

UNA REFLEXIO GENERAL SOBRE EL FINANÇAMENT SANITARI I UNA PROPOSTA D'ARTICULACIÓ DE COPAGAMENTS BASATS EN RENDA

Guillem López Casasnovas.

Catedràtic d'Economia de la Univ. Pompeu Fabra

RESUM:

El text que segueix introdueix al lector i, sobre tot, al responsable de política sanitària, sobre les consideracions rellevants per a entendre els mecanismes de finançament (i despesa) del nostre sistema de salut. Davant un supòsit d'estudi d'alternatives de canvi, l'objectiu del treball no és altra que el de informar la premsa de decisió política, mai no pretendre substituir-la per suposats arguments científics, respecte dels punts forts i febles de les distintes opcions possibles. Fixar balanços per a una millor decisió, és el raonable per a l'elaboració de la majoria de les polítiques públiques, i de la referida en aquest text en particular, donada la diversitat de perspectives que en ella hi conflueixen.

I.-Introducció: Context i àmbit.

Context: La despesa sanitària al nostre país previsiblement creixerà. Quin component ho fera en el binomi finançament públic-privat, és més incert. Per una banda, per una societat que es comença a desenvolupar, l'elasticitat renda sol jugar en valors positius importants en favor d'un increment de la involucració pública en sanitat (l'anomenada llei de Wagner d'activitats creixents de l'Estat); per l'altra banda, la composició de la despesa varia segons els nivells de renda assolits (llei de Engel), de manera que com més es desenvolupa una societat menys probable potser es valori el direccionisme públic en un tema tant propi del benestar de les persones. Quin dels dos factors pesarà més a la nostra realitat propera és dubtós, no essent el

procés exogen sinó immers en els mateixos processos d'elecció social. En qualsevol cas, és una irresponsabilitat, parlar d'incrementar la despesa sense concretar la manera de finançar-la. En aquest sentit, son *arguments econòmics valoratius* el reconeixement que la pressió fiscal als països occidentals no sembla ja molt més 'tensionable' a l'alça. A més, a fora dels sector, la despesa sanitària pública ha de competir amb altres components de la despesa social (en el seu component públic/privat del seu finançament) habitatge, equipaments, cobertura de dependència, educació, ... per als increments tendencials del finançament públic que es puguin enregistrar dintre del quadre macroeconòmic general. Son *arguments socials* que semblen més lògics el pensar que el pes de la involucració pública en el sector sanitari, com veiem, major en els estadis primers de desenvolupament social (elasticitat renda elevada) permeti una reducció relativa posterior en la mesura que societats avançades retornen responsabilitats socials (o n'afronten de noves) a les esferes més individuals. A més, els increments de despesa actuals s'apropen més a 'la part plana de la corba de l'efectivitat no utilitarista de la relació entre més recursos i millores de salut' (corba de Preston, entre més despesa i millores objectivables de salut), amb efectes majorment en els components individuals subjectius i personals, que justifiquen en menor mesura un increment del finançament públic coactiu, sovint basat en els impostos indirectes de naturalesa fortament regressiva.

¿Hi han arguments empírics substitutius als anteriors per a decidir l'orientació futura del finançament públic de la despesa sanitària?. No sembla que aquest sigui el cas si es vol instrumentar una anàlisi rigorosa, ja que les comparacions són qüestionables (o bé basats en nivells o en ritmes de creixement; partint d'estadis de desenvolupament diferents, de valors culturals i polítics diferenciats, i de paquets de serveis poc comparables). Però si s'ha de trobar aquest referent, s'ha de buscar correctament:

Això requereix comparar comparables: (i) Ull a les mitjanes OCDE molt influenciades pel pes de la despesa privada d'alguns països amb sistemes força allunyats dels nostres (EE.UU., Japó, Mèxic, ...); (ii) la ponderació de les

mitjanes per la població respectiva dels països sembla coherent que s'introdueixi (cosa que no sempre es fa), la qual cosa reforça el comentari anterior (pes poblacional important d'aquells països més allunyats del nostre sistema); (iii) sembla més robust comparar a la Unió Europea mitjanes de països amb sistemes NHS i no cercant diferencials computant dades dels sistemes d'assegurament social (SAS) que essent més cars i de filosofia diferent es consideren menys acceptables (Alemanya, França, Holanda, Àustria, ...); (iv) dintre dels NHS ponderats per població (Regne Unit versus Finlàndia!!), cal ajustar pel seu nivell distint de desenvolupament (per allò de que cada país fa l'esforç en el sistema social que li permet el seu PIB). Un ajust regressional multivariant, i no una comparació de nivells simples, hauria de ser la base empírica, si es creu que ha de ser aquesta la via d'abordatge; (v) el tema de la despesa en medicament no hauria de incloure's de igual manera a l'anàlisi, ja que els referents de despesa són aquí, i seran de cada vegada més, la població i no la renda (així sembla que es decideixen les polítiques de prescripció i tendeixen a convergir els preus a la Unió Europea, almenys per a reduir el comerç paral·lel del medicament); (vi) la debilitat de l'argument empíric la trobem amb la manipulació que permeten les mostres efectivament comparades (UE a 15 o a 25 països; el període considerat, donats els diferents estadis de desenvolupament; la naturalesa dels sistemes sanitaris; a la vista de com es finança la despesa pública (no només amb impostos sinó també amb copagaments – com en el cas de Dinamarca i Suècia amb molta despesa pública però amb copagaments entre 3 i 5 vegades els espanyols); a la vista de quin any serveix de base de comparació (quan pitjor PIB més alt el rati despesa social/PIB, i de com s'interpreta aquest –com pitjor millor?; etc.).

L'empirisme és en tot cas, una via força limitada (i poc operativa) per a informar les decisions polítiques.

Finalment, *en quin àmbit* s'han de decidir les polítiques sanitàries del futur?: Tot apunta a que aquestes s'haurien de decidir dintre d'una coordinació més general de les polítiques públiques, ja en raó de la intersectorialitat necessària d'aquestes (de

l'educació a l'alimentació, l'habitatge o a la promoció d'estils de vida saludables), ja en raó d'assolir taxes de rendiment col·lectives o generacionals més equitatives (joves, aturats de llarga durada, gent gran). Igualment, cal incorporar definitivament l'òptica multijurisdiccional a la definició de la política sanitària, vistes les competències transferides, les insuficiències financeres idiosincràtiques, i la distinta pressió per a la racionalització de la despesa que comporten espais fiscals diferents. Així, en el cas de la nostra CA., a Catalunya, no és difícil observar com més desenvolupament social, més utilització sanitària (com observàvem també a la comparativa de països abans esmentats) amb la renda i l'educació com a variables latents que pressionen a l'alça la despesa. Si la nostra despesa sanitària la referim al PIB propi del país, el rati es situa un 20% per sota de la mitjana estatal d'igual indicador. Aquest és el resultat d'un numerador de la rati (la despesa) que en el seu finançament estatal segueix tendencialment criteris poblacionals, i un denominador més elevat en raó de la major renda relativa catalana. Això dificulta satisfer des del sector públic autonòmic, en absència d'obertura d'espais fiscals propis-, la major expectativa de utilització de la comunitat, en part impulsada per la demanda (aspiracions d'una cada cop més 'medicalitzada' societat) i en part per l'oferta de serveis posada en disposició: la xarxa més costosa de comarcalització amb la que el Parlament ha volgut cohesionar sanitàriament el país. La insuficiència dificulta també satisfer els nostres professionals que aspiren a un major ingrés que correspongui al major cost de vida i a la més gran pressió assistencial que suporten. En el nostre àmbit son també especificitats que no es poden ignorar l'elevat dèficit fiscal que pateix Catalunya amb l'Administració central, la qual cosa dificulta el que el govern demani avui un major esforç fiscal a la ciutadania per a satisfer el que son les necessitats socials per prestacions que alguns creuen ja prou finançades.

En el tema de la insuficiència, remarquem aquí la importància que han tingut els dèficits de gestió i de finançament encoberts, tot i que sovint es confon dèficit amb deute; és a dir, la variable de flux amb la d'estoc. Val a dir també que aquest dèficit tot i tenir alguna dependència de la major o menor eficiència en gestió, no sembla

que en sigui aquesta l'element clau de la insuficiència financera. Així, existeix bastant unanimitat entre els estudiosos del tema que l'eficiència relativa del sistema sanitari català no es pitjor, sinó fins i tot millor que la del conjunt de l'Estat (sense que això vulgui dir com veurem que no hi hagi borses de ineficiència en el sistema que convingui eliminar).

II.- Les alternatives de finançament i de racionalització de despesa

En el context anterior les alternatives generals a estudiar son 1- més finançament ja (i) procedent de les transferències centrals (ii) ja amb més recursos propis (impostos, preus, taxes); 2- una desacceleració de la despesa pública amb (i) mesures de gestió i racionalització de processos; (ii) amb la delimitació de prestacions que canalitzi part de les aspiracions a una major utilització cap a l'oferta privada amb primes complementàries.

Vegem amb un poc més de detall cadascuna de les *alternatives*:

1- Més ingressos

A- Per ***millora de finançament central***, via canvis en el finançament autonòmic, tant general com específic del component sanitari dintre del total. Així, en concret, pel que fa als punts forts de la consideració política, o '**pros**' d'aquesta opció, destacar la deficient incorporació al sistema dels canvis poblacionals –especialment a l'empenta de la immigració (la clàusula de revisió davant un diferencial de creixement demogràfic d'una CA respecte de la mitjana en un 3% anual sembla excessiva), o vista la deficient consideració dels fluxos de desplaçats (comptabilitzats com a saldos) a dintre del fons estatal de cohesió *status quo*. I sobre tot, la possible correcció per aquesta via dels desequilibris fiscals de Catalunya amb l'administració central sense costos polítics interns a la nostra Comunitat. Però pel que fa als punts contraris, o **cons**, hi trobem la dificultat d'un joc que és a nivell estatal bàsicament de suma zero a la seu del *Consejo de Política Fiscal y Financiera*, que l'Estat l'intenti

resoldre'l sobre la base (poc federal) d'estimació central de 'necessitats' amb variables fal·laçment objectives que tendeixen a satisfer el *status quo*, i que el mateix concepte de dèficit fiscal sigui controvertit entre els hisendistes. A més, si és el cas, la millora de finançament per aquesta via no quedaria afectada als ingressos de la sanitat, i en cap cas no modificaria les causes que retroalimenten les necessitats de finançament –oferta inductora de demanda. Seria un **mitigament** dels factors negatius anteriors el que es comprometés part d'aquest finançament a l'esforç complementari que suposa la generació de nous recursos propis, dintre d'esquemes de major corresponsabilitat fiscal.

B- *Més recursos propis:*

(i) *Impostos* de contribuents:

1- directes (també patrimoni successions,...). **Pros** d'aquestes variants: més equitat fiscal; **Cons**: Contra la tendència general observada en els països occidentals d'evolució de la pressió fiscal a la baixa en aquells conceptes, les dificultats de implementació pràctica, i vista la limitació recaptadora dels impostos esmentats.

2- indirectes a) *espai fiscal a l'IVA*. **Pros**: capacitat recaptadora **Cons**: Regressivitat fiscal i posicionament contrari d'una determinada interpretació de la Sisena directiva de la UE per tant del govern espanyol. Aquesta objecció és tècnicament en tot cas **mitigable** a través del desdoblament de tipus en dos trams; b) *Sobre alcohol i tabac* **Pros**: Capacitat recaptadora i possible fre de nous entrants als consums poc saludables. **Cons**: major regressivitat, donat que frena poc el consum dels ja addictes, que a més es concentren a les rendes baixes de l'escala social. En el cas de posició favorable distingir entre les següents **Estratègies**: (i)- *impost a tipus unitari*: **Pros**: redueix més els nous entrants **Cons**: més regressivitat; (ii) - *impost a tipus proporcional*: **Pros**: recaptació més flexible al preu; **Cons**: penalitza relativament més al tabac menys dolent.

(ii) **Copagaments** d'usuaris:

- a) sobre serveis x) assistencials. **Pros:** és una manera d'obrir una dinàmica de conscienciació generalitzada de costos contra una falsa gratuïtat, senyalitzant els costos i permetent comparar-los amb els beneficis dels serveis. **Cons:** costos de transacció elevats, amb costos polítics evidents, en el curt termini almenys; y) sobre serveis hotelers. **Pros:** Més factible i comprensible, però amb menys afectacions (només hospitals); **Cons:** Recaptació menor, amb costos polítics també no menyspreables;
- b) sobre medicaments: **Pros:** Recaptació neta elevada (120 milions de receptes/any) i menors costos d'administració. **Cons:** desarticula encara més el paper del medicament com a part integrant del conjunt de serveis, i manté costos polítics, tot i que menors, i possiblement molt lligats a la reacció dels pensionistes. Un **mitigament** possible consisteix en seqüenciar la mesura amb un moment de creixement de les pensions, que faciliti així la primera implementació de la mesura. Un altra mitigament general rau en introduir la desgravació fiscal autonòmica per a despesa sanitària assumida privadament, recuperant si un cas part de l'equitat perduda per la via de fer que les despeses fiscal siguin deduïbles selectivament, amb sostre límit i per a determinats col·lectius (que no superin una determinada renda, etc., tal com es feia en el seu moment amb les guarderies). Més endavant es fa operativa aquesta opció.

Una reflexió addicional sobre el copagament

Sobre l'efectivitat general dels copagaments (reduint consum o incrementant finançament) no en podem dir empíricament gran cosa¹. A la literatura, els

¹ Per al cas espanyol, el que més il·lustra l'efecte dels copagaments, tot i no constituir realment un cas control, ja que el col·lectius divergeixen en algunes característiques, és el de MUFACE, i pel que fa exclusivament al copagament de medicaments. En aquest esquema, el copagament del 30% es manté per a tots els col·lectius, amb resultats com: entre 1990 i el 2002 el nombre de receptes ha crescut menys en les mutualitats de funcionaris que en el SNS: Un creixement acumulatiu del 0.5% (front el 0.8%). De manera similar amb la despesa

efectes depenen molt dels detalls: impactes amb dades observacionals-poblacionals o experimentals, estimats amb grups de control o amb simple registre de 'l'abans i el després' de l'entrada dels copagaments (assumint que tota la resta de coses es manté constant en el temps!). A més, es sap que no és el mateix efecte el que es deriva en introduir-los que en incrementar-los marginalment. També les complementariats/substituïbilitats dels serveis afectats amb la resta de serveis no afectats, tenen efectes importants. Finalment, les cultures que estan al darrera de com la població entén la responsabilitat individual i col·lectiva en els serveis públics poden ser també decisives: Atenció per tant als estudis que conclouen resultats a partir d'evidències (internacionals) molt concretes, que extretes de context i elevades a conclusió universal s'extrapolen a altres llocs i períodes. No hi ha una llista general d'efectes sinó una casuística cojuntural i empírica, que depèn a més molt de la lletra petita (existència d'exclusions – per patologies, col·lectius, clàusules de “stop loss”, copagaments variables – proporcionals per trams de despesa, per col·lectius; copagament vinculats a renda, etc. Són també dignes de consideració, i d'estudi necessari a l'hora de valorar la possible inequitat del copagament farmacèutic, la concentració relativa del consum del medicament, i així dels 'copagadors'. Algunes dades muestrals ens indiquen que un 2% de la població suporta una tercera part de tots el copagaments recaptats². Sobre aquestes xifres, cal matisar però que el còmput més il·lustratiu no és l'individual, sinó el familiar (efecte consolidació sota una mateixa restricció de despesa), la qual cosa simplement, per agrupació, és previsible que faci baixar la concentració anteriorment comentada. En qualsevol cas, la lectura positiva d'aquestes

per persona. En termes mitjans això amplia 3.3 receptes menys a l'any (un 20% mentre que al SNS no arribava al 7%). Finalment la despesa per persona protegida en medicaments fou l'any 2002 un 58% superior en el SNS que a MUFACE.

² Per algunes submostres concretes Ibern (2004) ha observat com el 0,6% de la població que més medicaments utilitza (incloent els pensionistes, tot i no tenir copagament) ha suposat un cost pel sistema de prop de 3.500 euros. El 3% de la població que més consumeix ha generat una despesa per càpita de poc més de 2.000 euros, realitzant una aportació mitjana anual de 160 euros.

xifres seria que identificant aquests col·lectius es podria eliminar una bona part de la inequitat associada a la concentració de despesa observada.

Finalment, la valoració, dels copagaments pot dependre molt de en què es comparin (font de finançament alternatiu), de si son evitables (existint un substitut de millor cost efectivitat i gratuït), i de si els propis professionals son capaços de identificar aquells supòsits de sobreconsum de serveis que sovint identifiquen com un dels mals dels nostra sistema de salut.

(iii) **Primes** complementàries. Això implica l'inici d'obertura d'un procés de "descompressió" del finançament públic obrint espais per al desenvolupament de primes comunitàries per a l'assegurament complementari. **Pros:** Ordena els processos de prestació, permet regulació pública més factible que amb els copagaments, manté implícit el concepte de solidaritat (no pagant per ús) i resulta més adaptable a les noves situacions socio-sanitàries que altrament pressionaran el catàleg de prestacions sanitàries. **Cons:** la mesura té un *tempo* que fa que no es pugui improvisar i requereix un catàleg efectiu i conegut. Té també costos polítics el fet de ser explícits en les prestacions, tot i que **mitigables** potencialment amb fer més comprensible l'ordenació de noves prestacions segons criteris d'efectivitat (com amb el camí introduït pel National Institute for Clinical Excellence - NICE anglès), reservant el finançament coactiu i solidari per a les prestacions que superen el criteri cost-efectivitat.

Un comentari adicional sobre l'opció primes

L'opció primes representa previsiblement una opció necessària per al mig termini, a configurar però ja possiblement des d'ara. Delimitar el paquet de prestacions públiques cara a clarificar les prestacions privades hauria de ser prioritari. Primer, per que permet concentrar la despesa pública – finançada més solidàriament – en serveis cost efectius; segon, per que

obre el marc de l'assegurament privat complementari, de manera coordinada amb el públic, i no tant substitutiu i alternatiu (que sempre restarien oberts, però ja de manera més marginal). Això pot ajudar a descongestionar la gran pressió avui existent quasi en exclusiva sobre el sistema públic (totes les prestacions, incloses les sociosanitàries amb càrrec als impostos generals), permetent començar a corresponsabilitzar parcialment a les persones sobre els consums sanitaris (si més no els 'evitables' per ser menys cost-efectius) i fer-ho de manera col·lectiva (primes comunitàries, no individuals, ni actuàries ajustades a risc – almenys en un tram del assegurament complementari ('a la holandesa'), essent en tot cas una alternativa més solidària que els copagaments: amb l'assegurança i prepagament de primes, el qui té salut subvenciona de fet al malalt.

2- Contenció, racionalització, reducció de despesa:

- A- Via **catàleg**: Més focalització en la cobertura universal per a situacions catastròfiques, de risc menys previsible i conseqüències financeres greus, deixant marginalment de prestar serveis de menor efectivitat terapèutica objectivable i de majors components individuals de tall utilitarista.
- B- Via major **empresarialització**: transferència de risc als proveïdors, introduir major cultura de gestió a l'atenció primària (clau del sistema), més gestió clínica de processos assistencials complets a l'especialitzada, creació de nous òrgans de govern en que estiguin les parts representades i resulti en conveniència mútua col·laborar en la resolució dels problemes de salut poblacionals.
- C- Polítiques de **control de la despesa**, amb millora de prescripció, control de sobreutilització i de la deficient utilització a l'estudi de les variacions de les practiques clíniques, MBE, etc.

- D- **Copagaments** dissuasoris que no recaptin, sinó que pretenen eliminar el consum innecessari. Requereix concretar aquests consums, de major elasticitat, amb els clínics (serveis que es mouen per preferència més que necessitat), de manera selectiva i no generalitzada, tot i establint valors alts per aquests usos a efectes de que siguin realment dissuasoris. El seu èxit és que no acabin recaptant res.
- E- Via **reforma organitzativa**: ICS com a ens de dret públic, més descentralització territorial, pressupostació prospectiva, pagament per resultats i no ‘per ser’ (estructura) o ‘per fer’ (GDRs i similars), sinó per a cobertura poblacional. Més experiències pilot de base regional i finançament capitiu amb la involucració dels proveïdors.
- F- Altres.

Una *combinació possible avui de mesures* de millora de finançament i de racionalització de despesa seria en tot cas oportú, ja que resulta molt difícil argumentar en favor d’un major finançament, tant de contribuents com en el seu cas d’usuaris, sense l’evidència d’una aplicació més eficient dels recursos.

III.- Una proposta concreta i incipient d’articulació de copagaments vinculats en renda

Acabarem el present text amb una **mesura d’articulació concreta** dels copagaments aquí apuntats, a través de la seva potencial vinculació a la declaració de l’IRPF en el seu tram autonòmic. Això implicaria que tots els registres d’usos afectats per copagaments s’anotessin a la tarja sanitària en cada punt d’accés (lectura digital), i es comunicuessin, posteriorment, incorporant-los a la declaració de IRPF. Pels no obligats a declarar (pobres per sota dels mínims vitals), l’exenció d’aquests copagaments seria automàtica. Per la resta de la població, o bé se incorporarien sobre la base imponible (incrementat el copagament per l’invers del tipus mig) o sobre la quota (sempre en el seu component autonòmic). En el primer cas, el copagament es podria considerar de fet com a inversament proporcional a la renda; en el segon, es

podria fer selectiu no gravant a determinats grups (p.e. crònics), o fent-ho fins a un cert límit, no computant copagaments més enllà d'una quantia determinada (p.e.: no podent representar més d'un 8% de la renda declarada o una quantitat absoluta superior a 1.000 euros a l'any), opcions totes elles, òbviamment, aquí de nou, més polítiques que tècniques fiscals. Altrament, l'articulació operativa dels copagaments es podria fer amb la incorporació dels costos dels consums a la pròpia tarja, que fes necessari la seva liquidació a una oficina bancària entre desembre i gener de l'any, de manera prèvia a la seva renovació (mena de tarja-moneder). Aquesta podria ser també una possibilitat de baixos costos de transacció. Una variant que implicaria una major involucració dels professionals (en esquemes de 'gate-keeping' de metges de capçalera de primària o de proveïdors amb finançament a risc) consistiria en que del registre de consums públicament finançats, es seleccionessin cada any, aquells que no es justificuessin en la pròpia gestió que ha orientat el professional que 'agencia' perfectament al pacient, de manera que només aquests s'haguessin d'incorporar a la base de renda a efectes de pagament fiscal. Aquest esquema requeriria, està clar, el redreçament dels incentius perversos que avui conté sistèmicament la relació finançador, proveïdor i usuari, on qui decideix no finança, qui consumeix no decideix ni finança, i qui finança no decideix.