ha molt a perdre.

0.2. Segona part. El model de finançament autonòmic de la sanitat.

1. No es pot pas dir que l'actual sistema de finançament sigui un model únic: en realitat en cadascun dels traspassos s'ha improvisat el sistema, de manera que hi ha hagut una multiplicitat de sistemes "ad-hoc" per a cada Comunitat Autònoma.
2. L'aplicació del sistema de finançament autonòmic s'ha fet sobre la base d'un pressupost global a distribuir que tots els agents reconeixen que és insuficient. Aquest fet ha estat només parcialment corregit pels acords de finançament posteriors a 1994.
3. La distribució del pressupost entre les CC.AA. de règim comú ha tendit a basar-se com a principal criteri en la capitació simple sense ajustar, la qual cosa dificulta sobremanera el tancament del model, és a dir, completar el procés de descentralització a totes les Comunitats.
4. L'objectiu de control del creixement de la despesa sanitària pública s'ha vist contínuament perjudicat per la manca de corresponsabilitat fiscal que impera en el sistema vigent de finançament territorial.
5. La capacitat d'exercir el dret a l'autonomia es troba limitat pel propi mecanisme de finançament sanitari públic que no reconeix el "dret" a proporcionar uns nivells de prestació sanitària real per persona més elevats en aquelles comunitats on la demanda de serveis és més elevada (i que disposen d'un finançament públic més reduït en relació al seu nivell de renda), sempre que aquest fet s'acompanyi del corresponent grau de corresponsabilització en el finançament de la despesa pública.

6. L'actual sistema de repartiment emprat a España força a una convergència en la despesa pública per càpita, per a regions amb diferències notables en la seva renda per càpita. Així, per exemple, la proporció que representa la despesa pública en sanitat en relació al PIB a Catalunya és 1,7 punts inferior a la mitjana estatal a 1997. Aquesta tendència distància les regions espanyoles del patró europeu de convergència observada en els països de la OCDE cap la relació entre renda i despesa. A l'any 1997, la despesa sanitària pública per càpita a Catalunya equival al 61,4% de la que correspondria si aquesta s'acostés a la "norma" europea.
7. Dos són els models que proposem per a reformar el model de finançament autonòmic de la sanitat. El primer fa referència a un major aprofundiment en la línia actual d'assignació territorial d'una subvenció central tancada a les regions (línia despesa), millorant el mecanisme de distribució. El segon model alternatiu es situaria dintre de la via de major autonomia financera de les regions (línia ingrés o d'espai fiscal). En aquest cas el govern central garantiria un finançament bàsic, a la vegada que obriria marges a les regions per a complementar aquest finançament mitjançant un esforç fiscal addicional.
8. En relació al model de millora de la línia actual de la despesa, recomanem ajustar la assignació capítativa amb les següents variables:
 - a) L'envelliment demogràfic relatiu, ateses les diferències en l'estructura d'edats de les regions i les elevades diferències relatives en el consum sanitari per interval d'edat.
 - b) Els fluxos de desplaçats, establint un mecanisme de compensacions mútues entre Comunitats.
 - c) Els costos addicionals que genera la docència i la investigació.
8. L'opció de possibilitar un espai fiscal implica complementar la via de finançament basada en mecanismes de distribució de la despesa amb l'ús de la capacitat tributària pròpia de cada CC.AA. per a determinar el finançament dels seus serveis sanitaris. Aquesta opció suposa l'exercici de la competència autonòmica pel costat dels ingressos. L'obertura d'un espai fiscal reduiria la dependència del finançament autonòmic de les pràctiques pressupostàries i financeres de l'Administració Central tot implicant una "devolució" de la capacitat de decisió sobre polítiques de despesa als parlaments autonòmics.
9. Una opció més ambiciosa, però que creiem que a mig termini és la més operativa, passaria per la integració del finançament de la sanitat en el finançament autonòmic general, mantenint la població com a criteri de repartiment. Aquest model augmentaria, en primer lloc, la capacitat de gestió i decisió de les autonomies en l'assignació de recursos a les diferents línies de despesa (educació, sanitat, serveis socials,...) i, en segon lloc, la seva corresponsabilització fiscal.

1. Introducció.

Durant aquestes darreres dècades, la insuficiència financera s'ha convertit en un dels problemes més rellevants i complexos del sistema sanitari públic. D'una banda, els criteris de la UE en relació a les finances públiques i l'acord del "Consejo de Política Fiscal y Financiera" respecte al creixement de la despesa sanitària pública, imposen uns límits al creixement del finançament públic sanitari. D'altra banda, una sèrie de factors com la innovació tecnològica, l'extensió de la cobertura sanitària pública, l'envelliment de la població i el creixement del preus sanitaris, originen una despesa sanitària més elevada.

D'aquest escenari es deriva que el principal repte de la política sanitària en els propers anys, serà gestionar aquest "gap" entre la demanda creixent de serveis sanitaris i la capacitat de finançament sanitari.

Aquest document analitza les diferents alternatives de finançament davant la insuficiència financera del sistema sanitari, tant a nivell estatal com autonòmic, i proposa una sèrie de mesures per a reduir el "gap" financer.

En la primera part s'analitzen, en primer lloc, el grau d'insuficiència financera actual i futur del Sistema Nacional de Salut, atenent als factors que impulsen el creixement de la despesa sanitària pública. A la vista dels problemes de sostenibilitat, a continuació s'avaluen les fonts alternatives de finançament i el que es pot o no esperar d'elles. Finalment, es fan recomanacions respecte als instruments de finançament alternatius.

En la segona part, s'estudia el model actual de finançament autonòmic de la sanitat, les alternatives que ofereix l'anàlisi de l'experiència comparada i en últim lloc, es fan propostes per a millorar el sistema de finançament sanitari de les Comunitats Autònomes.

2. Primera part: El model de finançament del Sistema Nacional de Salut.

2.1. La situació actual i futura del model de finançament de l'SNS.

Per tal d'aproximar-nos a la qüestió de la suficiència o insuficiència financera de l'SNS, convé, en primer lloc, observar la situació espanyola en quant al nivell de despesa pública sanitària que avui es finança amb recursos públics (anàlisi estàtica). En segon lloc, resulta necessari observar els factors de creixement de la despesa per tal de preveure el seu impacte en el futur i derivar així la tendència en les necessitats de finançament (anàlisi dinàmica).

El finançament públic a l'any 1997 va assolir un nivell equivalent al 5,5% del PIB, essent inferior a la mitjana de la UE en 0,3 punts (6,1% a la UE). Aquesta situació, quan tenim en compte el diferencial de renda entre l'Estat espanyol i la UE, equival a dir que el finançament públic per persona al nostre país equival al 99,4% del que ens pertocaria d'acord amb la relació renda per càpita/finançament sanitari a la UE (la norma europea¹). Per tant, des d'aquest punt de vista, **el finançament sanitari públic és suficient** en relació a la norma europea.

El futur de les necessitats de finançament sanitari públic es troba influenciat per la dinàmica de les forces que impulsen el creixement de la despesa sanitària pública. Aquest creixement es pot descomposar en els següents factors explicatius: la taxa de cobertura sanitària (el nombre de persones protegides), el factor demogràfic (l'envelliment), l'índex de preus sanitaris (inflació general i diferencial de la sanitat) i la prestació sanitària mitjana per persona (augment de la utilització i intensitat de recursos per càpita). En el període 1987-1995 la despesa sanitària pública ha crescut a raó d'un 13,2% anual. Aquest creixement es podria descomposar de la següent manera (taxes de creixement anual acumulatiu):

▪ índex de preus sanitaris	5,46%
▪ taxa de cobertura sanitària	0,49%
▪ factor demogràfic	0,68%
▪ prestació real mitjana	6,05%

Descomptant l'efecte de la inflació en el creixement de la despesa finançada públicament, **la principal causa de creixement durant aquest període ha estat el creixement de la utilització de recursos per persona** (prestació sanitària real per persona): els individus freqüenten més els serveis sanitaris, se'ls realitza més intervencions i actes mèdics, i en aquestes intervencions i actes mèdics es fan servir cada vegada més recursos. Un dels principals

¹ L'economia de la salut ha mostrat repetidament que la millor manera per a predir les aspiracions i demandes socials en els països desenvolupats en quant a serveis sanitaris és a partir de la seva renda per càpita. La "norma" europea seria el finançament capitiu públic que ens pertocaria atès el nostre nivell de renda.

factors responsables del creixement de la prestació sanitària mitjana es troba en l'impacte de la tecnologia en el mercat sanitari.

El finançament de la sanitat pública es troba sotmès a restriccions macroeconòmiques que, en bona mesura es poden considerar exògenes. Per una banda, el "Consejo de Política Fiscal y Financiera" ha acordat que la despesa sanitària pública pot créixer com a màxim tant com el PIB nominal. D'altra banda, la restricció pressupostària que suposen els criteris de la UE en relació a les finances obliga a limitar el finançament si aquest no va acompanyat de la reducció en altres despeses o de major pressió fiscal.

El finançament de la sanitat pública, té cabuda dins de les previsions macroeconòmiques de creixement del PIB? Amb un creixement real del PIB esperat del 2,5% del PIB fins a l'any 2005 i descomptant l'efecte de l'envelliment de la població i dels preus relatius de la sanitat (inflació diferencial), restarien com a molt 1,5 punts per a la prestació real mitjana, el que representa una xifra bastant inferior a les dades recents. Això és el que permet afirmar que **molt previsiblement el sector públic tindrà problemes per a mantenir el ritme de creixement de la despesa sanitària pública en el futur proper** (insuficiència financera o "gap" entre l'oferta pública i la demanda).

2.2. Avaluació de les tendències i alternatives actuals.

Les alternatives davant de la insuficiència financera es poden agrupar en quatre categories:

1. Reformes destinades a **millorar l'eficiència** de la despesa sanitària pública (fer més amb el mateix).
2. Reformes destinades a **augmentar el finançament públic** de la despesa sanitària (fer més amb més).
3. Reformes destinades a **augmentar el finançament privat** de la despesa sanitària (fer més amb més).
4. Reformes destinades a **racionalitzar i prioritzar** les prestacions sanitàries públiques.

2.2.1. Reformes destinades a millorar l'eficiència.

La necessitat d'exigir eficiència en la utilització dels serveis finançats pel sector públic resulta imprescindible en qualsevol context. Nombrosos estudis empírics han aportat evidència sobre el grau d'ineficiència relativa en els hospitals i en els centres d'atenció primària del país. D'altra banda, la ja també notable evidència sobre utilització inapropiada posa de relleu les notables oportunitats per a la millora de l'efectivitat.

En relació a les polítiques de millora de l'eficiència aplicats al Sistema Nacional de Salut, s'ha abusat de les mesures de control de preus amb resultats més que discutibles. Ens referim, per exemple, a les mesures de control salarial i de preus de medicaments. Insistir en la política de preus dels "inputs" només té efectes a curt termini, produeix augments de la quantitat (plantilles, unitats

consumides de medicaments,...), fent encara més difícil d'abordar el problema (és més difícil reduir plantilles que congelar els salaris del personal estatutari).

Les línies més evidents per a incidir en la reducció del creixement de la despesa pública a través de la millora de l'eficiència (fer més amb el mateix o amb menys) són mesures que impliquen reformes micro: la racionalització del consum de medicaments; les millores de gestió basades en el trasllat de risc efectiu al decisor, integració i coordinació de nivells assistencials, augment de la resolució de l'atenció primària, la incentivació de tecnologies més "barates" si s'utilitzen correctament: cirurgia ambulatoria, medicaments genèrics; la flexibilització de la gestió de recursos humans.

Però no sempre les mesures per a millorar l'eficiència es tradueixen en una disminució de la despesa sanitària. En molts casos suposen un increment com a resultat de la major demanda i de la major qualitat del serveis. Resulta un fet comú a tots els països europeus que l'augment de la despesa sanitària i de les seves expectatives excedeixi els estalvis que es poden aconseguir amb millores d'eficiència. Aquesta situació produeix un "gap" creixent entre el que cada país es pot permetre i el que és possible i desitjable, i aquest és un "gap" que no sembla pas que s'hagi de reduir en el futur.

2.2.2. Reformes destinades a augmentar el finançament públic.

Les fonts alternatives de finançament públic possibles per a la sanitat podrien ser de dos tipus:

- a. polítiques de **redistribució interna** entre programes de despesa pública, i
 - b. augment de la **recaptació impositora**.
- a. La redistribució interna entre programes implica identificar programes de despesa que poden ser objecte de reducció per a finançar una major despesa pública en sanitat. Per tal de garantir l'eficiència, la redistribució hauria de produir-se des dels programes públics amb una pitjor relació cost/benefici cap a aquells més eficients (millor relació cost/resultat). Ara bé aquesta redistribució presenta alguns problemes:
- no existeix suficient informació (anàlisi cost-benefici) objectiva per a la majoria d'activitats públiques que donen llocs a resultats ("outcomes") molt diferents, i
 - la valoració política i social "d'outcomes" molt diferents (justícia "versus" escoles bressol, per exemple) dificulta aquesta comparació i pot impedir precisament la redistribució.
 - les decisions d'assignació de recursos entre programes amb activitats molt diferents es troben molt influenciades per les consideracions relatives a qui són els beneficiaris dels programes i als criteris d'equitat adoptats.
- b. Abans d'entrar en les alternatives per a incrementar la recaptació fiscal convé considerar que **el futur del sistema tributari es troba molt**

condicionat pel marc pressupostari de la UE (escenaris de consolidació fiscal i financera). Les pautes comunes observades en les reformes fiscals recents a la UE mostren que:

- En relació a la tributació sobre la renda, es produeix una reducció de tipus marginals i del nombre de trams, una disminució de les deduccions fiscals i la caiguda de la pressió fiscal directa com a resultat de la mobilitat internacional del capital.
- En relació a la imposició indirecta, es produeix un augment dels impostos especials i la creació de nous impostos mediambientals.

Aquestes pautes **limiten clarament la possibilitat de augmentar la pressió fiscal general i la directa**².

Les oportunitats d'incrementar la recaptació en aquest context europeu cal situar-les de manera selectiva en dos tipus d'instruments, ja sigui a nivell estatal o autonòmic:

- la imposició indirecta sobre la despesa i molt en concret els **impostos especials**³,
- **els impostos mediambientals**,

Els impostos especials graven en el nostre país el consum de tabac, d'alcohol, els hidrocarburs i l'adquisició de mitjans de transport. L'argument principal per a afavorir el creixement d'aquests impostos, és que ajuden a la internalització de les externalitats negatives (incloent les sanitàries) que el consum de determinats béns suposen⁴. Ara bé, l'augment dels impostos especials també equival a empitjorar la progressivitat del sistema fiscal espanyol ja que aquests impostos són regressius: recauen més, en termes proporcionals, sobre els grups de renda més baixa que no pas sobre els de renda més elevada.

La **fiscalitat ambiental** a l'àmbit de estatal és gairebé inexistent. Es tracta d'un instrument fiscal molt subdesenvolupat al nostre país en relació, per exemple, als països nòrdics. En l'àmbit estatal només hi ha algunes taxes i contribucions especials (cànon sobre vessaments i de regulació i utilització de l'aigua), i no existeixen impostos sobre emissions contaminants.

² Segons les darreres dades comparatives publicades per Eurostat, la pressió fiscal a l'Estat espanyol va ser del 35,5% del PIB a 1996 davant del 42,3% a la UE. Ara bé, quan la pressió fiscal es posa en relació amb el nivell de renda per càpita, l'Estat espanyol es troba només lleugerament per sota de la "norma europea".

³ El problema específic del sistema fiscal espanyol amb l'IVA es troba en l'elevat nivell de frau. La recaptació per IVA a Espanya equival al 5,8% del PIB mentre que, per exemple, a Dinamarca és del 10% del PIB i a Grècia del 9,6%.

⁴ Cal observar que alguns estudis han mostrat, per exemple, que l'impost especial sobre el tabac a l'Estat espanyol podria ser en l'actualitat superior al cost social de l'externalitat negativa que ocasiona el tabac.

2.2.3. Reformes destinades a augmentar el finançament privat.

L'augment del finançament privat de la sanitat pot fer-se a través de dos tipus de vies:

- a) l'ús de **preus públics** (copagament o tiquet moderador), i
- b) les **assegurances privades** incentivades fiscalment.

- a) En aquests moments, **l'Estat espanyol és el país membre de la UE en el que s'apliquen menys copagaments**: exclusivament en els medicaments dels treballadors actius i els seus beneficiaris i en tots els beneficiaris de Muface. La proporció dels medicaments finançada mitjançant copagament resulta fortament decreixent en el temps a causa de l'elevada concentració en els pensionistes, exclosos del copagament en el cas de la Seguretat Social.

La finalitat dels copagaments o mecanismes de costos compartits és la de desanimar la utilització "frívola" dels serveis (reduir el risc moral), incentivar les tecnologies de menors costos i reduir la pressió financera sobre el pressupost públic. No obstant, la seva aplicació als serveis sanitaris es troba amb problemes importants, que van més enllà dels costos polítics que la seva implantació suposa. Els principals problemes atribuïts als costos compartits en sanitat són, en primer lloc, la pèrdua de benestar per la reducció tant de la utilització necessària com innecessària, i en segon lloc, el foment de la inequitat atesa l'elevada correlació entre renda i estat de salut; en aquest sentit, es podria tractar-se d'un **"impost sobre els pobres"**.

Els resultats dels costos compartits a Europa mostren una efectivitat molt reduïda, la qual cosa permet mirar amb escepticisme els seus resultats. La revisió de l'experiència comparada durant la dècada dels 90 permet observar que:

- els costos compartits de **"baixa intensitat"** (valor monetari testimonial) pràcticament no afecten al consum, i, en canvi, en alguns casos poden suposar elevats costos d'administració del sistema de recaptació;
 - els costos compartits d'"**alta intensitat**" (França) han tingut una influència reduïda sobre el consum a causa de la compra d'assegurances per part dels individus;
 - quan afecten el consum, l'efecte dels copagaments no distingeix els serveis efectius dels inefectius;
 - i la capacitat de recaptació ha estat sensiblement minorada per nombroses exempcions i pels elevats costos d'administració.
- b) Els escenaris possibles per **obrir el finançament privat a través d'assegurances privades**, són diversos, entre d'altres:
- un model d'assegurament públic que es restringeix a les prestacions que considera bàsiques i que només finança les prestacions

complementàries per a col·lectius amb una major necessitat i sense recursos econòmics suficients;

- un model que possibiliti l'assegurament lliure per a col·lectius que superin un determinat nivell de renda, i assegurament obligatori finançat públicament per a la resta de col·lectius.

2.2.4. Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries.

El **racionament** equival a la restricció de l'oferta, de manera implícita o explícita, quan es produeix un excés de demanda o bé quan els mecanismes de mercat no donen lloc a un equilibri. En canvi, **prioritzar** implica determinar qui va primer o bé, quina és la proporció de recursos dedicada a un individu, grup de població o servei. El racionament es pot dur a terme de manera arbitrària o bé en base a un exercici explícit i sistemàtic de priorització. En un sistema sanitari públic l'única alternativa a la priorització implícita és la delimitació de les prestacions (lògica de l'assegurament).

L'escassetat de recursos sota la qual es prenen decisions d'assignació és la responsable que, d'una manera o d'una altra, prendre decisions impliqui prioritzar. En la gestió clínica i sanitària habitual es produeixen exercicis de racionament i priorització amb un elevat component d'arbitrarietat. Entre les formes de racionament i priorització més freqüents hi podem trobar: les llistes d'espera, les restriccions directes a l'accés, per exemple, a través de reduïts horaris d'atenció al públic; un estàndard de qualitat suficientment baix com per a dissuadir als usuaris; priorització objectiva o subjectiva basada en criteris de necessitat (per exemple, en serveis d'urgència saturats), segons la probabilitat de beneficiar-se de l'atenció (per exemple, reduint l'accés dels fumadors a determinats tractaments);

Les **experiències internacionals en la introducció d'un catàleg de prestacions** comencen a oferir un marc interessant per a valorar el paper potencial d'aquest tipus d'instrument de priorització explícita, en el cas espanyol. Les experiències de mesures polítiques d'aquest tipus més rellevants són les d'Holanda (comitè "Choices for Healthcare"), Oregón als Estats Units (comissió estatal de sanitat per a establir prioritats als programa "Medicaid"), Regne Unit i Nova Zelanda (comitè governamental per a elaborar un catàleg públic). Les principals conclusions obtingudes d'una revisió d'aquestes experiències són les següents:

- a. la complexitat del tema exigeix un enfocament estratègic per a la seva aplicació (actuació diferenciada per a la introducció de la racionalització en els diferents nivells de decisió del mercat sanitari);
- b. la priorització de serveis es pot basar en una exclusió de serveis (com va ser el cas d'Oregón), o bé en la seva racionalització mitjançant línies d'actuació o "guidelines" (cas de Nova Zelanda); el cas holandès seria una combinació d'ambdós;
- c. existeix consens sobre la insuficiència d'establir la priorització com a un simple exercici tècnic, com en el cas dels QALY's, malgrat la seva

- contribució informativa al procés de priorització ja que conté judicis de valor que han de ser revisats per la opinió pública;
- d. s'observa una necessitat de legitimació de les decisions de racionament i priorització, amb una tendència a introduir processos més explícits de priorització, el que assegura un millor rendiment de comptes de les decisions públiques;

El **catàleg de prestacions a Espanya** ha suposat l'exclusió explícita de serveis sanitaris com la psicoanàlisi, les cures pal·liatives, les malalties o malformacions congènites, etc. El catàleg presenta alguns problemes importants que el situen a molta distància dels experiments de racionalització i priorització, entre els quals distingim, d'una banda, els problemes d'operativitat, derivats de la imprecisió tant dels serveis inclosos com de les condicions de prestació, i d'altra banda, la definició centralitzada de serveis que entra en contradicció amb la lògica de la descentralització de la gestió sanitària a les Comunitats Autònomes.

2.3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament del Sistema Nacional de Salut.

A continuació s'exposaren les recomanacions del grup de treball en relació a cadascuna de les alternatives de finançament del SNS.

2.3.1. Reformes destinades a millorar l'eficiència de la despesa sanitària pública (fer més amb menys).

Les mesures destinades a millorar l'eficiència s'han de aplicar en qualsevol context. No cal observar insuficiència financera per a exigir l'eficiència en la utilització de serveis. Ara bé, creiem que quan existeix un "gap" financer, la millora de l'eficiència es torna més important i adquireix la condició de necessària per justificar ante l'opinió pública, l'implementació d'altres fons de finançament com els copagaments.

Davant l'existència d'importants borses d'ineficiència al sistema sanitari les estratègies més evidents per a la millora de l'eficiència són les següents:

A l'àmbit macro (regulador, finançador, comprador):

- Finançar e incentivar el ús de serveis i productes sanitaris més efectius, eficients i adequats (tecnologies, medicaments, cirurgia ambulatoria, hospitalització domiciliària programada, prevenció i promoció ...).
- Seguint aquesta línia, incentivar la integració i coordinació de dispositius assistencials, potenciar l'atenció primària com "gatekeeper" del sistema.
- Reconversió de l'oferta per adequar-la a les necessitats, per exemple, reconvertint llits d'aguts en sociosanitaris, hospital de dia,...
- Incentivar la gestió eficient dels recursos a l'àmbit micro traslladant el risc basat en resultats al decisor.
- Implementar mesures que permetran la flexibilització de la gestió del recursos humans.

A l'àmbit micro (proveïdor)

- Millorar la gestió efectiva i eficient dels recursos. Això requereix eines de gestió clínica, incentius als professionals vinculats a resultats, reenginyeria de processos, responsabilització per part dels centre dels seus pressuposts i objectius de salut, formació continuada dels professionals,...
- Promocionar la coordinació entre nivells mitjançant la formació continuada, mecanismes de referència i contrareferència, protocols conjunts,...
- Potenciar mètodes d'atenció alternatius a la institucionalització innecessària (teleassistència, ajuda a domicili,...).

Les mesures per millorar l'eficiència permeten, amb el mateix nombre de recursos, donar més atenció sanitària, nous serveis o els mateixos però amb més qualitat. Per tant, ajuden a reduir l'impacte del "gap" financer del sistema sanitari. Malgrat això, no creiem que aquestes millores poden ser suficients per a cobrir la insuficiència financera. En primer lloc, existeixen importants rigideses que dificulten la implementació de mesures d'eficiència que impliquen la reassignació, tant territorial com entre nivells d'atenció, de recursos econòmics i humans. En segon lloc, moltes de les millores d'eficiència es poden traduir en increments de despesa com a resultat de la major demanda i qualitat del serveis. Finalment, les expectatives de la població respecte als beneficis que en termes de salut pot oferir per exemple, la tecnologia, són cada vegada majors.

Per tant, les mesures d'eficiència són necessàries, no obstant, **no es pot deixar a aquest instrument la cobertura exclusiva de les demandes creixents de finançament.**

2.3.2. Reformes destinades a augmentar el finançament públic de la despesa sanitària (fer més amb més).

2.3.2.1. Polítiques de redistribució interna entre programes de despesa pública.

Una opció per a finançar una major despesa pública en sanitat podria ser la transferència de recursos des de altres programes (educació, defensa,...). Quant aquesta font de finançament creiem que s'han de tenir en compte els següents aspectes:

- Abans de exigir una transferència entre programes de despesa pública, se hauria de començar reassignant recursos dins del propi sistema sanitari: per exemple des d'atenció especialitzada cap a atenció primària i sociosanitària, des d'urgències cap a programes de millora de qualitat de vida⁵.
- Una redistribució es fa sota criteris de eficiència, no té per què conduir a un increment del finançament sanitari. Al contrari, podria suposar transferir recursos des de sanitat cap a altres àrees amb una millor relació cost/resultat (per exemple, el cost per any de vida guanyat d'intervencions

⁵ Es calcula que més de la meitat de la despesa pública sanitària es destina a tractaments al últim més de vida.

que redueixen el risc d'accident és més baix que per a moltes intervencions sanitàries).

- Tampoc és clar que la sanitat es benefici d'una redistribució entre programes de despesa basada en criteris d'equitat o de qualitat de vida (educació vs. sanitat, serveis socials vs. sanitat,...).

En definitiva, recomanem, tal i com s'exposarà a l'apartat 2.3.4. de polítiques de racionament, l'exercici de priorització i reassignació entre programes basat en criteris de eficiència i equitat, especialment dins del propi sector, però no considerem que aquesta mesura sigui suficient per resoldre el "gap" financer.

2.3.2.2. Augment de la recaptació impositiva.

Tant el marc pressupostari de la UE com l'evolució dels sistemes fiscals a Europa, conformen un escenari que limita considerablement els augments de la pressió fiscal general i de la directa. No obstant, considerem que hi ha marge per a la recaptació fiscal per altres vies:

- Mesures de control del nivell del frau fiscal a impostos com l'IVA. La recaptació d'aquest impost indirecte a Espanya equival al 5,8% del PIB, mentre que, per exemple a Dinamarca és del 10% i a Grècia del 9,6% del PIB.
- Afavorir el creixement d'impostos especials (sobre el tabac, alcohol, hidrocarburs), justificats per la internalització de les externalitats negatives sanitàries que suposa el consum d'aquests béns. No obstant, cal observar que d'una banda, el creixement de la imposició especial empitjora la progressivitat del sistema fiscal espanyol i per tant de la equitat. D'altra banda, si tenim en compte que el cost social de l'externalitat negativa que ocasiona el tabac podria ser inferior a la recaptació del impost, el marge per a augmentar aquest, seria reduït.
- Potenciar l'ús de la fiscalitat ambiental, donat l'escàs desenvolupament d'aquesta figura al nostre país.

2.3.3. Reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària (fer més amb més).

2.3.3.1 Copagament

Es consideren en termes generals, tres aspectes bàsics a tenir en compte en referència als copagaments:

- **No es pot fer recaure el pes de la sostenibilitat financera del sistema sanitari sobre els copagaments.** En primer lloc, els resultats de la política de copagaments a Europa mostren una efectivitat escassa a l'hora d'influir sobre el consum de serveis, i per tant reduir la despesa sanitària. D'una banda si els copagaments són d'alta intensitat, els individus s'asseguren. D'altra, els copagaments tan sols actuen sobre la demanda, quan degut als problemes de informació asimètrica, és més important influir sobre l'oferta.
- En segon lloc, els copagaments augmenten la inequitat del sistema atesa la seva condició d'impost sobre els pobres.

- **No obstant, creiem que al nostre país existeix un marge per utilitzar selectivament els copagaments** com instrument per desincentivar serveis i ús poc efectius i en alguns casos per a recaptar ingressos. Dins del primer tipus proposem els copagaments evitables, com per exemple, els diferencial de preus sobre el del medicament de referència o l'exclusió del finançament públic de serveis o medicaments poc efectius (copagament del 100%). Del segon tipus proposem copagaments sobre millores de serveis no assistencials (habitació i menjar d'acompanyants, hotelers...).

Atès els problemes abans esmentats, creiem que en el disseny dels copagaments s'han de considerar cinc aspectes rellevants:

- Els copagaments han d'anar associats a serveis específics: serveis ineficients, no assistencials, de baixa qualitat,...
- Abans d'introduir un copagament s'ha d'avaluar l'eficiència d'aquesta mesura. És a dir, la seva relació cost-benefici. Com a benefici considerem la capacitat de recaptació d'aquesta font, i com cost, els d'administració.
- També s'ha d'avaluar el grau d'equitat del copagament. En aquest sentit, proposem un ajust per el nivell de renda. Un instrument vàlid per l'ajust és l'impost sobre la renda, posant límits a la quantitat a pagar o deduccions inversament proporcionals a la renda.
- L'aplicació de copagaments té importants costos polítics. Per tant **recomanem que els ingressos dels copagaments vagin destinats a finançar serveis concrets i visibles a nivell local** per aconseguir major acceptació pública.

2.3.3.2. Les assegurances privades incentivades fiscalment.

Es podrien considerar els incentius fiscal a l'assegurament privat, com a una font de finançament del sistema sanitari públic, en la mesura que disminueix la utilització de serveis públics dels doblement assegurats. No obstant, creiem que **no s'hauria d'optar per aquesta via de finançament** pels problemes que té associats:

- Els incentius fiscals a l'assegurament privat no tenen perquè suposar un augment de la quantitat de segurs contractats, si el mercat d'assegurances és poc competitiu, tal i com succeeix al nostre mercat d'assegurances, sinó a un increment dels preus dels segurs i per tant dels beneficis de les companyies.
- Els incentius fiscal a l'assegurament privat poden ser una forma de finançament regressiu i per tant inequitable. A la nova fiscalitat de les assegurances sanitàries privades en l'IRPF, els individus de més renda són els que es beneficien més dels incentius. Aquest element regressiu s'ha intentat limitar imposant un sostre a la deducció.
- Si apliquem com a criteris d'exclusió de la cartera de prestacions pública, l'efectivitat i el cost-efectivitat, seria ineficient incentivar fiscalment la compra de assegurances per a cobrir els serveis exclosos, que són de baixa efectivitat i ineficients.
- Els efectes dels incentius fiscals a l'assegurament privat sobre la utilització dels serveis públics dels doblement assegurats és incert i desconegut.

2.3.4. Reformes destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries públiques.

Abans de fer recomanacions respecte a les polítiques de racionament i priorització, convé deixar constància de dos aspectes generals:

- Davant la manca de recursos, tots els sistemes sanitaris (públics i privats) apliquen mesures de racionament explícits o implícits. Al nostre sistema de salut es produeixen habitualment exercicis de racionament i priorització en la gestió clínica i sanitària, sense un debat democràtic previ. Creiem que la **inexistència d'un exercici públic i explícit de priorització produeix decisions amb un elevat component d'arbitrarietat i inequitat**: llistes d'espera diferents segon la patologia i/o el territori, restriccions de accés, exclusions de col·lectius com indigents, estrangers, reassegurament privat ...).
- Els criteris de priorització haurien de sorgir dels usuaris i dels professionals del sistema. Els processos de priorització, atès que impliquen en moltes ocasions discriminació interpersonal, produeixen molta controvèrsia. No obstant, l'experiència internacional mostra que si aquests exercicis gaudeixen ex-ante del suport social, augmenten la probabilitat d'èxit. Per tant, convé deixar clar davant l'opinió pública que la priorització és inevitable, que avui hi ha racionament i que si no es participa, hi ha molt a perdre.

Respecte a les recomanacions directes a les polítiques de racionament, proposem:

- Excloure o restringir les millores dels serveis no assistencials del finançament públic. Per exemple, serveis relacionats amb la qualitat percebuda com millores de serveis hotelers,...
- Excloure tractaments que no milloren l'estat de salut, d'efectivitat molt baixa o amb alternatives més cost-efectives i per tant, evitables.
- La creació d'una agència d'avaluació independent amb dues funcions bàsiques: la revisió sistemàtica, completa i actualitzada dels tractaments, nous i existents, fent servir com a criteris l'efectivitat i l'eficiència, i subministrar informació als usuaris, professionals i polítics per facilitar la correcta presa de decisions i reduir la variabilitat amb criteris de medicina basada en l'evidència i política basada en l'evidència.

El model d'assegurament públic exclouria del finançament aquestes prestacions deixant a l'assegurament voluntari i privat o al pagament directe, la cobertura dels serveis exclosos.

3. Segona part : El model de finançament autonòmic de la sanitat.

3.1. La situació actual del model de finançament autonòmic de la sanitat.

La descentralització territorial de competències en matèria sanitària s'inicia amb la primera transferència de l'Insalud l'any 1981 a Catalunya, i després l'any 1984 a Andalusia. Amb la Llei General de Sanitat ja aprovada a 1986 es van afegir, el País Basc, la Comunitat Valenciana, Galícia, Navarra i Canàries, fins a un total de set, les comunitats autònomes amb competències d'assistència sanitària, sumant el 61% de la població protegida.

La dotació econòmica assignada en el primer traspàs a Catalunya es va valorar d'acord amb el criteri del cost dels serveis assumits. Aquest criteri va ser posteriorment recollit per la Llei General de Sanitat i ha estat aplicat en tots els traspassos que s'han realitzat. La Llei General de Sanitat va establir com a criteri d'assignació de recursos a les Comunitats Autònomes el criteri de població protegida, amb un període transitori de 10 anys d'acostament des del criteri del cost dels serveis que s'aplica en el moment de fer la transferència al criteri de població protegida. La Llei General de Sanitat no deixa de ser contradictòria en relació als criteris de repartiment, ja que, per una banda estableix la capitació simple, però per altra fixa com a objectiu la correcció de desigualtats sanitàries i la garantia d'igualtat d'accés als serveis. Aquest segon objectiu no coincideix amb el criteri capitiu simple i donaria lloc a un principi d'equitat diferent.

L'únic cas en el qual s'aplica un procés gradual de reducció de la participació relativa d'una Comunitat dins de la despesa total amb posterioritat a la transferència dels serveis és el de Catalunya: des del 16,30% del total a 1984 fins al 15,85% a 1993, amb una reducció anual del 0,05% durant aquest període.

Fins a 1994 el pressupost inicial de les Comunitats Autònomes transferides es calculava a partir del pressupost inicial corresponent a l'Insalud no transferit. Aquests pressupostos inicials s'aprovaven amb una insuficiència crònica que generava en alguns casos modificacions pressupostàries que els incrementaven en més del 10%, i que s'extrapolaven a les Comunitats amb les transferències fetes. L'escenari pressupostari per a les CC.AA. era clarament incert, dependent de l'evolució pressupostària de l'Insalud no transferit (una part cada vegada més reduïda del pressupost total) i amb considerables retards en rebre les dotacions efectives de cada exercici pressupostari.

L'acord del "Consejo de Política Fiscal y Financiera" de 27 de novembre de 1997 estableix un nou model de finançament per al **període 1998-2001**. Aquest acord manté bàsicament els criteris de l'acord de 1994, és a dir, el criteri de població protegida com a base per al repartiment de recursos a les Comunitats (posada al dia amb el Padró de 1996) i l'actualització del pressupost en termes de l'evolució del PIB nominal (al cost dels factors).

Les principals innovacions que introdueix aquest acord són les següents:

a. Creació d'un **segon fons finalista**, a més del **fons general** o ordinari. El fons finalista, dotat amb 73.363 milions de pessetes, es compon de dos subfons: el de modulació financera i el d'assistència hospitalària.

El primer, **el de modulació financera**, es destina a reduir la incidència negativa que ocasiona l'actualització de la base de població protegida (es tracta d'un fons compensatori). En els acords de 1994 s'havia pres com a referència el cens de 1991 i en els acords per al període 1998-2001 es fa servir el Padró de 1996. L'actualització de la població afavoreix a Andalusia, Canàries i València, però en canvi **perjudica a Catalunya** i Galícia, a més del propi Insalud no transferit. Aquest fons garanteix que cap Comunitat pugui perdre més del 0,25% del seu finançament en relació als recursos que tenia assignats en el pressupost de 1998. L'existència d'aquest fons sembla que pot respondre, sobretot, a la negativa d'Andalusia a acceptar cap altre criteri que no fos la capitació simple, a la vista de l'aritmètica dels resultats. Les regions que perden població són també, en part, les que presenten major envelliment demogràfic.

El **subfons d'assistència hospitalària** es destina a compensar les diferències de cost entre Comunitats derivades de la **docència** i de l'**atenció a pacients desplaçats**. Aquest fons, dotat amb 52.918 milions de pessetes, no es distribueix seguint criteris poblacionals. El seu repartiment es fonamenta en el cost a cada Comunitat que hagi estat originat pels següents factors: centres docents acreditats com unitats per a la formació sanitària especialitzada i atenció a pacients desplaçats d'altres territoris de l'Estat.

La segona innovació de l'acord de finançament per al període 1998-2001 va consistir en condicionar l'assignació d'una part dels fons financers a l'aplicació per part de la Comunitat Autònoma de **programes de racionalització de la despesa**: el programa d'estalvi en incapacitat temporal i el d'estalvi en l'SNS (consum de medicaments). Aquest finançament addicional, basat en els programes de racionalització, resulta arriscat ja que es produeix en una fase de bon comportament de l'economia, i en el moment en el que es produeix un increment addicional del pressupost sanitari que es consolida per al futur. Aquesta situació equival a fer servir uns recursos extraordinaris, sense una reconversió ni reformes prèvies que modifiquin els incentius dels agents sanitaris, que s'apliquen al finançament ordinari (despeses corrents).

A continuació exposarem algunes **conclusions sobre el model actual de finançament autonòmic**:

- a) No es pot pas dir que l'actual sistema de finançament sigui un model únic: en realitat en cadascun dels traspassos s'ha improvisat el sistema, de manera que hi ha hagut una multiplicitat de sistemes ad-hoc per a cada Comunitat Autònoma.
- b) L'aplicació del sistema de finançament autonòmic s'ha fet sobre la base d'un pressupost global a distribuir que tots els agents reconeixen que és

insuficient. Aquest fet ha estat només parcialment corregit pels acords de finançament posteriors a 1994.

- c) La distribució del pressupost entre les CC.AA. de règim comú ha tendit a basar-se com a principal criteri en la capitació simple sense ajustar, la qual cosa dificulta sobremanera el tancament del model, és a dir, completar el procés de descentralització a totes les Comunitats.
- d) Existeixen fonts de finançament alienes al mecanisme sotmès als criteris de la Llei General de Sanitat (serveis transferits de l'Insalud), tal com les assignacions incloses en el finançament general (AISN, sanitaris locals, salut pública), els hospitals universitaris, els règims especials de funcionaris, les mútues d'accidents de treballs, l'Instituto Social de la Marina, etc. N. Sanfrutos ha valorat aquestes fonts de finançament al voltant del 20% de la despesa sanitària pública.
- e) L'objectiu de control del creixement de la despesa sanitària pública s'ha vist contínuament perjudicat per la manca de corresponsabilitat fiscal que impera en el sistema vigent de finançament territorial.
- f) La capacitat d'exercir el dret a l'autonomia es troba limitat pel propi mecanisme de finançament sanitari públic que no reconeix el "dret" a proporcionar uns nivells de prestació sanitària real per persona més elevats en aquelles comunitats on la demanda de serveis és més elevada, sempre que aquest fet s'acompanyi del corresponent grau de corresponsabilització en el finançament de la despesa pública.

3.2. Avaluació de les alternatives de finançament autonòmic de la sanitat.

L'anàlisi de la teoria econòmica i de l'experiència comparada ofereix **dues alternatives** principals d'aplicació al finançament dels serveis sanitaris transferits a les Comunitats Autònomes. En primer lloc, podem distingir els models que es basen principalment en l'assignació territorial d'una subvenció central tancada a favor de les regions, a partir de la quantitat global que el govern corresponent estableix com a necessària (**línia despesa**). En segon lloc, es pot identificar una anomenada **línia ingressos o d'espai fiscal** que es basa en possibilitar l'autonomia financera de les regions. En aquest cas, el govern central garantiria un finançament bàsic, però les regions podrien complementar aquest finançament mitjançant un esforç fiscal addicional. En el cas que es produeixi dèficit, en aquesta opció, la responsabilitat és de la regió, de manera que es facilita la corresponsabilització en la despesa.

L'opció **espai fiscal** podria permetre reduir (o fins i tot eliminar) la transferència de l'Estat a les CC.AA. a canvi de concedir autonomia tributària sobre un tram preestablert de recursos fiscals. Aquest espai fiscal sobre un tribut determinat (o una cistella d'impostos) pot prendre diverses formes: tipus impositiu lliure o acotat, un recàrrec sobre la quota, etc. L'adopció de la línia ingressos no implica la desaparició dels instruments de tipus redistributiu a nivell territorial. Es podria definir un fons específic amb aquesta finalitat (solidaritat), tot tenint en compte que la redistribució es produeix en relació no només als recursos que reparteix aquest fons sinó als saldos fiscals de cada regió (ingressos de l'Estat obtinguts en aquella regió menys despeses de l'Estat realitzades en aquella regió).

3.2.1 El model de la línia de la despesa.

L'aprofundiment en la línia despesa implica la millora tècnica però la continuïtat d'un finançament fonamentat en l'adopció de criteris de repartiment que afavoreixin el re-equilibri territorial (política de descentralització de la despesa).

Hi ha un aspecte bàsic que es pot treure de l'anàlisi comparat de l'experiència de països com Austràlia, Canadà o el Regne Unit: **no resulta viable vincular la totalitat del finançament a criteris redistributius**. Dos són les raons principals que es poden adduir. En primer lloc, la despesa sanitària mostra una elevada rigidesa a la baixa a causa dels compromisos adquirits en el passat i de l'autonomia dels professionals sanitaris que són qui generen la part més important de la despesa. Per això no és viable forçar ajustos a la baixa per als perdedors en el joc redistributiu. En segon lloc, el creixement de la despesa degut a la major freqüentació o prestació sanitària mitjana es troba estretament vinculat als nivells de renda de cada regió, de manera que aplicar criteris redistributius purs al nivell de despesa produiria diferències notables en el grau de "frustració" regional (major demanda no satisfeta, molt relacionada amb el nivell de renda, en les regions més riques que se satisfarà en base a la capacitat econòmica –finançament privat- i no pas en base a la necessitat dels individus).

Aquests arguments justifiquen **la separació d'un fons amb finalitats equilibradores del finançament ordinari** de la sanitat. La finalitat del fons equilibrador seria precisament el d'equilibrar les desigualtats observades en base als criteris de necessitat que s'hagin triat en cada cas. Per tant, els beneficiaris del fons serien només les regions que presentessin valors per sota d'un determinat llindar en dotacions d'equipaments sanitaris, estat de salut o altres.

3.2.2. La "línia ingressos": obertura d'un espai fiscal.

L'opció de possibilitar un espai fiscal implica substituir o complementar la via de finançament basada en mecanismes de distribució de la despesa per una solució que permeti l'**ús de la capacitat tributària pròpia** de cada CC.AA. per a determinar el finançament dels seus serveis sanitaris. En lloc de la fixació de criteris de repartiment territorial de la despesa, d'altra banda sempre discutibles, aquesta opció suposa l'**exercici de les competències autonòmiques pel costat dels ingressos**. L'obertura d'un espai fiscal reduiria la dependència del finançament autonòmic de les pràctiques pressupostàries i financeres de l'Administració Central tot implicant una **"devolució" de la capacitat de decisió sobre polítiques de despesa als parlaments autonòmics**.

La instrumentació de l'espai fiscal es pot fer mitjançant una reducció prèvia en els tipus de l'impost al que es vulgui remetre la obtenció de la quantitat equivalent que es deixa de percebre a través del sistema general precedent; o bé, també a través de la seva articulació com un tribut deduïble, de manera limitada, per exemple de l'impost sobre la renda.

Una alternativa repetidament suggerida podria ser **la integració del finançament sanitari en el finançament general**, en el cas que aquest es transformés en la direcció d'un repartiment capitiu senzill. Els acords de la Subcomisión de Modernización del Sistema Sanitario del Congreso de los Diputados en relació al model de finançament sanitari territorial recomanen integrar progressivament la sanitat en el finançament autonòmic, mantenint la població com a criteri de repartiment.

No obstant, és recomanable a curt termini i sense canvis en l'aplicació de la LOFCA, ¿ integrar la sanitat en el finançament general?. Aquí hi ha raons per a la cautela. En aquest moment, l'assignació de recursos resultant de la LOFCA es troba allunyada de la capitació. Si no es varia el sistema actual d'assignació territorial de recursos en aplicació de la LOFCA, la incorporació de la sanitat al finançament general produiria una accentuació de diferències amb escassa justificació, a banda de perjudicar a Comunitats com per exemple Catalunya.

3.3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament autonòmic de la sanitat.

La reforma del finançament autonòmic de la sanitat passa, al nostre entendre, pel reconeixement dels punts següents:

- El sistema actual de finançament de la sanitat presenta un problema de insuficiència de recursos independent dels mecanismes de distribució. Sembla convenient, per tant, que qualsevol model de finançament que s'apliqui (línia despesa o línia ingrés) es basi en un pressupost global suficient que garanteixi la sostenibilitat del sistema sanitari.
- L'anterior punt posa de rellevància que és tant important pel finançament autonòmic de la sanitat, com es finança el sistema nacional de la salut i si és "suficient", donat el nivell de la despesa sanitària, com el mecanisme de distribució d'aquest finançament entre comunitat autònomes.
- Malgrat que es poden sofisticar molt els aspectes tècnics dels models de finançament, pretenem que les formules proposades siguin sobre tot simples. En aquest cas, hem donat preferència a factors de raonabilitat i sentí comú ja que som conscients que qüestions reals, com la negociació política o les pràctiques pressupostàries, condicionen la implantació dels models teòrics.
- No resulta convenient mesclar les polítiques redistributives amb aquelles que han de tendir a garantir el finançament ordinari dels serveis sanitaris. Per tant, no és convenient vincular la totalitat del finançament a criteris redistributius.
- L'actual sistema de repartiment emprat a España força a una convergència en la despesa pública per càpita, per a regions amb diferències notables en la seva renda per càpita. Si les demandes de serveis sanitaris vénen influenciades pel nivell de renda, existeix una demanda "frustrada" més elevada en aquelles comunitats en les que el nivell de renda (i la utilització) per càpita és més elevat. Així, per exemple, la proporció que representa la despesa pública en sanitat en relació al PIB a Catalunya és 1,7 punts

inferior a la mitjana estatal a 1997.⁶ Aquesta tendència distància les regions espanyoles del patró europeu de convergència observada en els països de la OCDE cap la relació entre renda i despesa. En aquest sentit, la referència per a despesa pública catalana en sanitat hauria de ser la d'aquelles regions europees amb un nivell de renda semblant al nostre, no pas la mitjana espanyola. A l'any 1997, la despesa sanitària pública per càpita equival al 61,4% de la que correspondria si aquesta s'acostés a la "norma" europea⁷.

Dos són els models que proposem per a reformar el model de finançament autonòmic de la sanitat. El primer fa referència a un major aprofundiment en la línia actual d'assignació territorial d'una subvenció central tancada a les regions (línia despesa), millorant el mecanisme de distribució. El segon model alternatiu es situaria dins de la via de major autonomia financera de les regions (línia ingrés o d'espai fiscal). En aquest cas el govern central garantiria un finançament bàsic, a la vegada que obrirea marges a les regions per a complementar aquest finançament mitjançant un esforç fiscal addicional.

A continuació desenvoluparem els dos models proposats.

3.3.1. El model de millora de la línia de la despesa.

El model de finançament que proposem separa el finançament destinat a cobrir el funcionament del serveis, del finançament sota criteris redistributius. És a dir, d'una banda hi hauria un fons general dirigit al finançament del cost del serveis sanitaris de la regió, distribuït capítativament ajustant per variables que expliquen les variacions de la despesa de les comunitats, i d'altra banda, un fons redistributiu assignat en funció de criteris de necessitat, i destinat a corregir els desequilibris entre Comunitats. Aquest segon fons es distribuïria capítativament ajustant per variables de necessitat (morbidity i mortalitat, privació social, etc.).

Com que la finalitat del fons equilibrador és la disminució de les desigualtats observades en base als criteris de necessitat, creiem que una part d'aquest fons s'hauria de destinar a determinades actuacions per corregir les desigualtats. En cas contrari, les regions receptores no tindrien pas incentiu a reduir diferències, ja que això suposaria la reducció d'aquest finançament addicional.

Per tal de millorar el mecanisme de repartiment del primer fons general s'han de considerar els següents aspectes:

- S'ha de millorar el sistema d'assignació actual basat en la capitació simple. Aquest model ha allisat les diferències en el finançament per càpita entre les Comunitats de règim comú, de manera segurament inequitable, donat

⁶ La despesa sanitària pública com a proporció del PIB a Catalunya (1996 i 1997) és la més baixa entre les Comunitats que han rebut les transferències sanitàries i l'Insalud no transferit com a conjunt.

⁷ Aquesta dada hauria de ser contrastada amb un estudi comparatiu de l'estructura de la despesa sanitària de regions europees amb el mateix nivell de renda i el seu grau d'eficiència i equitat.

que no es té en compte altres variables que influeixen en la despesa sanitària.

- Creiem que no s'haurien d'introduir variables que es poden manipular i per tant generen incentius perversos. La regió podria no fer actuacions destinats a millorar la seva situació respecte a aquestes variables per tal de rebre més finançament.
- Les variables incloses dins de la fórmula de repartiment no poden ser d'alta volatilitat (per exemple, les taxes de mortalitat). Qualsevol petita variació en el nivell de aquestes variables podria produir modificacions considerables e injustificades en la quantitat a percebre per cadascuna de les regions.
- La fórmula d'assignació ha de ser simple. D'aquesta manera serà més fàcil arribar a un acord democràtic.
- Recomanem ajustar la càpita amb les següents variables, que segons l'evidència empírica són les que expliquen les diferències de despesa sanitària a nivell regional:
 - a) l'envelliment demogràfic relatiu, ateses les diferències en l'estructura d'edats de les regions i les elevades diferències relatives en el consum sanitari per interval d'edat.
 - b) els fluxos de desplaçats, establint un mecanisme de compensacions mútues entre Comunitats.
 - c) els costos addicionals que genera la docència i la investigació.

Aquestes dues variables (desplaçats i docència i investigació) es poden incorporar com variables d'ajust o com programes a part.

- Els pesos de les variable que ajusten la càpita poden venir determinats pels preus relatius, que per exemple en el cas de l'envelliment, es correspondrien amb els consums relatius de recursos sanitaris per grups d'edat.

3.3.2. El model d'espai fiscal.

El model d'espai fiscal pel finançament autonòmic de la sanitat té, des del nostre punt de vista, tres avantatges respecte al model de despesa:

1. Obriria una via de finançament de la sanitat que permetria una major corresponsabilització fiscal de les autonomies i per tant, més control sobre la despesa sanitària futura. El model d'espai fiscal obligaria a un major grau de responsabilització autonòmica en les decisions que impliquen una major despesa sanitària, però a canvi de una devolució de l'autonomia a les Comunitats.
2. L'existència de l'espai fiscal garanteix un grau determinat d'autonomia financera a favor de les comunitats autònomes que li pot permetre major capacitat de decisió sobre l'organització i prestació dels serveis assistencials en cada comunitat.
3. Un model d'espai fiscal permetria que les Comunitats Autònomes amb major renda per càpita elevessin el finançament públic, fent ús del seu espai fiscal, i així, reduir l'excés de demanda frustrada. Aquest model obriria un marge per a què la despesa sanitària de les autonomies s'acostés al patró

europeu de convergència: la proporció del PIB destinada a sanitat augmenta amb el nivell de renda.

El desenvolupament del model d'espai fiscal passaria per dos opcions:

1. La primera i menys ambiciosa consistiria en, per una banda, l'establiment per part de l'Estat d'un nivell de finançament bàsic de la sanitat (un ingrés per càpita ajustat). Aquest fons es repartiria via despesa tal i com es va a proposar a l'apartat anterior: una part majoritària per tal de garantir la suficiència financera, a partir d'una assignació capitativa ajustada per variables que expliquen el diferencial de despesa sanitària, i una part distribuïda sota criteris redistributius. Necessitats de finançament de les regions per *sobre* de l'esmentat finançament bàsic es cobririen amb l'utilització de l'espai fiscal.

Hi ha diversos mecanismes per a desenvolupar l'espai fiscal de les comunitats autònomes: la cessió de tributs nous a les comunitats autònomes, la rebaixa prèvia dels tipus impositius, bàsicament en l'impost personal sobre la renda, de manera que les autonomies poden establir els tipus impositius addicionals que desitgin, dins d'uns límits. En aquest sentit, recomanem que es tinguin en compte els següents aspectes:

- L'opció d'obrir un espai fiscal mitjançant la cessió d'un tram de l'IRPF (model LOFCA) deixa poc marge per a exercir una major autonomia financera. En primer lloc, l'IRPF és un impost madur i amb un creixement limitat. En segon lloc, les regions amb renda alta sortirien perjudicades amb aquest model al tractar-se d'un impost, la recaptació del qual, s'estanca a mesura que creix la renda.
 - En canvi, hi ha altres impostos amb més marge de recaptació, per exemple, l'IVA en fase minorista, impostos especials, nous tributs com els impostos ecològics,... Es podria, per tant, identificar una cistella d'impostos (IVA, impostos especials, IRPF,...) sobre els quals establir la corresponsabilitat fiscal.
 - Una mecanisme per a incrementar el finançament propi és la participació de les administracions autonòmiques a la gestió del frau fiscal, de manera que una proporció de la recaptació provenint del control del frau vagi a parar a les hisendes autonòmiques.
 - Altre mecanisme per a augmentar la corresponsabilitat fiscal de les autonomies seria la participació d'aquestes a la gestió de l'Agència Tributària.
2. La segona opció, que creiem que a mig termini és la més operativa, passaria per la **integració del finançament de la sanitat en el finançament autonòmic general**, mantenint la població com a criteri de repartiment. Aquest model augmentaria, en primer lloc, la capacitat de gestió i decisió de les autonomies en l'assignació de recursos a les diferents línies de despesa (educació, sanitat, serveis socials,...), i en segon lloc, la corresponsabilització fiscal de les mateixes.

No obstant, abans de la integració de la sanitat en el sistema general, cal fer els canvis en el finançament general (LOFCA) que a continuació enunciaré:

- En el model actual, l'assignació de recursos resultant de la LOFCA es troba lluny de la capitació. Per tant, recomanem que s'estableixi un fon destinat al finançament bàsic dels serveis (educació, sanitat,..) i que es distribueixi amb criteris capitatius simples sense ajustos. No caldria ajustar l'assignació capiativa ja que quan el finançament va adreçat a un conjunt de serveis, els ajustos es veurien compensats (per exemple l'envelliment justificaria un increment dels recursos per a finançar la sanitat, però justificaria una disminució dels destinats a finançar l'educació).
- Necessitats de finançament de les comunitats autonòmiques per sobre del finançament bàsic distribuït capitativament, es cobriria utilitzant el marge fiscal autonòmic sobre una cistella d'impostos.

Com a conclusió, l'opció de finançament autonòmic que recomanem a mig termini és la integració del finançament sanitari en el finançament general. Ara bé, a curt termini, donat que aquesta opció s'alluna molt del finançament capitiu, proposem o bé, avançar en la línia de la despesa, millorant els criteris de ajust de la càpita i separant el finançament ordinari del redistributiu, o bé obrir un espai fiscal per aconseguir la corresponsabilització autonòmica en el finançament de la sanitat.

4. Conclusions.

L'abordatge d'un tema tan complex com el finançament del Sistema Nacional de la Salut requereix d'una estratègia global i coordinada, donat que mesures aïllades per augmentar el finançament no resulten suficients per donar resposta al "gap" entre la demanda creixent de serveis sanitaris i la capacitat de finançament del sistema sanitari públic.

No obstant, creiem que per a cobrir una insuficiència financera futura del sistema sanitari hi ha marge d'actuació amb els fons públics de finançament, : millores de l'eficiència, recaptació d'impostos, polítiques de priorització,..., abans de plantejar reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària. I dins de l'esquema d'alternatives de finançament públic de l'SNS, les polítiques destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries s'han de convertir en l'element clau de qualsevol estratègia.

En relació al model de finançament autonòmic de la sanitat, dos dels problemes del sistema vigent han sigut la manca de corresponsabilitat fiscal i la distribució de recursos sobre la base d'un pressupost global insuficient. D'aquí que es propugni en aquest estudi, a mig termini, la obertura d'un espai fiscal que permeti l'ús de la capacitat tributària pròpia de cada CC.AA. i per tant l'augment de la seva capacitat de decisió sobre política de despesa sanitària.

5. Consideracions finals

El grup de treball i la Comissió Tècnica consideren que s'haurien de desenvolupar els següents temes:

- Anàlisi del model de finançament de la sanitat a Catalunya
- Estudi comparatiu de les estructures de la despesa sanitària de regions sanitàries europees amb el mateix nivell de renda.
- Extraure els punts i idees bàsiques dels documents dels quatre grups a la fi de la seva divulgació entre els associats i medis de comunicació

6. Bibliografia

Una visió general del problema de la suficiència financera del sistema sanitari públic i el racionament en sistemes sanitaris públics es pot trobar en **G.López (1998)**, “Reflexiones sobre el futuro del Estado del Bienestar: los servicios de salud como compromiso entre el alcance de las prestaciones, su calidad y su coste”. L'article de **Overtreit (1997)**, “Managing the gap between demand and publicly affordable health care in an ethical way”, proporciona una visió general però molt ben esquematitzada de quines són les alternatives a la insuficiència financera en els sistemes sanitaris eminentment públics. Finalment, una aproximació al nivell d'equitat del finançament i la despesa sanitària pública a Espanya es pot consultar al treball de **S. Calonge i M. Rodríguez (1998)**, “Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad”.

En relació al finançament autonòmic de la sanitat, es recomana en primer lloc la lectura del propi text del darrer acord per al període 1998-2001: **Consejo de Política Fiscal y Financiera (1997)**, “Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001”, 27 de noviembre de 1997. En segon lloc, es recomana examinar la posició sobre el tema des de dos punts de vista diferenciats. En primer lloc, la posició de l'equip del CRES (G. López, V. Ortún, J. Puig, D. Serra, A. Rico) que va assessorar, amb poc èxit, al Ministerio de Sanidad y Consumo en les propostes d'acord per al període 1998-2001. Aquest punt de vista defensa la opció espai fiscal, i com a mal menor l'ajust de la capitació simple en base a quatre criteris. Un text representatiu d'aquesta posició es pot trobar en: **G. López Casasnovas (1998)**, “Financiación autonómica y gasto sanitario público en España”, Papeles de Economía Española, 76: 2-14. Una visió diferent del problema es troba en aquells (J. Cabasés, J. Sánchez Maldonado, A. Rico, etc.) que posen més l'accent en les desigualtats poc justificades que generen els ajustos en la capitació simple i en els que de manera “injustificada” generaria un model d'espai fiscal, per acabar defensant una capitació simple per a la sanitat, sense oposar-se, tot i això, a la seva incorporació al finançament general. Una lectura representativa d'aquest punt de vista es pot trobar a **J.M. Cabasés (1998)**, “La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta”, Papeles de Economía Española, 76: 67-77.