

RESUM del Treball i principals conclusions que en resulten

L'ASSEGURAMENT EN EL CONTEXT GENERAL DEL SISTEMA SANITARI. LES DADES

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 capitiu, 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 rejoyenides 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'increment 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 no 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 privadament (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%).

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

El text que aquí es resumeix 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' l'actual pressió que exerceix la despesa sanitària sobre el finançament públic, i així sobre la fiscalitat general. Es evident que la despesa sanitària (total) creixerà, i no sembla lògic en aquest context que tots els guariments que la innovació sanitària possibilita es proveeixin de manera indiscriminada i es financin a través d'una imposició coactiva, no vinculada a la bona o mala utilització que se'n faci dels serveis. A més, augments addicionals de pressió fiscal posen avui en perill la competitivitat del país i no gens menys, una seqüència com l'esmentada de barra lliure pagada per la borsa comuna desresponsabilitza als ciutadans pel bon ús dels serveis tot confonent, en el concepte públic, el component social amb l'estatalitzant. No cal dir des d'aquesta perspectiva que la millora de la gestió en l'eficiència de la despesa no és una opció alternativa a la reforma del finançament, sinó una obligació de 'higiene' a la provisió i de legitimació de qualsevol sigui el nivell de despesa pública que s'abasteixi, i per això, l'aprofundiment dels processos de concertació, amb la separació efectiva de finançament i provisió, continua essent una necessitat.

Des de la reflexió anterior s'analitza en el text un àmbit per a l'assegurament i la medicina privada en un marc de sistema sanitari de preeminència pública, que a efectes il·lustratius seria del tipus següent:

(i) mantenir en tot cas sota finançament públic

a) aquells aspectes de la **salut pública** (que ofereixen externalitats positives sobre el conjunt de l'economia i el benestar social, configurant en aquest sentit 'bens públics' de beneficis indivisibles i generals) i

b) totes aquelles prestacions assistencials que responguin a dos factors, contrastables empíricament, sobre la base de

1) un cost-efectivitat prou provat tant en prestacions com en col·lectius destinataris, i/o

2) que afectin prestacions de contingències de salut de baixa probabilitat d'ocurrència però que en el cas de que ocorren, acaben generant conseqüències financeres catastròfiques.

El primer supòsit tindria a veure amb l'acceptació d'un dret d'accés a l'assistència de base universal (no discriminatòria segons renda de l'individu), tot i que limitada en el seu finançament a aquells serveis¹:

a) que respecte del nivell actual d'atenció sanitària suposin increments de beneficis en anys de salut guanyats ajustats per qualitat superiors als costos addicionals que implica sobre l'atenció existent (la qual cosa dona un aval implícit al status quo actual ja que només ve a cribar l'oferta assistencial nova) i/o

b) per aquelles prestacions que mostren en termes mitjans uns guanys per AVACs superiors a una xifra determinada (trenta mil euros per any de vida, posem pel cas, tot i que aquesta xifra és decisió del parlament i no de l'economia de la salut)

Fora d'aquests dos àmbits, **l'assegurament privat** te oberta la capacitat de donar cobertura a risc previsible (del que se'n pot fer un pool efectiu) i

¹ - Per donar algunes indicacions. Sembla de cost efectivitat provat i malgrat això no es subministra públicament la rehabilitació cardíaca després de l'infart agut de miocardi (possiblement per la manca de grup corporatiu identificable al seu darrera) Es fa avui en menys del 2% dels cassos quan les indicacions haurien de ser generalitzades. Amb cost efectivitat dubtós i tot i això subministrats públicament es podria identificar la prevenció primària de osteoporosi en pacients sense risc (fractura o xafament vertebral). Amb efectivitat dubtosa que sí es proveeix de nou públicament trobem algunes prestacions d'osteopatia.

amb conseqüències financeres més acotades, diferenciades només per la qualitat assistencial que envolta la prestació, més que no a través de diferències en la seva efectivitat clínica diagnòstica o terapèutica. Per la seva banda, la medicina privada tindria la capacitat de facturar per aquells serveis que en el continu assistencial ofereixen rendiments marginals decreixents però que son igualment desitjats pels ciutadans ... àdhuc, si es vol, la iatrogènia, a més d'aquells associats a una reducció de temps d'espera i de desplaçament i atenció hostelera. Notis que la prevenció roman a l'esfera de l'assegurament, tant públic com privat.

Per tant trobaríem sota cobertura (prima ex-ante) o assistència privada (pagament directe ex-post):

- (i) tractaments que concorren amb els subministrats públicament i que algun aspecte de qualitat diferenciadora no substantiva fa que es demandin privatament. Per aquest supòsit, s'afavoriria que la despesa privada (primes o preus), fos sense cost fiscal per a la societat (ni a través de despesa fiscal per deduccions a la quota de l'IRPF ni bonificacions a la base de l'impost de societats): Si algú elegeix privat quan pot elegir públic en allò assistencialment substantiu, tot i que alliberi despesa pública, no sembla adient que alliberi alhora recursos privats, en lògica i coherència al que observem a altres ordres de prestacions públiques (transport, ensenyament, guariments informals, etc). En aquest àmbit, el xec és en espècie i no monetari. Només una improbable generalització del sistema Muface podria reconduir els xecs cap aquesta altra via. Des de l'òptica de l'equitat, en la mesura que és tracta d'un pagament evitable per una prestació igualment efectiva, no presenta un problema important que requereixi ajustaments per altres vies col·laterals; operaria de fet com si d'un preu de referència en medicament es tractés, tant per l'accés a la prestació com a la sobre utilització privada que se'n fes de la mateixa.
- (ii) tractaments amb cost efectivitat no avalats ni pels ratis incrementals ni pels valors mitjans dels AVACs políticament determinats (pe. per sobre dels 30 mil €) però igualment efectius en termes mitjans per al conjunt de la població, o que no superen l'exigència d'exigibilitat prèvia per a algun

col·lectiu concret. Es podria excloure aquí el cas de prestacions que no compten amb altres alternatives o dels anomenats medicaments orfes i infermetats 'rars', que entrarien en cobertura pública per la seva singularitat. El sobre consum d'efectivitat no negativa, però de costos marginals més elevats, en restaria fora. Més de dos òvuls fecundats, més de tres fecundacions in vitro, més tres ecografies per embarços no de risc, etc en poden ser exemples, donat el seu cost marginal, com diem, superior als beneficis addicionals que aporten. De nou, des de l'òptica de l'equitat, en la mesura que és tracta d'un pagament evitable vista la menor eficiència relativa (en els seus costos d'oportunitat), no presenta problemes importants: només en la mesura que la manca de capacitat de pagament per aquestes prestacions incidís en la bretxa d'estats de salut per gradient social caldria plantetjar-se la prestació selectiva pública per aquells grups, sempre vinculant-les a la prova de necessitat i de mitjans; és a dir no de manera universal. Fora d'aquest supòsit, a fer explícit en cada cas concret, no sembla que calguin ajustaments d'equitat per altres vies col·laterals. En aquests casos però, sembla lògic un tractament fiscal favorable d'aquesta despesa privada, com a be preferent que suposa la sanitat, sempre que sigui efectiva, i sota el prisma de que el sector públic la voldria, però que per qüestió de cost relatiu, no la pot ofertar. La via de l'IRPF (i no la de l'impost de societats) sembla aquí més raonable, i si es desitja limitant-la en la quantia o en el tipus de contribuent beneficiari, a fi i efectes de millorar l'escassa progressivitat fiscal que genera

- (iii) Tractaments de dubtosa o nul·la efectiva, que son placebo d'utilitarisme o creença sense prova d'efectivitat acceptada, novetats fora de protocol·lització, aspectes de guariments a la carta, de preferència individual més que necessitat 'normada'. La deducció fiscal per aquest supòsit de nou sembla que hauria de ser nul·la generant escassos problemes per a l'equitat excepte des del paternalisme contra la iatrogènia.

ASPECTES RELLEVANTS DE L'ASSEGURAMENT SANITARI PER A LA DEFINICIÓ D'UNA POLÍTICA SANITÀRIA NACIONAL

La justificació de la intervenció pública en el sector de guariments de salut rau en la millora de benestar que suposa l'obligatorietat d'assegurament. No hi ha una premisa teòrica per a que aquest hagi de ser públic, ni exhaustiu, ni 'gratuit', ni a través de serveis subministrats públicament i produïts directament per personal funcionari.

Adhuc la voluntarietat de l'assegurament, tota la resta de variants és valoració política, ideològica cara a l'adopció d'una alternativa o una altra, decisions revisables en el temps, d'acord amb les contrastacions empíriques, d'eficiència relativa, etc: Des de la generalització del 'vale Muface' per al conjunt de ciutadans fins al manteniment del règim estatutari son acceptables en el plà teòric.

Dintre del context anterior, son alternatives presents per a l'assegurament privat

- (i) aprofitar, i lluitar per aprofundir, l'espai de l'assegurament substitutiu ('a la Muface') i construir sobre la pòlisa pública primes complementàries voluntàries rendibles (més fàcil que fer ho, tot plegat, sobre la base d'un assegurament alternatiu), o
- (ii) mantenir la complementarietat a l'albur del que pugui ser el finançament i qualitat percebuda de les prestacions públicament cobertes.

Una nova variant nova pot aparèixer a futur amb la consolidació dels consorcis territorials de proveïdors integrats sobre el territori i finançats sobre base poblacional. Aquesta alternativa consistiria en que des de la governança dels consorcis es cridés el *know how* de la gestió de l'assegurament públic (no per a substituir-lo, sinó participar en la seva gestió), en àmbits en que proveïdors públics i privats accepten la integració virtual dels seus serveis, rebent una prima de base capitativa i per a la que s'accepta la diversitat, àdhuc l'adició de 'iguales territorials', enteses com a contribucions pressupostàries locals que complementen la prima del Servei Català de la Salut. De nou, sobre aquesta estratègia intermitja pot articular-se la prima complementària de caràcter voluntari, en tant que regulada, a preu comunitari –no individual, no ajustat a

risc actuarial. Fora d'aquest cas, pels altres serveis les primes haurien de ser lliures.

L'èmfasi en la complementarietat necessària per serveis addicionals s'ha justificat anteriorment cara a fer sostenible el conjunt del sistema sanitari, 'descomprimit el creixement de la despesa del finançament exclusivament públic d'aquesta, per la via fiscal. La justificació la referim com a hipòtesi Wagner-Engel-Preston: Wagner (augment de la despesa sanitària amb el desenvolupament)-Engel (variació del patró públic privat en la mesura que la despesa total creix, a favor del component privat)-Preston (finançament amb menys participació relativa pública a la vista de la menor productivitat relativa en estats de salut dels nivells de despesa addicionals). Tot i que aquestes 'regularitats' esperades no sempre es donen a la pràctica (així, sobre tot, a països poc desenvolupats), l'argumentació sembla prou robusta com per a orientar tendències i prospectives.

A l'anterior horitzó, son tasques pendents del sector assegurador privat les següents:

- reconsiderar les pràctiques establertes de talonari abusiu i pagaments per acte disminuïts, amb escassa fidelitat professional envers l'asseguradora i que aboca finalment al pagament directe de l'usuari que aspiri a uns serveis diferenciats;
- clarificar millor les relacions laborals amb els professionals, així com les responsabilitats en les que cadascú incorreix;
- valorar l'establiment d'un fons de reassegurament (tipus fons de garantia, operat pels mateixos ens asseguradors) per a evitar intents de selecció de pacients que fomenten la mala imatge del sector, a més de 'lletres petites' de clàusules confoses, escassa capacitat de trasllat de pòlisses entre asseguradores a la vista de les insuficiències de les ofertes respectives sobre la geografia, ineficiència per costos de intermediació elevats o mesures de selecció de riscos a través de seleccionar serveis;
- implantar indicadors de qualitat (com ja ha fet BUPA amb l'ús dels AVACs) per a demostrar la lògica de les restriccions de utilització, de serveis tant innecessaris com iatrogènics;
- valorar la necessitat d'aprofundir en la utilització de dispositiu públic, al qual se incentiva a que es diferenciï en oferta privada de serveis, enlloc de construir xarxes privades paral·leles i duplicades d'equipaments, sota compromís de finançament vinculat per part de l'assegurador;

-clarificar la voluntat de gestionar pòlisses públiques, millorant la compra de serveis actual, flexibilitant les produccions públiques i atorgant més credibilitat als mecanismes de pagament respecte de productors públics que operen des de bases organitzatives majorment autònomes.

L'assegurador públic en aquest context caldria que

-clarifiqués un marc estable, reconeixent que ha de limitar el catàleg de prestacions públiques (en el sentit indicat abans) i que el que no es subministra públicament no resta de fet prohibit per als seus ciutadans en una societat democràtica. No reconèixer aquesta flexibilitat, des de la diversitat, pot dualitzar més que mai els col·lectius poblacionals. Altrament, l'assegurador públic haurà de concentrar el finançament disponible en aquelles contingències 'excepcionals' i 'cròniques' (a la holandesa), i en les prestacions de major cost efectivitat provat, desplegant una major atenció a la regulació de la provisió dels serveis públics i privats que no en la involucració en la gestió corrent.

Son en tot cas 'interfaces' encara avui dubtosos per a concretar aquest futur (i) el paper que es vulgui donar a les prestacions complementàries en els nous governs territorials (és a dir, l'acceptació de que la diferència escollida i cofinançada per pressupostos propis, no suposa inequitat), (ii) la deductibilitat fiscal d'algunes despeses sanitàries privades (en la línia del que hem ja esmentat) i (iii) el paper que s'accepti hagi de tenir l'oferta privada de serveis oferts des dels mateixos dispositius assistencials públics.

Altres qüestions de debat son: (i) la instrumentació del copagament vinculat a renda (el ricòmetre que diuen els italians). Vistes les dificultats d'aplicació potser més adient donar suport a unes prestacions complementàries cobertes només per grups de renda amb prova de mitjans (la resta de la població els podria cobrir a prima lliura o a prima comunitària regulada): Els efectes son semblants en la seva filosofia, i teles avantatges de que estigmatiza menys, ho fa per pagaments anticipats, te menys costos de intermediació (també per a control tributari en supòsit de fiscalitat favorable), es tracta d'un pagament amb caràcter anual i no miscel·lani per cada servei. (ii) Sembla molt difícil de defensar que les recetes fetes en atenció privada acabin sota finançament públic. Està clar que els prescriptors privats sovint son els mateixos que els públics, en paràctica dual. Però en un moment en el que es vol primar la continuïtat assistencial i el rol més resolutiu de l'atenció primària, la mesura proposada per alleugerir els costos del

usuari de la sanitat privada per la via del reemborsament major del medicament, és de difícil encaix argumental. (iii) Acceptar com a política la reasssegurança del copagament no sembla tampoc adient, ja que si el propòsit del copagament és moderar consum, no és lògic que per la via del reasssegurament se'l torni incentivar (per molt que sigui aquesta la pràctica observada a països com França). (iv) Sembla un argument de difícil justificació que la subvenció a l'assegurament i medicina privada s'hagi de fer en raó al complement retributiu que suposa sobre uns salaris públics que es puguin estimar insuficients. Encara que s'acceptés aquesta segona valoració, en aquest supòsit l'argument afavoriria el complement retributiu des del propi centre si acàs en ingressos derivats de l'oferta de serveis privats. Aquesta opció evita en major mesura el desviament de pacients, proves i el descontrol retributiu (greuges comparatius, baixa productivitat, etc.).

L'anàlisi general aquí fet es reflecteix en particular en el cas de Catalunya, per a l'elaboració del que hauria de ser un Pacte Nacional per a la Sanitat, a la vista del que ha suposat i suposa la iniciativa civil i solidària en el camp de l'assegurament de la salut. El Pacte d'estat que a vegades s'argumenta sembla avui més lluny que mai a la vista dels interessos territorials, que es sobreposen als polítics, en presència. Un pacte requereix sentir-se part d'un tot. La diversitat sanitària espanyola és molt elevada i no sembla aquest recorregut gens transitable. En canvi Catalunya té singularitats que la fan 'cluster' nacional: un desenvolupament social que pressiona la utilització sanitària com molts poc altres llocs a l'estat (de manera que registra problemes de sostenibilitat accentuats en el marc actual de finançament autonòmic regit per criteris poblacionals mitjans de l'Estat), un pes de concertació de serveis importants (que demanda un marc estable d'acords més sinalagmàtics que polítics discrecionals), un pes de l'assegurament complementari molt important i distintiu d'altres territoris, i uns shocks de demogràfics de gran calat que obren la necessitat de consensuar transversalment entre els partits que operen a Catalunya (així sobre les qüestions pràctiques dels drets i deures per a una bona salut, com orientar els serveis de salut a la immigració i altres noves minories, sense desnacionalitzar el sistema, dualitzar els dispositius i millorar el benestar conjunt).

S'ha volgut per això emfatitzar aquí els valors de l'assegurament pel que suposen de solidaritat com a pagament 'ex ante' que implica posar recursos a disposició d'un fons comú tant per a hom mateix com per als altres assegurats.

Un país com el nostre amb una aspiració important a continuar desenvolupant-se requereix del sector social, com a font de creació de riquesa i per a no fer front exclusivament des del finançament públic a la satisfacció de necessitats i aspiracions col·lectives al benestar, de les que n'és pivot, en gran part avui, el nostre sistema sanitari.