

# **EL PAPER DE L'ASSEGURAMENT SANITARI I DE LA MEDICINA PRIVADA EN ELS SISTEMES PÚBLICS DE SALUT. REFLEXIONS PER A L'ELABORACIÓ D'UNA POLÍTICA SANITÀRIA NACIONAL**

## **RESUM**

Aquest text respon a l'encàrrec realitzat per la Fundació Catalunya Oberta i té com a objectiu reflexionar sobre el sistema de salut del nostre país i el paper que pot tenir en el seu si l'assegurament i la medicina privada. La reflexió es presenta com a rellevant i oportuna, a la vista per una banda de la importància que té la sanitat privada a Catalunya, i per l'altra davant de les insuficiències financeres del sistema públic, incapaç pel moment de racionar la demanda davant una eclosió d'expectatives sobre la capacitat de curar i cuidar de la medicina, que el fan insostenible.

El text argumenta en favor d'obrir nous solcs de finançament complementaris que 'descompressionin' la fiscalitat pública i permetin una millor adequació entre oferta i demanda dels ciutadans en el conjunt del sistema sanitari de Catalunya. Es reconeix així un paper millor definit per al sector privat i es marquen alguns instruments que incentivin les transicions necessàries en el marc d'una política sanitària nacional.

## **AUTOR**

### **Guillem López i Casanovas**

Nascut a Ciutadella de Menorca l'any 1955. Casat, tres fills. Llicenciat en Ciències Econòmiques (Premi Extraordinari, 1978) i Llicenciat en Dret (1979) per la Universitat de Barcelona, va obtenir el seu doctorat en Economia Pública per la Universitat de York (Regne Unit, Ph.D. 1984).

Ha estat professor a la Universitat de Barcelona, *visiting scholar* al *Institute of Social and Economic Research* (R.U.), *Univ. de Sussex* i a la *Graduate School of Business* en la *Univ. de Stanford* (EE.UU.).

Des de juny de 1992 és Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Entre 1994 i 1997 ha estat Vicerector d'Economia i Relacions Internacionals de la Universitat Pompeu Fabra i Degà de la Fac. de C. Econòmiques i Empresarials; el 1996 crea i dirigeix fins recentment el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).

# EL PAPER DE L'ASSEGURAMENT SANITARI I DE LA MEDICINA PRIVADA EN ELS SISTEMES PÚBLICS DE SALUT.

## Introducció

Probablement els temes de l'assegurament sanitari i la medicina privada són els pitjor tractats des de la teoria de l'economia de la salut i més encara en la seva traducció a la pràctica de la política sanitària en el nostre país. Estem tan abocats al sistema que tenim, que resulta difícil recuperar perspectiva per a analitzar el que podria ser i no és. No en va es solen entendre poc les implicacions del teorema de Rothschild-Stiglitz sobre la superioritat paretiana (algú millora sense que ningú empitjori en el seu benestar) a favor d'una intervenció pública que asseguri alguna forma d'assegurament coactiu. S'ignora sovint que el resultat que garanteix l'eficiència social (i en aquest sentit, d'abast estructural, normatiu, sense necessitat d'arguments ideològics conjunturals, etc.) a favor de l'assegurament públic, d'una prima única comunitària i d'un 'pool' bàsic de contingències obligatòriament protegides, es fonamenta precisament en la necessitat, i no en l'exclusió, d'un assegurament complementari privat. Sense aquest no existeix l'al·ludida 'pareto superioritat' de l'assegurament públic, ja que és el que determina, per sobre de l'assegurança obligatòria, el menú de contractes, l'equilibri separador a través del qual ambdues parts (els bons i els dolents riscos de salut poblacionals) milloren el seu benestar alhora<sup>1</sup>. L'abast del component obligatori ve a dependre del pes de la població de riscos alts respecte de la població total, i això determina una cobertura pública mínima-bàsica i no un assegurament complet i universal de la cobertura obligatòria pública, que exclogui l'assegurament voluntari privat.

Aquest guany per la fixació pública d'uns nivells mínim-bàsics i coactius, resulta particularment important en funció del valor que els ciutadans atorguin a l'assegurament, ja pels seus efectes 'renda', possibilitadors d'un major accés a prestacions -i per tant en la contribució a la maximització d'utilitats condicionades a

---

<sup>1</sup> - Amb la prima única resultant, està clar que els bons riscos subvencionen als dolents, atès que paguen més que el que els correspondria per una preu actualment just i específic per a ells. Però aquest és un subsidi que desitgen pagar per a aconseguir privadament, a partir d'aquest nivell bàsic, l'assegurament al que d'una altra manera no podrien accedir (ja que els riscos dolents depredarien la seva utilització fent inviable la seva oferta a preu raonable).

l'aparició de la contingència de salut de la qual es deriva la funció de demanda (tal com argumenta Nyman)-, ja sigui a la vista del grau d'aversion al risc que predomini en les funcions d'utilitat dels individus (com addueix la teoria convencional de l'assegurança) i que permet a l'assegurat accedir a un nivell de benestar més elevat.

En qualsevol cas, remarquem que del teorema esmentat, es deriva un assegurament públic coactiu bàsic i no omnicomprehensiu, necessitat d'una assegurança privada coadjuvant important, amb primes privades addicionals a la pública i sense que existeixi justificació inicial pel que fa a la seva forma de prestació. Aquesta prestació pot ser feta efectivament en espècie, tal com observem majoritàriament en els serveis nacionals de salut a través de l'entramat públic burocràtic, però essent també possible un rol substitutiu de l'assegurament públic pel privat a igual finançament públic), de manera que el 'val' (*voucher*) i la 'concertació' són instruments igualment compatibles amb l'equilibri proposat. Així mateix, la 'gratuïtat' d'accés d'aquell tram d'assegurament públic (encara que res és realment gratuït) es pot assolir també a través de fórmules de transferències de renda (més altes per als col·lectius més necessitats, si així es desitja), no substituint completament la capacitat de pagament dels individus. L'objectiu és que la prima no depengui del risc poblacional per al tram d'assegurament públic obligatori, però si pot dependre de la renda o de la disponibilitat a pagar, que en cas de mostrar biaixos a favor d'un o altre col·lectiu (riscos alts concentrats en els pobres), requerirà garantir la seva capacitat de pagament a través de transferències monetàries públiques, selectives per a aquest col·lectiu destinatari.

Fora de la teoria normativa anterior, centrada en la fallida de mercat impulsada per la selecció adversa que l'assegurança, en general, provoca, un petit grup de treballs ha considerat el paper de l'assegurament voluntari al costat de l'obligatori, de cobertura essencial finançada públicament. Així, Besley (1989) examina l'abast de la reducció d'efectes del *moral hazard* a través d'augmentar la competència en el mercat assegurador privat a partir de l'existència d'una assegurança obligatòria pública concentrada en el risc catastròfic. En general, els resultats depenen molt de les hipòtesis de funcionament del sistema assegurador. Petretto (1999) examina els tres nivells de vinculació entre l'assegurament públic-obligatori finançat per impostos, el voluntari-complementari finançat per primes, i els pagaments o copagaments directes per part de l'usuari en el punt de servei, de manera residual. De nou aquí per a postular els efectes

del model cal precisar una funció de benestar social si es vol inferir quina ha de ser la combinació òptima de polítiques. Epple i Romano (1996) en contrast, modelen la relació públic obligatori/ privat voluntari des d'una perspectiva d'elecció pública (*Public Choice*), mostrant la seva preferència de la compatibilitat de les dues formes d'assegurament, per sobre d'un assegurament únic exclusiu i exclouent.

Finalment, Smith (2007) apunta que sempre que l'assistència s'assegura només a través de cobertura pública, la preocupació per l'equitat passa a ser molt important en la selecció de quines prestacions s'hi han de incorporar. Però si l'assegurament voluntari resta disponible al costat de l'obligatori, les intervencions de inclusió / exclusió de prestacions del paquet públic es pot concentrar en l'aplicació de només criteris d'eficiència (cost-efectivitat), reconduint les qüestions d'equitat a la manera en que aquestes es financien per la via fiscal dintre del paquet pública, ja que per la banda de la utilització o despesa, la població amb més mitjans ja fan utilització privada voluntària sense deixar de pagar la cobertura pública.<sup>2</sup>

Besley i Coate (1991) remarquen igualment la funció redistributiva crucial de la provisió pública de bens privats, ja que sempre que la qualitat del bé social no sigui 'massa alta', grups de renda elevada, sense necessitat de compensació financera, optaran pel consum privat liberant una transferència en favor de les rendes menys afavorides.

Una discussió més ampla de la combinació públic/ privat la remetem, autors com Doxbury i Donaldson (1988), a la superioritat dels beneficis en espècie (prestació directa de serveis) típics de l'assegurança pública, respecte de les transferències monetàries (rescabaments que són més comuns a l'assegurament voluntari), sempre que aquests no siguin transaccionables, ja que això pot assegurar que només els beneficiaris dessitjats rebin els serveis rellevants. Fora d'això, com va destacar ja en el seu moment Culyer, per a derivar la superioritat de la prestació en espècie (típica dels Serveis Nacionals de Salut, *National Health Service NHS*) versus la monetària (més pròpia en els seus orígens d'alguns sistemes d'assegurament social o *Social Health Insurance Systems SHIS*), cal argumentar una mica més sobre la naturalesa de les funcions d'utilitat d'ambdós col·lectius (d'alt i baix nivell de risc), la seva interdependència (ja per altruisme o per pur egoisme – per part d'algú que inclou el nivell d'utilitat de l'altre com argument en la seva pròpia funció d'utilitat-), i sobre la

---

<sup>2</sup> Vegi's P.C. Smith 'Provision of a Public Benefit Package alongside Private Health Insurance' a *Private Voluntary Health Insurance in Development* A.S Preker et al (eds.) The World Bank, Washington DC 2007

manera que es pugui assegurar millor, a la pràctica, l'accés (o consum) del bé 'assistència sanitària' (quelcom diferent de l'assegurança en si mateixa), considerat com a preferent o de mèrit entre les parts.

Més enllà de la teoria, com diem, els desenvolupaments argumentals sobre l'assegurament sanitari i la medicina privada apareixen sovint mal 'traduïts' en els àmbits de la política sanitària, tenyits de prejudicis polítics i tabús: Així pel que fa a quina cobertura s'ha de garantir públicament, amb quins criteris d'inclusió, què convé deixar a la responsabilitat privada i què a la pública, amb quin nivell de regulació i coercitivitat, quin nivell de compatibilitat professional se li ha d'exigir a la pràctica pública i a la privada, com s'ha d'integrar la cobertura privada quan la pública es transfereix en l'exercici de la seva gestió també a l'assegurador o proveïdor privat (conveniat públicament), etc.

Sol preocupar també l'equitat del desenvolupament de l'assegurament privat i de la medicina privada; així, del que s'adquireixi privatament a través de la cobertura de prestacions complementàries que el sector públic no ofereix, serveis que poden ser concurrents o duplicats als públics, però amb components assistencials específics, en la part hotelera..., o completament diferenciats. En definitiva, des de l'equitat sol preocupar qui compra assegurances privades i per què ho fa, i fins a quin punt això el permet irresponsabilitzar-se de l'evolució del desenvolupament del sistema sanitari públic. Per exemple, cal entendre com a algú amb cobertura sanitària pública suficientment extensiva, per quina raó li pot interessar assegurar-se doblement per determinades prestacions sanitàries? o, entre els assegurats, hi trobem només els més rics o també els relativament més malalts?, o als qui s'identifiquen majorment com a tals per l'autopercepció que tenen més que per la seva condició objectiva?, o potser són els més hipocondríacs o els més adversos a les conseqüències de la malaltia?.

Temes tots els anteriors que es poden considerar rellevants en el camp de la política sanitària i que es reflecteixen en les valoracions que puguem fer després sobre l'eficiència assignativa i l'equitat d'accés i consum dels serveis sanitaris (ja siguin públics, privats o ambdós alhora). Son punts del debat els efectes dels abusos (moral hazard) derivats de l'assegurament i els instruments per a minorar-los, la irresponsabilització dels proveïdors a l'ineficiència sistèmica de qui decideix no n'és

conscient de les conseqüències financeres de la decisió, entre finançadors i usuaris en les consideracions de cost efectivitat de l'assistència, o com els diferents asseguraments fan que ciutadans amb problemes de salut similars difereixin en la utilització que realitzen dels serveis mèdics, o dels costos o barreres d'accés que hi interfereixen i com això incideix en l'equitat dels sistemes públics i en el control de la despesa.

A partir de l'anàlisi anterior, es podrien debatre qüestions tals com si té o no lògica subvencionar la compra d'assegurança sanitària privada o la mateixa despesa privada feta directament pel malalt. I és que la valoració que en resulta d'aquells propòsits varia d'acord amb la constatació o no de, (i) el pes que tenen entre els que s'asseguren aquells que mostren una utilització més elevada pel fet de tenir pitjor salut tot i esser, potser en algun cas, relativament pobres; (ii) el grau en el que la cobertura privada estalvia en general utilització d'una oferta d'altra manera pública per part dels més benestants, que així eviten el sistema públic, o (iii) amb la constatació de que la doble cobertura no substitueix efectivament utilització 'necessària', sinó simplement genera moltes més visites considerades 'innecessàries' (resultants de l'abús 'moral' i el baix cost d'accés).

Veiem doncs que la literatura requereix abans de fer prescripcions de política sanitària un important grau d'estudi empíric i del cas concret i amb el manteniment d'un ancoratge important dels components més normatius i estructurals de la combinació de l'assegurament públic i privat per a la millora del benestar conjunt.

Sense aquests dos elements, teòric genèric i empíric del cas concret, el tema del paper de la sanitat i l'assegurament privat es polaritzen en un debat ideològic en el que els prejudicis polítics enfosqueixen la racionalitat econòmica. A la recerca d'aquest balanç es dirigeix la part substantiva del present text.

### **Una visió renovada del paper del sector públic a la sanitat**

Ben cert que la història i el registre de la inèrcia marca molt la plausibilitat de qualsevol canvi en la direcció d'alguna de les experiències esmentades, o de l'anàlisi més teòrica de la racionalitat col·lectiva. De manera que les reinencions i els *big-bangs* tenen poca justificació a les polítiques públiques si es vol que aquestes siguin efectives. Aquest és el cas particularment d'aquells aspectes relatius a la intervenció pública a l'àmbit de la

salut. La població s'acostuma a una determinada presència pública, a una determinada manera de proveir els serveis, i no resulta fàcil després canviar-ne les percepcions ni les pràctiques, generant en conseqüència una dependència de solc molt gran tant a la gestió com a les futures rectificacions d'aquella mateixa intervenció. Val la pena però que ens parem a analitzar les raons de la intervenció pública a la sanitat. Com és sabut, excepte en algun petit component, l'assistència sanitària no constitueix un bé públic, en el sentit que no configura un bé o servei de 'consum no rival' al que no li sigui aplicable 'el principi d'exclusió'. Res de tot això passa en els serveis sanitaris, en els que tenim llistes d'espera, cues a l'ambulatori, amb cost de temps i altres costos d'oportunitat, i a vegades directament la vigència de preus. Només en algunes matèries de salut pública, recerca o sanitat exterior (que suposen menys d'un 10% del pressupost de despesa) hi trobem components de béns públics (vacunes) o quasi públics (externalitats de la protecció sanitària, alimentària, higiene, educació sanitària). De manera que si hem d'argumentar la justificació de la intervenció pública a la sanitat haurem de buscar altres camps argumentals diferents als de la fallida de mercat. Dos són òbviament possibles: els de l'equitat i el de la millora de l'eficiència, a partir d'una intervenció pública. En el primer terreny, estem davant un camp obert a la interpretació social, ja que es basaria en conceptes de justícia social com la igualació d'oportunitats, accés efectiu als serveis o als seus resultats, amb distinta combinació de responsabilitats públiques i privades, tal com hem analitzat a un altre document d'aquesta Fundació. Son conceptes que tenen una càrrega ideològica important, i que per tant els han de concretar qui tenen legitimitat per fer-ho. Aquest no és altra, en democràcia, que els parlaments. Ells són els qui legislen sobre la provisió d'aquests serveis; serveis als que es reconeixen mèrits especials que els fa preferents socialment i així necessitats de tutela (parafraçant els qualificatius que els hi atribueix R. Musgrave a la Teoria de la Hisenda Pública). La Llei General de Sanitat n'és un exemple –tal com veurem més endavant– de la mateixa manera que ho és la Llei de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya o la Llei d'Ordenació General del Sistema Educatiu, d'aquest marc de intervenció. Com s'ha d'entendre, per exemple, la igualtat d'accés, o la provisió d'autonomia funcional independentment de la capacitat financera de la persona depenent? Doncs tal com ho especifiqui la Llei corresponent i els seus reglaments. Notis que això configura uns recursos d'intervenció, no normatius sinó positius, no estructurals (que valguin arreu de països i circumstàncies) sinó conjunturals ideològics, resultat d'una valoració social que canvia en el temps amb les ideologies, com la pot fer canviar també una diferent

percepció a partir de l'evidència empírica sobre el seu grau d'efectivitat (per exemple, arrel de comparar alternatives d'adequació entre mitjans i objectius de intervenció pública entre provisió pública i privada). Aquí, cara a la gestió, sempre compta el responsable públic amb la càrrega de mostrar la seva bondat respecte de les alternatives en disputa (la sanitat privada en assegurement i prestació de serveis pugna per la demanda), a diferència del cas dels bens públics en els que el mercat, sense poder excloure dels consum cobrant per exemple un preu, no hi té interès.

Una argumentació diferent podria resultar de la identificació d'aspectes normatius teòrics que a través dels teoremes de l'economia del benestar servissin per a identificar supòsits d'intervenció, generadors de situacions pareto superiors –és a dir que permeten millores de benestar a determinats col·lectius, sense perjudicar el benestar d'altres. Si aquest fos el cas, serien innecessàries interpretacions ideològiques de naturalesa redistributiva: si tots milloressin sense que ningú empitjorés gràcies a la intervenció pública, no hi hauria dubte que la intervenció valdria la pena. Al marge dels àmbits ja assenyalats dels supòsits de les externalitats o dels bens públics ja comentats, que representen una part minoritària en el pressupost de despesa en salut (vigilància mediambiental, educació per a la salut, salubritat pública, sanitat de fronteres, etc...) alguns autors han derivat un supòsit de millora paretiana a partir de la intervenció per a l'assegurement obligatori en un únic pool de risc entre col·lectius de baix i alt risc sota una pòlissa comunitària. Es tractaria d'evitar que altrament la selecció adversa de l'assegurement voluntari acabés 'depredant' el mercat per aquells de risc baix, però també adversos al risc, i que no troben oferta de cobertura sanitària ja que a les primes mitjanes vigents només els d'alt risc trobarien convenient assegurar-se. De manera que subsidiar els d'alt risc en un tram determinat de la cobertura per a que revelessin la seva natura i que possibiliti ser complementada per una assegurança complementària específica a la seva condició, que no es confongués amb la dels altres, seria pareto superior. Això faria convenient per als de baix risc aquesta mena de subsidiació transversal, que els millorés en el seu conjunt –l'altre col·lectiu no estaria pitjor amb la subsidiació-, en la que tots haurien d'estar interessats tot i que ningú en concret tindria incentius a liderar-la. L'òptim del comportament 'free-rider' seria aquí esperar que ho faci un altre, ja que una volta feta la subsidiació, aquesta beneficiaria a tots sense possibilitat d'exclusió. D'aquí la necessitat de forçar coactivament l'obligatorietat d'un tram (no tot) de l'assegurement col·lectiu a prima comunitària (que no vol dir gratuïta),



de manera limitada (no universal) i necessàriament a completar amb una oferta asseguradora complementària diferenciada per a ambdós col·lectius.

### **La prospectiva de l'assegurament sanitari en el context de sistemes públics de salut.**

Colombo i Tapay, en un recent estudi de l'OCDE (*Private Health Insurance in OECD Countries: The benefits and costs for individuals and Health Systems* OECD Working Papers, 15, 2004) elaboren un reflexió sobre la naturalesa i problemàtica de l'assegurament sanitari privat a partir de l'experiència contrastable de l'observació de la realitat. Del seu treball val la pena destacar-ne alguns extrems.

1- El context en el que s'insereix l'assegurament és molt important cara a jugar les seves virtualitats: per a un país pobre, en el que predomina el pagament directe *out-of-pocket*, el que s'instauri un règim d'assegurança ni que sigui privat, és un avenç social gens menyspreable, ja que això potser de fet la única forma d'accés als serveis factible; per exemple, quan l'estat no té capacitat recaptatòria, donada una fiscalitat sobre la renda elusiva que requereix d'un control del que no es disposa, i la única tributació possible, sobre el comerç, sol fer que sigui pitjor el remei que la malaltia. En canvi, per a un país ric, amb efectivitat diagnòstica i terapèutica bàsicament garantida, comptar amb assegurament privat pot ser una vàlvula d'escapament per a que tota la tensió financera del creixement de la despesa sanitària no pressioni exclusivament sobre la fiscalitat. Aquesta cautela és particularment rellevant vista la naturalesa regressiva que pot acabar adoptant el creixement de la fiscalitat, i més encara quan s'utilitza, per a fer front a despeses no sempre justificables en la seva efectivitat o cost-eficiència, poden acabar fent, de nou, el remei més car que la malaltia.

Així mateix pel que fa a la carència que pot mostrar un sistema d'un dispositiu públic sobre la geografia o en un moment determinat del temps, i que l'establiment de l'assegurança pot servir per activar en la seva vessant d'oferta privada, que no genera costos enfonats per al sector públic i permet conveniar l'accés a un primer nivell de serveis assistencials. O quan es vol prioritzar un continu assistencial sanitari-social (per exemple davant una forta empenta dels

guariments de dependència i envelliment) i hi ha carència de recursos públics suficients.

- 2- De l'observació anterior en resulta una observació empírica general entre països en diferents nivells de desenvolupament, d'escassa o nul·la relació entre (i) una major renda per càpita i més assegurança privada; (ii) més despesa sanitària privada per càpita i més pes en assegurança; (iii) més despesa en assegurança i més pes de la despesa privada sobre la total, ja en referents PIB o poblacionals, ja en referents estàtics (de nivells) o dinàmics (de taxes de creixement). De manera similar els prejudicis s'han de prendre amb precaucions. Es sol dir que un major pes de l'assegurança privada fa més regressiu el finançament de la sanitat. Però això de nou depèn de l'alternativa amb la que es compari (impostos indirectes, sobre les bases imposables dels consums addictius, amb exclusions de prestacions per reducció de finançament, etc.)
- 3- La interacció de l'assegurança privada amb un sistema finançat públicament acaba essent decisiva per a jutjar les conseqüències sobre el benestar (costos i beneficis) de l'assegurança sanitària privada. Així, en la naturalesa substitutiva de l'assegurança privada respecte de la pública, amb diferents graus de voluntarietat, amb o sense finançament coactiu associat; o en el seu caràcter complementari, articuladament o no respecte d'on no arriba la cobertura pública, o amb duplicitat de cobertures per manca de qualitat percebuda en els serveis públics. Així mateix és important valorar el grau prevalent de pràctica dual dels professionals en els dos sectors, diferències en els sistemes de pagament per les activitats realitzades i, avui també, de responsabilitats mèdiques associades (són els professionals sanitaris pagats privadament per acte mèdic, empleats de les asseguradores, auxiliars de la seva activitat, personal lliberal contractat externament, amb distint estabilitat del seu vincle laboral, etc.).
- 4- Tenir presents i correctament considerats els factors històrics, idiosincràtics, les inèrcies.. és tant o més important que el dissenys de polítiques sanitàries en abstracte. I és que darrera de l'assistència sanitària hi ha béns de creença o d'experimentació que s'expressen en la lleialtat amb la que es desplega a la relació metge-pacient, tot i ser tenyida d'una important asimetria d'informació.

Les experiències són així heterogènies i depenen de cultures d'un pretès universalisme respecte d'un catàleg que enregistra més entrades en la llista de cobertura pública de modus explícit que sortides, de la naturalesa del proveïdor, ja sigui a dintre d'una tradició mutual, corporativa o mercantil; tradició de medicina liberal o assalariada, fiscalment subsidiada o d'activitat en exclusivitat i compatibilitat prohibida<sup>3</sup>.

- 5- A dintre d'un país, la demanda d'assegurança privada està vinculada en general a la renda personal, als 'dèficits' del sistema públic (amb caràcter complementari quan no dona prou satisfacció als usuaris, o suplementari quan el sector públic ni tant sols subministra els serveis), i a la protecció d'algunes empreses envers dels seus treballadors, com si d'una prestació de benefici en espècie més es tractés (a EE.UU. i Canadà en un 90%, el 60% a Holanda i el 50% a França s tracta d'assegurances col·lectives). Tipus, durada i extensió de llistes d'espera (en què i per quant temps), valoracions de tractaments inadequats, major aspiració a elegir metge, hospital, modalitat de tractament, contingut de prestacions i àmbit assistencial en solen ser causes desencadenants de la valoració privada.
- 6- En cap sistema s'observa una competència forta entre ens asseguradors privats ni en preus ni en qualitat. Existeix comúment una tendència a la concentració empresarial i a l'establiment d'acords interempresarials per a evitar duplicitats sobre el territori. En general, els desenvolupaments empresarials en el sector són escassos, i si hi són, no hi ha costum d'exhibir-los. Les regulacions són més aviat poc sofisticades i poc transparents (en general, molta lletra petita, reclamacions que al final s'accepten en funció de les pressions exercides, por d'escàndols mediàtics, períodes de carència que no comptabilitzen el temps cobert a altres entitats (*portability* de drets), escassa comunicació d'informació creuada entre entitats...
- 7- L'assegurança sanitària privada augmenta l'oferta de serveis, i amb bastant probabilitat incrementa també la demanda (efecte 'oferta inductora de demanda' i per l'abús moral de l'assegurat), i en absència de regulació, pot crear una

---

<sup>3</sup> - Com en el cas de Canadà, fins que un jutge va estimar que era contrària a la Constitució una prohibició de cobertura (privada) duplicada d'un servei per al que existia una espera 'inacceptable' al sistema públic.

estructura de doble nivell amb diferents portes d'entrada al sistema, que a vegades no empitjora en si mateix l'equitat d'accés, però visualitza més els conflictes a l'assignació de recursos (cosa que pot preocupar en distinta mesura als governs segons el seu ideari polític).

- 8- La regulació pública de l'assegurança sanitària privada sembla del tot necessària en tots els sistemes en els que hi és present (*pool* de riscos obligatoris mínims, ratis de solvència..) Però l'excés de regulació (standardització de paquets assistencials, primes comunitàries, increments de preus regulats no diferenciats..) desvirtua els beneficis potencials d'un assegurement sanitari que es vulgui eficient (diferenciació en qualitats, innovació i flexibilitat en cobertures, capacitat de resposta, participació òptima en costos...).
- 9- En conjunt, l'assegurança sanitària privada ha detret escassament la pressió de costos dels sistemes públics pel que fa a la seva despesa, tot i que sí millora en el seu finançament, i més aviat, entre els països de l'OCDE ha servit per a augmentar en el temps la despesa sanitària total. Aquest sembla ser el cas en particular de règims en els que són importants les despeses fiscals per a la despesa en assegurement privat (com en el cas d'EE.UU., Austràlia o Irlanda).
- 10- Els costos de transacció, sobre tot en el cas de pagadors múltiples, inclosos aquí els d'administració, màrketing, subscripció de pòlisses i reclamacions, semblen cada cop més importants i es llegeixen malament en el sector de professionals sanitaris. En realitat, el que passa és que com a mínim aquests es fan explícits i es contrasten amb els més opacs de l'assegurança pública.
- 11- Excepte en alguns casos aïllats, les companyies asseguradores sanitàries privades poden exhibir molt escassos desenvolupaments de millores de cost-efectivitat (guies clíniques, gestió de medicaments, d'integració assistencial o consideració global d'episodis mòrbids). No semblen existir incentius clars a competir i tendeixen a preservar un status quo que no s'allunya massa del poder regulatori (en part 'capturat'). En general, el sector encobreix tantes grans oportunitats com riscos. Com que el que una prestació no la cobreixi el sistema públic en cap lloc democràtic equival a que resti prohibida, tenir un sector

assegurador privat ben endreçat i de funcionament eficient és de valor per al propi sector públic i genera benestar per a tots aquells ciutadans que voluntàriament subscriuen les seves pòlisses. Ambdós arguments estan en el nucli de la necessitat d'estudi i millora d'aquest important sector d'activitat econòmica.

12- En un recent treball del NBER Glazer i McGuire (Contending with Risk selection in competitive health insurance markets, sept del 2005) discuteixen la mateixa necessitat, i en el seu cas les bondats (pros i contres) dels esforços per ajustar riscos, a la vista dels instruments a l'abast del regulador. Aquelles suposades bondats resten dependents de factors tals com si la qualitat és identificable i singularitzable en un contracte ; el grau de coneixement dels costos per assegurat que té el regulador (fora de l'assegurador); el manteniment de registre obert o tancat d'assegurament; la capacitat d'entrar i sortir del mercat per part dels ens asseguradors; la capacitat dels consumidors d'observar la qualitat dels plans, i el grau de subsidiació transversal entre serveis que resta implícit a l'ajustament poblacional per risc conjunt (de consum general dels serveis), entre els aspectes més fonamentats. No es pot donar per fet doncs l'optimalitat de la política de l'ajustament per riscos per càpita sense tenir coneixement del compliment de cadascuna de les hipòtesis o circumstàncies anteriors a la realitat en que l'ajustament potencial, per a evitar la selecció de riscos, s'aplica. Un factor més de complexitat que ens posa en guàrdia respecte de suposades sol.lucions senzilles o valorades només sobre la base estadística de la seva capacitat predictiva.

## **FUNCIONS DELS SISTEMES DE SALUT I LES RESPOSTES ORGANITZATIVES SANITÀRIES**

Les respostes públiques al paper del sector públic i del sector privat a la sanitat, a la vista mateixa de l'organització del dispositiu sanitari per a l'abordatge dels problemes de salut han estat, d'una banda, la creació d'un servei nacional de salut, un sistema d'assegurament sanitari social i la regulació pública de l'assistència sanitària privada. Pel que fa al servei nacional de salut, tal com descriuen les mateixes paraules, es tracta

de la configuració d'un servei / nacional / de salut; servei com si d'un servei administratiu més es tractés, 'nacional' per l'aspiració uniformadora enfront de l'entramat de proveïdors de salut, i amb pretensió d'intersectorialitat amb altres sectors que els de salut, no sempre ratificada per la realitat de les polítiques. A això s'ha contraposat en altres països la consolidació d'un sistema / d'assegurament / social, entenent sistema com engranatge davant la diversitat de proveïdors i heterogeneïtat d'individus, de formes d'assegurament, d'estratègies asseguradores (menú de contractes...), donada la obvietat de prestacions sanitàries limitades que s'han de regir amb criteris de cobertura i selecció de proveïdors, i social, per l'exigència de primes comunitàries (no individuals, no actuàries, no ajustades al risc) al fundar-se en criteris de solidaritat (el no usuari en favor del pacient)

Aquesta clarificació ha de permetre atorgar una lògica diferent implícita a cadascuna de les funcions bàsiques d'un sistema sanitari avançat respecte del que han de fer els seus agents més rellevants. Ens estem referint al rol dels diversos agents pel que fa a les funcions de planificació sanitària, finançament, assegurament, compra i subministre o producció dels serveis. Cadascuna d'aquestes funcions és distingible almenys en dos paràmetres bàsics: el pes dels components polítics i del dels tècnics en els que es fonamenten, i així en la lògica de la seva racionalitat a l'hora de prendre decisions: així, a la necessitat de prioritzar en sentit primari (o de determinació de la capacitat disponible) o en el nivell secundari (és a dir, entre alternatives, prenent la capacitat com donada). Podríem gairebé establir un gradient pel que fa a aquells valors polítics i tècnics, des de la planificació i el finançament (amb continguts molt més polítics) fins a la producció de serveis (més tècnics, més propers a la gestió i a la seva avaluació econòmic-financera). De manera similar, podem veure el gradient a les conseqüències - costos i beneficis - associats a la prioritització, en clau molt més política la funció planificadora de propensió al 'sí', i menys a la necessària i freqüent opció gestora del subministre, en el que no és estrany el 'no'.

Entenem aquí per **planificació** el desplegament del dispositiu assistencial funcional i geogràficament (pla de serveis) al serveis d'uns objectius, concretats en un pla de salut que manté una estratègia definida per al seu assoliment (per exemple, estalviant innecessàries morts prematures i sanitàriament evitables, reduint els anys de vida perduts ajustats per la qualitat de vida, vista la càrrega social de la malaltia, etc.). El

component tècnic en aquesta funció de planificació és innegable, però té a veure amb el discurs epidemiològic i de salut comunitària, i desitjablement en els aspectes logístics ingenierils organitzatius sobre el territori i en el respecte a la continuïtat assistencial, la longitudinalitat i els esforços de prevenció. Però en això hi juguen les externalitats i components propis de béns públics de consum no rival (contaminació atmosfèrica..) i inaplicabilitat del principi d'exclusió (vacunes...) que li donen la dimensió de fallida de mercat. L'eficiència en aquest camp té sovint costos en matèria d'equitat, i viceversa. Així, és ben sabut que a les funcions assistencials (per exemple en ubicació de centres comarcals a isocrones d'accés determinades), els trade-offs no tenen resolució tècnica senzilla, de manera que en un exercici d'avaluació per a aquests efectes requereix una innegable consideració política en el que s'entén per efectivitat (garantir l'equitat d'accés, un cost per mort evitada que no superi un determinat llindar, etc.

Distinta és la composició dels vectors polítics i tècnics a la funció de **finançament**. Ben segur que aquí els elements polítics reben una important ponderació (preus versus tributs, copagaments versus exclusions...), tot i que de nou no són menyspreables en el seu contingut els aspectes tècnics (incidència final d'impostos i cotitzacions socials, efecte moderador o purament recaptatori de taxes i preus, definició de clàusules financeres tècniques de trasllat de risc...), però aquí, altre cop, el pes de la valoració política en la disjuntiva eficiència (excés de gravamen per al bon funcionament de l'economia)- equitat (aversió a la desigualtat, solidaritat i funcions de benestar social) és sens dubte clau.

El gradient polític disminueix quan analitzem aspectes associables a la funció **d'assegurament** i la lògica de l'actuació dels agents que l'han de fer operativa (mutualisme públic, assegurament privat concertat, els serveis regionals de salut configurats sota aquesta noció). Això inclou la definició de la cartera de serveis, l'abast de la cobertura seguint consideracions de prioritització segons principis de cost-efectivitat, pool mínim d'assegurament i re-assegurament per a garantir un trasllat de risc creïble als seus destinataris, implantació de tècniques de tractament de la selecció adversa, de la selecció de riscos i d'amortiguament de l'abús moral, clàusules de 'stop loss' de copagaments i franquícies, períodes de carència i responsabilitats d'usuaris en el bon ús del sistema. Etc. Sens dubte que existeix component polític en la major part

d'aquelles decisions també, però prèviament a elles hi ha una capaciació tècnica sens dubte també aquí major.

En línies similars en el que pertoca a la funció de **compra de serveis**, com a gestió descentralitzada o delegada de la funció asseguradora, sobre la base de la determinació de les condicions contractuals de la compra dels serveis (d'acord amb la planificació salut/ disposició de serveis, dels mecanismes financers establerts per garantir estructura versus afavorir la competència en la realització d'activitat, i en el contingut i tipus de les prestacions cobertes). De manera similar podríem dir en els aspectes tècnics lligats a la selecció de proveïdors, acreditació de la seva oferta, gestió de la demanda (amb demàrqueting si escau de consums i expectatives), revisió d'utilització, determinació de sistemes de pagament a nivell meso institucional o al micro de proveïdors, ajustaments per 'case-mix' (complexitat/ especialització...) i un llarg etc.

I finalment, molt més tècnica que política és la funció vinculada a la **producció o subministrament dels serveis**, entesa aquesta com l'organització concreta de la producció, fixació de polítiques de compra, d'implementació de tecnologies, formació en capacitats, polítiques de incentivació personal, de recursos humans, segona opinió, de gestió de estocs...

La separació, identificació i recerca de racionalitat pròpia en l'assignació de cadascuna d'aquestes funcions afavoreix buscar l'organització que millor encabeix a cadascun dels agents pel que fa a capacitacions tècniques necessàries i en el grau d'aïllament (segons gradients comentats) de la influència política explícita en la funció respectiva, evitant així remetre al graó més institucional-polític aquelles decisions que son bàsicament de gestió i que requereixen sovint una negativa en la valoració dels costos d'oportunitat de les alternatives contemplades.

L'anterior visió permet ubicar l'assegurament privat en el rol de gestió, substitutiu (sota finançament públic) i/o complementari a l'assegurament públic –com discutirem més endavant-, i a la iniciativa assistencial privada en el rol del subministrament sota formes de contractació externa a dintre del mateix sistema públic o de manera alternativa a aquest a la vista de les seves mancances. Això requereix un estudi de l'oferta en la seva



potencial adequació a la demanda observada en el sector de guariments de salut, tal com veurem a continuació.

## **ELS POSICIONAMENTS DEL SECTOR PRIVAT EN SANITAT. OPORTUNITATS I REPTES**

La consideració dels interessos i aspiracions de la demanda en el disseny de les respostes institucionals pel costat de l'oferta no sempre sembla tenir-se en compte, tot i el comentat a partir del teorema de Rotschild Stiglitz . Això és així malgrat que en un context social desenvolupat en el qual els tractaments diagnòstics i terapèutics de les intervencions mèdiques incorporen garanties comunes d'efectivitat, els aspectes utilitaristes i propis del consumerisme hi haurien de ser especialment presents.

La preocupació per introduir nous marges d'elecció en sistemes sanitaris s'inseriria en les coordenades següents: 1- **en l'àmbit de l'assegurament**, (i) entre assegurar-se o no (amb diferent grau d'obligatorietat, per col·lectius i tipus de prestacions); (ii) amb participació o no d'asseguradores privades en la seva oferta, a elecció sota idèntic finançament públic; (iii) segons els marges en els beneficis coberts (entre el mínim obligatori i el component complementari), i (iv) a la vista de la correspondència que s'estableixi entre prima i grau de cobertura (o la seva inversa, això és, el grau de subsidiació transversal coactiva entre col·lectius, implícit en el mecanisme de finançament).

Són també referents d'elecció 2- **per a l'usuari**, en la provisió, en (i) l'elecció sobre el primer contacte exercit amb el proveïdor, centre assistencial, especialista en el centre, o metge de capçalera responsable per a un conjunt ampli de contingències. I pel que pertoca als aspectes relatius al tractament (ii) en la possibilitat mateixa de rebutjar o no un tractament, elecció entre modalitats d'un mateix tractament, en la forma concreta d'assistència, en les facilitats hoteleres associades i/o en el temps d'espera.

D'anterior perspectiva ajuda a definir un **paper potencial del sector privat en un sistema sanitari públic** en els eixos següents: (i) sobre la base de l'oferta del que el sector públic no subministra o el subministra a qualitat inferior a d'acceptable per a determinats grups de població; o (ii) actuant per compte del sector públic (franquícies

privades de prestacions públicament finançades), complementant si escau allò que se situï fora del catàleg públic.

En el que pertoca a aquells aspectes que el sector públic no subministra o subministra a qualitat inferior, es podrien considerar punts forts del posicionament privat en aquesta opció: a) la major especificitat empresarial que permet, i que resulta més fàcilment gestionable que els derivats de la major complexitat clínica en la que es basa la seva alternativa (de l'assegurament substitutiu amb gestió de tots els serveis); b) la possibilitat que ofereix d'organitzar una producció més orientada als serveis, sobre la base d'una major prestació directa (enfrent de l'alternativa d'assegurament complet i gestió de riscos i sinistralitat globals per a tots els serveis, tal com requereix el rol substitutiu, amb així uns majors costos de transacció), i c) essent tot el procés concretable per al màrqueting propi del posicionament del sector privat en qüestions de 'qualitat' percebuda i de tendència, en general, a organitzar el seu subministrament com activitat complementària a cost marginal, en pràctica dels seus professionals sovint dual amb la pública.

Pel que es refereix als punts febles d'aquesta opció, cabria destacar a) la major dependència al que vincula el futur de l'oferta pública (menys previsible en la seva evolució) i el de les condicions de treball dels seus professionals (en el diferent grau de compatibilitat entre els sectors sanitaris públic i privat); b) una previsible elasticitat preu més elevada i elasticitat renda del seu consum (i així de sensibilitat a les conjuntures econòmiques), i c) la necessitat d'instrumentar incentius majorment explícits (monetaris), comptant menys els implícits (associats al que es coneix en la literatura pel 'job enrichment' i el 'job enlargement'; això és, a millors continguts en l'acompliment laboral de l'activitat realitzada i de sentir-se part d'un conjunt més ampli en el que s'inscriu l'aportació laboral del professional, clarament menys importants en aquest rol complementari.

Alternativament, si ens referim a l'opció **substitutiva** de l'actuació del sector privat per compte del sector públic (franquícies privades de prestacions públicament finançades), complementant, a més, si escau allò que se situï fora de catàleg, són punts forts d'aquest posicionament a) un cost d'elecció inicial (públic/ privat) neutral per a l'usuari (no sent penalitzat l'accés a l'oferta privada com pagament addicional) per a poder fer efectiva

aquesta opció, i consegüentment, b) resultant sobre aquesta alternativa més fàcilment articulable una prestació complementària que descongestioni l'actual pressió de l'universalisme públic per a tot tipus de cobertura; mentre que entre els punts febles, cabria destacar, al marge dels ja esmentats en el punt anterior, a) que l'abast concret d'aquesta opció quedaria a l'albur de la comprensió –és a dir, del major o menor abast de la definició- del catàleg públic, i b) generant previsiblement una major dificultat organitzativa (ple fet de requerir la construcció d'una xarxa completa de proveïdors o d'intermediació en la compra de serveis de centres públics) i de gestió (tractant-se d'un assegurament amb finançament a prima comunitària de difícil ajustament al risc poblacionals si no s'acompanyés efectivament de regulació de pools mínims de riscos, reassurança o sistema d'igualació de primes).

Són factors comuns, generadors d'incertesa en ambdós casos, l'evolució que puguin seguir les organitzacions públiques oferint des de les seves mateixes instal·lacions prestacions privades, destacant aquí el debat de supòsits en els quals s'incorre en competència deslleial, ja sigui pel fet de suportar un menor cost marginal públic versus cost mig privat, en la decisió de contractar externament o produir directament, en un horitzó temporal donat, ja sigui per la menor o major exigència d'exclusivitat en el treball dels professionals en el sistema públic respecte al privat (que afecta la quantia de la 'retribució marginal' privada' enfront del 'salari mig' públic).

### **Avaluant l' interfaç públic -privat a la sanitat**

L'argumentació bàsica subjacent en l'estudi dels efectes de les diferents alternatives organitzatives, d'estructuració i finançament dels sistemes de salut seria la relativa a si són compatibles les pretensions del que es decideix políticament, en principi en l'interès col·lectiu, amb la lògica empresarial de la persecució de l'excedent econòmic, atorgant un major pes al sector privat. Això ens remet a la qüestió genèrica del paper de l'interès 'públic i del privat' en sanitat, de la qual són els seus referents teòrics (d'àmbit majorment conjuntural), la justificació mateixa fora de la 'fallida de mercat', de la decisió en favor d'una provisió pública de béns privats preferents, i segons l'evidència empírica de l'eficiència relativa (més enllà del prejudici ideològic) que pugui existir en un esquema de provisió pública amb producció directa o a través de producció privada concertada.

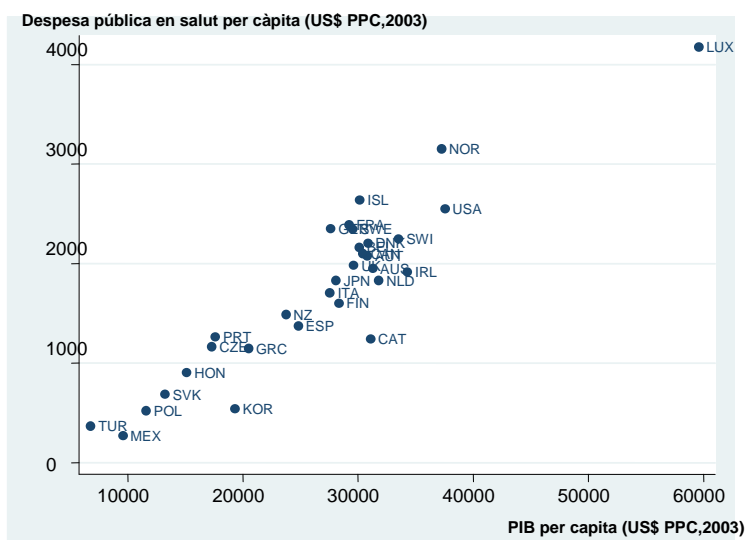
En el marc dels vectors de l'interés 'privat a l'esfera pública', i de l'interés 'públic en l'esfera privada' : són possibles com a mínim les següents aproximacions, (i) anàlisi dels acords per a finançar nova inversió en equipaments en el dispositiu públic via col·laboracions públic-privades (*public-private partnerships* o la inicialment denominada *public finance initiative*); (ii) la prestació de serveis en règim de propietat diferenciada de la pública estricta (via per exemple, entitats de professionals o noves formes consorciades de proveïdors sobre base territorial), (iii) la pròpia empresarialització a la gestió privada de les institucions públiques (sota formes jurídiques del tipus consorcis, fundacions, societats limitades), (iv) la contractació del subministre de serveis (concertació externa, contractes de gestió delegada, fórmules de leasing, etc.), (v) el règim d'incompatibilitats prevalent per als professionals, en pràctica privada i pública (del que resulta indissociable de l'anàlisi del sistema retributiu públic), i (vi) la utilització mateixa del dispositiu públic amb finalitats mercantils privades.

Tot això s'inscriu en unes noves coordenades de finançament i despesa que inclourien valoracions amb implicacions en el finançament del sistema sanitari en el seu conjunt (composició pagaments directes d'usuaris, assegurats, contribuents, i al llarg del temps, per la substitució de finançament de capital per finançament corrent).

### **La qüestió del finançament del sistema sanitari**

La comparació pel que fa a la despesa pública, en una comparativa refinada que ajustés pel diferencial de renda per càpita a través d'una línia de regressió, situaria a Espanya pràcticament a la línia del que resulta un ajustament 'normal' entre PIB per càpita i despesa sanitària pública per càpita i ajustada per poder de compra, tal com es visualitza en el gràfic adjunt, mentre que per a Catalunya el diferencial és força important (entorn d'un 25%). (Any 2003, darrera dada disponible).

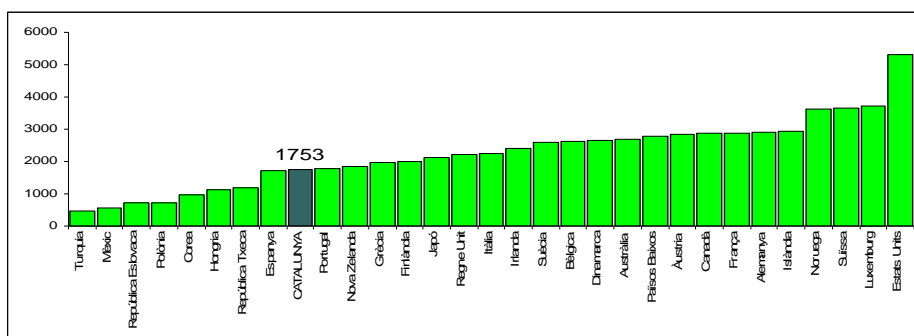
### ***Relació entre despesa sanitària pública i PIB per càpita (2003)***



Font: Elaboració pròpia a partir de OCDE, Health Data File, 2005 i per Catalunya, Departament de Salut

No resulta fàcil convertir la despesa sanitària pública en total, es a dir, considerant la finançada privadament a la nostra Comunitat sobre les mateixes bases homogènies que ho fa l'OCDE per al conjunt dels estats. Però una estimació feta per ACES a l'any 2002, i utilitzada per Artís i Surinyach (2007) donaria el següent diagnòstic:

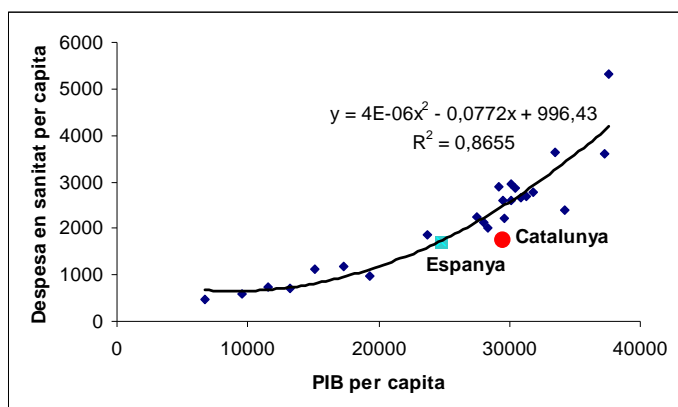
**Despesa total per càpita en sanitat. OCDE i Catalunya. 2002.**



Nota: Les dades de PIB per càpita estan expressades en dòlars EUA i corregides per la paritat de poder de compra. La dada de Catalunya està corregida respecte de la dada espanyola en termes de poder de compra de l'any 2002 (INE: Dades de PIB en PPS).

Font: Artís i Surinyach (2007) *Estudi sobre l'aportació del sector sanitari a l'economia catalana* Caixa de Catalunya Monografia 'Servei d'Estudis', a partir de les dades de l' OCDE, INE i ACES.

**Relació entre la despesa total en sanitat per càpita i el PIB per càpita. OCDE i Catalunya. 2002.**



Nota: Les dades de PIB per càpita estan expressades en dòlars EUA i corregides per la paritat de poder de compra. La dada de Catalunya està corregida respecte de la dada espanyola en termes de poder de compra de l'any 2002 (INE: *Dades de PIB en PPS*). No es disposa d'informació completa per els següents països: Portugal, Grècia, Àustria, Alemanya i Luxemburg.

Font: Artís i Surinyach (2007) *Estudi sobre l'aportació del sector sanitari a l'economia catalana* Caixa de Catalunya Monografia Servei d'Estudis, a partir de les dades de l' OCDE, INE i ACES.

Vegem així de nou el diferencial abans comentat entre el que correspondria en despesa total a Catalunya si es situés a la funció quadràtica que millor ajusta les observacions. Aquest diferencial es manté tot i que Catalunya ja avui fa una participació en despesa privada per càpita entre un 15 i un 20% superior a la mitjana estatal.

Diversos estudis han destacat com no semblen esperables increments de finançament més enllà d'entre el 6 i el 12% de la despesa sanitària pública actual (segons diferencial de renda i compassant dinàmicament amb augments per sobre del mateix creixement d'aquesta renda en la mesura que es produeixi el tancament de bretxa respecte de sistemes occidentals més desenvolupats). En el seu conjunt, resultarien molt vinculats al PIB propi de la comunitat i al seu esforç fiscal propi o centralment coadjuvat a generar recursos addicionals. Això hauria d'afavorir més diversitat geogràfica amb la territorialització dels serveis i en la participació dels agents (de tot tipus) en l'esfera local, en el finançament, amb un augment previsible del pes de la despesa sanitària privat en el total. Això s'enllaçaria amb l'acceptació, explícita o tàcita que, a major renda, menys justificació adquireix l'universalisme per a prestacions de baixes ràtios de cost-efectivitat i que inclouen generalment majors components d'utilitarisme i 'consumerisme' en la prestació de cures de la salut.

Pel que fa a la sostenibilitat financera del sistema sanitari en el seu conjunt, val la pena remarcar aquí unes poques consideracions. La paraula 'sostenible' en el finançament

públic no té contingut científic: serà sostenible el que vulguin els polítics dedicar al seu sosteniment. Altra qüestió és la lògica sobre la que aquesta sostenibilitat es pot basar, l'evolució de la despesa i del seu finançament (ambdues) en la disjuntiva equitat-eficiència, quan el context en que es subministren els serveis és d'ineficiència sistèmica per manca de responsabilització de les conseqüències financeres de les decisions de cadascun dels agents que hi són presents: el polític les trasllada a impostos, el professional a millors salaris i més despesa, l'usuari vol que financi el contribuent. En aquest sentit, els copagaments són una de les sol.lucions possibles, tot i que no la única: si els professionals estimen que actuant sobre els usuaris es limita el malbaratament, els tiquets moderadors tenen la seva lògica. Són els metges però qui han d'identificar els àmbits en que aquests malbarataments es produeixen. L'economista de la salut pot ajudar a articular diverses mesures, també el copagament, si prèviament els professionals han concretat l'àmbit en el que es produeixen els abusos. No a l'inrevés.

Notis que el paper del sector privat és força complicat en aquest context, per manca d'un 'marc estable' al que referenciar les inversions també privades en el sistema sanitari català. Reconeguda però la problemàtica anterior, no és gens difícil observar a Catalunya quant gran és la bretxa entre el que la societat espera del seu sistema de salut i el que el sistema públic pot oferir en termes de prestacions, i sobretot, en qualitat assistencial, a partir dels recursos actuals. Aquest diferencial no és altre que el que resulta de les aspiracions de major medicalització derivades del grau de desenvolupament social del nostre país, a la llum de la correlació entre utilització sanitària, renda i l'educació com a variables latents que pressionen a l'alça la despesa, tal com observem també a la comparativa de països occidentals. Efectivament, si la despesa sanitària la referim al PIB propi de Catalunya, el rati d'aquest diferencial es pot estimar en un 20% inferior a la mitjana estatal d'igual indicador<sup>4</sup>. Això dificulta satisfer des del sector públic la major expectativa d'utilització que té la societat, en part impulsada per la demanda (aspiracions i expectatives socials) i en part per l'oferta de serveis posada en disposició: la xarxa més costosa de comarcalització amb la que s'ha volgut cohesionar sanitàriament el país.

---

<sup>4</sup> - Aquest és el resultat d'un numerador de la rati (la despesa autonòmica) que en el seu finançament estatal segueix tendencialment criteris poblacionals, i un denominador més elevat en raó de la major renda relativa catalana.

Pel que fa als reptes de futur les coses no estan clares. Val a dir però que previsiblement la despesa sanitària al nostre país creixerà. Quin component ho farà en el binomi finançament públic-privat, és més incert i dependrà de les decisions que tendencialment es vagin prenent entre les alternatives fins el moment comentades. Des d'un punt de vista teòrics els referents son els següents. Per una banda, és sabut que a una societat que es comença a desenvolupar, l'elasticitat renda influeix en el creixement de la despesa sanitària, amb valors positius importants en favor d'un increment de la involucració pública en sanitat (superior a la unitat, o l'anomenada llei de Wagner d'activitats creixents del sector públic); per l'altra banda, la composició de la despesa varia segons els nivells de renda assolits (llei d'Engel), de manera que com més es desenvolupa una societat probablement sigui menys valorat el direccionisme públic i més la lliure elecció ciutadana en un tema tan 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 resultat dels processos d'elecció social. Son arguments aparentment lògics el pensar que el pes de la involucració pública en el sector sanitari, que com veiem, és major en els estadis primers de desenvolupament social (elasticitat renda elevada), ha de permetre una reducció relativa posterior en la mesura que societats avançades retornen responsabilitats socials (o n'afrontin de noves) a les esferes més individuals. Això s'intueix en poca claretat en els gràfic que relaciona la despesa sanitària pública i el PIB per càpita vist més amunt. A més, des d'un punt de vista de objectivitat terapèutica, 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 altres paraules, els increments seqüencials de despesa sanitària semblen tenir efectes majorment en els components individuals subjectius i personals que en la millora objectivable dels estats de salut, la qual cosa, si es confirmés, justificaria en menor mesura un increment del finançament públic coactiu, sovint basat en els impostos indirectes de naturalesa fortament regressiva, i afavoriria una alternativa de prestació i finançament dels components privats.

Val la pena aquí remarcar que si es reforçés la participació privada en el finançament del sistema, sembla raonable que es fes, preferentment, en (i) copagaments vinculats a la renda i mantenint el concepte de factura ombra per a algunes prestacions i per a alguns col·lectius, incorporables en el seu valor monetari a la base imposable de l'impost sobre



la renda, a la qual es podria aplicar la progressivitat desitjada; o a alguna altra prova més acurada de mitjans (ii) unes primes comunitàries per a prestacions complementàries a les públiques, i (iii) un finançament privat per ús de serveis hotelers addicionals o d'entorn (encara que en això no resideix el futur de la sanitat privada al nostre entendre). La solidaritat es preserva efectivament millor amb intervencions selectives a determinats grups de destinataris i no en general, i a través de primes d'assegurança de ciutadans assegurats més que no de preus abonats pels malalts en el punt d'accés i, finalment, per la via de primes complementàries comunitàries enlloc de les primes actuàries individuals, tal com veurem més endavant.

## **L'ASSEGURAMENT EN EL CONTEXT GENERAL DEL SISTEMA SANITARI**

Segons les darreres dades disponibles (Memòria de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, juny del 2006), a l'any 2005, a Catalunya, 1.687.713 ciutadans havien subscrit una assegurança de malaltia. D'entre aquests, 180.700 persones (un 12.3% del total d'assegurats privadament) ho feien a través de la seva condició de mutualistes funcionaris o beneficiaris (amb primes totals de 97 milions d'euros). Només aquests es poden considerar comptaven amb una pòlissa completa, homologable com a mínim a la conveniada públicament per les seves Mutualitats. La resta es correspon majoritàriament a assegurats amb serveis més aviat de cobertura menys completa o simplement parcial (1.430 mil persones, amb una prima mitjana de gairebé 600 euros a l'any), i en més del 90% d'aquests, amb prestació de pagament per acte mèdic (la pòlissa per capítatiu, que és un 40% més baixa, continuava decreixent).

El sector movia en total a l'entorn de mil milions d'euros (967 per a ser precisos). A la vegada, un quart de milió de persones (243.057) comptaven amb una assegurança dental, amb dotze milions € de primes declarades.

Entre les pòlisses privades, quasi la seva totalitat suposava doble cobertura, essent les de prestació de serveis les majoritàries –un 80%, front del 20% per a les de rescabament o d'assegurança mixta combinada, tot i que amb una gran heterogeneïtat. La prima mitjana era de 600 euros l'any, i la substitutiva -Muface, al voltant 550 euros persona any. Tot i les xifres anteriors, s'han de fer matisacions, per una banda, a la vista de que en el primer cas algunes asseguradores (no massa) fan una graduació de primes per edat i gènere, la qual cosa marca un rang a la prima, i que a la cobertura de funcionaris, per exemple s'exclou del còmput de cost la despesa en farmàcia (que les mutualitats paguen apart), prestació que suporta un copagament general, inclosos els pensionistes, del 30%.

Les pòlisses d'assegurança privada s'han incrementat en els darrers cinc anys entorn d'un 15% i un 40% en els seus valors monetaris, tant en el cas de les entitats

d'assegurança lliure –mercantils, com en el de les mútues de previsió social –una volta superat l'atzutzac de l'Aliança.

Tot això ens mostra la importància d'un sector que de manera resumida podríem dir que compta a casa nostra amb una cinquantena llarga d'entitats mínimament rellevants, que donen cobertura d'una forma o altra a un 24.12% dels catalans, la majoria d'ells com a doble cobertura (21.54%), buscant quelcom que el sistema sanitari públic en el seu conjunt no ofereix a la ciutadania.

De les dades disponibles sabem que avui el pes de la població assegurada replica bastant bé el de la població general (contràriament al supòsit de selecció a favor de carteres rejuvenides que es sol postular per a l'assegurament privat), que la selecció de riscos a través de primes més altes canviant en el temps i així vinculades a l'edat no és una pràctica massa comuna; i que en tot cas, d'existir selecció de riscos, aquesta es pot basar en el major o menor esforç d'oferta en serveis que ofereixen les asseguradores, en el tipus de carteres que resulten més atractives segons destinataris d'interès, utilitzant el màrketing conseqüent.

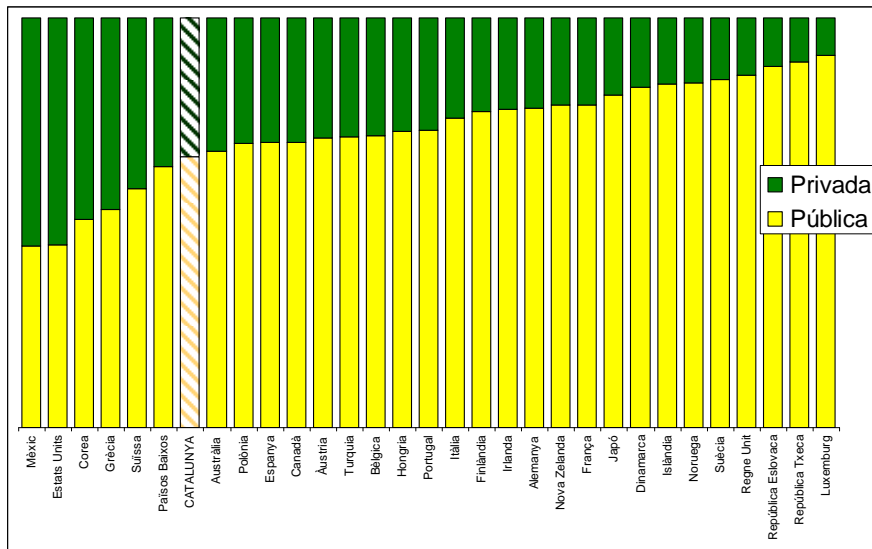
Sabem que la situació catalana, amb un major número d'assegurats privadament, té a veure amb la seva major renda relativa, essent més predominant per a classes mitjanes, i en el passat, pel fet d'oferir la cobertura als autònoms que la seguretat social no donava, la qual cosa creà esferes de lleialtat amb metges i mútues que s'han mantingut bastant constants al llarg del temps, tot i que el pes de la cobertura pública hagi guanyat terreny de manera significativa. Sabem també que existeix discussió –que ja revisarem al llarg d'aquest text- sobre (i) si, mantenint tota la resta igual, s'asseguren més o menys segons el grau de malaltia (o que així ho creuen), una volta s'ajusta per renda (selecció adversa), i sobre (ii) el grau en el que l'assegurança privada estalvia costos al sistema públic, ja que, per una banda, descarrega utilització de serveis públics, tot i que no previsiblement el més costosos, però per l'altra, l'incrementa de consum privat que genera el mateix fet de l'assegurança pot provocar en part consum no només privat, sinó també públic objectivament innecessari, com per a justificar un tractament fiscal beneficiós. També apuntem que les companyies asseguradores semblen recentment mantenir o augmentar el número d'assegurats sobre la base de primes relativament estables i així de pagaments per acte relativament baixos, en part degut al tancament de

l'antic règim d'empreses col·laboradores de la Seguretat Social (algunes grans empreses espanyoles), però a canvi de la seva substitució per pòlisses col·lectives subscrietes per les empreses a primes comunitàries que creixen relativament menys que abans.

Destaca finalment la situació relativa de l'assegurança sanitària privada catalana respecte de la resta de l'Estat. Espanya compta amb 7.660.437 assegurats, 4.251 milions d'euros en primes. Això implica un 50% més d'assegurats a Catalunya del que correspondria pel seu pes demogràfic en el conjunt espanyol, i amb un major pes relatiu de la prima pagada privatament (el pes de la pòlissa substitutiva mutualista –gratuïta per al funcionari- és a Catalunya un 50% inferior al que correspondria per pur pes demogràfic). De manera que sembla que en l'esforç de millora del benestar, un grup important de la població i un sector productiu rellevant de la nostra economia valora suficientment el mercat d'assegurança privat com per a que es justifiqui aquesta anàlisi i la discussió de les bases del seu futur (política econòmica, desgravació fiscal, compatibilitat i coexistència de treball i prestacions...) en un context general de presència predominant d'un sistema públic de salut.

Per acabar, convé comentar que la despesa en assegurança no és sinó un ítem més de la despesa sanitària privada pel que fa al seu component complementari (ja que el substitutiu de funcionaris és finançat públicament), la qual cosa fa que, en el seu conjunt, a Catalunya el pes de la despesa privada sobre la total sigui cinc punts superior a la mitjana estatal (33.8% versus 28.2%).

***Pes de la despesa pública i privada en la despesa sanitària. Comparació internacional. OCDE i Catalunya. 2003.***

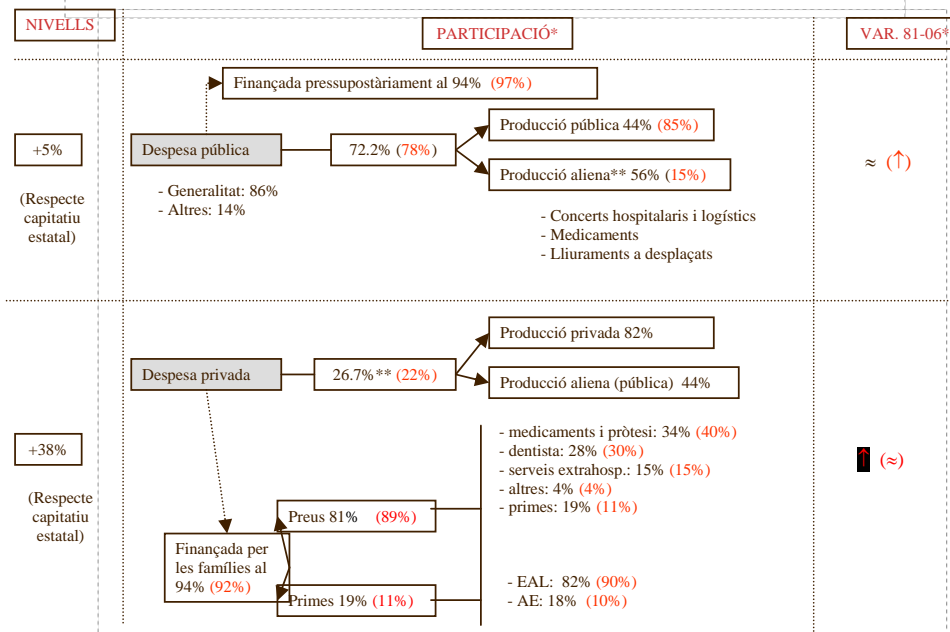


Nota: les dades de Dinamarca i Catalunya corresponen a l'any 2002.  
 Font: Artís i Surinyach (2007) a partir de les dades de l'OCDE i ACES.

L'anàlisi anterior, posat en context, dóna el següent quadre de fluxos dintre del sistema sanitari públic (entre parèntesi i en vermell els valors per al conjunt d'Espanya i així el diferencial de Catalunya respecte dels valors mitjos estatals) que s'ofereix de manera temptativa respecte del que són els grans trets més estructurals.

***Gràfic de fluxos del sistema sanitari a la perspectiva espanyola i comparada***

## EL SISTEMA SANITARI CATALÀ I ESPANYOL



FONT: G. Lopez Casanovas, CRES-UPF, 2001

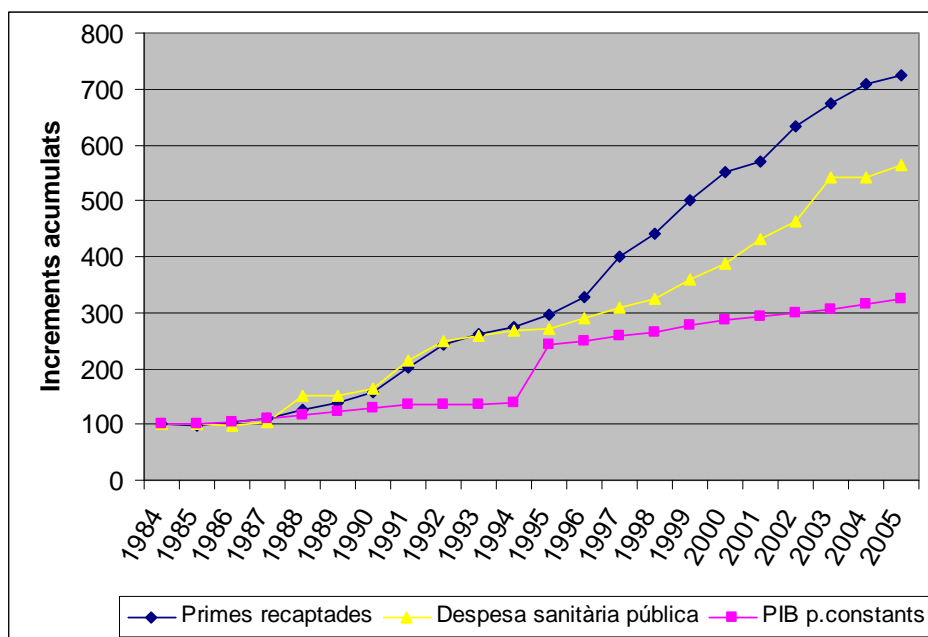
\* Catalunya (Espanya)

\*\* Amb l'1.5% addicional pel conjunt de l'Estat, i un 1% per Catalunya, si considerem el finançament de les Mútues públiques com a despesa finançada per mitjans aliens.

El que ha suposat el creixement de primes en relació a l'increment de renda i de la despesa sanitària pública, tot valorat en termes constants, posa de manifest un diferencial a favor de les primeres que més que duplica la taxa de creixement acumulada de la renda i es situa al voltant del 18% de l'augment de la despesa sanitària pública, que també va créixer per sobre de la renda.

### **Evolució primes recaptades, despesa sanitària pública i PIB regional de Catalunya en el període 1984-2005.**

Unitats: increments acumulats de primes recaptades en el ram de malaltia i despesa sanitària pública descomptats per l'IPC general anual, i increments acumulats del PIB regional de Catalunya en termes constants, base 1986 i 1995.



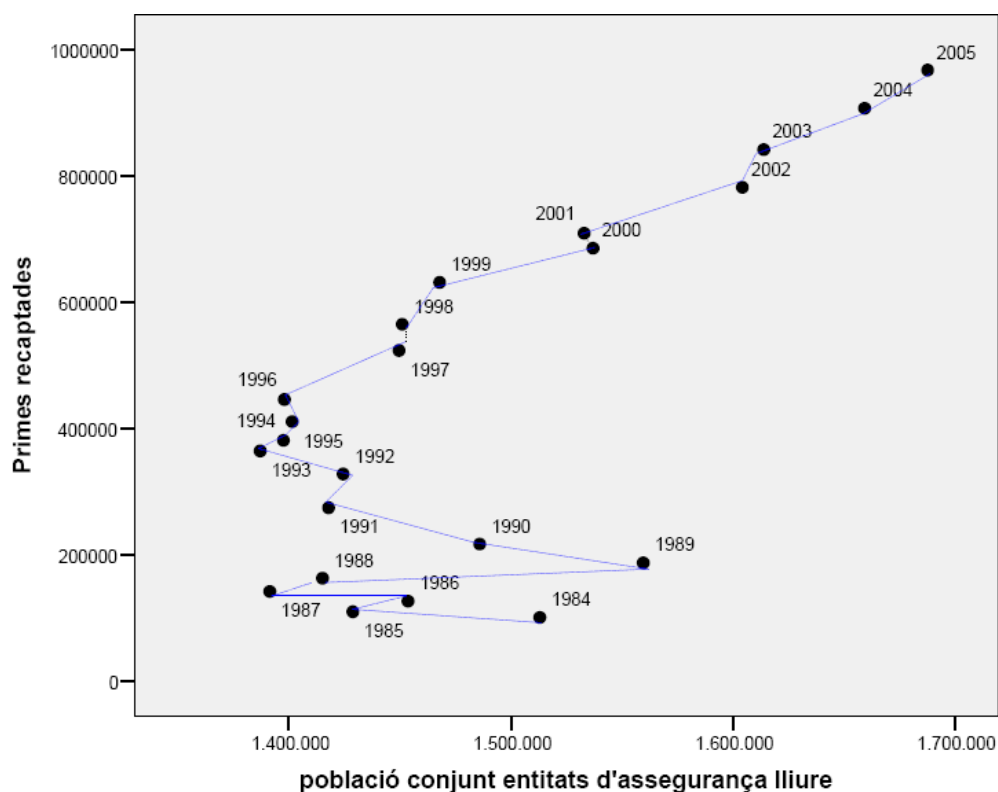
Font: elaboració pròpia a partir de Memòries d'entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Recursos Sanitaris; Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público y Gasto territorializado, Ministerio de Sanidad y Consumo; INE.

En general, les correlacions entre nivells de primes totals recaptades, renda per càpita i despesa sanitària pública per càpita són elevades i estadísticament significatives, totes elles positives (0.992 i 0.996, respectivament). A la descomposició de l'evolució del valor de les primes en termes de prima mitjana, com a aproximació al preu de la pòlissa, i del número total d'assegurats, veiem però una pauta més aviat erràtica, tot i que el seu coeficient de correlació es mostri positiu (0.635) i significatiu, de manera que la intuïció és que la demanda l'empeny previsiblement sobre tot el creixement de la renda sense que l'increment del preu en sigui un fre important. El número d'assegurats tampoc es veu frenat pel canvi en el nivell de la despesa sanitària pública per càpita, com es podria pensar (l'associació és positiva i significativa, tot i que com veurem a l'anàlisi de regressió, la correlació d'aquesta despesa pública amb el PIB li resta tota significativitat a la primera en favor de la segona).

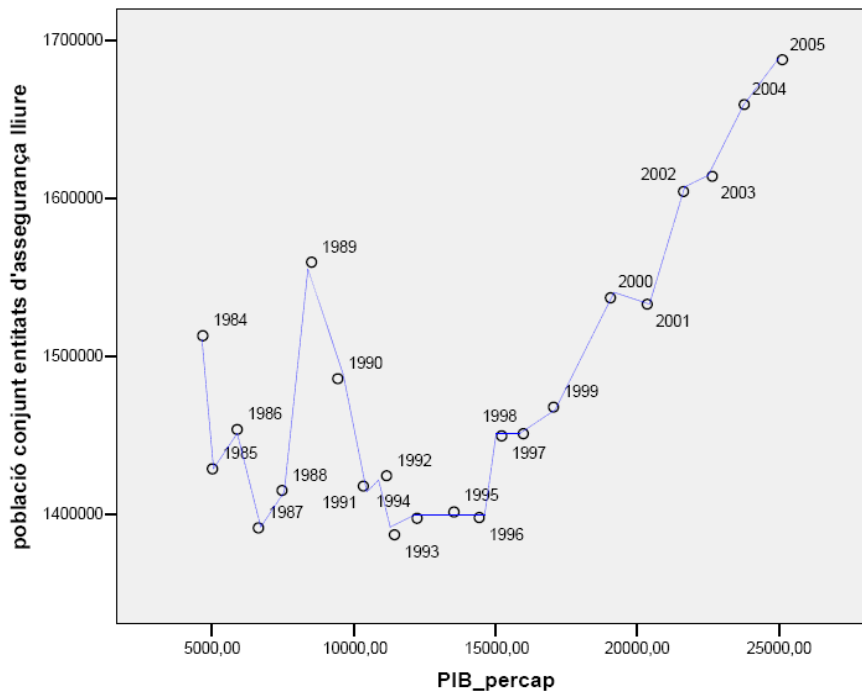
Aquella correlació feta en taxes de creixement i no entre nivells, entre variació de la taxa de creixement d'assegurats i variació de la taxa de creixement de la despesa sanitària pública per càpita manté la significativitat a un interval de confiança del 92%, amb el signe positiu (0.457). De manera similar a la correlació entre taxes de variació de primes totals recaptades i renda per càpita (0.365) (interval de confiança del 80%);

finalment, perd significativitat la taxa de creixement de la prima mitjana respecte de la taxa de creixement de la despesa sanitària pública per càpita (0.539) tot i mantenir el signe positiu.

En general, l'anàlisi efectuat en termes de nivells dels dos components de les primes totals recaptades (és a dir, entre primes i població assegurada) no mostra una pauta inequívoca. Val la pena remarcar la important disminució de població assegurada que va suposar la generalització de la cobertura sanitària dels autònoms (pujades les cotitzacions pertinents), de més de cent cinquanta mil assegurats, i la recuperació observada posteriorment des de 1993 àdhuc el 2005. En qualsevol cas, la pauta resta de ser inequívoca per als anys anteriors (amb l'aprovació l'any 1986 de la Llei General de Sanitat).







Font: elaboració pròpia a partir de Memòries d'entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària; Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Recursos Sanitaris; INE.

No sembla en general documentat que l'evolució de les taxes de població assegurada privadament es mogui en sentit invers a la de la despesa pública per càpita, tot i que la correlació de les seves taxes respectives de creixement sí dona un valor negatiu (-0.172), però estadísticament resulta escassament significatiu. De fet, la correlació dominant és sempre la de nivells de la renda per càpita sobre la població assegurada (0.697) amb una elevadíssima, aquí sí, significativitat estadística.

El quadre de correlacions restants més significatives es resumeix en el quadre següent:

#### Correlacions

		Primes recaptades	PIB_percep	Despesa sanitària com a % PIB
Correlació de Pearson	Primes recaptades	1,000	,996	,601
	PIB_percep	,996	1,000	,613
	Despesa sanitària com a % PIB	,601	,613	1,000
Significativitat (unilateral)	Primes recaptades	.	,000	,003
	PIB_percep	,000	.	,002
	Despesa sanitària com a % PIB	,003	,002	.

N	Primes recaptades	20	20	20
	PIB_percap	20	20	20
	Despesa sanitària com a % PIB	20	20	20

Una anàlisi de regressió múltiple, tot i que amb les precaucions que imposa el reduït abast muestral, la qual cosa obliga a incloure un mínim les variables explicatives per mor de mantenir un mínim de graus de llibertat suficient, ens confirma que la variació en el total de primes, explicada per una constant, el PIB per càpita i el % de la despesa sanitària pública sobre la total, primer model, i per una constant, el PIB per càpita i la taxa de creixement de la despesa sanitària pública per càpita, alternativament (model 2), a ambdós casos mostra la significativitat de la constant i del nivell de renda per càpita, i en cap cas ho és el comportament de la despesa sanitària pública (ja en % sobre la total o en taxes de creixement per càpita o en PIB –vegi's annex), una volta considerat l'efecte general de creixement de la renda, tal com s'insinuava ja a les correlacions parcials comentades.

#### Coeficients Model 1

Model		Coeficients no estandaritzats		Coeficients estandaritzats	t	Sig.
				B	Error típ.	Beta
1	(Constant)	-140365,919	15191,566		-9,240	,000
	PIB_percap	42,713	1,104	,994	38,672	,000

#### Variables excloses

Model		Beta dintre	t	Sig.	Correlació parcial	Estadístics de col·linealitat
1	Despesa sanitària com a % PIB	-,013	-,379	,709	-,092	,624

#### Coeficients Model 2

Model		Coeficients no estandaritzats		Coeficients estandaritzats	t	Sig.
				B	Error típ.	Beta
2	(Constant)	-159269,471	13935,250		-11,429	,000
	PIB_percap	44,132	,907	,996	48,663	,000

#### Variables excloses

Modelo		Beta dentro	t	Sig.	Correlació parcial	Estadístics de col·linealitat
2	TC_DPS_cap	-,017	-,752	,462	-,174	,864

Fet l'anàlisi anterior, val la pena remarcar que el tamany de la mostra no permet anàlisis més complexos, de manera que en resum podríem dir que el que ens diuen les dades és que 1- la renda per càpita en les seves distintes especificacions (taxes, nivells) apareix com la variable bàsicament inductora del creixement del sector en primes, no mostrant-se sensible a l'evolució o el pes que va adquirint, en general, la despesa sanitària pública, 2- que amb la descomposició del volum total de primes recaptades (factor prima mitjana i quantitat d'assegurats), s'observen dos/tres períodes diferenciats, en els que la pèrdua d'assegurats el compensaren primes mitjanes més elevades (no s'enregistren pèrdues de recaptació fins i tot en etapes de pèrdua d'assegurats, sobretot amb la cobertura per la Seguretat social de l'assistència sanitària dels autònoms), i 3- la millora en el volum de primes i d'assegurats de la darrera dècada mostra un alentiment de manera que el volum de recaptacions no sembla créixer massa malgrat la millora en el número d'assegurats, precisament degut a una prima mitjana relativament continguda (les primes comunitàries de les antigues empreses col·laboradores com a un dels factors aquí explicatius).

No sembla per tant que el sector hagi trobat un *steady state* definitiu, i ja sigui per falta d'adaptació a les noves realitats de la demanda, en un context de preeminència de sanitat pública, o per manca de reestructuració de l'oferta de productes que faci l'assegurança sanitària més atractiva, existeixen dubtes, reptes i oportunitats per al seu futur mediat.

En aquest context, l'estudi de les reformes analitzades en la secció següent, tindrà com a objectiu analitzar el paper de l'oferta privada en els sistemes que es mantenen sota provisió pública. Catalunya és un camp adobat per a que aquesta introspecció sigui més fructífera, haguada compta de l'important paper que en prestació assistencial té l'oferta no pública: un 60% a l'atenció especialitzada és concertada, 13 entitats bàsiques associatives a l'atenció primària gestionen privadament les concessions administratives pels seus territoris i, sobre tot, en la subscripció de pòlisses complementàries a

l'assegurament sanitari, que gairebé d'una forma o una altra una quarta part dels catalans en disposen<sup>5</sup>.

Tot i l'existència d'un marc regulatori estatal complex, marcat avui per l'intent de recuperació central d'un objectiu de coordinació general per a la cohesió, les pretensions de l'Alta Inspecció central d'interferir en el funcionament quotidià del sistema, i el manteniment encara d'una certa concepció de l'assistència sanitària com a prestació de la Seguretat Social (malgrat la universalització i la descentralització de la competència, que es voldria així confinar a la simple gestió dels serveis), el cert és que el nostre país fa vint i cinc anys ja que s'ha vingut responsabilitzant dels serveis de salut envers dels seus ciutadans i ha intentat impulsar una política pròpia malgrat tots els condicionants derivats del finançament autonòmic i els processos d'harmonització a la que s'ha vist sotmesa.

La qüestió òbvia és dintre de les coordenades anteriors, la de quina política sanitària pròpia pot semblar més adient a la nostra realitat nacional, quin paper es vol atorgar a l'acció concertada amb la sanitat privada i mutual, a l'assegurament sanitari privat en el si del sistema sanitari públic (i a la indústria del medicament i de la recerca biomèdica). Dintre de l'àmbit propi de la política sanitària catalana, podríem així interrogar-nos si es pot millorar l'efectivitat del sistema (assoliment d'un nivell de costos raonable i uns beneficis de salut prou equitatius en condicions reals) a través d'una millor combinació de l'assegurança pública i la privada. S'ha de buscar aquesta millora en l'aprofundiment d'una assegurança privada complementària a la pública, o majorment des de la substitutiva, gestionant la pòlissa pública en nom del finançador? El sector ha de competir horitzontalment en aquesta tasca, amb lliure mobilitat de l'assegurat? Serà l'elecció del ciutadà informat suficient disciplina per a garantir qualitat assistencial sense selecció de riscos poblacionals?

D'aquí que sembla adequat valorar en aquest punt l'evolució que s'observa en el sistema comparat, i en particular, a aquells països que mantenen la cobertura universal de les seves prestacions, sobre les antigues bases de l'assegurament social, ara estès als

---

<sup>5</sup> - A més, la indústria del medicament està present a casa nostra amb una gran força, i bona part de la recerca científica més innovadora de l'Estat hi està instal·lada.

diferents col·lectius, i que donen carta de naturalesa a l'assegurament privat sota finançament (total o parcialment) públic, des del que es construeix l'assegurament voluntari de tall complementari.

## **SITUACIÓ I ANÀLISI DELS SISTEMES D'ASSEGURAMENT SANITARI EN PAISOS DEL MÓN OCCIDENTAL**

Des de l'any 1980, quan Gran Bretanya va iniciar les reformes del seu National Health Service (NHS des d'ara), no hi ha sistema sanitari del món occidental que no hagi revisat els seus plantejaments inicials, tant important és l'evolució tecnològica i social en el que estan immersos els guariments de salut. En són factors clau: (i) Una demanda creixent a l'empenta d'una expectativa de que tot és tractable –sinó ja directament curable-, en una societat cada cop més medicalitzada fins i tot en les conseqüències que se'n poden derivar dels estils de vida, estats anímics o de les conductes sexuals; (ii) en la que el consumidor no participa directament sufragant ni total ni gairebé parcialment el seus costos; (iii) amb una oferta inductora de demanda poc fiscalitzada socialment, tant gran com és l'asimetria d'informació de que disposa el professional sanitari, i (iv) amb una despesa en bona part situada a la part plana de la corba entre més recursos i efectivitat provada...

Els factors esmentats fan que a partir dels esquemes d'anàlisi convencional de la teoria econòmica i la disciplina dels mercats en el subministrament de serveis, aquests no assoleixin per si sols els equilibris en els marges entre costos i beneficis de les activitats sanitàries. Fora del mercat, la intervenció pública directa a la provisió, i la indirecta o regulatòria, no han parat de buscar referents nous que motivessin un millor assoliment de resultats. Per aquest propòsit, però, 'fabricar' concurrència des de la intervenció pública no és fàcil, sobre tot si els canvis en els dissenys estructurals no abasten les pràctiques clíniques descentralitzades.

### **L'assegurança sanitària en el sistema comparat: pòlissa pública; pòlissa privada**

L'experiència derivable dels països que han reformat els seus sistemes d'assegurament mantenint el seu caràcter social (catàleg bàsic a prima comunitària) com són Holanda, Suïssa i Alemanya ens permet fer unes primeres consideracions:<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Vegi's COHU S, D Lequet-Slama i P Volovitch, per a *drees* (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques), del Ministère de la Santé de França, *Etudes et Résultats*, 445, Nov. 2005.

- 1- Els sistemes d'assegurança social (SHIS o Social Health Insurance Systems), en termes de despesa (parlem aquí de despesa únicament, ja que el finançament té uns equilibris particulars en els seus components públics i privats, en raó de deductibles franquícies, etc. en vigor, i que diferencien aquests dels sistemes NHS), com a % del PIB, resulta més elevat que els sistemes administrats NHS (tot i que més baix que el propi dels sistemes privats). La raó és senzilla: quan més lliure elecció manté un sistema per als seus assegurats, menys restriccions d'accés als serveis operen, i menys control de l'oferta i dels fluxos existeix, de manera que se'n deriva una major utilització i despesa.
  
- 2- Alhora, més elecció vol dir també més satisfacció ciutadana amb el seu sistema sanitari, vistes les menors traves d'accés, menys llistes d'espera -en número i en temps- per al malalt, etc., ja que sempre es pot trobar un proveïdor o un altre que atengui al ciutadà. Notis que no es diu res a la comparació SHIS i NHS en termes d'efectivitat diagnòstica i terapèutica: això requereix dades micro i basades en com en cada cas es gestionen clínicament les patologies. Convé remarcar també que des d'un punt de vista cultural, com més àmbits d'elecció individual s'obren en un sistema, menys queixes es produeixen; altrament, sense capacitat d'elecció, fins i tot resultats clínics satisfactoris fàcilment generen insatisfacció (falta de segona opinió, hosteleria poc adient, components socio-sanitaris dels guariments...).
  
- 3- L'assegurament social té arrel 'bismarckiana' (comença la protecció social pels treballadors i s'estén a diferents col·lectius a través, sovint, de caixes contributives finançament separades), però amb el temps la universalització fa pràcticament 'beveredgians' el sistema amb una cobertura pràcticament total de la població, en la mesura que (i) l'assegurament es fa obligatori (el 2006 a Holanda), (ii) la idea de finançament segmentat desapareix per la via del pagament coactiu de les contribucions socials (una cotització no deixa de ser un impost proporcional sobre la renda del treball) i (iii) s'articulen subvencions procedents de la tributació general per a finalitats específiques. A vegades es permet que voluntàriament algun col·lectiu amb prou renda (entorn als 48 mil euros per any a Alemanya el 2006) pugui quedar fora de l'obligació de cobertura

pública (entenenent que la solvència financera privada és suficient per assumir el risc de la no assegurança); però en tot cas es tracta d'una decisió voluntària, ja que el conjunt de les Caixes de Malaltia hi són presents també oferint cobertura a preu regulat per aquests col·lectius cara a evitar l'abús de posició dominant per part d'algú o davant un potencial mercat incomplet.

- 4- L'esquema SHIS permet en tot cas una major descentralització de la gestió d'aquests asseguraments, sense necessitat d'una descentralització política (290 caixes a Alemanya el 2005 transversals als diferents Länders), tot i que la competència possible la dilueix sovint el poder dels grans oligopolis professionals (d'afiliació obligatòria a Alemanya), que si bé actuen a nivell territorial, la seva acció és igualment concertada. Des del 1996 els ciutadans elegeixen a Alemanya 'Caixa asseguradora' (aquesta és la disciplina concurrencial alemanya), i s'ofereix a més, la guia de capçalera com a instrument de control de despesa i reducció de primes conseqüents per als qui l'acceptin.
  
- 5- En general l'assegurament permet diversificar els catàlegs de prestacions, que es visualitzen força a efectes de la compra de cobertura asseguradora. Així a Holanda es distingeixen els tractaments crònics i onerosos; l'assegurança especial per a despeses excepcionals de malaltia, i un nivell complementari més hotel·ler assistencial. Això té una lògica clara: De fet, si evitéssim les inèrcies i es recomencés l'acció pública protectora, una guia teòrica provindria (i) del teorema Rotschild-Stiglitz, tal com hem vist, amb una combinació d'un tram obligatori a prima col·lectiva i un tram privat voluntari (tractant-se d'una sol·lució 'pareto superior' davant l'altrement fallida de mercat per selecció adversa per la que els individus de baix risc acabarien essent expulsats del mercat per les elevades primes que impulsarien els individus d'alt risc); (ii) del principi ètic que fonamentaria una intervenció social que prioritzés la cobertura obligatòria de malaltia amb probabilitat d'ocurrència baixa (poc predible en aquest sentit) i catastròfica, si fos el cas, per les conseqüències financeres que generaria. La resta de contingències sí serien assegurables voluntàriament per part d'un bon 'pare de família', i si no s'asseguessin efectivament podríem



suposar que en cap cas genera una fallida financera catastròfica, fora de les situacions cròniques.

- 6- El que més es semblaria a l'anterior propòsit seria (i) la cobertura obligatòria d'un fons bàsic (com a mínim per a tots els qui no assoleixen una renda mínima) per a les infermetats de cost efectivitat provat i que poden devenir càrrega onerosa en el temps; (ii) un segon nivell privat voluntari que es considerés complementari a l'anterior (serveis preferents tot i que no substantius a la condició de cohesió ciutadana, no prioritari a l'acció pública –essent per exemple efectius si bé no cost-efectius, o simplement eficaços però no efectius en tots els casos i condicions-), i que es podrien normalment incentivar a través de despeses fiscals; això seria a diferència dels serveis suplementaris voluntaris que no comptarien amb aquella desgravació. I finalment, (iii) un tercer nivell, obligatori en tot cas per a tots per a la cobertura de riscos excepcionals o catastròfics. A Holanda, els nivells esmentats representen, respectivament, avui un 36% de la despesa total; 15 i 7%, i 42% del total de la despesa sanitària. En termes poblacionals, un terç de la població subscriu assegurança voluntària, mentre la resta no ho fa.
  
- 7- Notis així que, en principi, la racionalitat d'una proposta de perfil similar a l'anterior portaria a que (i) allò poc predible i catastròfic s'ofereís per tothom, (ii) una part substantiva de serveis es garantiren d'acord amb la seva efectivitat i/o cost efectivitat, amb finançament coactiu i subsidiació transversal entre col·lectius; i (iii) una altra part menys cost efectiva o simplement només eficaç en condicions teòriques, romandria sobre bases de decisió voluntària. La ingent innovació enregistrada en el sector de guariments de salut podria així en el marge encapçar-se a futur en cadascuna d'aquests alternatives. Això oferiria una major flexibilitat que l'actual: avui en molts sistemes NHS la decisió és tant sols de 'si entra o no entra', i si entra el reemborsament és pràcticament complert (d'aquí les pressions per a un catàleg pràcticament il·limitat) i amb un finançament coactiu que no depèn de la vàlua de la prestació.
  
- 8- El grau de solidaritat implícit en aquella articulació de tipus de contingències cobertes segons grau d'efectivitat, provindria no tant sols del manteniment d'una prima comunitària que no distingeix entre individus ni projecta de manera

actuarial els costos observats, sinó, sobre tot, del fet que com amb tota assegurança, l'assegurat que no sofreix la contingència subvenciona implícitament al desafortunat que sí l'ha soferta<sup>7</sup>.

- 9- El paper del regulador és en tots aquests sistemes, d'ample abast. Per exemple, el component privat de l'assegurament a Holanda, tot i ser voluntari, s'ha de garantir que ofereix una cobertura tipus; així mateix, quan s'instrumenta un sistema obert de competència públic-privat entre asseguradores, sovint s'estableixen unes tarifes de referència (a Holanda, que manté un elevat nivell d'intervencionisme en aquest terreny, aquestes s'utilitzen per a referir-hi les despeses fiscals acceptables per als contribuents de rendes modestes), o el regulador instrumenta obertament un esquema de per-equació de riscos en el finançament. De manera similar passa amb el fet de forçar el registre obert d'assegurats (o 'open enrolment'), per a evitar la selecció d'assegurats per part de les asseguradores. Més discutible és si el major cost per major perfil de risc l'ha de compensar internament l'asseguradora en el seu pool propi de riscos, donada la seva prima mitjana (comunament per grups d'edat o gènere: a Suïssa, per exemple es consideren només tres grups d'edat -0/18; 19/25; i a partir de 25), o ha de ser el regulador qui a través d'alguna forma de reassegurament ha de compensar aquell major cost, sense que transcendeixi en cap cas aquest a la factura a pagar per l'assegurat<sup>8</sup>.
- 10- També el regulador pot protegir l'assegurat establint clàusules de 'stop loss' o cost màxim generat en el temps o per episodi en l'usuari, i de la que en resulten conseqüentment distintes formes de copagaments. La continuïtat en l'assegurament i la 'fidelització' s'ofereixen en clau d'incentiu a l'assegurat cara a evitar algunes altres formes de copagament (així a Alemanya, després de la reforma del 2007 o a Suïssa).

---

<sup>7</sup> -A diferència dels sistemes de pagament en el moment d'accés o en les *Health Savings Accounts*, en les que els estalvis per no utilització resten a disposició de qui suscriu

<sup>8</sup> - Alguns autors (com P Zweiffel per al cas suïss, o N. Acarin al nostre país des d'òptiques diferents) semblen pronunciar-se a favor d'aquest segon sistema ja que consideren que l'eficiència es vincula així millor a l'establiment de tarifes òptimes, tot i que no les suporti al complert l'assegurat.

11- L'anivellament de riscos entre asseguradores és molt important en tots aquests països, més per l'esforç d'equitat que representa que pels seus assoliments al servei de la millor transparència. Així, a Holanda, la per-equació es produeix entre asseguradores públiques i privades en el paquet bàsic (amb *forfaits* comuns davant diferències de risc) i entre asseguradores privades regulades (i que cobreixen riscos importants). Factors tals com l'edat i el gènere, modus d'assegurament per la categoria del beneficiari –parat, treballador, en situació de beneficència; a nuclis rurals o urbans, vistes les variacions regionals als estats de salut, o d'acord amb grups de cost farmacèutics determinats son comunament utilitzats (a Holanda des del 2002). Afecten els guariments ambulatoris, als costos variables hospitalaris d'especialistes o als costos fixes d'internament. A Alemanya es tendeix a pagar apart els riscos mals d'assegurar (considerats aquells amb cost superior a 20.500€any), procedint a compensar a Holanda des del 2002, a les asseguradores pel 60% de l'esmentada quantitat, i per als riscos inclosos en programes de gestió terapèutica determinada (des del 2003), constituint-ne grups de finançament separat (segons edat, si té o no alguna invalidesa i segons renda), situant-los així fora del pool comú de riscos i pagant-los, en aquest cas, a cost complet del grup. Finalment, a Suïssa, la compensació està vinculada només, com vèiem, a l'edat i al gènere.

12- En tots els sistemes d'assegurament, la participació financera dels usuaris permet completar la prima amb altres formes de copagament més vinculats al consum (la prima per definició no hi està, o hi està molt poc), i sovint es condicionen els tiquets moderadors al seguiment dels circuits del sistema (per exemple, a Alemanya, si es volen evitar els 10€ de la primera visita s'ha de passar primer pel capçalera, i per això s'exclouen els serveis de prevenció). També les entrades i sortides de prestacions del catàleg cobert són en si mateixes un criteri de gestió de la pòlissa: per exemple, seguint criteris d'efectivitat o cost-efectivitat. El cas paradigmàtic és el dels nous medicaments, però també recentment s'han utilitzat a Alemanya per a disminuir despesa, havent-se tret del catàleg obligatori les pròtesis dentals i les ulleres (aquestes, si és el cas, s'hauran de cobrir amb pòlisses complementàries), o de les indemnitzacions monetàries per algunes malalties o per situacions de maternitat (fora del procés paritori). I en procés de signe contrari, en el component obligatori Holanda hi ha situat

recentment la psiquiatria aguda, mentre que la crònica es deixaria al component catastròfic (d'assegurança nacional fora d'esquemes d'elecció i competència). El component catastròfic, no sotmès a concurrència es financaria corresponentment amb primes/impostos/ cotitzacions vinculats a la renda.

13- Aquestes formes de gestió d'un nucli 'dur' de prestacions públiques i obligatòries sofreix una pressió negociadora amb els col·lectius professionals més alta, i aquests poden refer en règim més liberalitzat una retribució addicional per a la resta de serveis fora d'aquell nucli bàsic. Es tracta d'abastir el que es coneix com a objectiu de 'empresarialització dels guariments', susceptibles d'oferir una oferta diferenciada en termes de serveis, costos (també a les tarifes negociades amb els professionals) i qualitat. Els avenços més importants es troben de moment en aquesta direcció a Holanda i a Suïssa, constituint el 'manegat cara' (i les estructures de les Health Maintenance Organisations americanes) el mirall en el que es miren. El pagament als hospitals per activitat ajustada a casuística, la competència horitzontal entre centres i en emulació de les millors pràctiques en són moneda comuna, tot i que com criticarem més endavant, en una deriva al nostre entendre equivocada, ja que premia l'activitat i no la resolució dels caos o 'outcomes' de manera més cost-efectiva. La desconexió entre els guariments primaris ambulatoris i especialitzats hospitalaris n'és el símptoma més destacat del problema comentat.

14- A Holanda (amb la *Health Insurance Act* en vigor des de 1 de gener del 2006) la consideració del catàleg obligatori i cobert universalment a escala nacional es determina segons els criteris del Comitè Dunning establerts el 1991 segons: (i) la necessitat del guariment; (ii) la seva eficàcia; (iii) la seva eficiència, i (iv) el caràcter col·lectiu de les responsabilitats que hi incideixen (això equival a reconèixer la necessitat de que es financi coactivament). A Alemanya la decisió la pren un comitè federal amb presència de representants de les caixes d'assegurança, proveïdors i sindicats mèdics, i a Suïssa és per llei sobre regles de 'eficàcia, adequació i economia'.

15- La identificació de prestacions de cobertura ciutadana, la submissió a nous esquemes competitiu, la concreció de catàlegs de serveis i el desenvolupament

d'una contractualització dels serveis més selectiva, afavoreix en general una millor gestió integrada de les xarxes de guariments assistencials i la gestió de episodis clínics complerts (com a forma de '*disease management*'). A Holanda aquesta funció la fa una 'task-force' per a la Combinació diagnòstica i de tractaments (DTCs), més enllà del que seria una simple intermediació de control d'actes assistencials de centres o professionals aïllats. La contractació selectiva ha de vèncer algunes reticències corporatives, però sembla que és la tendència que acabarà prevalent. Reconegut això, s'ha d'admetre que entre el que es pretén i el que s'acaba fent a la pràctica, la distància és encara força important.

16- La lliure elecció està present en tots els esquemes anteriors, tant en l'elecció d'asseguradora per a la cobertura obligatòria (una vegada a l'any a Holanda) com òbviament a la voluntària, o per a l'elecció de professional (a vegades al sobrecost d'un copagament), per a les formes de guariments institucionals, de formes distintes de franquícies i deduïbles, o en els preus de referència en els medicaments (entre preus de genèrics i marques de fantasia)... amb efectes en tots els casos en el cost final de la prima. És tant l'incentiu a fer bons ús del sistema, combatent l'abús moral altrament intrínsec a tot assegurament, que a Holanda, després de la reforma, s'ofereix un retorn amb un límit de 255€ per persona a aquells qui no han fet ús del sistema al llarg de l'any. L'exercici de la lliure elecció no sembla molt important a Suïssa, ja que només un 4% a l'any canvia d'assegurador, i un 85% no ho ha fet mai; però, contràriament, a Holanda, després de la reforma, el % s'ha quintuplicat (entre un 20 i un 25%).

17- En totes aquelles formes de finançament es continua enregistrant una negociació que es vol competitiva d'assegurat i assegurador, molt centrada en els ocupats per compta aliena, entre empleats i empleadors. Sovint es defineix per part del regulador una quantia mínima que haurà de completar, si s'escau, el treballador o l'empresari, segons conveni en el que juga també l'acceptació d'uns o altres deduïbles i alguna forma de retorn per a no fer ús, tal com hem vist, al cap de l'any, dels serveis assistencials. La negociació de primes col·lectives també senyalitza millor els llindars mínims de les ofertes competitives entre asseguradores (amb rebaixes màximes del 10% avui en el cas d'Holanda, a fi i efectes d'evitar baixes temeràries). En aquest darrer país s'estableixen primes

‘nacionals’ (normatives o de referència se’n diu) per persona i categoria (llar, estudiants) segons % de la renda (així entre el 3.5% i el 5% per al paquet bàsic de la renda fixada), utilitzant suplementàriament el crèdit fiscal de deducció en quota a l’IRPF per a les diferències entre el cost real i el ‘nacional’ establert. Tot això té costos de transacció importants, però al benefici d’ajudar a visualitzar la preocupació per l’equitat del sistema en el seu conjunt.

18- En resum, i agafant a Holanda com a cas paradigmàtic, val la pena remarcar que abans de la nova llei entrada en vigor el gener del 2006, un 63% de la població estava coberta estatutàriament per sistemes d’assegurança operats pels fons públics i para-públics, i el 37% per asseguradores privades (per aquells col·lectius que no estaven obligats, donat el seu status socioeconòmic a mantenir l’assegurança pública). Després de la reforma, l’assegurança és avui obligatòria, però oberta al subministrament de prestacions, de cobertura tant pública com privada, finançada amb primes relacionades amb la renda en el seu component de d’assegurança catastròfica, i amb primes nominals no vinculades a la renda per a la cobertura obligatòria restant; i general; des del punt de vista de la prestació del servei, resta abolida l’obligació de les asseguradores a contractar només amb proveïdors individuals, i es pretén un major desenvolupament de les fórmules de per-equació. Aquest és un esquema que ha de permetre suposadament més competència en prestacions complementàries (a assegurar apart), en qualitat i cost dels serveis i en primes (relacionades a deductibles i altres restriccions). En tot cas es tracta de primes comunitàries (no actuàries vinculades a risc individual). Els grups de renda baixa reben suport públic bàsicament a través de crèdits fiscals en l’impost sobre la renda de les persones físiques. Cada empleat ha de pagar una contribució del 6.5% sobre la renda fins un màxim de 30 mil euros l’any (aquest és l’ample marge de solidaritat establert), i per autònoms i pensionistes i alguna altra categoria el percentatge màxim és del 4.4%. Una asseguradora acreditada en el nou esquema no pot denegar cobertura i l’assegurat pot elegir anualment entre asseguradores. Aquestes però assoleixen més llibertat (i) en la concreció dels serveis per a cada prestació coberta, (ii) el circuit d’accés als proveïdors i (iii) a la negociació tarifària amb els professionals. La responsabilitat individual està lligada a la major elecció (fins i tot amb el bonus de ‘retorn’ de pagaments) i a la concreció

de decisions en el consum quotidià de recursos, pels seus efectes en els copagaments, en les primes segons deduïbles, en les prestacions complementàries, etc. El mercat sembla consolidar formes d'integració assistencial entre proveïdors i nivells (primària amb especialitzada) més satisfactoris, sense que sembli haver-se posat en perill ni la cohesió social ni l'equitat, una volta garantida la cobertura a tots els col·lectius. Aquest és a grans trets el sistema sanitari holandès avui prevalent.

## L'ASSEGURAMENT SANITARI COM A SECTOR ECONÒMIC

De la informació disponible sabem que l'assegurança mèdica privada, representa en els països de la OECD en terme mitjà solament al voltant 6% de despesa sanitària total de la salut, però ocupa un paper important en certs grups de la població a Alemanya i els Països Baixos, i en la major part de la població no major als Estats Units, on el 2004 l'assegurança mèdica privada va suposar el 37% de despesa sanitària total. A França i Canadà, les assegurances privades cobreixen entre 10 i el 15% de la despesa sanitària total, proporcionant una cobertura opcional, fet que sobta en un sistema públic amb cobertura universal. Les fonts privades tendeixen a ocupar un paper molt més important en el pagament de productes farmacèutics que en el pagament de l'hospitalització o les cures ambulatories; la raó pot estar en que els medicaments estan poc coberts en els sistemes de finançament. Però hi ha grans variacions en els països de la OECD. Al 2004, la cobertura pública menor era la de Mèxic (el 12%), seguida dels Estats Units (el 24%), Polònia (el 37%) i Canadà (el 38%). Per comparança, més de dos terços de la despesa en medicaments va ser finançat per fonts públiques a Àustria, França, Alemanya, Espanya i Suècia.

A casa nostra, i més enllà de les dades quantitatives per a Catalunya vistes abans (el número d'assegurats o de primes recaptades només és una part de la rendibilitat de les companyies, l'altra és la sinistralitat o els costos), per a un analista extern, la salut del sector assegurador en general no es pot considerar boiant. Almenys a la vista dels seus ràtios de sinistralitat amb pagaments de beneficis respecte de primes del 90% en termes mitjans. La tendència és similar a molts altres països europeus, amb la pitjor situació a Alemanya (el 122% el 2004 com a conseqüència del procés d'envelliment) i per sota de 100 però amb xifres elevades per al cas de Bèlgica i Eslovènia (aquest amb creixements reiterats de dos dígitos –el 15% l'any 2004). Aquesta situació l'aixopluga el sector amb la realització de provisions i en alguns casos elevant les primes anuals (els darrers cinc anys entre el 6 i el 9%). Això té repercussions en el número d'assegurats, que en general creix amb molta dificultat, afectada la subscripció de pòlisses d'elasticitat preu i elasticitat renda elevades. Dit això, aquests valors difereixen entre col·lectius, i a aquests veuen referides les companyies les seves despeses i beneficis. De manera que en



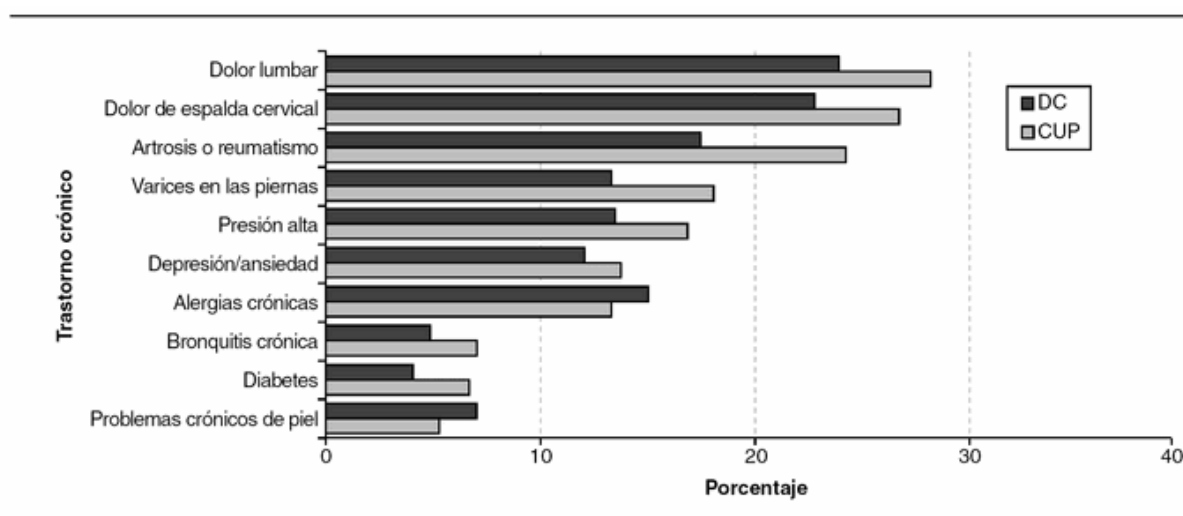
absència de primes actuàries 'justes', amb presència de prima col·lectiva i subsidiació històrica entre col·lectius (donada sovint la naturalesa no sempre *for profit* de les companyies), les recol·locacions de carteres, amb pèrdua de determinats col·lectius (persones grans ja sigui per defunció o resultat de les seves elasticitats) i la incorporació d'altres (les pòlisses d'empresa de les abans considerades per la Seguretat Social 'empreses col·laboradores'), fins i tot a igual recaptació i/o nombre d'assegurats, pot coadjuvar al procés de millora i sanejament. Ambdós factors són importants a Catalunya, ja que el nostre país compta amb una important presència de treballadors autònoms que fins els 90s no estaven plena i legalment inclosos als règims d'assistència sanitària de la Seguretat Social de manera que havien de buscar l'assegurament substitutiu pel seu compte (en règim optatiu similar al que es deixà posteriorment a les grans empreses que es constituïssin com a col·laboradores de la Seguretat Social) a canvi de veure reduïdes les seves cotitzacions. Ja des del mutualisme o l'assegurança purament privada, aquests catalans varen desenvolupar vincles de lleialtat mèdics i institucionals (tractant-se l'assistència d'un bé de creença i experimentació en un context d'informació asimètrica entre malalt i metge), que després de la universalització s'ha acostumat a mantenir el pagament addicional complet més enllà del dret que els assisteixi com a contribuents d'accedir a la prestació pública.

Aquest règim concurrent, voluntari de doble cobertura, està més desenvolupat a Catalunya, com si d'un 'peatge' social més es tractés, ja sigui per fer front (com fou en el passat) a les insuficiències de l'extensió de la cobertura pública, com en el present vistes les aspiracions a una millor qualitat (ni que sigui en rapidesa i confort hotel·ler).

En aquest sentit, M Vera (ob cit.) fa una anàlisi de la utilització de serveis sanitaris en el sistema sanitari català. En particular, s'analitza la influència dels incentius que proporcionen les assegurances sanitàries privades sobre la utilització de serveis sanitaris. També estudia l'existència de selecció adversa en el mercat d'assegurances sanitàries privades. A Catalunya, aquells que tenen doble cobertura (gaudeixen alhora d'una assegurança sanitària privada i de la cobertura pública) poden fàcilment visitar un metge especialista sense permís del metge general o llistes d'espera. És tracta de veure com aquests incentius no financers poden influir en el consum de serveis sanitaris. La teoria de la selecció adversa suggereix que les persones que compren una assegurança sanitària privada són aquells que esperen realitzar un alt nombre de visites a l'especialista. Aquesta

hipòtesi condueix a considerar la doble cobertura com una variable endògena. De no tenir-se en compte aquesta endogeneïtat es podrien obtenir estimacions inconsistents que sobreestimessin la influència dels incentius en el consum de serveis sanitaris<sup>9</sup>. Es troba que els incentius proporcionats per les assegurances sanitàries privades incrementen el nombre de visites a l'especialista al voltant d'un 27%, per al grup de persones que no són cap de família. L'endogeneïtat de la doble cobertura resulta rellevant per al grup de caps de família.

**GRAFIC: Població que disposa únicament de cobertura pública (CUP) i la que te doble cobertura (DC) d'assegurament sanitari, segons els principals trastorns crònics que declara (Enquesta de Salut de Catalunya 2002)<sup>10</sup>.**



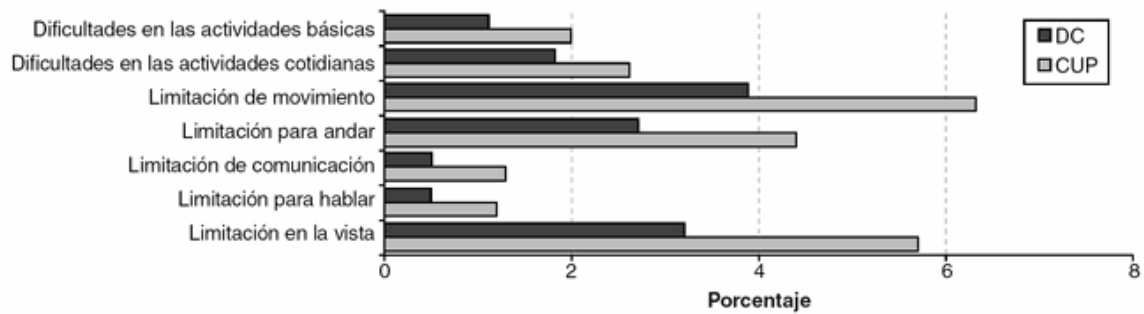
DC: doble cobertura; CUP: únicament cobertura pública.

**Població que te únicament cobertura pública (CUP) y la que te doble cobertura (DC) d'assegurament sanitari, segons las discapacitats més freqüentment declarades (Enquesta de Salut de Catalunya 2002<sup>11</sup>).**

<sup>9</sup> -El problema s'analitza per mitjà d'un model de dades de compte (model on la variable depenent pren valors 0,1,2, etc.). La variable depenent és el nombre de visites a l'especialista en els últims dotze mesos. Una de les variables explicatives és si l'individu té o no doble cobertura. Per a l'estimació s'utilitza el Mètode Generalitzat dels Moments, que realitza pocs supòsits sobre el terme d'error. S'utilitzen variables instrumentals per a tenir en compte la endogeneïtat de la doble cobertura.

<sup>10</sup> -'Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?' de Josep Fusté / Elisa Séculi / Pilar Brugulat / Antonia Medina / Salvi Juncà *Gaceta Sanitària*, 19, 1, 2005.

<sup>11</sup> - De nou, extret de 'Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?' de Josep Fusté / Elisa Séculi / Pilar Brugulat / Antonia Medina / Salvi Juncà *Gaceta Sanitària*, 19, 1, 2005.



DC: doble cobertura; CUP: únicamente cobertura pública.

Fet aquest reconeixement, cal valorar però que previsiblement aquesta forma d'assegurament està afectada d'una relativament elevada elasticitat renda, tractant-se dels autònoms a l'etapa anterior al 2004, un col·lectiu previsiblement més envellit i així més sensible a la disminució de renda que sol comportar la jubilació. En qualsevol cas, per al conjunt del col·lectiu subscrit, es tracta d'una prestació complementària d'elevada elasticitat preu, ja que es tracta d'una prestació concurrent a la pública i de naturalesa complementària (molt sensible a les variacions de la qualitat d'una prestació pública, que almenys en termes de despesa ha anat incrementat pes en el temps). Cal afegir alhora, que l'elasticitat preu de la demanda dels més grans es pot reduir amb l'edat, donada la previsible major utilització que s'associarà a aquella cobertura mantenint la resta de coses iguals, o simplement pel fet que haver mantingut l'afiliació en el temps eximeix de períodes de carència o estalvia creixements discrecionals de la prima per part de la companyia asseguradora. En aquest sentit es podria considerar l'existència d'una certa selecció adversa, no en el fet d'assegurar-se en si mateix, sinó en el manteniment al llarg del temps<sup>12</sup>.

Notis que segons la última ESCA, el 24.7% dels catalans manifestaven que a més de la cobertura pública accedien per afiliació a una mútua voluntària o asseguradora privada (que representaven el mateix any 635 milions d'euros en ingressos) i que es feien

<sup>12</sup> Es però potencialment equívoc considerar la selecció adversa per la via de valorar que s'asseguren el més malalts, definint aquests com els majors usuaris o els que declaren un pitjor estat de salut, quan el moral hazard o altres arguments a la funció d'utilitat, i no l'estat objectiu de salut el que explica el major consum o la prevenció de buscar un doble assegurament de manera hipocondríaca. En aquest sentit, un estudi recent de Costa J i J Garcia (*'The demand for PHI Is there a quality gap?'* mimeo UB 2005, identifica com a variable explicativa de la suscripció de doble assegurança l'adversió al risc, aproximada cap a una variable d'actitud al risc derivada d'un survey específic realitzat entre catalans).

efectius en serveis majorment d'atenció especialitzada tot i que no d'elevada complexitat<sup>13</sup>.

Existeix aquí una incoherència ben detectada entre alguns analistes que tendeixen, per una banda, a menystenir la contribució de la prestació coberta per l'assegurament privat i concurrent a la pública pel que fa a l'efectivitat terapèutica objectivable dels tractaments, considerant que es tracta simplement d'aspectes banals d'utilitat hotelera, sense transcendència en els estats de salut dels individus. Per altra banda però, conclouen posteriorment que les diferències d'utilització resultants constitueixen una desigualtat intolerable que s'hauria d'evitar (tot i que no incidirien en els resultats de salut dels usuaris). L'argument és curiós si més no, i a aquest es contraposa fàcilment la consideració de que l'alternativa complementària sobre els anteriors paràmetres alleugereix ni que sigui només parcialment la utilització pública, i en la mesura que és voluntari configura una solució pareto-superior per la que ningú hi perd (objectivament, si exclouem òbviament l'enveja) i algú hi guanya. A l'argument del seu paper com alleugeridor de la pressió sobre la utilització privada s'hi associa el clam a favor de la desgravació fiscal d'aquesta despesa en assegurança privada, amb valoració distinta per aquells que pensen que incentiva la sobreutilització en aspectes no essencials de l'assistència sanitària i en aquest sentit no tutelables o protegibles amb despeses fiscals.

Qüestió diferent és la lògica de no permetre, com succeeix a l'actualitat, altre deducció que no sigui per assegurament col·lectiu d'empresa. Abans la deducció es permetia sobre la quota de qualsevol modalitat de despesa sanitària privada que hagués pogut realitzar l'individu. Amb la reforma de l'IRPF de 1999 desapareix aquesta desgravació que queda substituïda per la inclusió d'aquestes despeses com a deduïbles en la base de l'impost de societats, restant altrament exentes de còmput com a renda en espècie del IRPF per al perceptor. Això reconduïx la pressió per la subscripció cap a primes col·lectives d'empresa (en aquest sentit s'afavoreix la deducció d'una prima més social) limitant-la a aquesta modalitat tant sols de despesa privada (frenant alguns abusos observats anteriorment). Però treu àmbits de llibertat individual i té efectes sobre

---

<sup>13</sup> - Lopez Nicolàs A. (2001) estudià per a l'Institut de Estudios Fiscales (Document de treball 12) l'estalvi de costos que aquest assegurament implicava a nivell espanyol, seguint una metodologia prèvia de López, García y López Cassanovas (1999) per al Servei Català de la Salut. La quantificació es situava entorn del 5% de la despesa total, el que equival entermes mig a unes 20 euros per usuari/any. Més enllà per tant del grau de tutela que meriti el consum sanitari privat, l'estricta càlcul d'estalvi de costos per al sistema pública justificaria una deducció de l'anterior quantia, que feta com en el passat com a 15% de la quota permetria deduir uns 130 euros en termes mitjans de l'any 2002.

l'equitat en la mesura que no tots els treballadors tenen poder de negociació per a fer efectius cara a les seves empreses aquells beneficis en espècie subsidiats<sup>14</sup>.

Val a dir que els continguts d'aquests paquets coberts de manera privada és previsiblement força diferent al públic, i heterogeni en el temps. En el conjunt dels dos accessos, malgrat el major cost que suporten, aquests col·lectius mostren una major satisfacció amb el funcionament del sistema sanitari en el seu conjunt que la resta amb cobertura pública únicament.

Dues consideracions addicionals es poden incorporar en aquest punt: la primera, que l'assegurança sanitària pot ser contemplada com a una part d'una cistella asseguradora més completa, de manera que la salut sigui per a les companyies una entrada indirecta a assegurances més rendibles com la de la llar o la de vida, produint-se aquí certa subsidiació creuada. En segon lloc, el tipus de cobertura importa en la composició del negoci assegurador: des de la substitutiva (tipus Muface) a la complementària tradicional (quan pitjor sigui la qualitat percebuda de la cobertura pública millor per a aquesta forma privada d'assegurament), i a més distingint aquí entre la complementària concurrent amb altres prestacions públiques (com en el cas de la pediatria o l'obstetrícia, que actuarien com a benchmark inferior) o no concurrents (fora de la cobertura pública, com podria ser avui la salut bucodental dels adults).

En tots aquests casos, la cobertura privada, total o parcialment relacionada amb la prestació pública, és una important plataforma per a desenvolupar-hi a sobre seu noves prestacions que singularment representen beneficis més directes, o modalitats que amb el temps passen a ser més atractives (des de les entitats d'assegurança lliure amb llista tancada cap a les de règim obert, i fins i tot assegurança de simple rescabament). Es tractaria així de 'envoltar' cistelles de prestacions i exercir una discriminació de tarifes de manera, per exemple, que per sobre de la pòlissa Muface amb prima pública menys rendible s'hi pugui construir una prima complementària (previasa-oro) que permeti

---

<sup>14</sup> - Sobre aquests arguments es pot veure Lopez-Casasnovas i M Saez a 'A vueltas con el aseguramiento sanitario privado' *Gaceta Sanitaria* 2005, 19; 59-64.

lliure elecció de quadre mèdic, l'extensió a tractaments no coberts al conveni Muface o realitzats a altres països (vegi's Gràfic al respecte).<sup>15</sup>

Pensem a més que a alguns països com el nostre, en el que el 'moonlighting', pràctica dual o compatibilitat pública/privada és sovint la norma, la indústria privada prestadora d'alguns d'aquells serveis tarifica a preu 'mig' quan el cost que suporta de determinats fungibles (medicaments, algunes proves o pròtesis) i sobre tot de les mans dels professionals en alguns casos és poc més que un 'marginal' que alguns altres costos en bona part els suporta el sector públic. Això explica que quan una institució pública comença a realitzar activitat privada addicional a l'activitat que té demandada i finançada per l'assegurador públic, el sector privat ho vegi com a una amenaça a la seva viabilitat per la pèrdua de professionals que estan disposats a treballar en aquestes noves condicions.

---

<sup>15</sup> - Extret de CEA *The contribution of the Insurance sector to economic growth and employment in the EU*, Brussels, 2006, i CEA-ECO no 22 *Health Insurance in Europe*. May 2006)

## **A MANERA DE CLOENDA: LA SITUACIO COMPARADA, LA GESTIO DEL CANVI I LES TRANSFORMACIONS DELS SISTEMES SANITARIS**

De l'anàlisi comparativa efectuada en podem derivar una sèrie de conclusions a manera de resum. Les principals tendències que s'observen en el sistema comparat dels països occidentals desenvolupats passen pels eixos següents:

1- Existeix una certa tendència a la universalització de les cobertures, almenys en alguns dels seus components més bàsics. Això fa reposicionar parcialment l'assegurament privat cap a la gestió de les pòlisses públiques de manera substitutiva a la provisió asseguradora pública, mantenint el finançament d'aquest, per a complementar després voluntàriament amb prestacions de cobertura addicional (així a Bèlgica l'any 1998 per als autònoms i per a riscos determinats; a França el 2000, i a Holanda el 2006), i vinculat a la condició de ciutadà i no a la de treballador), o fent obligatori directament l'assegurament per al conjunt de la població. Irlanda i Alemanya (tot i que aquest en procés de canvi) serien en cert sentit anomalies encara dins d'aquest panorama, i essent els desocupats els qui acaben tenint, per les distintes vies, una cobertura més fràgil (Wörz et al, *Euro Observer*, vol 8, 2, 2006 pàg 2). Tot aquest procés s'acompanya d'un major cribatge de la demanda a través de l'atenció primària, sigui qui sigui qui gestiona l'assegurament; un major domini del finançament públic, però que no exclou les parcel·les de participació privada en costos; amb cobertura de prestacions cada cop més explícita a les que s'accedeix segons criteri de necessitat interpretada per una mena de 'broker' o intermediari de salut, agent pretesament perfecte del principal o pacient.

2- La tendència és a explicitar de cada cop més les prestacions que no entren que les que sí entren. Regne Unit i Anglaterra en particular lideren aquest exercici a favor de allò més explícit. De cada cop la tria és més estricta. A Holanda, la part més curativa i amb eficàcia validada; al NHS anglès, a través del NICE, en alguns casos, obertament a la vista del cost-efectivitat dels tractaments. El que no entra en el paquet estàndard no es prohibeix; simplement es deixa de reemborsar.

3- La participació en costos dels usuaris és present en tots els països i si alguna tendència s'observa és a augmentar i no a disminuir. Ben cert que hi ha col·lectius

exents i altres mecanismes de protecció (clàusules stop-loss), pagaments de butxaca màxims mensuals o anuals,, deduccions fiscals (a Holanda principalment) i cobertura de prestacions complementàries pels grups de menor renda finançada directament pel sector públic (França des del 2003). Remarcat lo anterior, val a dir que la participació en costos de l'usuari tendeix a ser uniforme (només Itàlia intenta fer-la selectiva tant lligant-la a la renda com permetent una de cada vegada més desigualtat regional: avui 10 de les 21 regions no requereixen copagament en medicaments).

4- Les barreres d'accés continuen presents: les geogràfiques (vinculades a la proximitat) les organitzatives (llistes d'espera i arbitratge interterritorial) i les d'utilització (vinculades a l'educació, estatus socioeconòmic, influència, ..). És probable en aquest sentit que l'equitat d'accés s'hagi de redefinir cap a paràmetres menys ambiciosos ja que el seu esforç desvia l'atenció d'altres fites dels sistemes sanitaris, essent aquest de difícil assoliment i fins i tot potser no convenient si no es vincula satisfactòriament a les responsabilitats individuals.

5- Existeixen dubtes en temes regulatoris sobre l'abast de la legislació europea a les coordinades d'afavoriment per la via legal d'un mercat únic i a l'hora mantenir la política de competència, pel que fa a controls sobre estandardització de productes, cobertures i control de preus. En principi sembla que aquests no són ja possibles excepte que l'assegurança privada faci al país un paper d'alternativa completa o parcial a l'assegurança obligatòria. Si aquest és el cas, segons la directiva a l'art. 54.2 es podria regular en matèria de registre obert (contra la discriminació, en favor del 'open enrolment'), les primes comunitàries (pooling obligatori), cobertures al llarg de la vida de l'assegurat, l'estandardització mínima de la part de l'assegurança que s'inclou en el paquet obligatori, amb prestacions i cobertura a prima màxima, preus garantits, així com forçar la participació en esquemes de perequació de riscos (esquemes de 'compensació de pèrdues) i a mantenir una operativa per a l'assegurança sanitària similar a la mantinguda per a l'assegurança de vida. És especialment rellevant en aquest sentit observar els ajustaments fets pel mercat assegurador holandès, alemany i irlandès. Tant a Holanda com a Alemanya, les provisions contra la selecció de riscos (bàsicament contra gent gran i crònics) s'han fet servir per a garantir cobertures a un preu 'affordable' a través d'obligatorietat d'assegurança de cicle vital, pool obligatori de riscos, paquets mínims i preus garantits, en els segments de mercats substitutius als



estatutòris.. A Irlanda, les provisions públiques inclouen la prima comunitària, el registre obert i esquemes d'igualació de riscos a través d'una institució regulatòria independent del propi Ministeri de Salut<sup>16</sup>. Tema també controvertit per a la competència és el tractament de despeses fiscals atorgat a algunes o totes les formes d'assegurança privada.. Avui la Comissió sembla que permet aquestes deduccions a l'impost de societats sens dubte per a les formes de provisió sense ànim de lucre, que s'estén de manera implícita pel moment cap a associacions mutualistes i empreses asseguradores comercials privades.

6- Això fa més que mai necessària la clarificació del paper de l'assegurança sanitària privada en esquemes de provisió pública, ja en el seu nivell (i) substitutiu (per a persones explícitament excloses de la cobertura obligatòria, a qui es permet un 'opting out' vist el seu nivell de renda que fa innecessària una tutela pública, com és el cas d'Alemanya i fins el gener del 2007 també a Holanda); (ii) complementari, respecte de serveis exclosos (com per exemple els dentals i formes de tractament alternatius a la medicina tradicional) o només coberts parcialment (que comporten copagaments d'usuaris); i (iii) suplementari, a efectes d'incrementar la capacitat d'elecció de proveïdor i/o la rapidesa d'accés als serveis sanitaris. Es consideraria que només per a l'assegurança complementària que va més enllà dels paquets 'estatutòris' públics es consideraria com a no apropiada la regulació abans comentada (Directiva Bolkestein 2003). En tot cas, no existeix una interpretació única sobre el que s'ha d'entendre per alternativa completa o parcial al sistema obligatori en el sentit que recull avui la directiva.

En tots els supòsits financers anteriors resulta crucial el que pugui suposar la gestió del canvi respecte de la situació actual. Suposat que es coneix la direcció en la que es vol transformar el sistema, això implica sensibilitat en la gestió del canvi.

En aquest sentit, és hora de reconèixer algunes fal·làcies en els que estem instal·lats (fora del discurs polític en favor del realisme i la re-direcció de focus d'atenció de l'anàlisi, a la vista que 1- la pretesa igualtat d'accés a l'assistència sanitària - no és factible (hi han factors insuperables –diferències en cultura sanitària, educació, renda,

---

<sup>16</sup> - Vegi's Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy, de S. Tomphson i E. Mossialos LSE Health WP no 4 Novembre del 2006.

treball..., i en aquest sentit, és millor identificar-los i ‘comportar-los’ que no lluitar amb ells des de dins del sistema sanitari quan està clar que depenen de factors aliens). Més encara, potser fins i tot l’assoliment d’aquest objectiu no sigui ni desitjable (accés igual a tot, independentment de l’esforç, sense contreure duris i responsabilitats..) i en tot cas mai possiblement serà assolible (privilegis d’accés, connexions..., tal com remarcava Janos Kornai a la Conferència Europea de Economia de la Salut a Budapest el juliol del 2006). En favor del realisme en l’anàlisi, convindria acceptar que el fet que un sistema sigui públic no fa desaparèixer l’excedent: si no és ‘for profit’, serà per quelcom altre motiu. Excedent n’hi ha sempre en tota activitat: serà més o menys transparent –i així fiscalitzable en democràcia- (diners –més- o beneficis en espècie –menys transparent) i els seus beneficiaris més o menys identificats (accionistes, metges empresaris, professionals, buròcrates, també de més a menys). De manera que el fet que no s’identifiquin interessos crematístics a la prestació no fa que siguin els interessos dels malalts els qui acabin essent preservats. A més, cal reconèixer que la competència horitzontal entre proveïdors aïllats, tals com l’han entesa fins el moment a la realitat alguns, des d’una perspectiva empresarial en el sistema sanitari públic no funciona: tant grans són els costos fixos ‘enfonsats’ que tothom hi deixa la pell en la protecció dels seus comptes de resultats (marginalitats, subvencions d’explotació), en detriment d’altres valors necessaris (la prevenció, coordinar l’assistència entre centres i nivells, reduir activitat innecessària...). Tot el qual seria esperable donis de la racionalitat empresarial i clínica a la vegada és, si el cas, esquemes verticals sobre el territori, integrats - ni que sigui virtualment- per a no perdre el sentit del propietat i la bona gestió dels actius, i sota formis de finançament de base poblacional i de pagament per resultats. Finalment, val la pena adonar-se de l’escassa o nul·la acceptabilitat política en la societat, de l’obertura de finançament privat mitjançant pagaments directes no regulats; la qual cosa no impedeix, si és vol, que s’articuli aquest finançament fora del moment d’accés als propis serveis, requerint per part de qui gestioni l’assegurament, una ‘pòlissa’ complementària de base comunitària (addicional a la prima pública construïda sobre la base del catàleg públic). D’aquí la importància de fer-ho donis de la nova descentralització territorial i amb conceptes d’uniformitat i cohesió social prou flexibles en una societat moderna. Vista la importància de les tasques pendents, s’imposa la conveniència d’un gradualisme i radicalisme selectiu com a estratègies d’implementació de canvis, contra reformes parcials inconsistentes.

Anotem per últim que existeix desacord dels analistes en dos temes importants: 1- entre els economistes que abans de parlar de despesa identifiquin les pèrdues de benestar d'aixecar impostos (l'excés de gravamen vinculat a una imposició distorsionadora de l'eficiència econòmica) i els que ignorin o mai computin els costos dels recursos públics; i 2- entre els qui presumeixen que tot finançament amb impostos (sense precisar fonts de renda ni nivells de compliment fiscal) és sempre més equitatiu que una disminució de despesa, deixar fora prestacions o introduir copagaments, i els qui pensen el contrari.

Les mesures necessàries pel tipus de canvi aquí esmentat, en el re-encaix del sector sanitari privat en els sistemes sanitaris de base pública, avui no són articulables exclusivament des de la pròpia reforma del sector públic, sinó que exigeixen una major involucració privada. Aquesta passa per participar en la gestió sanitària (no només de l'equipament a construir, no només de l'assegurament complementari o alternatiu), sinó també en la gestió interessada d'equipaments públics, i en la gestió de l'assegurament públic descentralitzat en els territoris, i amb la creació d'una 'pòlissa' complementària de base poblacional (addicional a la prima pública i que es construiria sobre aquella base), a partir d'un renovat esforç d'eficiència en provisió conjunta respecte de la despesa avui ja compromesa), basada en (i) la integració assistencial de proveïdors (cosa que vindria afavorida per un finançament capítatiu, a complementar privadament sobre base territorial si així es vol), a través d'un adequat trasllat de risc del finançador al proveïdor, que incentivi la racionalitat de les decisions, i (ii) canvis en el status dels proveïdors i institucions sanitàries, a favor de la diversitat organitzativa, l'experimentació i l'emulació de les millors pràctiques. D'aquí la importància de la descentralització territorial en la gestió de l'assegurament, i de la desconcentració organitzativa, com a part de la solució per possibilitar un complement financer, subsidiat o no fiscalment, respecte de la prima pública bàsica.

En aquests nous contextos la solidaritat del sistema s'assentaria en la definició de la cobertura bàsica a preu taxat, en la progressivitat derivada de les subvencions i de les despeses fiscals que es poguessin implementar, el manteniment d'un assegurament complementari a prima comunitària i l'afavoriment de pòlisses col·lectives d'accés no restringible. Aquest canvi tindria efectes addicionals en la descompressió de les finances públiques, davant incidències de pressupost equilibrat dubtoses. En general i més enllà

de les especificitats del sistema actual, es tractaria de repensar el sector sanitari (públic i privat) des de l'òptica global del sistema de salut<sup>17</sup>. Això s'hauria d'acompanyar d'una estratègia de finançament diferent, retribuïnt als agents no per ésser (grau i nivell), estar (estatutari o laboral), o 'fer' sinó per 'aconseguir' en atenció als seus resultats assolits, i obrint noves esferes de finançament privat, que coordinada a la pública general, oferís millor garantia per a la sostenibilitat del sistema sanitari.

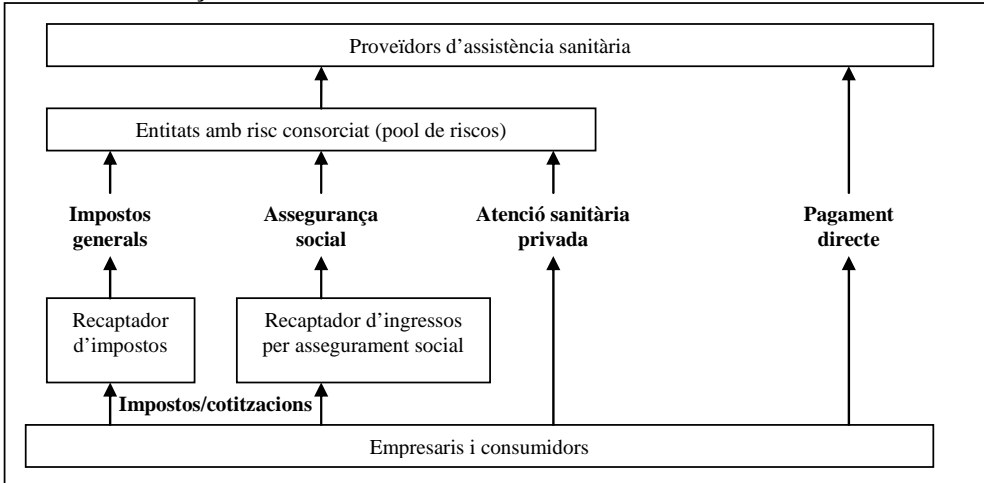
---

<sup>17</sup> - I no cal dir-ho, de la despesa social en el seu conjunt, des de la perspectiva intergeneracional i de l'economia en general.

**QUADRES:**

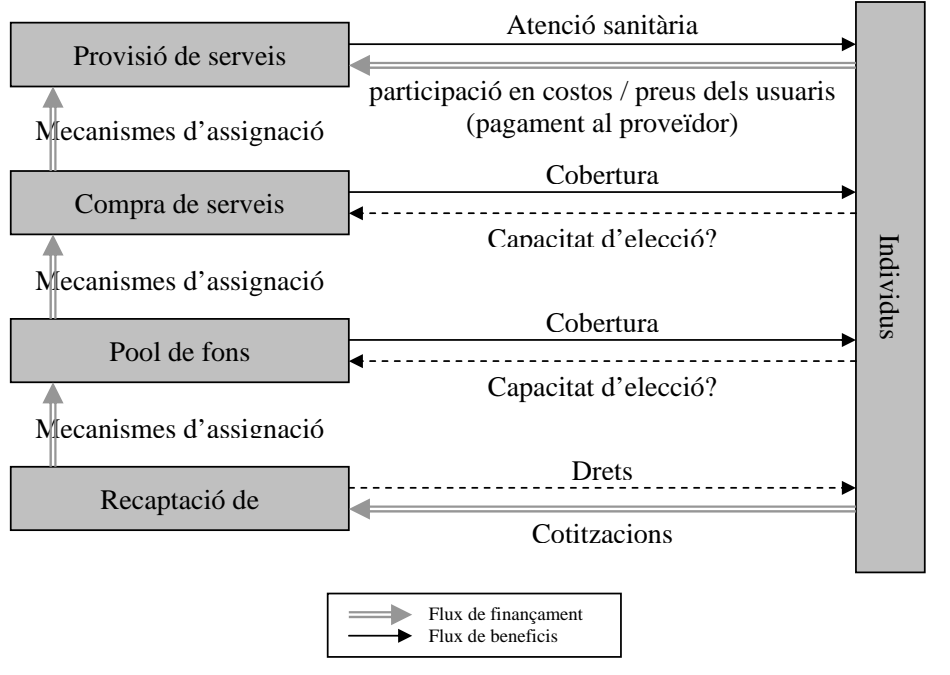
Con formato: Fuente: Negrita

**Sistemes de finançament de l'atenció sanitària**



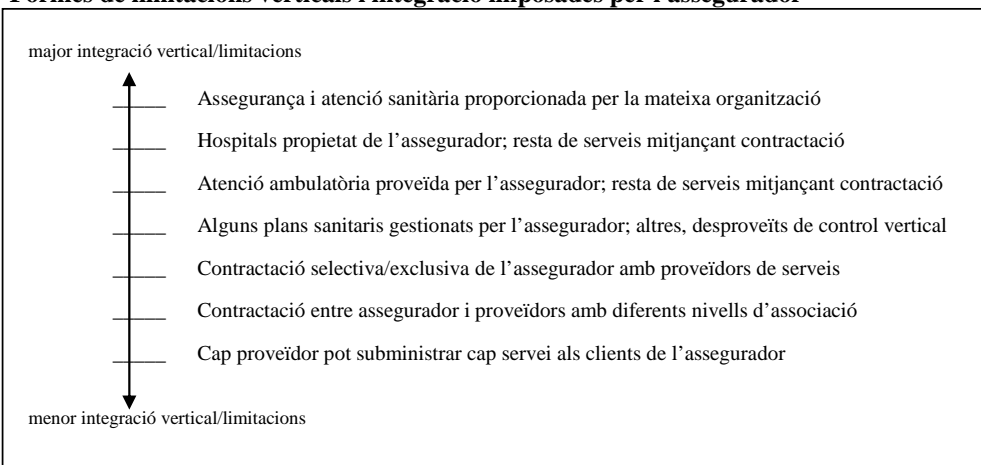
Font: Font: adaptat de Preker et al.(2007) i Norman-Busse (2000)

**Esquema sobre funcions del finançament sanitari**



Font: Kutzin (2001), adaptat de Preker et al. (2007)

## Formes de limitacions verticals i integració imposades per l'assegurador



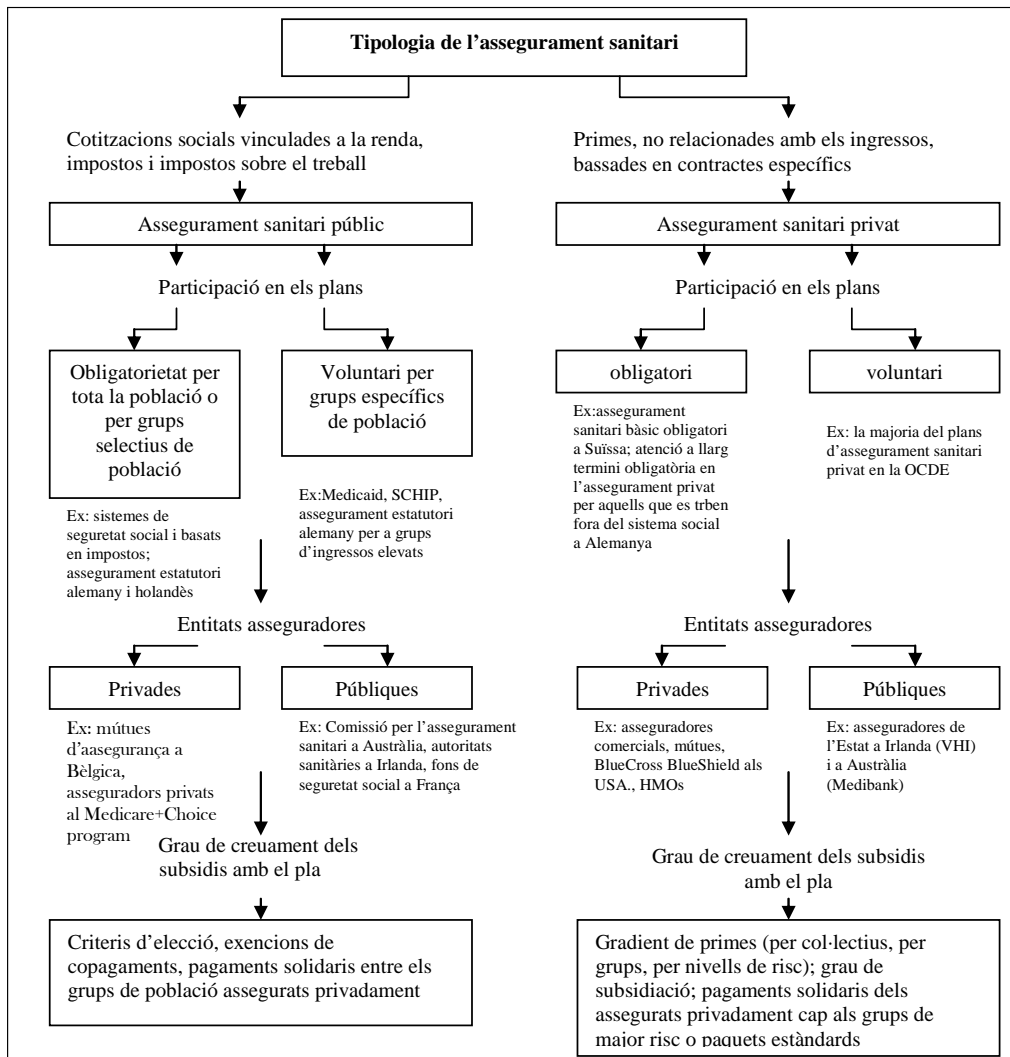
Font: adaptat de Preker et al.(2007)

## Regulacions que tendeixen a reduir l'eficiència

<i>Regulació</i>	<i>Efecte</i>
Primes imposades	Proporciona escassos incentius Perjudica la competència en preus Primes deixen de reflectir els costos esperats Desestabilitza la balança entre activitats d'afiliació corrent i investigació de futur
Obligació de proveir productes específics i disposar d'altres productes, imposada pel regulador	Restringeix la competència en producte No reflexa els beneficis-costos estimats individuals
Regles sobre propietat activa/passiva (integració vertical)	Impedeix que els asseguradors trobin el grau òptim d'integració vertical
Obligació de subministrar determinats beneficis, o per assegurar determinats riscos, o ambdós a l'hora	Amenaça la viabilitat de l'assegurament
Separació de línies de negoci	Disminueix els efectes de les sinèrgies tant per l'assegurador (l'assignació de reserves no és òptima)
Autorització del pressupost	Obstaculitza la innovació en producte
Regulació en investigació	Pot prevenir els asseguradors d'obtenir els màxims retorns esperats per una volatilitat donada
Subsidis i deduccions fiscals a favor dels asseguradors	Justificable si els asseguradors proveeixen un bé social (millora la cohesió comunitària)
Obligació de contractar amb proveïdors	Indueix un sobreconsum d'assegurament Menor pressió sobre els proveïdors per a que siguin eficients

Font: adaptat de Preker et al.(2007)

## Tipologia de la configuració de l'assegurament sanitari



Font: OCDE 2004, adaptat de Preker et al.(2007)



## ANNEX 1- DADES BÀSIQUES

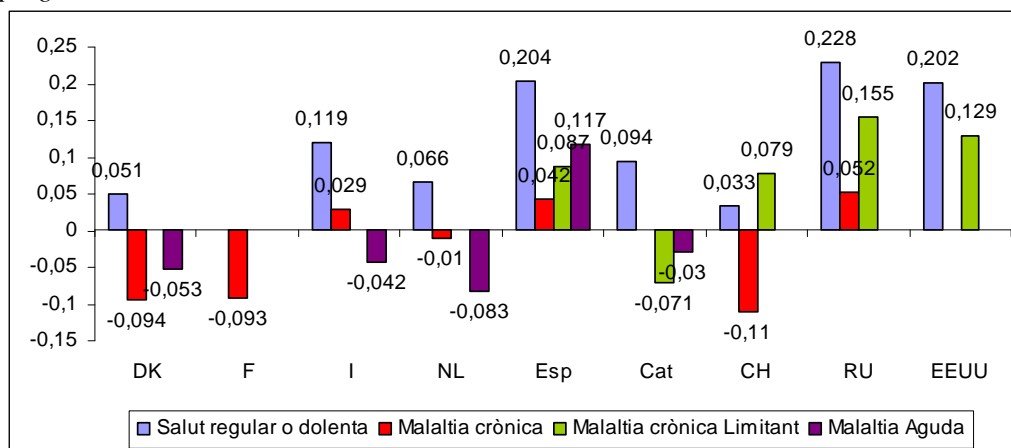
## COMPARATIVA DE DESPESA CATALUNYA/OCDE

## Despesa Salut per càpita

Any 2002	Total	Total/PIB (%)	Pública	Pública/Total	Pública/PIB (%)	Privada	Privada/Total	Privada/PIB (%)
Alemanya	2.789,00	10,9	2.190,00	78,52%	8,6	599,00	21,48%	2,3
França	2.489,00	9,7	1.893,00	76,05%	7,4	597,00	23,99%	2,3
Grècia	1.270,00	9,5	672,00	52,91%	5	597,00	47,01%	4,5
Portugal	1.157,00	9,3	817,00	70,61%	6,5	339,00	29,30%	2,7
Suècia	2.709,24	9,2	2.312,37	85,35%	7,9	397,26	14,66%	1,4
Holanda	2.511,00	9,1	ND			ND		
Bèlgica	2.288,00	9,1	1.629,00	71,20%	6,5	660,00	28,85%	2,6
Dinamarca	3.007,31	8,8	2.497,31	83,04%	7,3	509,58	16,94%	1,5
Itàlia	1.841,00	8,5	1.393,00	75,67%	6,4	448,00	24,33%	2,1
Regne Unit	1.944,71	7,7	1.621,71	83,39%	6,4	324,34	16,68%	1,3
Àustria	2.087,00	7,7	1.458,00	69,86%	5,4	629,00	30,14%	2,3
Espanya	1.268,00	7,6	906,00	71,45%	5,4	362,00	28,55%	2,2
Irlanda	2.391,00	7,3	1.797,00	75,16%	5,5	594,00	24,84%	1,8
Finlàndia	1.963,00	7,3	1.485,00	75,65%	5,5	478,00	24,35%	1,8
<b>Catalunya</b>	<b>1.273,17</b>	<b>6,3</b>	<b>857,96</b>	<b>67,39%</b>	<b>4,25</b>	<b>415,21</b>	<b>32,61%</b>	<b>2,1</b>
Luxemburg	3.126,00	6,2	2.671,00	85,44%	5,3	456,00	14,59%	0,9

Font: OCDE Health Data File 2003, CatSalut, Idescat Extret de P. Ibern 2005 (mimeo)

**COMPARATIVA D'EQUITAT DELS SISTEMES:** Progressiu aquell sistema que adreça l'atenció sanitària cap a aquells col·lectius més necessitats, i regressiu el contrari. Progressiu < 0 < Regressiu. Respecte de l'indicador de necessitat «malalties cròniques limitants» (índex Le Grand), el sistema sanitari català és clarament progressiu<sup>18</sup>.



<sup>18</sup> - Extret de Gallo et al. (2004), citat per P. Ibern (ob. cit).

## SALUT I QUALITAT DE VIDA A CATALUNYA

Entre 1994 i 2000 l'esperança de vida al néixer dels catalans va augmentar un any i mig. L'esperança de vida sense discapacitat millora a les edats mitjanes.

Anys	Esperança	EVSD	EVSD/EV	Esperança	EVSD	EVSD/EV
	Vida 1994	1994		Vida 2000	2000	
0	78,41	67,55	86,15%	79,87	67,89	85,00%
25	54,36	43,86	80,68%	55,66	44,5	79,95%
45	35,76	25,68	71,81%	36,65	26,32	71,81%
65	18,46	10,31	55,85%	19,11	10,96	57,35%
85	5,79	1,36	23,49%	5,98	1,78	29,77%

Font: Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya Extret de P. Ibern (ob. cit)

## SATISFACCIÓ EN SERVEIS DE SALUT A CATALUNYA

Font: citat per P. Ibern (ob. cit)

Taula 12. Satisfacció amb els serveis sanitaris. Comparació dels resultats de l'ESCA 1994 i 2002

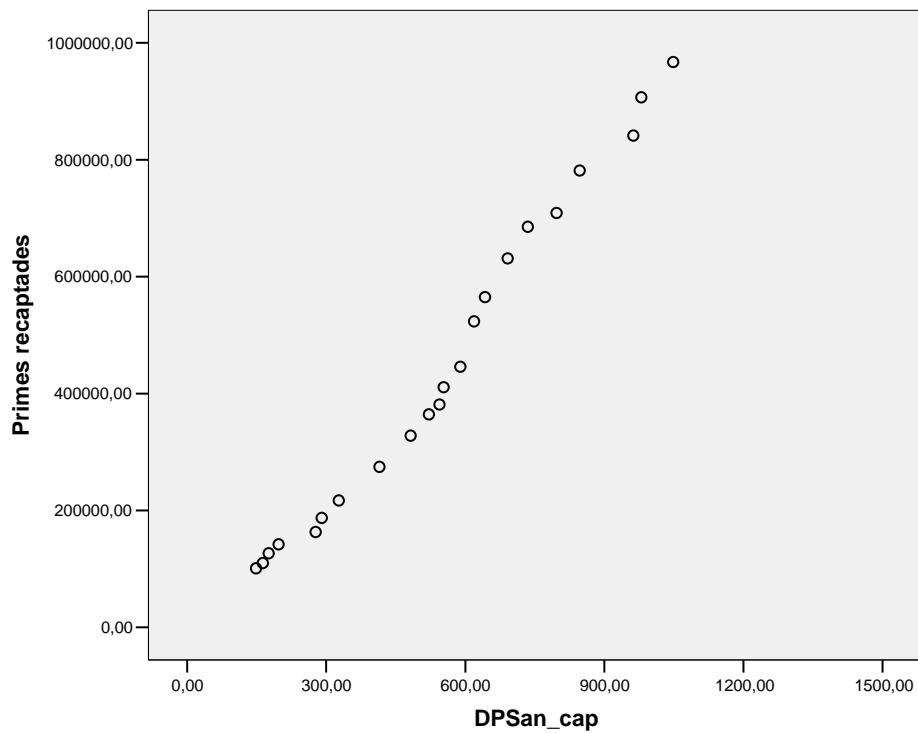
	1994			2002		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Població que es declara satisfeta o molt satisfeta amb els serveis sanitaris utilitzats durant el darrer any	88,6	87,4	87,9	82,8	81,8	82,2
Població que declara estar satisfeta o molt satisfeta, en relació amb la darrera visita a un professional sanitari durant els darrers 15 dies, amb:						
El tracte del professional	95,6	95,4	95,5	93,7	92,3	92,8
Les explicacions donades	92,0	92,3	92,2	91,0	88,8	89,6
El temps d'espera des que va arribar a la consulta fins que el van visitar	82,9	79,9	81,0	74,7	73,0	73,7
El temps que el professional sanitari li va dedicar a la consulta	92,0	91,3	91,6	89,1	87,5	88,1
Els tràmits burocràtics per accedir a la consulta	91,9	91,2	91,4	81,1	81,8	81,5
L'adequació de l'horari de la visita	94,2	94,3	94,3	89,9	87,7	88,5
Població que declara estar satisfeta o molt satisfeta, en relació amb la darrera hospitalització en el darrer any, amb:						
La competència del professional que el va atendre	94,3	96,9	95,7	92,5	93,1	92,8
El tracte del personal mèdic	97,5	98,1	98,4	94,6	94,3	94,4
El tracte del personal d'infermeria	96,4	96,8	96,6	95,2	93,3	94,2
La qualitat del menjar	79,2	82,0	80,7	79,2	79,4	79,3
El confort durant l'estada	92,6	94,9	93,9	90,4	89,2	89,8

## ANNEX 2. Correlacions estadístiques

### Correlacions

		Primes recaptades	DPSan_cap
Primes recaptades	Correlació de Pearson	1	,990
	Sig. (bilateral)		,000
	N	22	22
DPSan_cap	Correlació de Pearson	,990	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	22	22

### Gràfic

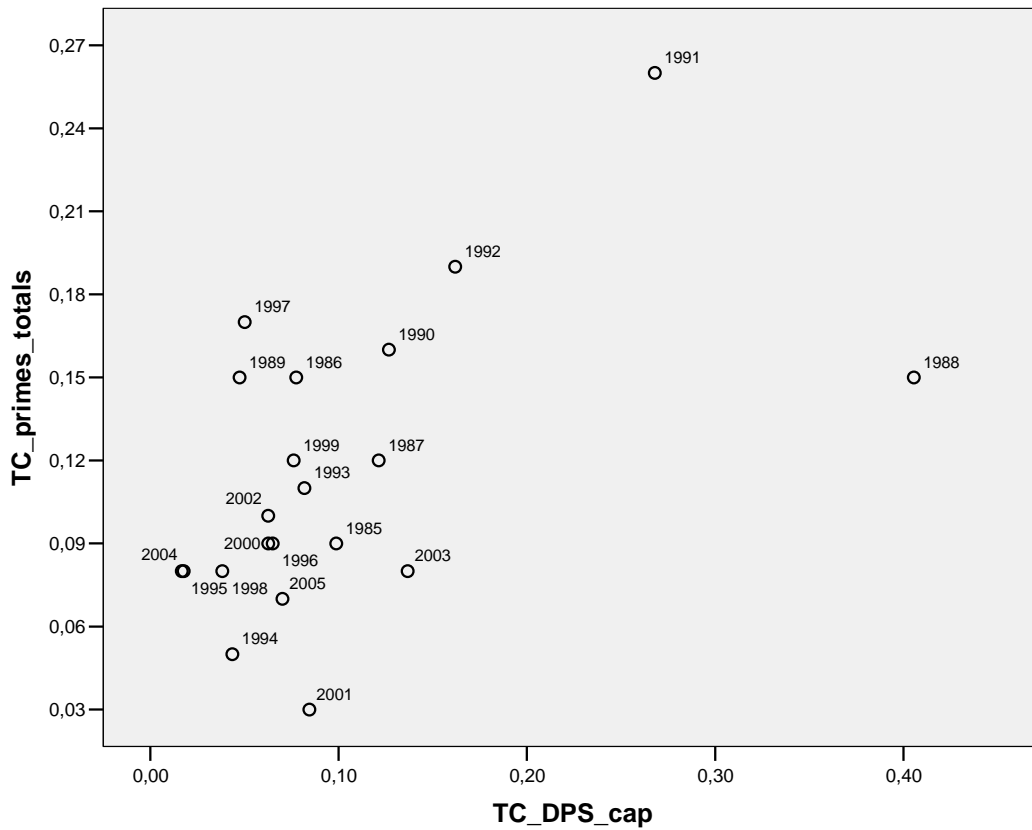


### Correlacions

#### Correlacions

		TC_DPS_cap	TC_primes_tot als
TC_DPS_cap	Correlació de Pearson	1	,539
	Sig. (bilateral)		,012
	N	21	21
TC_primes_tots	Correlació de Pearson	,539	1
	Sig. (bilateral)	,012	
	N	21	21

## Gràfic



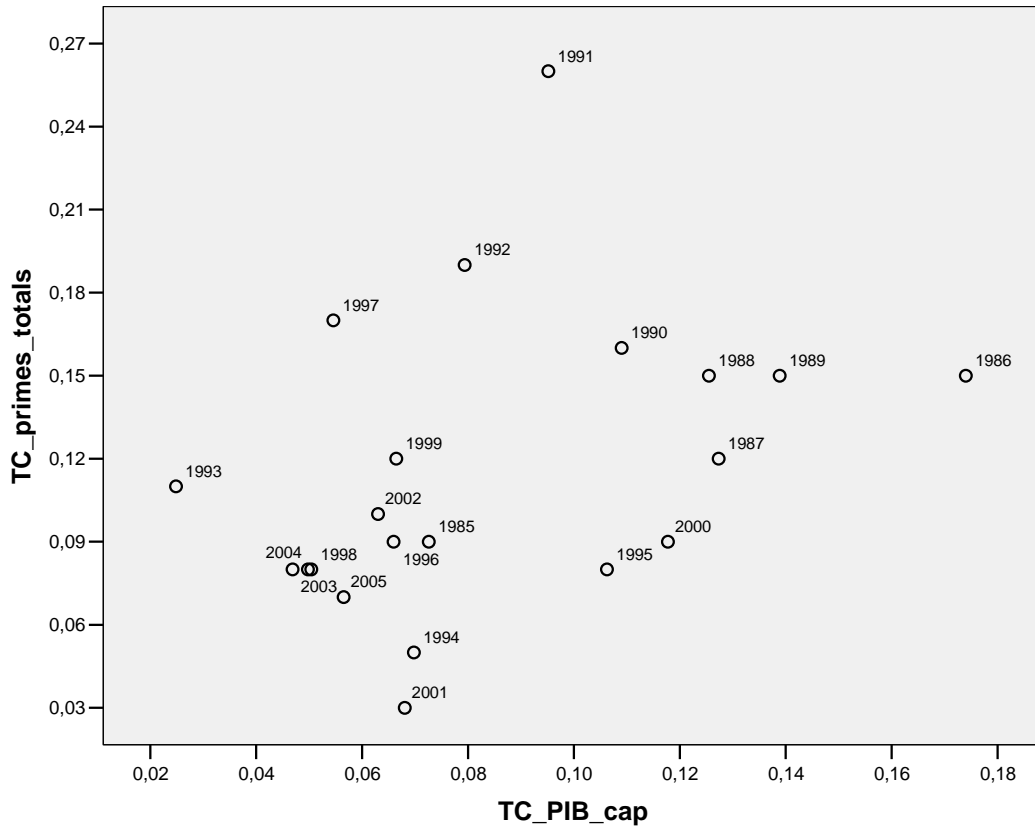
## Correlacions

### Correlacions

		TC_primes_tot als	TC_PIB_cap
TC_primes_tots	Correlació de Pearson	1	,365
	Sig. (bilateral)		,103
	N	21	21

TC_PIB_cap	Correlació de Pearson	,365	1
	Sig. (bilateral)	,103	
	N	21	21

## Gràfic

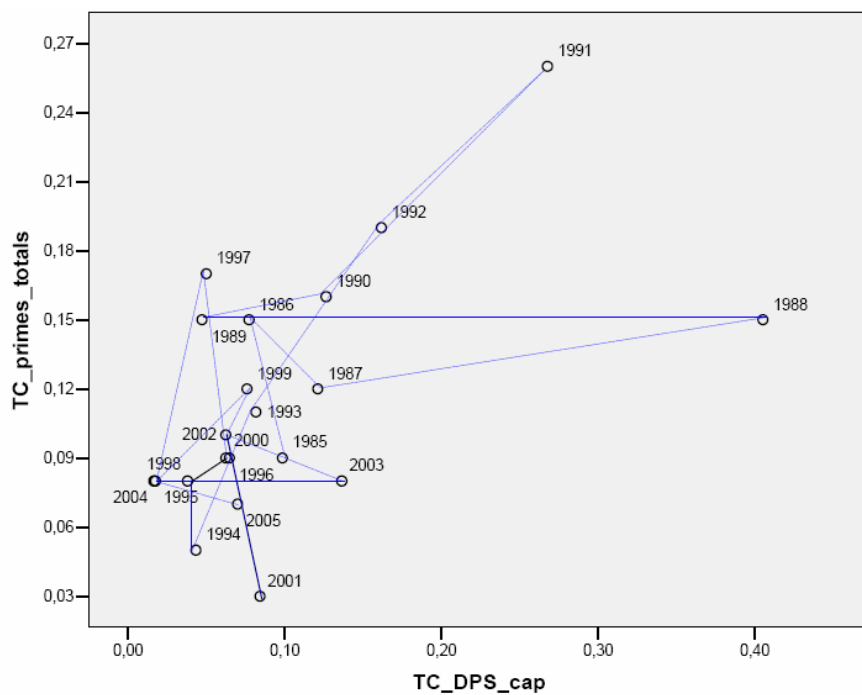


## Correlacions

### Correlacions

		TC_DPS_cap	TC_primes_totals
TC_DPS_cap	Correlació de Pearson	1	,539
	Sig. (bilateral)		,012
	N	21	21
TC_primes_totals	Correlació de Pearson	,539	1
	Sig. (bilateral)	,012	
	N	21	21

## Gràfic

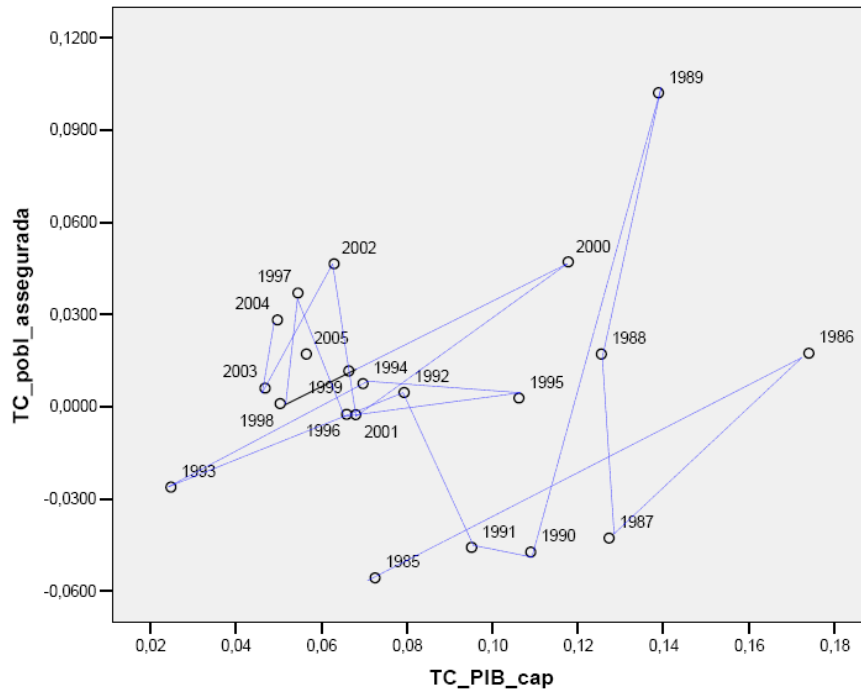


## Correlacions

Correlacions

		TC_PIB_cap	TC_pobl_assegurada
TC_PIB_cap	Correlació de Pearson	1	,152
	Sig. (bilateral)		,510
	N	21	21
TC_pobl_assegurada	Correlació de Pearson	,152	1
	Sig. (bilateral)	,510	
	N	21	21

## Gràfic

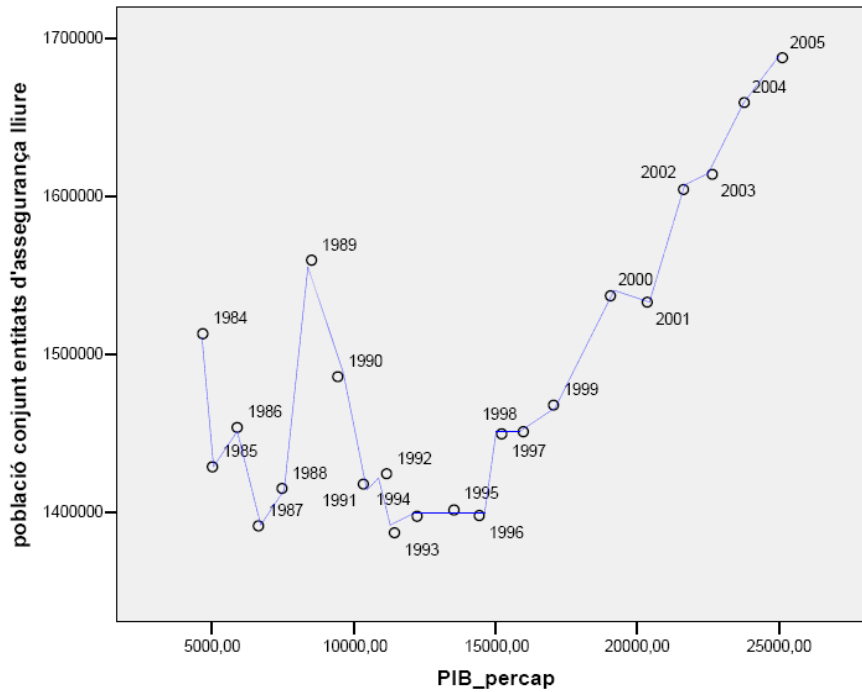


## Correlacions

Correlacions

		PIB_percap	població conjunt entitats d'assegurança lliure
PIB_percap	Correlació de Pearson	1	,697
	Sig. (bilateral)		,000
	N	22	22
població conjunt entitats d'assegurança lliure	Correlació de Pearson	,697	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	22	22

## Gràfic



**RESULTATS DE LES ESTIMACIONS:**

Regression Analysis						
Regression Equation, etc						
<b>PRIMES = -107022,84·1 + 178,77·DPScap + 0,01·pib</b>						
n 22						
R <sup>2</sup> 0,992409		d #VALUE!		Raw R <sup>2</sup> 0,99797		
Tests, etc, for Individual Coefficients						
Variable	Coeff	Std Err	H <sub>0</sub> : Coefficient = 0 H <sub>1</sub> : Coefficient ≠ 0		Confidence Ints.	
			T	p-value	Level 0,95	Lower Upper
1	-107023	10863,09	-9,85197	4,33E-10	-129396	-84649,9
DPScap	178,7685	127,3171	1,40412	0,172585	-83,446	440,983
pib	0,005326	0,000827	6,440371	9,61E-07	0,003623	0,007029

Regression Analysis	
Regression Equation, etc	
<b>PRIMES = -100019,55·1 - 81655,78·TC_DPScap + 0,01·pib</b>	
n 21	



<b>R<sup>2</sup> 0,992349</b>		<b>d #VALUE!</b>		<b>Raw R<sup>2</sup> 0,998111</b>		
<b>Tests, etc, for Individual Coefficients</b>						
<b>Variable</b>	<b>Coeff</b>	<b>Std Err</b>	<b>H<sub>0</sub>: Coefficient = 0</b>		<b>Confidence Ints.</b>	
			<b>H<sub>1</sub>: Coefficient ≠ 0</b>		<b>Level 0,95</b>	
			<b>T</b>	<b>p-value</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>
1	-100020	14770,63	-6,77152	4,26E-07	-130440	-69598,9
TC_DPScap	-81655,8	56551,4	-1,44392	0,161177	-198126	34814
pib	0,006461	0,000123	52,55939	4,07E-27	0,006207	0,006714

<b>Regression Analysis</b>						
<b>Regression Equation, etc</b>						
<b>PRIMES = -129769,23·1 + 440683,11·DPSan/PIB + 0,01·pib</b>						
<b>n 20</b>						
<b>R<sup>2</sup> 0,988821</b>		<b>d #VALUE!</b>		<b>Raw R<sup>2</sup> 0,997159</b>		
<b>Tests, etc, for Individual Coefficients</b>						
<b>Variable</b>	<b>Coeff</b>	<b>Std Err</b>	<b>H<sub>0</sub>: Coefficient = 0</b>		<b>Confidence Ints.</b>	
			<b>H<sub>1</sub>: Coefficient ≠ 0</b>		<b>Level 0,95</b>	
			<b>T</b>	<b>p-value</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>
1	-129769	44950,15	-2,88696	0,007909	-222346	-37192,7
DPSan/PIB	440683,1	1345978	0,327407	0,746086	-2331411	3212777
pib	0,006555	0,000175	37,45036	1,75E-23	0,006194	0,006915

## **Bibliografía utilitzada**

1. Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ.* 1976;90:629-49.
2. Cardon J, Hendel I. Asymmetric information in health markets: evidence from the National Medical Expenditure Survey. *RAND J Econ.* 2001;32:408-27.
3. Culyer AJ. Need values and health status measurement. En: Culyer AJ, Wright KG, editors. *Economic aspects of health services.* London: Martin Robertson; 1978. p. 9-31.
4. Vera AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ.* 1999;8:579-98.
5. López G. El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. *Rev Esp Admin Sanit.* 2000;4:53-64.
6. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ.* 2000;19:553-83.
7. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit.* 2003;17:412-9.

## ***BIBLIOGRAFIA per a completar l'anàlisi***

*The Handbook of Health Economics* (I, II). A. Culyer & J Newhouse (eds.) Elsevier publish. North Holland 2000.

*Frontiers in Health Policy Research* (I, II, III, IV) A. M. Garber, NBER, MIT Press, 2001. (selected chapters)

*Health Economics* S. Fowland et al. 3rd edition, 2001.

## ***Altres referències:***

Adam Wagstaff (2007) Social Health Insurance reexamined World Bank WP: [http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/TW3P/IB/2007/01/09/000016406\\_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/TW3P/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf)

E Docteur y H Oxley (2003) Health Care Systems: Lessons from the reform experience. Paris OECD Health WP no 9

M. Pauly et al. (2006) Private Health Insurance In Developing Countries *Health Affairs* 25: 369-379

Victor R. Fuchs, "The Future of Health Economics" Working Paper 7379, NBER Working Paper Series; pps. 29.

Timothy Besley, Miguel Gouveia, "Alternative Systems of Health Care Provision".

Philip Musgrove, Riadh Zeramdini, Guy Carrin, "Basic Patterns in National Health Expenditure", Bulletin of the World Health Organization 2002; 80: 134-142.

Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano, "Consumer Choice and Demand", chapter 7 "The Economics of Health and Health Care", Prentice Hall; pps. 177-215.

Roger Feldman, Bryan Dowd, "What does the Demand Curve for Medical Care Measure?", Journal of Health Economics 1993; 12: 193-200.

Thomas Rice, "Demand Curves, Economists, and Desert Islands: A Response to Feldman and Dowd", Journal of Health Economics 1993; 12: 201-204.

Peter Zweifel, Friedrich Breyer, "Complementary Principal – Agent Relationship with Health Care"; "Health Economics, Oxford University Press 1997, pps. 239-299.

John G. Cullis, Peter A. West, "The Economics of Health", Chapter 3 "Health Care and Market Intervention", pps. 50-61.

Martin Chalkley, Jame M. Malcomson, "Government Purchasing of Health Services", Handbook of Health Economics, volume 1, 2000, pps. 849-890.

Joseph P. Newhouse, "Reimbursement under Uncertainty. What to Do if One cannot Identify and Efficient Hospital", RAND; pps. 60.

T. Besley (1989) 'Publicly provided disaster insurance for health and the control of moral hazard' *Journal of Public Economics* 39 (2): 141-156.

T. Besley i S. Coate (1991) 'Public provision of private goods and the redistribution of income' *American Economic Review* 81 (4): 979-84.

C. Blackorby i D. Donaldson (1998) Cash versus in kind, self-selection and efficient transfers *American Economic Review* 78 (4) 691-700.

D. Epple i R. Romano (1996) Public provision of private goods *Journal of Political Economy* 104 (I); 57-84.

A. Petretto (1999) 'Optimal Social Health Insurance with Supplementary Private Insurance' *Journal of Health Economics* 18 (6) 727-745.

P.C. Smith 'Provision of a Public Benefit Package alongside Private Health Insurance' a *Private Voluntary Health Insurance in Development* A.S Preker et al (eds.) The World Bank, Washington DC 2007