

El nou model de finançament de les Comunitats Autònomes



Consorci Hospitalari de Catalunya

Barcelona, 10 de febrer de 2003

Resum Executiu

- El nou model de finançament **integra el finançament de la sanitat al model general**. Ara, els recursos principals de finançament provenen dels impostos cedits i de les transferències procedents del pressupost general de l'Estat.
 - Els **nous impostos cedits** més importants són un percentatge de l'IVA i dels impostos especials (hidrocarburs, alcohols, tabac i electricitat).
 - El **fons que garanteix l'Estat a les CCAA** per finançar els serveis transferits: serveis comuns, sanitaris i socials es denomina **fons de suficiència**. Aquest fons és el resultat de la diferència entre la capacitat fiscal (recaptació d'impostos) de la Comunitat Autònoma i les seves necessitats financeres per cobrir els serveis transferits.
 - Per tant, abans de calcular el fons de suficiència de cada Comunitat Autònoma, s'ha de valorar la **necessitat de recursos per als tres blocs de serveis** (comuns, sanitaris i socials) per a l'any que s'agafa com a base: el 1999.
 - En el cas de la sanitat, les necessitats de recursos de cada Comunitat Autònoma és el resultat de distribuir un fons general entre les CCAA en funció d'una fórmula ad-hoc que té en compte la **població**, el **percentatge de població de més de 65 anys** i la **insularitat**.
 - A més de la part del fons de suficiència destinada a sanitat, es dediquen dos **fons sanitaris específics**: el fons “programa d'estalvi en incapacitat temporal” i el fons de “desplaçats” per compensar a aquelles Comunitats que atenguin pacients procedents d'altres Comunitats.
- Les CCAA rebran anyalment, per els Fons de Suficiència, la quantitat establerta per l'any base més un **creixement que vindrà donat pel creixement dels ingressos impositius de l'Estat** (ITEn).
- Durant els tres primers anys d'aplicació es garanteix que el creixement del finançament de la sanitat no podrà ser inferior al del PIB nominal.
- En el nou Acord, s'imposa a les CCAA l'obligació de destinar a sanitat, com a mínim una quantitat equivalent al finançament inicial més el creixement dels ingressos impositius de l'Estat.

Resum Executiu

- Ja fora del sistema de finançament es situen el **fons de compensació interterritorial** amb l'objectiu de corregir els desequilibris econòmics interterritorials, destinant uns recursos al finançament d'inversions en Comunitats amb menys renda, i les **assignacions d'anivellament**. Aquestes assignacions aniran dirigides a les CCAA en què la taxa de creixement dels alumnes matriculats (educació) i de la població protegida (sanitat) sigui més de tres punts superior a la mitjana estatal.
- Els **principals canvis introduïts pel nou model de finançament** són:
 - Es passa d'un model de finançament compartimentat a un model integrat.
 - S'incrementa la corresponsabilitat fiscal i l'autonomia financera de les CCAA amb la cessió de determinats tributs.
 - Es passa en sanitat d'un model capitiu brut (sense ajustar) i parcial (tan sol per algunes comunitats) a un sistema de corresponsabilitat (autonomia en la despesa i en els ingressos) en el que es fixa un nivell mínim de despesa sanitària garantitzada a partir d'una fórmula capitiu ajustada per algunes variables (>65 anys, insularitat).
- Des del punt de vista teòric, el nou model de finançament presenta les següents **crítiques**:
 - **L'obligació de destinar a sanitat un mínim de recursos és contrari al dret d'autonomia en la despesa** de les CCAA.
 - **Encara estem lluny d'apropar-nos a una autonomia fiscal total**: la **capacitat normativa** tan sols equival a menys del 20% dels ingressos de les CCAA.
 - No s'ha donat a les CCAA capacitat normativa sobre els impostos amb més marge per créixer: els impostos especials.
 - Les diferents simulacions fetes fins ara mostren que, amb el nou model de finançament, l'estructura del finançament a les Comunitats Autònomes podrà resultar desigual, la qual cosa **es pot traduir en un futur en diferències substancials en el grau de suficiència financera entre CCAA**.
 - Les diferents projeccions macroeconòmiques fan pensar que amb el nou model de finançament la sanitat surt guanyant atès que en un entorn d'expansió econòmica, el creixement de la recaptació de l'IVA és superior al del PIB, índex que ha guiat fins ara el creixement de la sanitat.
 - **La fórmula de repartiment del fons general sanitari ha estat el**

- Les **propostes de millora des del punt de vista del CHC** són:
 - **Integrar totalment el finançament** de manera que una Comunitat Autònoma tingui plena autonomia en l'assignació dels seus recursos, sense mínims, i sempre que garanteixi als ciutadans les prestacions i condicions d'accés definides anteriorment a nivell d'Estat.
 - **Augmentar la capacitat normativa de les Comunitats Autònomes** sobre els tributs cedits.
 - **Definir els serveis a garantir pel Sistema Nacional de Salut i les condicions d'accés a aquests serveis**, per tal que la descentralització de la sanitat a les Comunitats Autònomes no perjudiqui l'equitat del sistema.
 - **Proposar en un futur un càlcul més rigorós de les necessitats sanitàries de les CCAA** incorporant també en el càlcul, el costos diferencials dels serveis entre CCAA i l'impacte dels centres d'excel·lència en els costos sanitaris. **Proposar un càlcul més rigorós dels fluxos de pacients desplaçats.**
 - **Proposar la creació d'un sistema d'informació dels fluxos de desplaçats** per tal que les compesacions entre les CCAA siguin objectives i clares.
 - **La garantia de creixement dels recursos no tan sols ha d'afectar el finançament de la sanitat sinó també el global.**
 - Revisar les assignacions a les Comunitats Autònomes cada cert temps (com a mínim cada cinc anys).
 - Proposar la **transformació del Senat en Cambra Territorial** en la qual es tractin les qüestions que com sanitat, afecten de manera especial a les CCAA.
 - Constantment es parla d'equitat entre Comunitats Autònomes quan les desigualtats en salut són encara més importants dins les Comunitats Autònomes. Reduir aquestes diferències exigeix des del nostre punt de vista, **enfortir les polítiques locals** i avançar en una segona descentralització donant més paper als municipis en el govern dels serveis de salut, especialment de l'atenció primària.

Continguts del document

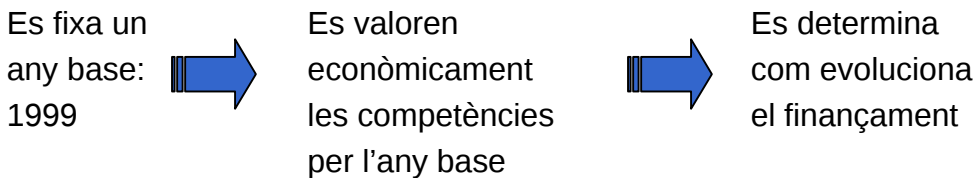
- Evolució del sistema de finançament de les Comunitats Autònomes (1998-2001)
- El nou model de finançament autonòmic
- Els recursos que disposen les Comunitats Autònomes per finançar els serveis transferits
- Els canvis introduïts pel nou model de finançament de sanitat
- Perspectives sobre el nou model de finançament
- Avaluació teòrica del nou model de finançament
- Propostes de millora: la visió del CHC
- Glossari
- Algunes xifres
- Bibliografia recomanada

Evolució del sistema de finançament de les Comunitats Autònomes (1998-2001)

- Els **trets bàsics del sistema de finançament anterior** són els següents:
 - Es tractava d'un **model que va seguir la via de la despesa**. És a dir, l'Administració central va distribuir un fons general entre les Comunitats Autònomes amb els recursos necessaris per finançar les seves competències, i va destinar un fons finalista per atendre necessitats financeres addicionals de les Comunitats en què s'hagués produït una reducció de la població en fer servir el Padró 1996 com a base de càlcul del repartiment del fons general. Aquest fons també anava dirigit a finançar les activitats docents de formació d'especialistes, i l'atenció hospitalària a pacients desplaçats. El criteri de repartiment del fons general (que repartia més del 98,2% del finançament total) va ser el de població protegida, i el del fons finalista es fonamentava en el cost de cada Comunitat.
 - **Es va vincular el creixement dels fons generals i específics a la taxa de variació nominal del PIB**, la qual cosa permetria reduir incerteses.
- **Limitacions més importants d'aquest model:**
 - No va ampliar l'**autonomia financera** ni la **corresponsabilitat financera** de les Comunitats Autònomes. La manca de corresponsabilitat financera ha perjudicat la consecució de l'objectiu de control del creixement de la despesa sanitària.
D'altra banda, sota aquest model, les autonomies no van tenir el dret de proporcionar uns nivells de prestació sanitària per persona, adequats a la seva demanda i renda. Per exemple, la proporció que va representar la despesa pública en sanitat en relació al PIB a Catalunya foren en 1997, 1.7 punts inferior a la mitjana estatal. Van coexistir múltiples sistemes de finançament sanitari ad-hoc segons la Comunitat Autònoma.
 - La distribució del pressupost entre les CCAA de règim comú s'orientava cap a la capitació pura sense introduir cap correcció al criteri demogràfic simple (envelliment, sexe,...), la qual cosa implica **donar els mateixos recursos a les CCAA sense tenir en compte les diferents necessitats**. El criteri de per càpita pur ha forçat, per una banda, que les CCAA amb competència en sanitat tinguin la mateixa despesa sanitària per càpita, fet que no succeeix a cap altre país descentralitzat, i per altra, la divergència amb les CCAA del règim foral: la despesa sanitària per càpita de Catalunya és un 12% més baixa que al País Basc.
 - **Insuficient econòmicament**, la qual cosa va provocar tensions pressupostàries. Va partir d'un pressupost global a distribuir que tots els agents reconeixien com insuficient.
 - Es **finançava separadament la sanitat** de la resta de prestacions

El nou model de finançament autonòmic

- El nou model **integra el finançament de la sanitat al model general** que finança tots els serveis transferits de les CCAA. No obstant això, es fixa un volum mínim de recursos que les Comunitats Autònomes estan obligades a destinar a sanitat.
- El nou model de finançament contempla aquest esquema **bàsic**:



- Els **objectius** explícits del nou model de finançament
 - **Suficiència:** El sistema de finançament ha de garantir els recursos suficients perquè les CCAA puguin atendre adequadament les prestacions dels serveis assumits.
 - **Integració:** El nou model de finançament ha d'integrar els tres models de finançament existents: el de competències comuns, sanitat i serveis socials.
 - **Autonomia:** Les CCAA han de disposar d'autonomia per decidir les seves polítiques de despesa i d'ingrés (autonomia en la despesa i en l'ingrés).
 - **Corresponsabilitat fiscal:** L'autonomia en la despesa requereix autonomia en l'ingrés. El sistema de finançament ha de posar a l'abast de les CCAA els instruments financers (impostos) necessaris, per tal d'afrontar la seva despesa disminuint progressivament el pes de les transferències de l'Estat.
 - **Solidaritat:** El sistema de finançament ha de fer més visible el principi de solidaritat en la prestació equivalent dels serveis, al marge de la major o menor capacitat fiscal de cada Comunitat. Així mateix, ha de permetre la convergència entre els nivells de renda de les diferents CCAA.

Els recursos que disposen les Comunitats Autònomes per finançar els serveis transferits:

Els recursos de què disposaran les comunitats autònomes de règim comú a partir del proper any, els podem agrupar en dos grans blocs: els **recursos tributaris** i les **assignacions procedents dels pressupostos generals de l'Estat**.

1. Els recursos tributaris cedits totalment o parcialment per l'Estat.

2. Les assignacions procedents dels pressupostos generals de l'Estat

2.1. Fons de suficiència

2.1.1. Serveis comuns

2.1.2. Serveis sanitaris de la Seguretat Social

2.1.3. Serveis socials i assistencials de la Seguretat Social

2.2. Fons específics de la sanitat

2.2.1. Programa d'estalvi en incapacitat temporal

2.2.2. Fons de cohesió sanitària o fons de desplaçats

2.3. Fons de compensació interterritorial

2.4. Assignacions per l'anivellament dels serveis públics fonamentals

El fons de suficiència

- El fons de suficiència d'una Comunitat Autònoma és el total de recursos que ha de garantir l'Estat a cada Comunitat perquè cobreixi el finançament dels serveis transferits: serveis comuns, serveis sanitaris i serveis socials.
- És el resultat de la diferència entre la capacitat fiscal de la CA (ingressos tributaris que obté dels impostos cedits), i les seves necessitats financeres per cobrir els serveis transferits.
- Per tant, abans de calcular el fons de suficiència de cada Comunitat s'ha de valorar la necessitat de recursos per als tres blocs de serveis ([restricció inicial](#)). Aquest càlcul es fa una sola vegada per l'any base de càlcul (1999).
 1. Les necessitats de recursos per als serveis comuns ([veure annex](#))
 2. Les necessitats de recursos per als serveis socials i assistencials. Es determinen a partir de l'índex de població de més de 65 anys.
 3. Les necessitats de recursos per a la gestió dels serveis sanitaris. Aquestes necessitats es determinen diferenciant un [Fons general](#) que es distribueix entre les Comunitats Autònomes en funció de les següents variables:

Variable	Ponderació %
Població protegida	75,0
Població de més de 65 anys	24,5
Insularitat	0,5
Total	100

- El fons de suficiència es pot modificar quan es produeixin nous traspassos de serveis a la Comunitat Autònoma, o quan es cedeixin nous tributs.

Els fons específics de la sanitat

A més del fons de suficiència es destinen dos fons específics a la sanitat:

1. **El fons “programa d'estalvi en incapacitat temporal”.** L'adopció de programes i mesures dirigides al control de la despesa per la incapacitat temporal ha determinat la dotació d'aquest fons per un import de 40.000 (240,40 €) milions de pessetes. Aquest fons es distribuirà entre les CCAA segons la “població protegida” tenint en compte si la CCAA ha complert els objectius anyals establerts en el Programa.
1. **El fons “desplaçats”.** El nou model de finançament considera que en un Sistema Nacional de Salut gestionat per les CCAA és necessari configurar un mecanisme de compensació per la facturació dels desplaçats entre les diferents regions. El disseny d'aquest mecanisme i la seva gestió el durà a terme el Ministeri de Sanitat i Consum com òrgan encarregat de la coordinació sanitària.

Els fons de compensació interterritorial

L'assignació per a l'anivellament dels serveis públics fonamentals

Aquests dos recursos es consideren fora del Sistema de Finançament.

■ El fons de compensació interterritorial

- Té com objectius corregir els desequilibris econòmics interterritorials i fer efectiu el principi de solidaritat.
- Únicament es destina al finançament de les despeses d'inversió (75%) i les despeses habituals associades a aquesta inversió (25%).
- Les CCAA receptores del fons són aquelles de menys renda, beneficiàries dels fons estructurals de la Unió Europea.
- El repartiment del fons es fa en funció de sis variables: població relativa, renda relativa, atur, saldo migratori, dispersió de la població i insularitat.

■ Les assignacions d'anivellament

- L'objectiu d'aquestes assignacions és garantir a tot el territori espanyol un nivell mínim en la prestació dels serveis públics fonamentals: la sanitat i l'educació.
- S'estipula que es dotarà d'aquestes assignacions a les CCAA en què la taxa de creixement dels alumnes matriculats (en el cas de l'ensenyament) i de la població protegida (en el cas de la sanitat) sigui més de tres punts superior a la mitjana estatal.

L'evolució del fons de suficiència

- El Estat garanteix anyalment a cada Comunitat Autònoma rebran anyalment, la quantitat establerta per l'any base del **Fons de suficiència, incrementada segons el creixement dels ingressos impositius de l'Estat** ([ITEn](#)).
- L'Acord de finançament estableix una garantia a l'evolució dels recursos per finançar la sanitat. Així doncs, es determina que **durant els tres primers anys d'aplicació d'aquest Acord es garanteix un creixement dels recursos per a la sanitat equivalent a la taxa de creixement del PIB nominal a preus de mercat**.
- **Principi d'afectació:** el nou Acord imposa a les CCAA l'obligació de destinar a sanitat, com a mínim, una quantitat equivalent al finançament inicial incrementada segons el creixement dels ingressos impositius de l'Estat. Evidentment, les CCAA podran millorar aquest mínim.

Altres elements del nou model de finançament autonòmic

■ La capacitat normativa sobre els tributs

- Amb el nou Acord de finançament la capacitat normativa de les CCAA s'incrementa, ja que algunes de les limitacions anteriors s'han eliminat i se les ha dotat de capacitat sobre alguns elements que abans eren exclusius de l'Estat.
 - Pel que fa a l'IRPF, s'elimina el límit anterior de manera que les CCAA poden modificar la tarifa autonòmica amb l'única condició de que sigui progressiva i amb el mateix nombre de trams.
 - També poden modificar la tarifa de l'impost de successions i donacions, les deduccions,...

■ La participació de les CCAA en l'Agència Tributària

- Els tributs cedits dels anys vuitanta són gestionats totalment per les administracions autonòmiques (excepte l'impost sobre el patrimoni i l'IRPF).
- Per a la resta, el nou Acord no cedeix a les CCAA la gestió dels impostos sinó que es limita a crear una sèrie d'òrgans que constitueixen la participació autonòmica en l'Agència Estatal d'Administració Tributària.

Els canvis introduïts pel nou model de finançament de sanitat

- Es passa d'un model de finançament condicionat i compartimentat a un **model integrat** (amb uns mínims).
- **S'incrementa la corresponsabilitat fiscal i l'autonomia financera** de les CCAA. La cessió més important podria ser l'assignació d'una part de la imposició indirecta sobre el consum (IVA) generada en el seu territori. El resultat ha estat una **reducció important del pes dels recursos transferits des del govern central i un augment important del pes dels ingressos fiscals**.
- Es modifica el mecanisme de distribució de recursos sanitaris de les CCAA al passar d'un sistema capitiu brut (sense ajustar) i parcial (tan sol per algunes comunitats) a un sistema de corresponsabilitat (autonomia en la despesa i en els ingressos) en el que es fixa un nivell mínim de despesa sanitària garantitzada a partir d'una fórmula capitiu ajustada per algunes variables (>65 anys, insularitat).
- Es concreten les assignacions d'anivellació amb la finalitat de disminuir les desigualtats entre les regions.
- S'incorporen **nous mecanismes transitoris que augmentarien teòricament la suficiència financera en el temps**. Aquests mecanismes es refereixen a garantir un creixement dels recursos de sanitat equivalent al creixement del PIB nominal a preus de mercat. Això suposa una novetat respecte al model anterior, que agafava el PIB nominal a costos dels factors (percentatge que els últims anys havia resultat menor que el PIB a preus de mercat).

Perspectives sobre el nou model de finançament

■ Des del punt de vista de les forces polítiques

- **Posició del Partit Socialista.** L'aprovació del nou model de finançament s'ha pogut dur a terme en bona part gràcies al suport del Partit Socialista. De fet, va subscriure un acord amb el partit del govern abans de la seva aprovació al Consell de Política Fiscal i Financera. Per tant, la seva postura amb el nou sistema de finançament ha estat, en general, positiva.
- **L'actitud de les Comunitats Autònomes.** L'acord de finançament es va fer amb el suport unànim per part de les Comunitats Autònomes.

■ Des del punt de vista dels opositors a la descentralització de la sanitat

La posició dels opositors a la descentralització de la sanitat a les CCAA és evidentment contrària al nou model de finançament. Les raons argumentades són les següents:

- **Insuficiència financera en el temps amb el nou model** deguda, en primer lloc, a la disminució general de la recaptació dels tributs cedits, en un escenari de desacceleració econòmica, en segon lloc, a la reducció de les taxes de creixement dels ingressos impositius de l'Estat [\(ITE\)](#) per la mateixa raó, i per últim, a la escassa dotació dels fons específics de sanitat .
- **Els criteris de repartiment del fons general de sanitat no compten amb un anàlisi previ sobre les necessitats relatives de recursos sanitaris de les CCAA.**

■ Des del punt de vista acadèmic (Veure pàgina següent)

Avaluació teòrica del nou model de finançament (punt de vista acadèmic)

La revisió de diferents articles que s'han publicat en els últims dos anys sobre el tema ([Veure bibliografia](#)) permet obtenir la següent avaluació sobre els objectius del nou model de finançament:

■ Integració

- **L'obligació de destinar a sanitat un mínim de recursos és contrari al dret d'autonomia en la despesa** de les CCAA.

■ Corresponsabilitat fiscal i autonomia financera

- Malgrat l'increment considerable en l'autonomia financera amb el nou model, **encara és lluny d'apropar-se a una autonomia fiscal total**. La proporció d'impostos cedits en els ingressos totals de les Comunitats Autònomes ha crescut d'una manera important (a Catalunya arriba al 70,6%). Tanmateix, la **capacitat normativa no s'ha incrementat en la mateixa proporció** (tan sols equival a menys del 20% dels ingressos de les CCAA).
- El nivell d'impostos sobre l'alcohol i el tabac a Espanya és inferior al de la resta de països europeus. Per tant, hi ha marge per augmentar aquests impostos. No obstant això, no s'ha donat a les CCAA capacitat normativa sobre aquests impostos.

■ Suficiència financera

- En el nou model de finançament, l'evolució dels ingressos de les Comunitats Autònomes, i per tant la suficiència financera per garantir els serveis, dependrà de dos variables fonamentals:
 1. La composició inicial dels seus ingressos (impostos directes, indirectes i transferència rebuda).
 2. L'evolució de les economies regionals.

Avaluació teòrica del nou model de finançament (continuació)

- Les diferents simulacions fetes fins ara mostren que amb el nou model de finançament **l'estructura del finançament a les Comunitats Autònomes podrà resultar molt desigual** ([Veure l'apartat Algunes Xifres](#)). Els recursos procedents de les transferències del govern central (fons de suficiència) seran molt importants per algunes comunitats: Extremadura, Galícia i Andalusia i molt poc significatius per altres com Madrid o Catalunya. Per tant, de partida hi ha una **desigualtat en la capacitat d'autofinançament entre les CCAA**.
- Aquesta distribució desigual dels ingressos conjuntament amb una evolució desigual dels PIB regionals, i per tant de la taxa de creixement de la recaptació, fa pensar en **diferències en el grau de suficiència financera entre CCAA en un futur⁶**. La integració del finançament de la sanitat (prestació amb una forta tendència a la desviació del pressupost) dins el model general podria plantejar problemes de sostenibilitat financera a algunes regions amb un elevat grau de corresponsabilitat fiscal, si la seva recaptació tributària no evoluciona positivament.
- Les diferents projeccions macroeconòmiques fan pensar que **la integració del finançament de la sanitat en el model general és positiva per al finançament d'aquesta prestació**, atès que en un entorn de creixement econòmic (s'haurà d'esperar a veure els efectes econòmics de la guerra contra Irak), el creixement de la recaptació de l'IVA és superior al del PIB, que ha guiat fins ara el creixement de la sanitat.
- La fórmula que es fa servir per calcular el nivell mínim de despesa sanitària de cada CCAA i que en teoria hauria d'estimar els recursos requerits per finançar les necessitats relatives de cada comunitat, en la pràctica es basa en paràmetres totalment polítics.

■ Equitat

- **La fórmula de repartiment del fons general sanitari** que inclou, a més de la població protegida, l'envelliment i la insularitat, **ha estat el resultat dels acords polítics** i no de l'evidència empírica sobre la relació entre les necessitats sanitàries i els recursos. Per tant, **no es pot concloure que la nova fórmula hagi introduït cap ajust en funció de les**

Propostes de millora: la visió del CHC

■ Integració

- **Integrar totalment el finançament** de manera que una Comunitat Autònoma tingui plena autonomia en l'assignació dels seus recursos, sense mínims, i sempre que garanteixi als ciutadans les prestacions i condicions d'accés definides anteriorment a nivell d'Estat.

■ Autonomia financera

- **Augmentar la capacitat normativa de les Comunitats Autònomes** sobre els tributs cedits.

■ Equitat

- **Definir els serveis a garantir pel Sistema Nacional de Salut i les condicions d'accés a aquests serveis**, per tal que la descentralització de la sanitat a les Comunitats Autònomes no perjudiqui l'equitat del sistema, que equival al dret dels ciutadans a rebre unes prestacions segons el nivell de necessitat, independentment del lloc de residència. L'obligació de destinar a sanitat un mínim de recursos o forçar la convergència en la despesa sanitària per càpita entre les CCAA no garanteix l'equitat territorial.
- **Proposar en un futur un càlcul més rigorós de les necessitats sanitàries de les CCAA**, atès que no n'hi hagut un càlcul empíric de les variables que determinen el nivell de necessitats de recursos sanitaris de les CCAAA i les seves ponderacions, sinó que han estat fruit d'acords polítics. A més, el nou model de finançament no reconeix suficientment els costos diferencials dels serveis entre CCAA (el diferencial de preus a Catalunya en comparació amb la mitjana nacional l'any 2000 va ser del 7,1%), no calcula de manera rigorosa els fluxos de pacients desplaçats, ni tampoc considera l'impacte del cost dels centres d'excel·lència en els costos sanitaris.

■ Suficiència financera

- Les diferències en la sostenibilitat financera entre CCAA fan **recomanar que la garantia de creixement dels recursos no tan sols afecti el finançament de la sanitat sinó el global.**

Propostes de millora: la visió del CHC (continuació)

- Algunes projeccions de les necessitats de recursos sanitaris de les Comunitats Autònomes fins el 2005 demostren que les necessitats relatives variaran en aquest període com a conseqüència dels canvis en l'estructura demogràfica. Per tant, seria **recomanable revisar les assignacions a les Comunitats Autònomes cada cert temps** (cinc anys, per exemple).
- No tot està transferit, el Govern Central manté el control sobre les peces fonamentals del sistema: els preus (dels medicaments, personal,...). Per tant, les Comunitats tan sols poden actuar sobre les quantitats (número de medicaments prescrits,...) per controlar la despesa. **Una major corresponsabilitat fiscal ha d'anar acompanyada d'un major marge de gestió de tots els components de la despesa.**
- Les desigualtats en salut són encara més importants dins les Comunitats Autònomes (les desigualtats en l'esperança de vida entre barris d'una mateixa ciutat pot arribar als 8 anys). Tanmateix, quan es parla de solidaritat i equitat no es reivindica la importància de millorar l'equitat intrarregional, la qual cosa exigiria, sens dubte, **enfortir les polítiques locals.**

Glossari

- **Criteri de població protegida.** Aquest criteri consisteix en repartir els fons prenent com a referència la població protegida per cada Comunitat Autònoma (Pressupost total / Població protegida). En el model de finançament aplicat en el període 1998-2001, la població protegida es va calcular a partir del Padró de 1996. L'anterior acord (1994-1997) utilitzava el Cens 1991. El canvi de font va suposar que Catalunya hi perdés pes demogràfic en el global de l'Estat passant del 15,99% al 15,75%. [!\[\]\(73f89cbf99cafcdc082598e6875dcda7_img.jpg\)](#)
- **Fons general del finançament de les competències comuns.** És el resultat de la liquidació definitiva de l'any 1999, dels diferents conceptes que integren el fons. Principalment: la tarifa autonòmica de l'Impost sobre la Renda, la participació autonòmica en els ingressos de l'estat, els ingressos per tributs i taxes cedides. [!\[\]\(42557e289bf9d4fde04d38f5b8cb07d3_img.jpg\)](#)
- **Fons general del finançament dels serveis sanitaris.** És la suma del finançament sanitari resultant de la liquidació definitiva de l'any 1999 per les CCAA amb competències en sanitat i l'import del finançament sanitari per les restants CCAA integrades en el bloc "Insalud gestió directa". [!\[\]\(53a1aafdaa1c540ff70feb321e689cc8_img.jpg\)](#)
- **Ingressos impositius de l'Estat (ITE).** És la recaptació estatal exclosa la susceptible de cessió a les comunitats autònomes. És a dir, el 67% de l'IRPF, el 65% de l'IVA, el 60% dels impostos especials en fase de fabricació, **el total dels altres impostos no cedibles a les CCAA (impost sobre societats,...)** [!\[\]\(062313f8d896384fa3ff3113321a3a69_img.jpg\)](#)
- **Model de finançament per la via de la despesa.** Es correspon a aquells 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. L'altre tipus de finançament són els models per la **via de l'ingrés o d'espai fiscal**. En aquest model el govern central garanteix un finançament bàsic, però les regions poden complementar aquest finançament mitjançant un esforç fiscal addicional. L'opció **espai fiscal** podria permetre reduir (o fins i tot eliminar) la transferència de l'Estat a les CCAA, a canvi de concedir autonomia tributària sobre un tram preestablert de recursos fiscals. En el cas de que es produeixi dèficit en aquesta opció, la responsabilitat és de la regió, de manera que es facilita la corresponsabilització en la despesa. [!\[\]\(61cbb891b36aea3e788531908b13c6fa_img.jpg\)](#)

Glossari (cont.)

- **Restricció inicial.** És la suma de les restriccions inicials de cada un dels blocs de finançament que la integren: el bloc de finançament de competències comuns, el bloc de finançament de la gestió dels serveis sanitaris de la Seguretat Social i el bloc de finançament de la gestió dels serveis socials de la Seguretat Social. [!\[\]\(670f60e8222eba38b237ad283cff2cfc_img.jpg\)](#)
- **Tributs cedits a les CCAA:** Són l'impost de successions i donacions, l'impost sobre el patrimoni, l'impost sobre transmissions patrimonials i actes jurídics documentats, les taxes sobre el joc, un 33% de l'IRPF que constitueix el tram autonòmic d'aquest impost, un **35% de l'IVA** en el seu territori, un 40% de **l'impost especial sobre els hidrocarburs**, un 40% de **l'impost especial sobre els alcohols**, un 40% de **l'impost especial sobre el tabac**, **l'impost sobre l'electricitat** i **l'impost especial sobre determinats mitjans de transport**. (els que van en negreta són els nous tributs cedits).

Percentatges de distribució del finançament de les CCAA amb el nou model de finançament.

CCAA	% Despesa sanitària (1)	% Fons de suficiència sobre el finançament total	% IRPF sobre el finançament total	% Indirectes sobre el finançament total
Catalunya	46,0	29,4	27,3	43,3
Galícia	40,5	59,5	12,3	28,2
Astúries	43,6	50,7	17,3	32,0
Cantàbria	41,3	51,8	16,8	31,4
La Rioja	40,1	46,9	18,9	34,2
Múrcia	44,9	52,5	12,7	34,8
C. Valenciana	47,5	42,9	18,0	39,1
Aragó	39,0	45,7	18,7	35,6
Canàries	42,9	81,5	15,0	3,5
Balears	51,7	-14,2	25,3	88,9
Madrid	48,4	15,9	40,6	43,6
Castella i Lleó	38,9	54,6	13,7	31,8
Andalusia	43,4	59,4	11,1	29,6
Cast. La Mancha	42,1	57,7	10,0	32,2
Extremadura	39,9	68,6	7,6	23,7
Total 15	44,0	45,9	7,6	34,9

Urbanos Garrido RM et al. “El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las CCAA”

(1) Sobre els recursos autonòmics nets descomptant els tributs cedits

Càlcul de les necessitats de recursos per als serveis comuns

1. Es distribueix un [Fons General](#) entre totes les CCAA en funció de les següents variables:

Variable	Ponderació %
Població protegida	94,0
Superfície	4,2
Dispersió	1,2
Insularitat	0,6
Total	100

2. Per aquelles CCAA amb una renda relativa inferior a la mitjana, a més, es reparteix un **fons de renda relativa**
3. La suma dels imports que corresponen a cada CA es compara amb els recursos que tenien segons el model de finançament del quinquenni anterior. L'Estat dota d'una quantitat addicional a aquelles comunitats en què el nou repartiment representi menys recursos, per tal que assoleixin el mateix import que els correspondria segons el model anterior.
3. Finalment, la distribució de recursos anterior es modularà amb les següents **regles de modulació**:
 - a) La primera regla limita el creixement dels recursos, de manera que cap CA, amb l'aplicació dels factors anteriors, podrà tenir un creixement per sobre del 75% de la taxa mitjana de creixement del conjunt de les CCAA.
 - b) La segona regla estableix unes garanties de creixement per a Comunitats Autònomes amb un nivell de renda per sota del 70% de la renda mitjana per habitant, de manera que el creixement d'aquestes Comunitats no podrà ser inferior a la taxa mitjana de creixement del conjunt de CA. [↗](#)

Bibliografia recomanada

1. Consejo de Política Fiscal y Financiera (2002). Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común, 27 de julio de 2001.
2. Institut d'Estudis Autonòmics. El nou model de finançament de les comunitats autònomes. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2001 Nov.
3. López-Casasnovas G. La financiación autonómica de la sanidad. Algunas afirmaciones, valoraciones y constataciones. Gaceta Sanitaria 2000; 14(4):300-305.
4. Puig-Junoy J, Rovira J. The effects of fiscal reforms and regional devolution on health care financing in Spain, 1996-2002. Barcelona: Department of Economics and Business. Universitat Pompeu Fabra. Working Paper. 2002.
5. Rey J, El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?. Revista de Administración Sanitaria 2002 Enero/Marzo; VI(21); 69-95.
6. Urbanos RM, Utrilla A. El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las Comunidades Autónomas. Revista de Administración Sanitaria 2001 Octubre/Diciembre; V(20); 599-622.