

La sostenibilitat del sistema sanitari públic. Posicionament estratègic del CHC

Setembre 2004

Índex

1. Introducció.	2
2. La situació actual i futura del model de finançament de l'SNS	2
3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament del sistema sanitari.....	3
3.1. Propostes a curt termini.....	4
3.2. Propostes a mig termini	8
3.3. Propostes a llarg termini.....	12
4. Conclusions.	12
5. Bibliografia.....	14

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 amb les finances públiques i el model de finançament de les Comunitats Autònomes determinen les regles de creixement del finançament públic sanitari i li fixen uns límits. 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 dels 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 aquesta diferència entre la demanda creixent de serveis sanitaris i la capacitat de finançament sanitari.

Aquest document recull les recomanacions que des del CHC es fan a curt, mig i llarg termini en relació amb els mecanismes de finançament existents per reduir la insuficiència financera.

En la primera part s'analitza la situació actual i futura del Sistema Nacional de Salut. A la vista dels problemes de sostenibilitat, a continuació es fan recomanacions respecte als instruments de finançament alternatius, a curt, mig i llarg termini.

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

La despesa sanitària per persona a Espanya l'any 2001, ha estat de 1.300€, xifra relativament reduïda en el context de l'OCDE (un 31,4% per sota de la mitjana). Aquesta relació continua mantenint-se quan es compara la despesa sanitària com a proporció del PIB entre Espanya (7,5% del PIB per a l'any 2001) i la mitjana dels països de l'OCDE (8,3% del PIB).

La despesa sanitària pública a Espanya i la seva posició relativa en el marc de l'OCDE ha experimentat un retrocés a la dècada dels anys noranta: si fins als noranta s'havia produït una millora de manera que el 56% dels països tenia un nivell de despesa sanitària pública com a percentatge del PIB per sota d'Espanya, l'any 2002 tan sols el 34% dels països de l'OCDE presentava una despesa igual o inferior.

A Catalunya, durant aquest període, el percentatge que representa el pressupost de despesa sanitària sobre el Producte Interior Brut (PIB) català ha crescut lleugerament des d'un 3,6% a un 3,8%, situant-se sempre, per sota de la mitjana dels països de l'OCDE i de Espanya. El sistema de finançament sanitari en

vigència fins l'any 2002, va forçar la convergència de la despesa sanitària per càpita entre les comunitats autònomes de règim ordinari, de manera que la variabilitat actual en la despesa per habitant és reduïda: per l'any 1996 sobre pressupostos liquidats i agafant el territori INSALUD com a referent (base de 100), Pellisé et al. (1999) estima que a Catalunya li corresponia una despesa per càpita d'un 102,7%, i a Andalusia un 98,3%. La diferència per tant, s'estableix amb les comunitats regides pel règim de concert, País Basc i Navarra, a les quals li corresponia un 114,7%. Un PIB més elevat que la mitjana estatal i una despesa per habitant lleugerament per sobre, fan que la despesa sanitària pública a Catalunya en relació al PIB es situï, l'any 2001, 1.6 punts per sota de la mitjana estatal (Cambra Oficial de Comerç, indústria i Navegació de Barcelona, 2002).

Establir els nivells òptims de despesa sanitària per a un país a partir de comparacions internacionals, resulta una mica arriscat. El nivell de recursos adequats destinats als serveis sanitaris és una qüestió subjectiva que depèn de les preferències dels ciutadans i dels polítics. No obstant això, es pot treure una conclusió clara de la comparació internacional tant de Catalunya com de l'Estat espanyol(2): la reducció de la distància respecte al nivell de despesa sanitària que ens correspondria, exigiria un creixement de la despesa sanitària per sobre del PIB. Per tant, la garantia que estableix el sistema de finançament a cada Comunitat Autònoma de que els ingressos tributaris amb què es finança la sanitat creixeran almenys el mateix que el PIB nominal d'Espanya resulta clarament insuficient per reduir la diferència observada, així com per afrontar el creixement conjunt derivat dels factors demogràfics, la inflació diferencial i el creixement de la prestació real mitjana.

3. Propostes de posicionament del CHC sobre el model de finançament del sistema sanitari.

L'establiment de copagament sobre la visita mèdica, o l'augment d'impostos especials com el de la benzina, són algunes de les "receptes" que es proposen com les més apropiades, *des del punt de vista de l'eficiència*, per millorar el finançament dels serveis sanitaris. No obstant això, l'elecció d'un model de finançament no tan sols respon a qüestions d'eficiència sinó també implica una decisió sobre allò que considerem més just o equitatiu. L'equitat no sols aparèixer als debats sobre el model de finançament del nostre sistema de salut, malgrat cadascuna de les fórmules que es proposen tenen diferent implicació per a la mateixa.

Per poder comprendre l'impacte en l'equitat de les diferents propostes, hem de emmarcar-les dins d'un dels dos principis bàsics que existeixen per finançar els serveis públics: el principi de la capacitat de pagament i el de capacitat de benefici. Sota el primer principi, els ciutadans contribueixen al finançament segons el seu nivell de riquesa (per exemple, els impostos sobre la renda o les

contribucions a la Seguretat Social). Amb el segon principi, el que paga (encara que sigui una part) és el que es beneficia del servei, qui l'utilitza (per exemple, copagaments).

El Sistema Nacional de Salut espanyol, finançat fonamentalment a través d'impostos, es basa en principis igualitaristes i d'equitat: els ciutadans paguen segons la renda i reben en funció de les seves necessitats. Aquestes dues regles són el principal motor de redistribució de riquesa en el nostre país. Alguns estudis han demostrat que l'Estat del Benestar espanyol, en el seu conjunt, rebaixa el nivell de pobresa en un 63,1%, gràcies, precisament, a la transferència de la renda a través dels impostos i cotitzacions a la Seguretat Social a les pensions i als serveis públics.

Dins aquest marc de valors, la solució a la insuficiència de recursos del sistema sanitari és múltiple, doncs requereix implementar simultàniament tres tipus de reformes: les destinades a **millorar l'eficiència de la despesa sanitària pública** (fer més amb el mateix), les orientades a **augmentar el finançament públic** (fer més amb més), i les **destinades a racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries** públiques.

3.1. Propostes a curt termini

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. No cal observar insuficiència financera per exigir l'eficiència en la utilització de serveis. Ara bé, creiem que quan existeix aquesta insuficiència, la millora de l'eficiència esdevé més important i adquireix la condició de necessària per justificar davant l'opinió pública, la implementació d'altres fons de finançament. Nombrosos estudis empírics han aportat evidència sobre el grau d'ineficiència relativa en els hospitals i en els centres d'atenció primària del país: utilització inadequada d'estades i ingressos hospitalarisⁱ, medicaments i noves tecnologies o escàs trasllat de risc als gestors. L'evidència sobre aquesta utilització inadequada posa en relleu les notables oportunitats per a la millora de l'efectivitat.

Pel que fa 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

ⁱ L'any 2002 (darreres dades publicades) el 70% dels residents a Catalunya tenia una probabilitat de ser hospitalitzat al cap de l'any, a compte del CatSalut, que va de 92 a 118 hospitalitzacions per 1.000 habitants i any en funció del sector sanitari de residència. El 30% restant tenia una probabilitat que estava fora d'aquest interval i que podia arribar a 80,9 en el sector més baix o a 142,7 en el que tenia la taxa estandarditzada d'hospitalització més alta. En molt casos, les àrees d'influència hospitalària amb taxes de hospitalització més altes coincidien amb les de llistes d'espera més elevades i al revés. Els equips o professionals més intervencionistes o les àrees amb més capacitat instal·lada indueixen més activitat.

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 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 introducció de mecanismes de finançament capitatiu a organitzacions integrades, la incentivació de tecnologies més "barates" si s'utilitzen correctament: cirurgia ambulatoria, medicaments genèrics.**

Dintre de les mesures de racionalització de la despesa farmacèutica a curt termini es proposen:

- **Liberalitzar la instal·lació d'oficines de farmàcia**, mantenint - o fins i tot augmentant - el grau d'exigència en la seva qualitat tècnica i en els mecanismes d'acreditació. La llibertat d'entrada en el sector es podria controlar de manera eficient mitjançant la introducció gradual i controlada d'un sistema de subhasta de llicències en base a criteris objectius i transparents, mirant de moderar (compensar) els possibles efectes negatius sobre els propietaris més recents de llicències. No obstant, la liberalització d'oficines podria conduir a l'establiment de monopolis i pressions per a pujar els marges. Per a contrarestar aquest efecte, la llibertat d'entrada hauria d'anar acompanyada de mesures que dificultessin la creació de nous monopolis empresarials (cadena de farmàcies), que incentivessin la competència en preus i la ubicació de farmàcies en àmbits aïllats o fora de mercat.
- S'hauria d'obrir la possibilitat de **concertació selectiva de farmàcies** des de l'SCS en aquest moment i des de l'àmbit dels proveïdors de serveis sanitaris en el moment en que aquests tinguin la responsabilitat directa de la despesa farmacèutica.
- En el moment en que es donin les condicions de liberalització i concertació selectiva per part dels proveïdors, aquests podran valorar en condicions les opcions de "fer" (disposar de servei de farmàcia per la dispensació ambulatoria) o "comprar" aquest servei a oficines de farmàcia externes. Les organitzacions de proveïdors (inclosos els d'atenció primària) haurien de tenir la **possibilitat de comprar i dispensar ambulatoriament medicaments**, per exemple, a pacients crònics.
- Establir **mecanismes que facilitin la distribució de medicaments en dosis unitàries en l'àmbit ambulatori** o, si més no, que els envasos estiguin adaptats, en nombre d'unitats, a les indicacions més freqüents.
- **Canviar el sistema actual de pagament i concertació amb les oficines de farmàcia** (marge lineal sobre el preu) per incentivar la substitució de les prescripcions per medicaments equivalents menys costosos. Els sistemes de

pagament per acte o capitatius (amb reintegrament del cost del medicament) ben dissenyats i dinàmics permetrien incentivar objectius i programes de racionalització des de les oficines de farmàcia.

- Donar **capacitat de compra i dispensació directa dels medicaments a les residències geriàtriques**, per exemple, mitjançant els serveis de farmàcia hospitalaris. Actualment, la despesa mitjana d'un resident és de 1.200 euros anyals. Si la dispensació es realitzés mitjançant serveis hospitalaris, s'estalviaria un mínim del 28% de la despesa (340 euros per resident i any).
- **Millorar la gestió de compres d'absorbents d'incontinència**. Actualment, aquesta despesa equival entre el 3 i el 4% de la despesa farmacèutica. Fent una gestió de compres, per exemple mitjançant els serveis de farmàcia hospitalària, es podria obtenir aquest servei per sota del preu de venda de laboratori actual.
- **Convertir la partida de farmàcia en una partida tancada** com la resta y donar la capacitat real de gestió d'aquest pressupost a les **organitzacions de proveïdors**. En paraules d'un ex – director general de farmàcia, traspasar la farmàcia del capítol IV al capítol II dels pressupost.

En relació al sector concertat, que dins del Sistema Sanitari Català té un pes específic important i per evitar els problemes constants de tresoreria, proposem **la implantació d'un nou model de contractació que contempli a més de la plurianualitat dels concerts**:

- La regularització automàtica dels preus de cada exercici amb efectes retroactius d'1 de gener, segons la variació real que hagi experimentat l'Índex de Preus al Consum pel conjunt nacional total en l'exercici corresponent. Aquesta regularització hauria de ser abonada dins del primer trimestre de l'any.
- La revisió automàtica, amb efectes 1 de gener de l'any en curs, d'acord amb la inflació prevista per a cada exercici per la Llei de Pressupostos Generals de l'Estat, amb independència de les regularitzacions que procedeixin a posteriori, un cop publicades al D.O.G.C. les tarifes de cada anualitat, i la seva regularització amb l'apartat anterior.
- Els endarreriments per les diferències de tarifes respecte de la revisió segons l'IPC previst aplicada automàticament des de principi d'any siguin abonades dins del mateix any natural.
- Les tarifes siguin aprovades i publicades, com a màxim, dins del primer trimestre de cada exercici.

Finalment, s'ha de considerar que no sempre les mesures per 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 una diferència creixent entre el que cada país es pot permetre i el que és possible i desitjable, que no sembla pas que s'hagi de reduir en el futur.

Reformes destinades a augmentar el finançament públic.

Reforma del sistema de finançament autonòmic

El model de finançament aprovat el 27 de juliol de 2001 pel Consell de Política Fiscal i Financera suposa un avanç notable en relació amb el model precedent per l'esforç d'integració i creació de les mateixes regles de joc pels subsistemes de finançament autonòmic anteriorment independents. No obstant això, el model presenta importants incerteses i problemes metodològics (p.e. fórmula d'assignació basada en paràmetres totalment polítics) que exigeixen una resolució adequada per tal de garantir l'èxit i la viabilitat del model a llarg termini:

- **Augmentar la capacitat normativa de les Comunitats Autònomes sobre els tributs cedits.** El nou model de finançament, inspirat en el principi de la corresponsabilitat fiscal de les comunitats autònomes, dóna, almenys en teoria, més capacitat de decisió als parlaments autonòmics, tant sobre la despesa com en matèria de finançament addicional. No obstant això, encara estem lluny d'apropar-nos a una autonomia fiscal total. La proporció d'impostos cedits a les Comunitats Autònomes ha crescut d'una manera important (a Catalunya arriba al 70,6% dels ingressos totals). Tanmateix, la capacitat normativa no s'ha incrementat en la mateixa proporció (tan sols equival a menys del 20% dels ingressos de les CCAA)(3). Per exemple, no s'ha donat a les CCAA capacitat normativa sobre els impostos de l'alcohol i el tabac, que presenten un nivell més baix a Espanya que a la resta de països europeus, i en els quals hi ha encara marge per fer-les apujar.
- Proposar en un futur un **càlcul més rigorós de les necessitats sanitàries de les CCAA**, atès que no hi hagut un càlcul empíric de les variables que determinen el nivell de necessitats de recursos sanitaris de les CCAA 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 forma rigorosa els fluxos de pacients desplaçats, ni tampoc considera l'impacte del cost dels centres d'excel·lència en els costos sanitaris.
- **Utilitzar el Fons de Compensació Territorial**, creat pel vigent sistema de finançament autonòmic, per corregir alguns dels dèficits que s'han produït: fluxos migratoris, desplaçats d'altres CCAA, etc.
- **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.

- No tot està transferit, el Govern Central manté el control sobre les peces fonamentals del sistema: els preus (dels medicaments, personal,...). Per tant, les CCAA tan sols poden actuar sobre les quantitats (número de medicaments prescrits,...) per controlar la despesa. Una major responsabilitat fiscal ha d'anar acompanyada d'un major marge de gestió de tots els components de la despesa. En aquest capítol, la transferència dels fons per la Incapacitat Laboral Transitòria (ILT) a les CCAA, contribuiria a millorar la gestió de la despesa que es genera.
- **Integrar l'assegurança de malalties i accidents laborals i les seves prestacions dins de l'assegurança sanitària pública.**
- Existeix una contradicció clara entre el principi d'autonomia financera i l'obligació de destinar a sanitat un mínim de recursos, deure que tampoc garanteix l'equitat territorial, és a dir, el dret dels ciutadans a rebre unes prestacions segons el nivell de necessitat, independentment del lloc de residència. Aquest dret requereix **definir els serveis a garantir pel Sistema Nacional de Salut i les condicions d'accés a aquests serveis.**

Polítiques de redistribució interna entre programes de despesa pública.

A aquest àmbit es proposa la cancel·lació del deute històric de la sanitat pública amb la seguretat social, en situació actual de moratòria, i dels deutes amb hisenda pública anteriors a l'any 2000, inclòs el deute del sector concertat. El deute acumulat pel sector concertat ha estat fruit d'un infrafinançament crònic que no ha pogut resoldre cap dels sistemes de pagament que al llarg del temps s'han utilitzat.

3.2. Propostes a mig termini

Reformes destinades a millorar l'eficiència

Durant els últims anys, s'ha produït un canvi substancial en el discurs de política sanitària, fins i tot en aquells països que van promoure la competència amb la introducció de mercats interns, en favor de les estratègies d'integració i col·laboració de serveis de salut. La integració de l'atenció s'ha convertit en una prioritat per molts països, especialment com mecanisme per resoldre problemes de salut crònics, que requereixen l'atenció de múltiples professionals i serveis. Nombrosos estudis destaquen els efectes dels problemes de coordinació sobre l'eficiència en la gestió de recursos (duplicació de proves diagnòstiques, etc.) i la continuïtat assistencial. Dintre d'aquest context han aparegut diverses experiències d'integració de serveis sanitaris en països diferents, entre ells Catalunya, que presenten elements comuns: l'organització de l'assistència entorn a

una xarxa de serveis, - generalment sota la mateixa entitat -, que ofereixen un continu de prestacions a una població definida i son responsables dels costos i els resultats de salut de la població.

L'avaluació de les experiències que s'han desenvolupat en diversos entorns destaca els requisits per tal de millorar la integració de serveis i mitjançant aquesta, l'eficiència: per part dels proveïdors, la recerca de fórmules de cooperació que ajudin a la definició d'objectius i estratègies globals per els nivells assistencials a nivell territorial, una cultura comú i un lideratge orientat a la integració, un disseny organitzatiu basat en la coordinació al llarg del procés assistencial i la integració de les funcions i activitats de suport assistencial; i per part del comprador, l'assignació de recursos mitjançant fórmules que incentiven la coordinació i l'eficiència com els mecanismes de finançament per càpita.

Altres propostes per millorar l'eficiència del sistema a mig termini serien:

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

- Reconversió de l'oferta per adequar-la a les necessitats, per exemple, reconvertint llits d'aguts en sociosanitaris, hospital de dia,...
- Implementar mesures que permetin la flexibilització de la gestió dels recursos humans, per exemple, mitjançant la creació de consorcis públics de gestió.
- Potenciar clarament una oferta àmplia de productes genèrics que permeti garantir la competència en preus i minimitzacions de costos en els tractaments més prevalents.

A l'àmbit micro (proveïdor)

- Promoure clarament la substitució de serveis de manera tal que el conjunt del sistema s'orienti definitivament a donar més pes a les atencions de primer nivell i properes al domicili del ciutadà (resolució de l'atenció primària, teleassistència, ajuda a domicili,...).

Reformes destinades a augmentar el finançament públic.

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 això, considerem que hi ha marge per incrementar la recaptació fiscal:

- **Augmentar la pressió fiscal directa en funció del creixement real de la renda esperat per als propers anys.** L'augment de la recaptació impositiva

troba els límits en la resistència dels contribuents i el marge d'actuació que permet el sistema tributari al context de la UE. Tanmateix, aquest marge no resulta tan estret si es té en compte que, segons les darreres dades comparatives publicades per Eurostat(4), tan sols la pressió fiscal a Irlanda va ser inferior a la d'Espanya al conjunt de la UE (un 36,2% el 2002, davant del 42,3% a la UE)ⁱⁱ. D'altra banda, segons una enquesta realitzada per The Economist l'any 2000, el 41% dels espanyols opinava que s'hauria de gastar més en serveis públics, fins i tot si allò implicava pagar més impostos(2).

- **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 el 10% i a Grècia el 9,6% del PIB.
- **Potenciar l'ús de la fiscalitat ambiental atès l'escàs desenvolupament d'aquesta figura al nostre país.** L'any 2002, Espanya va ser el segon país de la UE amb un menor percentatge d'ingressos fiscals ambientals amb relació al PIB(4).
- **L'establiment d'un impost finalista per el finançament de la sanitat.** Tal i com assenyalen alguns autors, aquest tipus de mesura oferiria alguns avantatges: en primer lloc, milloraria la transparència i visibilitat del cost dels serveis públics, i en segon lloc, la resistència dels contribuents seria menor en saber a què es varen destinar els increments en la recaptació. Per tal de garantir l'equitat de finançament del sistema sanitari, l'impost hauria d'estar lligat a la capacitat de pagament (renda) de l'individu.
- **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. Malgrat això, cal observar que el creixement de la imposició especial empitjora la progressivitat del sistema fiscal espanyol i per tant de l'equitat. Les fórmules concretes podrien variar des d'un tram autonòmic per als impostos especials, fins a un nou impost finalista sobre la venda minorista de begudes alcohòliques o del tabac(5).
- **Crear taxes específiques per el finançament d'algunes prestacions de protecció de la salut** (control d'aigües, aire, sòl, alimentària, etc).

ⁱⁱ Dins d'aquests, i a diferència de la resta de països de la UE, els impostos sobre la renda a Espanya han baixat des un 7,9% del PIB el 1995, a un 7,1% el 2002.

Reformes destinades a augmentar el finançament privat: els copagaments

Dins el context de la UE, l'Estat espanyol és uns dels països en què s'apliquen menys copagamentsⁱⁱⁱ. A més, els copagaments existents actualment sobre els medicaments han estat força criticats pels problemes d'eficiència, de sostenibilitat i especialment d'equitat que comporten(2): l'aportació exigida al pacient guarda una escassa relació amb la seva renda. L'evidència sobre aquest tema mostra la necessitat de reformar el copagament actual sobre els medicaments per tal de solucionar aquests problemes.

A part d'aquest aspecte, considerem en termes generals tres aspectes bàsics a tenir en compte amb relació als copagaments:

- **No es pot fer recaure el pes de la sostenibilitat financera del sistema sanitari sobre els copagaments.** Ni tampoc confiar en aquest com una font d'ingressos per tal d'afrontar els problemes d'insuficiència financera del sistema sanitari. 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 banda, els copagaments tan sols actuen sobre la demanda quan degut als problemes d'informació asimètrica és més important influir sobre l'oferta^{iv}. En el cas dels copagaments de baixa intensitat, la capacitat de recaptar ingressos és petita per les nombroses excepcions amb què s'ha d'acompanyar i per els alts costos d'administració.
- En segon lloc, **els copagaments augmenten la inequitat del sistema atesa la seva condició d'impost sobre els pobres.**
- No obstant això, **creiem que al nostre país existeix un marge per utilitzar selectivament els copagaments com instrument per desincentivar serveis i ús poc efectius.** Seria el cas dels copagaments evitables, com per exemple, el diferencial de preus sobre el del medicament de referència o l'exclusió del finançament públic de serveis o medicaments poc efectius (copagament del 100%). O dels copagaments sobre millores de serveis no assistencials (habitació i menjar d'acompanyants, hotelers,...).

ⁱⁱⁱ No obstant això, el cas espanyol també es caracteritza per ésser uns dels països de l'UE amb una proporció de finançament privat de la despesa sanitària més elevada (28,3%), la major de la qual es realitza mitjançant pagament directe als proveïdors.

^{iv} En aquest sentit, el copagament com mesura per desanimar l'ús "frívol" dels serveis públics tan sols és eficient si disminueix la demanda de serveis no efectius. No obstant això, existeix evidència empírica(6) de que, atès que el pacient no té informació suficient sobre l'efectivitat del tractament per discriminar, la disminució del consum quan s'introdueix un copagament es produeix tant en els efectius com els que no ho són.

3.3. Propostes a llarg termini

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** que provoca situacions no desitjades com: llistes d'espera diferents segon la patologia i/o el territori, restriccions d'accés, exclusions de col·lectius com indigents i 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. Tanmateix, 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.

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, atès que mesures aïllades per augmentar el finançament no resulten suficients per donar resposta la diferència entre la demanda creixent de serveis sanitaris i la capacitat de finançament del sistema sanitari públic.

No obstant això, creiem que per 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 directes, polítiques de priorització, abans de plantejar reformes destinades a augmentar el finançament privat de la despesa sanitària. 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.

5. Bibliografia

- (1) Consorci Hospitalari de Catalunya. Posicionament estratègic del CHC. El model de finançament del sistema sanitari. Barcelona: CHC, 2000.
- (2) Puig-Junoy J. Sostenibilidad y fuentes de financiación del crecimiento del gasto sanitario público. Implicaciones para el Sistema Nacional de Salud. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson, 2004: 207-225.
- (3) 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.
- (4) European Commission. Structures of the taxation systems in the European Union: 1995-2002. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
- (5) Ruiz-Huerta J, Granado O. La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Documento de Trabajo 31/2003. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.
- (6) Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. Medical Care 1986; 24(9 Suppl):S1-87.