# EL SISTEMA SANITARI CATALÀ: SITUACIÓ I PERSPECTIVA

Guillem López-Casasnovas

Departament d'Economia

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra

Marc Casanova i Roca

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra

Barcelona

Octubre 2019

CRES-UPF Working Paper #201910-118

# Resum

El present treball analitza la situació actual del sistema sanitari català primer des d'una òptica comparada, tant a nivell internacional entre països, com amb la resta de comunitats autònomes espanyoles, per al període 2003-2016. A partir d'aquí es realitzen aquelles consideracions que creiem poden determinar millor el seu futur.

El focus principal de l'estudi se centra en els nivells de recursos públics i totals tenint en compte dos factors clau com són el nivell de PIB per càpita, com aproximació al desenvolupament econòmic, i l'envelliment –donada la incidència de la demografia sobre la despesa-, observats en cada cas. El resultat d'aquesta anàlisi mostra que el finançament actual de la sanitat catalana compara malament amb la que hom podria aspirar a la llum del que s'observa a la majoria de països del nostre entorn. També ens trobem amb una situació poc avantatjosa en el context espanyol, especialment si tenim en compte el nivell de desenvolupament econòmic del país i les realitats socials i culturals catalanes, a la vista de la despesa registrada. Aquest estatus es manté, si fa no fa, després de pràcticament vint anys, quan vàrem realitzar l'estudi de *'La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades'* (Fulls Econòmics 16, 2001). Això fa que haguem de remetre bona part dels assoliments en matèria de salut –si així hom ho valora- a la vàlua dels professionals, principal factor entre d'altres, més que als marges financers discrecionals en els que es pot moure la política sanitària de la Generalitat de Catalunya. En tot cas, per a la sostenibilitat d'aquells bons resultats el text conclou amb suggeriments de noves formes d'acció que poden combatre els presents condicionaments estructurals i garantir la virtuositat del sistema sanitari català.

# Índex

1. Introducció ..... 1
2. El sistema sanitari català des d'una perspectiva internacional ..... 4
2.1. Despesa sanitària pública ..... 7
2.2. Despesa total ..... 11
2.3. Anàlisi descriptiva ..... 14
2.3.1. Regions europees ..... 18
3. La sanitat catalana en el context espanyol ..... 21
3.1. La despesa sanitària pública de les CCAA ..... 23
3.2. Evolució durant el període 2003-2016 ..... 27
3.3. Fotografia actual ..... 33
4. La despesa sanitària privada a Catalunya ..... 37
4.1. Retallades i insatisfacció ..... 37
4.2. La sanitat privada en dades ..... 39
4.3. Les assegurances sanitàries privades ..... 40
4.4. L'impacte de la crisi en l'equitat d'ús del sistema sanitari ..... 43
5. Conclusions ..... 45
Referències ..... 51
Annexos ..... 54

# 1. Introducció

La sostenibilitat dels sistemes sanitaris públics és una preocupació general als països amb estats del benestar, també a casa nostra. L'augment de l'esperança de vida, sent com és un èxit del que fruïm com a societat, comporta al seu torn un gran repte pel sistema sanitari, que en part el suporta. Amb una demografia cada cop més envellida, no només està en joc la continuïtat de les pensions sinó també la viabilitat de la sanitat pública tal com l'hem coneguda, que ha d'atendre una demanda creixent de serveis i prestacions, des de la cronicitat i noves prevalences mòrbides, amb uns recursos limitats i que cal optimitzar. Aquest és el cas en particular de Catalunya, amb uns recursos transferits des de l'Administració General de l'Estat que en el millor dels casos segueix un finançament poblacional mitjà espanyol i rep les pressions de la demanda i expectatives socials que es mouen amb el seu desenvolupament. Sense accés als recursos propis que permetria la recaptació lligada a les seves bases imposables, la despesa salarial i els costos unitaris de tots els consums pateixen d'una homogeneïtat amb una mitjana estatal prou empobridora. De manera que la sanitat catalana, a més dels problemes que compartim amb els països comparables del nostre entorn –innovació tecnològica i pressions socials–, patim una limitació afegida pel que fa al finançament de la sanitat pública. Les deficiències del sistema de finançament autonòmic, comporten així un infrafinançament de la Generalitat de Catalunya, màxima responsable de la prestació dels serveis sanitaris públics a Catalunya, que es tradueix en uns recursos molt per sota del que ens correspondria en termes de PIB. Aquesta constatació es dona tant si atenem al nivell de despesa d'altres països similars al nostre com en comparació amb d'altres comunitats autònomes (CCAA d'ara en endavant), i en particular aquelles que disposen de concert econòmic, que sí vincula finançament en les seves bases fiscals pròpies. Donat que el pes de les partides pressupostàries destinades a Salut són les de major importància dins el pressupost de la Generalitat (9.800 milions d'euros d'un pressupost total d'uns 35.000 milions d'euros, gairebé el 30%, segons dades de 2017[1]) la despesa sanitària pública catalana llastra els comptes de la Generalitat, amb despeses que es liquiden per sobre de les inicials i que en la seva execució es veuran molt condicionades pel nivell general d'ingressos de la Generalitat, fet que posterga decisions de plantilla, noves inversions o la simple gestió sanitària del dia a dia. Fins i tot si es volgués prioritzar la despesa sanitària per sobre d'altres àrees, la qual cosa és difícil tenint en compte que les CCAA gestionen les àrees més sensibles i essencials del nostre Estat del Benestar (50% de la despesa total, o un 61% si descomptem el que es dedica a pagar deute públic) aquesta tasca esdevé complexa en una Espanya contrària a reconèixer la diversitat i una societat catalana cansada de pagar en peatges i copagaments el que no recupera de les contribucions fiscals pagades.

[1] Dades de la Generalitat de Catalunya: http://aplicacions.economia.gencat.cat/wpres/pressupostosoberts.html

L'escassedat de recursos s'ha fet palesa d'una forma més aguda durant la darrera dècada, arran de la crisi econòmica i les posteriors retallades de la despesa pública, que han recaigut de forma desproporcionada sobre les CCAA per decisió del govern espanyol en el repartiment dels objectius de dèficit. Això ha forçat una reducció de la despesa de les CCAA major del que els correspondria pel seu pes relatiu en les administracions públiques. Aquestes retallades han afectat de manera important la sanitat pública catalana, portant-la a una situació de màxima dificultat, ben expressada en les reivindicacions dels seus professionals.

Aquesta insuficiència de finançament públic del sistema sanitari català, s'ha vist de sempre compensada, en part, per una important despesa sanitària privada. Un esforç addicional que fan les famílies per tal de complementar les prestacions públiques amb mútues privades i/o copagaments; esforç que s'ha vist incrementat de forma important els darrers anys. Aquesta major presència de la sanitat privada i de la col·laboració publico-privada en matèria assistencial és en part hereva de la tradició mutualista que va sorgir a Catalunya abans de l'aparició de la Seguretat Social i que ha condicionat el desenvolupament del sistema públic posterior, i ha integrat moltes de les estructures ja existents, generant un sistema sanitari complex amb una important incidència de la col·laboració publico-privada sense ànim de lucre.

El present estudi té així per objecte l'avaluació de l'estat del sistema sanitari català, fent una diagnosi de la situació actual, fixant-se en com hem arribat fins on som i parant especial atenció a les característiques del finançament de la sanitat catalana i els seus nivells de despesa, com dèiem, des d'una òptica comparativa, tant a nivell internacional, com respecte d'altres comunitats autònomes espanyoles. En paral·lel a la realització d'aquesta comparativa es discutirà sobre la comparabilitat entre sistemes en general i les limitacions que es poden trobar al respecte i s'establirà el corresponent benchmarking.

També es vol fixar en la composició del finançament de la despesa sanitària catalana i l'evolució del mix de finançament privat/públic dels darrers anys, en particular a partir de l'impacte de la crisi econòmica en els recursos del sistema públic i dels canvis observats en la utilització dels diferents dispositius sanitaris (públics o privats) per part dels usuaris a partir de la crisi econòmica, i quin impacte han suposat aquests canvis en termes d'equitat. S'abordarà, per tant, quin és el valor de la salut, la contribució del sistema sanitari, la situació respecte l'accés als serveis i prestacions existents, així com els resultats assolits pel sistema en termes de benestar, esperança i la qualitat de vida o també de les desigualtats que s'hi poden detectar. Per últim, es discutiran nous paradigmes per la sanitat del futur, fent una prospectiva dels sistemes de salut des de les innovacions enregistrades a contextos socials més avançats, i es tancarà amb les conclusions i les recomanacions de polítiques públiques que es deriven de tot allò presentat a l'estudi.

**Estructura del treball**

Ens centrem en el període 2003-2016, degut a les limitacions en la disponibilitat de dades homogènies comparables per poder realitzar l'anàlisi, fet que invalida algunes de les dades disponibles més recents. El treball s'estructura en tres blocs principals. El primer bloc consistirà en una comparativa a nivell internacional, en la qual s'estudia l'evolució de la despesa sanitària (pública i total) en diferents països comparables, durant el període esmentat, per tal d'establir un barem dels nivells de despesa que s'observen en països homologables a Catalunya tenint en compte variables com les respectives riqueses i nivell d'envelliment. Per fer aquesta part hem realitzat explotació de dades i estadística descriptiva d'altres indicadors d'interès referent a països de l'OCDE així com d'altres submostres amb característiques més homogènies segons el tipus de sistema sanitari que presenten, i que s'explicaran en detall més endavant, per veure quines diferències es troben segons es compari amb un grup o un altre. A més a més, partint dels estàndards observats als països comparables, es farà una aproximació al nivell de despesa que Catalunya hauria d'assolir per homologar-se amb aquests sistemes i també el nivell de participació privada desitjable en el finançament global del sistema, atenent a allò observat respecte als sistemes homologables.

El segon bloc fa una anàlisi similar, pel mateix període, de la situació en aquest cas de Catalunya comparada amb la resta de CCAA espanyoles. També es fa una explotació pròpia de dades i s'inclouen descriptius per il·lustrar la situació relativa de la sanitat catalana dins l'estat espanyol, tot avaluant els criteris que determinen l'evolució de la despesa en el període o, més aviat, la manca de criteris aparent que s'observa. Respecte a l'escenari actual de la sanitat catalana en el context espanyol s'abordaran els dèficits del sistema de finançament autonòmic actual i també es valoraran possibles escenaris alternatius com per exemple la possibilitat d'un finançament que tingui en compte la diferent capacitat fiscal dels territoris i com s'entenen la diversitat o la cohesió en aquests diferents escenaris plantejats.

El tercer bloc s'ocupa d'analitzar l'evolució de la despesa sanitària privada a Catalunya, així com el pes d'aquesta sobre la despesa sanitària total catalana. Ens interessa especialment veure l'evolució recent i comprovar si la crisi econòmica i les retallades han produït un efecte significatiu en aquelles magnituds. En aquest darrer apartat no s'ha realitzat una explotació de dades pròpia, sinó que s'ha adoptat una perspectiva descriptiva i una anàlisi més qualitativa del context sanitari català, recolzant-nos amb dades i evidència d'altres estudis. S'han recopilat diferents dades oficials sobre la composició de la despesa sanitària catalana, així com també dades de pòlisses d'assegurança i d'ingressos de les asseguradores corresponents a assegurances sanitàries, dades d'enquestes de pressupostos familiars, per veure quant declaren gastar les famílies en salut al marge de l'ús que fan de les prestacions públiques gratuïtes, entre d'altres. Tot això ens ha de servir per fer una radiografia completa de l'estat present del sistema sanitari català des d'una perspectiva més centrada en

l'usuari i de la utilització que aquest fa de les diferents alternatives a la seva disposició per cobrir les seves necessitats percebudes en matèria de salut.

Per fer aquest treball s'han utilitzat dades procedents de la base de dades de la OCDE, INE, Idescat, Banc Mundial, dades obtingudes del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, del Ministeri de Sanitat, de la Conselleria d'Economia, del Ministeri d'Hisenda i també s'han consultat diversos articles acadèmics, les memòries de les entitats d'assegurança lliure de Catalunya, articles de premsa, entre d'altres fonts.

## 2. El sistema sanitari català des d'una perspectiva internacional

En aquest apartat es compara Catalunya amb diferents grups de països desenvolupats, posant el focus en la despesa sanitària, tant pública com privada, per tal de veure en quina situació ens trobem en relació amb aquests països del nostre entorn. Per fer aquesta comparativa hem tingut en compte dues variables considerades determinants a l'hora d'explicar els diferents nivells de despesa sanitària que presenta una societat. Com apunten López-Casasnovas, Maynou & Sáez (2016), des de la revisió de Gerdtham & Jönsson (2000) sobre els determinants de la despesa sanitària als països de la OCDE, hi ha hagut multitud de treballs estudiant aquesta qüestió (Jönsson & Eckerlund (2003); Oliveira & De la Maisonneuve (2006); OECD (2006) o Baltagi & Moscone (2010) per citar-ne alguns). D'acord amb l'OCDE, aquests determinants poden ser classificats en dos tipus: demogràfics i no-demogràfics (OECD 2006; Oliveira & De la Maisonneuve 2006; Mesa 2011). S'ha trobat que el PIB per càpita és el principal factor explicatiu no-demogràfic de la despesa sanitària (Gerdtham & Jönsson 2000; Getzen 2000; *Economic Policy Committee and the European* Commission 2006; OECD 2006). Per la banda dels factors demogràfics, un important determinant de la despesa és l'envelliment de la població (Gerdtham & Jönsson 2000; Getzen 2000), que se sol mesurar amb el percentatge de població per sobre o per sota d'una determinada edat (p.ex. menors de 15, majors de 65 o 75 anys, etc).

Així doncs, seguint aquesta literatura, hem tingut en compte el PIB per càpita dels diferents països observats i també el seu nivell d'envelliment mesurat com a percentatge de població de més de 65 anys. Agafant aquestes tres variables hem realitzat diferents regressions, en les quals la variable dependent és la despesa sanitària (pública o total, segons el cas) de cada país i les dues variables explicatives són el PIB per càpita i el percentatge de població de més de 65 anys[2]. Les dades són de panell, és a dir, observacions per diferents individus (països) en diferents moments del temps. En el nostre cas, tenim observacions de les diferents variables per cada país i any durant el període 2003-2016. Per fer les diferents regressions s'ha utilitzat un

[2] Les dades de PIB i les de despesa sanitària han estat extretes de la base de dades de la OCDE i el percentatge de persones de més de 65 anys de la del Banc Mundial.

model d'efectes fixos donat que és el més adequat per aquest tipus de dades ja que controlen l'heterogeneïtat no observada, en especial quan aquesta és constant en el temps (pròpia de cada país) i està correlacionada amb la variable dependent.
Les variables monetàries dels diferents països estan mesurades en dòlars ajustats per paritat de poder adquisitiu (PPA) i en termes per càpita, per tal que sigui una mesura homogènia i fer així possible la comparació.

Aquestes regressions s'aplicaran a tres tipus de mostres diferents, d'una banda al conjunt de països de l'OCDE, en tant que representatius del conjunt de països desenvolupats i d'altra banda es replicaran per dos grups més de països, que són en realitat submostres dins la mostra de l'OCDE al complet, atenent a les diferències entre els models sanitaris que presenten. Aquesta diferenciació la fem seguint la línia que apunten López-Casanovas, Sáez & Maynou (2016), en el seu treball sobre les comparacions internacionals entre països que tenen sistemes sanitaris de diferent naturalesa, ja que el grup de països de la OCDE, malgrat ser una bona referència a l'incloure el conjunt de països desenvolupats, és una mostra força heterogènia, havent-hi sistemes sanitaris de diferent naturalesa (públic/ privat, assegurança social/ serveis nacionals de salut), poblacions molt diferents, i fins i tot nivells de desenvolupament també diferents. És per això que les comparacions sobre aquesta base de dades s'han de fer amb cautela.

Per aquest motiu, seleccionar mostres més homogènies ens pot ajudar a fer-nos una idea més acurada de la realitat. Hi ha dos models sanitaris principals: d'una banda trobem el model sanitari conegut com a "Beveridge", assimilable al cas del *National Health Service* anglès (i per extensió a països com Catalunya o Espanya) i per l'altra banda, trobem el model de tipus "Bismarck", que es caracteritza perquè l'estat garanteix l'atenció sanitària, que es finança a través de quotes obligatòries pagades per treballadors i empresaris, que van a parar a uns fons no governamentals però regulats per llei, sent aquests fons els qui contracten els serveis sanitaris pels assegurats. Tenen una major vinculació de la protecció sanitària amb la social, sistemes de reemborsament i també els usuaris han d'abonar alguns copagaments. Per contra, el model Beveridge es caracteritza per finançar-se predominantment amb impostos, per ser d'accés universal i amb un major control estatal, que està més implicat en la gestió.

La mostra completa de països de la OCDE comprèn 36 països (Austràlia, Àustria, Bèlgica, Canadà, Xile, República Txeca, Dinamarca, Estònia, Finlàndia, França, Alemanya, Grècia, Hongria, Islàndia, Irlanda, Israel, Itàlia, Japó, Corea del Sud, Luxemburg, Mèxic, Països Baixos, Nova Zelanda, Noruega, Polònia, Portugal, Eslovàquia, Eslovènia, Espanya, Suècia, Suïssa, Turquia, Regne Unit i els Estats Units). Les dues submostres inclouen 15 països cadascuna, per un costat, la mostra Beveridge comprèn: Dinamarca, Finlàndia, Grècia, Islàndia, Irlanda, Itàlia, Corea del Sud, Mèxic, Nova Zelanda, Noruega, Polònia, Portugal, Espanya, Suècia i el Regne Unit; d'altra banda, els països amb el sistema de tipus Bismarck són: Àustria, Bèlgica, Xile, República

Txeca, Estònia, França, Alemanya, Hongria, Israel, Japó, Luxemburg, Països Baixos, Eslovàquia, Eslovènia i Suïssa.

L'objectiu de realitzar les diferents regressions és el d'explicar la relació entre el PIB i l'envelliment amb la despesa sanitària i també poder obtenir una referència, un barem, del nivell de despesa sanitària (pública i total), que s'observa en els diferents grups de països estudiats, ajustat pel seu nivell de PIB i d'envelliment relatiu, amb el qual poder comparar el nivell de despesa observat a Catalunya i projectar quin nivell de despesa li correspondria, donats els seus propis nivells de PIB i envelliment, si es comportés com la mitjana dels diferents grups de països considerats. Per fer aquesta segona part més predictiva s'han utilitzat regressions lineals utilitzant les mateixes variables. Totes les regressions realitzades s'han fet utilitzant diferents especificacions. En totes elles la variable dependent, com ja s'ha dit, és la despesa sanitària, bé es tracti de despesa pública o despesa total, i bé estigui mesurada en valors absoluts per càpita o en percentatge de PIB, segons la regressió. Les variables explicatives són el PIB per càpita i el percentatge de població que té més de 65 anys en tots els casos.

No pretenem amb aquestes regressions crear models explicatius sofisticats dels determinants de la despesa sanitària als països observats. Aquesta qüestió escapa al propòsit central del present estudi i a més a més, com s'ha mencionat a la introducció, ja hi ha abundant literatura cobrint específicament aquesta matèria. Els nostres models són molt senzills, només inclouen les dues variables explicatives considerades més rellevants, i el seu propòsit és extreure'n informació que ens permeti entendre millor les diferències entre les mostres estudiades i sobre la influència de les diferents variables en cadascun d'aquests grups així com també obtenir les estimacions que ens permetin establir un *benchmarck* amb el que projectar el nivell de despesa sanitària que li correspondria a Catalunya si s'equiparés als nivells de cada grup de països, tenint en compte les dues dimensions esmentades: el seu nivell de PIB i la taxa de persones de més de 65 anys.

Començarem comentant els resultats obtinguts pel que fa a despesa sanitària pública i tot seguit els de despesa sanitària total.

## 2.1. Despesa sanitària pública

En les regressions en les que la variable a explicar és la despesa pública anual per càpita, i les dues variables explicatives són el PIB per càpita i el percentatge de població de més de 65 anys, observem pels tres grups de països una relació positiva i estadísticament significativa a un nivell de confiança del 95%, entre el nivell de PIB per càpita i la despesa sanitària pública per càpita, tal com era d'esperar. Es pot trobar l'output d'aquestes tres regressions a les taules A1, A2 i A3 dels Annexos, que corresponen, respectivament, a les regressions del grup OCDE, Beveridge i Bismarck.

Si assumim la significativitat de la seva diferència, veiem com la magnitud del coeficient varia lleugerament en cada cas, sent el grup Bismarck qui té el coeficient més elevat, seguit del conjunt de l'OCDE i per últim el grup de països Beveridge. En els tres casos s'observa que, de mitjana, per cada dòlar extra de PIB per càpita que té un país de la mostra (mantenint constants la resta de factors), gasten entre 0.05 i 0.057 dòlars (és a dir entre 5 i 6 cèntims) més per persona i any en sanitat pública.

D'altra banda, la relació entre el percentatge d'habitants de més de 65 anys i la despesa sanitària pública també és, com s'esperava, positiva en els tres casos, però amb una diferència substancial. Pel grup de països amb un sistema Beveridge la relació no és significativa estadísticament, per això no podem afirmar que tingui un impacte positiu en la despesa sanitària pública en aquest grup. En el grup de l'OCDE i Bismarck sí que és significativa i positiva, especialment en el grup Bismarck. Per tant, per aquests dos grups és cert que com més envellida està la societat, més alta és la despesa sanitària pública. En el cas de l'OCDE el coeficient és de 152.71, per tant, per cada punt percentual[3] més en la proporció de persones de més de 65 anys, de mitjana, es gasta 152.71$ més a l'any per càpita, xifra que s'eleva fins 228.5$ en el cas de la mostra Bismarck.

També s'han dut a terme aquestes mateixes regressions però transformant logarítmicament les variables monetàries (despesa pública per càpita i PIB per càpita) per tal de poder interpretar els resultats com a elasticitats. Aquestes tres regressions addicionals corresponen a les taules A4, A5 i A6 dels Annexos, seguint el mateix ordre (OCDE, Beveridge i Bismarck). En el cas del conjunt de països de l'OCDE veiem com per cada increment d'un 1% en el PIB per càpita d'un país de la mostra, la despesa sanitària pública creix, de mitjana, un 0.845%. Pel que fa a la submostra Beveridge trobem que per cada increment d'un 1% en el PIB per càpita d'un país de la mostra, la despesa sanitària pública creix de mitjana aproximadament un 0.96%; és a dir, creixen aproximadament a la mateixa taxa relativa. En el cas de la submostra corresponent als països amb un model sanitari Bismarck veiem que l'elasticitat de la despesa sanitària pública amb el PIB és lleugerament superior a 1, concretament 1.079. Això vol dir que per cada increment d'un 1% en el PIB per càpita, la despesa sanitària pública per càpita s'incrementa aproximadament un 1.08%, per tant, la despesa sanitària pública en

[3] Cal recordar que no és el mateix incrementar un punt percentual que un increment d'un 1%. Estem parlant d'una proporció de població, per tant quan parlem de punts percentuals es fa referència a un increment d'un punt en aquesta proporció, no que la variable hagi augmentat un 1%.

aquests països ha crescut de mitjana a un ritme una mica superior al PIB en el període estudiat.

En el cas de la variable relativa a l'envelliment, la relació segueix sent positiva en els tres casos. A la mostra de l'OCDE, per cada increment d'un punt percentual en el nombre majors de 65 anys, la despesa sanitària pública per càpita augmenta de mitjana gairebé un 5%. Per la seva banda, ens tornem a trobar que per al grup Beveridge el coeficient de la variable d'envelliment no és significativa estadísticament. En canvi, pel grup Bismarck, per cada increment d'un punt percentual en la proporció de persones de més de 65 anys, la despesa sanitària pública per càpita creix de mitjana un 6.5%. En aquest cas els efectes sí que són significatius estadísticament.

En tots els casos el poder explicatiu dels models mencionats fins ara és força elevat malgrat només inclou dues variables, això indica que tant el PIB per càpita com l'envelliment, són variables que expliquen en bona mesura la despesa sanitària pública per càpita. Un altre detall que s'observa és que el poder explicatiu dels models és més gran (tant en els models que prenen logaritmes com els que no) pels dos subgrups mostrals que pel conjunt de l'OCDE.

Finalment, s'han realitzat les regressions canviant la forma en què està mesurada la despesa sanitària pública (taules A7, A8 i A9 dels annexos). En aquest cas, enlloc de mesurar la despesa en dòlars anuals per càpita, s'ha agafat la despesa en proporció sobre el PIB com a variable dependent, amb les mateixes variables explicatives, el PIB per càpita i la proporció de població major de 65 anys. S'observen canvis importants en els resultats, en comparació amb les regressions que consideraven la despesa mesurada en valors absoluts per càpita. Si abans el PIB per càpita i la despesa sanitària presentaven una forta relació positiva i significativa per les tres mostres analitzades, ara veiem com el coeficient de la variable PIB per càpita té signe negatiu, és d'una magnitud molt petita i estadísticament no significatiu, per les tres submostres. Per tant, això vol dir que no es pot afirmar que la magnitud del PIB per càpita tingui cap relació amb la proporció d'aquest que es dedica a la salut en cap dels grups de països considerats. En altres paraules, com més ric és un país no necessàriament dedica una major proporció de la seva riquesa al finançament públic de la sanitat, activant-se així formes alternatives de finançament o de provisió privades.

Per contra, la variable que mesura la proporció de persones majors de 65 anys és significativa i positiva per la mostra completa de l'OCDE i per la submostra de Bismarck. No és significativa pel grup de països Beveridge (com ja passava amb les especificacions amb la despesa mesurada en dòlars). Això semblaria suggerir que com més envellits estan els països major és la proporció de la seva renda que han de dedicar a la sanitat pública, la qual cosa té sentit, i relativament menys possibilitat de recórrer a formes privades de finançament

La manca de significació estadística de les variables d'aquests tres darrers models explica el baix poder explicatiu que presenten en comparació amb les regressions en les que la despesa està mesurada amb dòlars.

**Projeccions despesa sanitària pública a Catalunya**

A banda de descriure la relació de les dues variables d'interès amb les diferents mesures de despesa sanitària pública ens interessa aproximar quina hauria de ser la despesa sanitària pública catalana si es comportés el seu finançament de la mateixa manera que la mitjana dels grups de països observats durant el període 2003-2016. Per poder fer aquestes projeccions hem realitzat regressions lineals, en les que la variable dependent és la despesa sanitària pública per càpita i les explicatives, com abans, són el PIB per càpita i l'envelliment. En aquest cas no hem utilitzat les regressions explicades a dalt, perquè per multiplicar directament els coeficients obtinguts pels valors reals de PIB i envelliment de Catalunya és més adequat utilitzar models que estimin per Mínims Quadrats Ordinaris enlloc dels models d'efectes fixes. Així doncs, hem tingut en compte les dades de PIB per habitant de Catalunya segons dades de l'Idescat[4] de l'any 2016, que va ser de 30.069,36€ per càpita, i també el percentatge de població de més de 65 anys, que l'any 2016 va ser d'un 18.5%. Amb aquesta informació i els coeficients de les nostres regressions, hem projectat la despesa per càpita que Catalunya hauria de tenir si es comportés com un país mitjà de l'OCDE, del grup Beveridge o del grup Bismarck, tenint en compte el seu PIB per càpita i taxa d'envelliment actuals. Els resultats estan resumits en la següent taula:

***Taula 1: Projeccions despesa sanitària pública***

| | *Euros per càpita* | *% del PIB* |
|---|---|---|
| *Real Catalunya (2016)*[5] | 1401,94€ | 5.3%[6] |
| *Projecció OCDE* | 2178,03€ | 7.24% |
| *Projecció Beveridge* | 2281,10€ | 7.59% |
| *Projecció Bismarck* | 2150,08€ | 7.15% |

Font: Elaboració pròpia a partir de les regressions realitzades, de dades de l'Idescat i del CatSalut

[4] Cal mencionar que les dades de PIB que ofereix l'INE són inferiors a les que proporciona l'Idescat pels anys més recents. Per aquest motiu, si utilitzéssim les dades de l'INE els resultats de les projeccions serien lleugerament inferiors.

[5] Les xifres reals de Catalunya han estat extretes de les taules del web del CatSalut, amb la despesa catalana homogeneïtzada en dòlars PPA i les hem reconvertit a euros utilitzant les paritats PPA proveïdes per l'OCDE per Espanya l'any 2016. https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/despesa-sanitaria-catalunya/

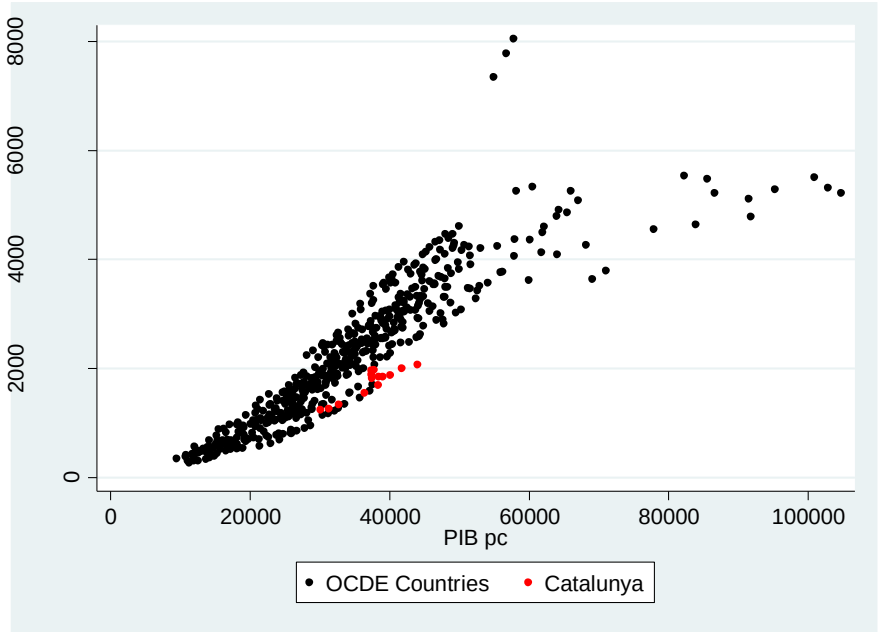
[6] Aquesta xifra és la que ofereix el CatSalut a la seva web. Si prenem el PIB ofert per l'Idescat i mirem el pes dels 1.401,94€ equival a un 4.66% del PIB l'any 2016. Les discrepàncies de càlcul entre l'INE i l'Idescat poden explicar, en part, aquesta diferència.

Com es pot observar a la Taula 1, la despesa sanitària pública catalana és inferior a la que li correspondria en qualsevol dels tres casos considerats. En tots tres la despesa sanitària pública que hauria de tenir Catalunya per equiparar-se als tres grups de països supera el 7% del PIB. En el cas dels països amb un sistema Beveridge —el mateix sistema sanitari que tenim a Catalunya i Espanya—, trobem la major diferència entre la xifra real i la projectada que és de 880€ per persona i any.

En el cas que comparem Catalunya amb la mitjana de països de la OCDE, els 1.401€ que es gasten a Catalunya per persona en sanitat pública haurien d'arribar a 2.178€ per situar-se en consonància amb els països de la OCDE, el que suposaria gairebé 780€ per càpita, xifra similar en el cas del grup de països Bismarck. En termes de PIB això equivaldria a pujar entre 2 i 3 punts percentuals segons si considerem la xifra del CatSalut del 5.3% o el 4.66% que resulta de calcular-ho utilitzant la xifra de PIB de l'Idescat.

Aquesta despesa sanitària pública relativament inferior a la dels països del nostre entorn es pot observar també d'una manera més visual en el següent diagrama de punts, que representa les observacions de tots els països de la OCDE (entre els que hi ha també tots els països Beveridge i Bismarck) durant cada any del període estudiat (2003-2016), relacionant la despesa per càpita en sanitat pública (eix vertical) i el PIB per càpita del país en qüestió (eix horitzontal) per cada any entre 2003 i 2016. En vermell es destaquen les observacions corresponents a Catalunya:

***Gràfica 1***




Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'OCDE, del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, i l'Idescat.

A la gràfica es veu  com els punts vermells que representen les observacions catalanes se situen clarament per sota, en nivell de despesa sanitària pública per càpita, de la gran majoria d'observacions que es troben en un nivell similar de PIB. A més a més el diagrama confirma visualment el que s'observa a les regressions, una relació entre la despesa sanitària per càpita i el PIB per càpita molt forta.

## 2.2. Despesa total

En aquest apartat se segueix exactament el mateix procediment que en l'apartat anterior, aplicant el mateix tipus de regressions, incloent les mateixes variables explicatives que fins ara, però en aquest cas, sent la variable dependent la despesa sanitària total enlloc de la pública. Així, per diferència, podem analitzar el comportament de la despesa sanitària privada.

Les primeres tres regressions (A10, A11 i A12 dels annexos, corresponents respectivament a l'OCDE, Beveridge i Bismarck) inclouen la despesa sanitària total per càpita de cada país durant el període 2003-2016 com a variable dependent, amb el PIB per càpita i el percentatge de població major de 65 anys com a variables explicatives. Donat que la despesa pública està inclosa en la despesa total els resultats són similars als obtinguts en el bloc de despesa pública marcant una menor impronta de la despesa privada. S'observa aquí també una forta relació positiva i significativa entre la despesa sanitària total per càpita i el PIB per càpita pels tres grups de països. Com la despesa sanitària total té valors més grans que la pública, els coeficients també són més grans, i en aquest cas ens indiquen que per cada dòlar extra de PIB que té un país, en els tres grups gasten al voltant de 6 cèntims més en sanitat per persona (5.97 cèntims en el cas de l'OCDE, 6.2 cèntims els països Beveridge, i 6.6 en el cas dels Bismarck).

Un cop més, trobem que la relació entre despesa sanitària i l'envelliment és també positiva en els tres casos, però també aquí aquesta relació no té significació estadística pel grup de Beveridge, mentre sí que és significativa pels països dels grups OCDE i Bismarck. En el cas de l'OCDE el coeficient d'aquesta variable és 164.774, la qual cosa vol dir que per cada increment d'un punt percentual en la proporció de població de més de 65 anys, la despesa sanitària total s'incrementa de mitjana uns 165$ per càpita a l'any, xifra que s'enfila fins a 221$ pels països del grup Bismarck, que segueixen mostrant una major propensió que els altres dos grups a gastar més a mesura que augmenten bé sigui el PIB o l'envelliment.

Quan practiquem la transformació logarítmica de les variables monetàries (despesa sanitària total per càpita i PIB per càpita) i fem les mateixes regressions[7] amb les variables transformades trobem que en aquesta regressió s'observa que la despesa sanitària total per càpita respon menys a canvis en el PIB per càpita, pels tres grups. Si a l'anàlisi realitzada per la despesa sanitària pública als països de l'OCDE veiem com

[7] Corresponen a les regressions A13, A14 i A15 dels Annexos, corresponents a OCDE, Beveridge i Bismarck respectivament.

per cada increment de l'1% en el PIB, la despesa pública en salut augmentava de mitjana un 0.85%, en el cas de la despesa sanitària total veiem que augmenta tan sols un 0.65%. El coeficient és significatiu estadísticament. En el cas de la submostra de països amb un model sanitari Beveridge, s'observa que per cada increment en un 1% del PIB per càpita, la despesa sanitària total augmenta un 0.85% en contrast amb el 0.96% que trobàvem amb la despesa pública. En el cas del grup Bismarck aquesta diferència és molt menor, ja que per cada augment d'un 1% en el PIB la despesa sanitària total augmenta 1.06%, lleugerament per sota del que observàvem amb la despesa pública.

En relació a la variable que captura l'envelliment, pel cas de l'OCDE trobem la mateixa relació que amb la despesa pública, per cada increment en un punt percentual en la proporció de persones de més de 65 anys, la despesa sanitària total augmenta prop d'un 4.9%  sent significativa estadísticament. Un cop més, la relació de l'envelliment amb la despesa pública no és significativa pel grup Beveridge, en contrast amb el grup Bismarck, on sí que és significativa i ens indica que per cada increment en un punt percentual del percentatge de persones majors de 65, la despesa sanitària total s'incrementa un 5.6% de mitjana pels països d'aquesta mostra. En el cas de la despesa sanitària pública aquesta xifra era d'un 6.5%.

Per últim, quan mesurem la despesa en termes de PIB i repetim el mateix exercici, també trobem un resultat similar al de la despesa pública. Pels tres grups canvia el sentit de la relació entre el PIB per càpita i la despesa total mesurada en percentatge sobre el PIB, que es torna negativa, però sense significació estadística. En canvi, tal i com passava amb la despesa pública, la variable de persones de més de 65 anys és positiva pels tres grups, i significativa pels grups de l'OCDE i Bismarck, per tant, per aquests dos grups, com més alta és la seva taxa d'envelliment, més proporció del seu PIB destinen a despesa sanitària de forma global. Aquests darrers tres models tenen menor poder explicatiu que aquells on la despesa pública està mesurada en valor absolut.

**Projeccions despesa total Catalunya**

Procedint de la mateixa manera com s'ha fet pel cas de la despesa pública, hem realitzat noves regressions, en aquest cas lineals, per poder fer les projeccions. Utilitzem els coeficients d'aquestes regressions per tal de poder aproximar quina hauria de ser la despesa sanitària total que hauria de tenir Catalunya si volgués equiparar-se amb els tres grups de països estudiats. Els resultats són els següents:

***Taula 2***

| | *Euros per càpita* | *% del PIB* |
|---|---|---|
| *Real Catalunya (2016)*[8] | 2013,13€ | 7.6%[9] |
| *Projecció OCDE* | 2813,11€ | 9.36% |
| *Projecció Beveridge* | 2735,39€ | 9.10% |
| *Projecció Bismarck* | 2738,18€ | 9.11% |

Font: Elaboració pròpia a partir de les regressions realitzades, de dades de l'Idescat i del CatSalut

En el cas de les projeccions referents a la despesa total es repeteix la mateixa tònica d'una menor despesa que els tres grups amb els que fem la comparació. No obstant, si amb la despesa pública la diferència era d'entre 750 i 880 euros, ara sembla que la diferència és lleugerament menor, entre 720 i 800 euros. Això sembla suggerir que el pes de la despesa privada a Catalunya és relativament superior. En termes de PIB aquesta diferència entre el que es gasta i el que seria desitjable gastar equival a menys de 2 punts de PIB, si tenim en compte la xifra que dona el CatSalut, i entre 2.41 i 2.67 punts si tenim en compte el pes de la despesa sanitària sobre el PIB de l'Idescat.

En qualsevol cas, malgrat estar lleugerament menys lluny en el cas de la despesa sanitària total, seguim tenint una despesa sanitària substancialment inferior de la que tocaria si seguíssim els mateixos patrons que els països desenvolupats amb un nivell de PIB i envelliment similars als catalans.

[8] Les xifres reals de Catalunya han estat extretes de les taules del web del CatSalut, amb la despesa catalana homogeneïtzada en dòlars PPA i les hem reconvertit a euros utilitzant les paritats PPA proveïdes per l'OCDE per Espanya l'any 2016. https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/despesa-sanitaria-catalunya/

[9] Aquesta xifra és la que ofereix el CatSalut a la seva web. Si prenem el PIB ofert per l'Idescat i mirem el pes dels 2013,13€ equival a un 6.69% del PIB de l'any 2016. Existeixen discrepàncies de càlcul entre l'INE i l'Idescat que poden explicar, en part, aquesta diferència.

## 2.3. Anàlisi descriptiva

Per acabar de fer un retrat de la situació de la despesa dels països del nostre entorn en matèria de salut hem recopilat informació de diferent tipus, que presentem en un seguit de taules a continuació.

En primer lloc hem fet dues taules mostrant la despesa sanitària en percentatge del PIB dels països del grup Beveridge (Taula 3) i del grup Bismarck (Taula 4) per l'any 2016, distribuïdes en tres columnes que representen, respectivament, la despesa sanitària pública, privada i total, en termes de PIB i on també s'hi inclou la dada corresponent a Catalunya[10].

***Taula 3*** **Beveridge (2016)**

| *País* | *Pública % PIB* | *Privada % PIB* | *Total % PIB* |
|---|---|---|---|
| *Dinamarca* | 8,71 | 1,64 | 10,35 |
| *Finlàndia* | 7,07 | 2,42 | 9,49 |
| *Grècia* | 5,19 | 3,27 | 8,45 |
| *Islàndia* | 6,76 | 1,53 | 8,29 |
| *Irlanda* | 5,32 | 2,06 | 7,39 |
| *Itàlia* | 6,65 | 2,28 | 8,93 |
| *Corea* | 4,34 | 3,00 | 7,34 |
| *Mèxic* | 2,86 | 2,61 | 5,47 |
| *Nova Zelanda* | 7,25 | 1,97 | 9,22 |
| *Noruega* | 8,94 | 1,56 | 10,50 |
| *Polònia* | 4,55 | 1,96 | 6,52 |
| *Portugal* | 6,02 | 3,05 | 9,08 |
| *Espanya* | 6,39 | 2,58 | 8,97 |
| *Suècia* | 9,13 | 1,80 | 10,93 |
| *Regne Unit* | 7,76 | 2,00 | 9,76 |
| ***Mitjana*** | **6,46%** | **2,25%** | **8,71%** |
| ***Catalunya*** | **5.3%** | **2.3%** | **7.6%** |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'OCDE i CatSalut.

[10] No hem fet una taula de l'OCDE perquè els països Beveridge i Bismarck agrupen la majoria de l'OCDE, tanmateix podeu trobar la taula pel conjunt de l'OCDE a l'Annex B1.

***Taula 4*** **Bismarck (2016)**

| ***País*** | ***Pública % PIB*** | *Privada % PIB* | ***Total % PIB*** |
|---|---|---|---|
| *Àustria* | 7,74 | 2,70 | 10,44 |
| *Bèlgica* | 7,91 | 2,13 | 10,04 |
| *Xile* | 4,99 | 3,20 | 8,19 |
| *República Txeca* | 5,85 | 1,29 | 7,14 |
| *Estònia* | 5,06 | 1,63 | 6,68 |
| *França* | 9,57 | 1,97 | 11,54 |
| *Alemanya* | 9,42 | 1,72 | 11,14 |
| *Hongria* | 4,88 | 2,49 | 7,36 |
| *Israel* | 4,57 | 2,74 | 7,31 |
| *Japó* | 9,13 | 1,71 | 10,84 |
| *Luxemburg* | 4,99 | 1,18 | 6,16 |
| *Països Baixos* | 8,39 | 1,97 | 10,36 |
| *Eslovàquia* | 5,75 | 1,37 | 7,12 |
| *Eslovènia* | 6,15 | 0,52 | 6,67 |
| *Suïssa* | 7,69 | 4,56 | 12,25 |
| ***Mitjana*** | **6,81%** | **2,08%** | **8,88%** |
| *Catalunya* | **5.3%** | **2.3%** | **7.6%** |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'OCDE i el CatSalut

Com s'observa a les taules, Catalunya té una despesa sanitària pública d'un 5.3% del PIB, clarament inferior a la mitjana de tots dos grups, concretament al voltant d'1 punt i mig de PIB per sota de la mitjana. Aquest valor és només comparable als països menys desenvolupats dins de cada grup, deixant de banda casos particulars com Luxemburg, que té una despesa sobre el PIB baixa perquè té un PIB per càpita anòmalament elevat, cosa similar al que pot passar a Irlanda. També tenim una despesa sanitària pública sobre el PIB substancialment inferior a la mitjana espanyola, que se situa gairebé exactament sobre la mitjana del grup de Beveridge, amb un 6,39% de despesa pública sobre el PIB. Ens trobem, doncs, lluny de països capdavanters com els països nòrdics (tots al voltant del 9% del PIB, exceptuant Finlàndia) i fins i tot lluny de països més similars al nostre com podria ser França, que gasta un 9.57% del seu PIB en la seva sanitat pública. En despesa pública sobre el PIB ens superen tots i cadascun dels països del grup Bismarck (que gasten de mitjana unes dècimes més sobre el PIB que els de Beveridge), i tan sols superem a Mèxic i Corea del grup Beveridge.

La situació és diferent quan es mira la despesa sanitària privada. En aquest cas Catalunya es troba per sobre de la mitjana de tots dos grups amb una despesa sanitària privada sobre el PIB del 2.3%, poc per sobre de la mitjana dels països del grup Beveridge i lleugerament per sobre de la mitjana dels països del grup Bismarck. Això semblaria confirmar el que apuntaven les regressions sobre despesa total comentades més amunt.

D'altra banda s'ha realitzat un exercici complementari, consistent en agafar aquells països de l'OCDE amb un PIB per càpita similar o superior al català i mirar en quin any van tenir un nivell de PIB més pròxim al de Catalunya l'any 2016[11]. Amb aquesta identificació, podem veure quant gastaven en salut per càpita i en termes de PIB en el moment que tenien un nivell de riquesa similar al nostre actual. La Taula 5 recull aquesta informació:

***Taula 5***

| *País* | *Any* | *Pública ($ pc)* | *Privada ($ pc)* | *Total ($ pc)* |
|---|---|---|---|---|
| *Bèlgica* | 2015 | 3.598,05 | 991,41 | 4.589,46 |
| *Dinamarca* | 2013 | 4.004,03 | 747,90 | 4.751,93 |
| *Alemanya* | 2013 | 4.141,77 | 795,37 | 4.937,14 |
| *Irlanda* | 2012 | 3.546,13 | 1.449,42 | 4.995,54 |
| *França* | 2016 | 3.956,65 | 816,39 | 4.773,04 |
| *Itàlia* | 2016 | 2.553,72 | 875,74 | 3.429,46 |
| *Països Baixos* | 2010 | 3.825,17 | 808,57 | 4.633,74 |
| *Àustria* | 2012 | 3.538,46 | 1.199,80 | 4.738,26 |
| *Finlàndia* | 2016 | 3.066,84 | 1.051,08 | 4.117,91 |
| *Suècia* | 2013 | 4.227,66 | 842,43 | 5.070,09 |
| *Regne Unit* | 2016 | 3.311,81 | 852,44 | 4.164,25 |
| *Islàndia* | 2014 | 3.046,82 | 738,08 | 3.784,89 |
| *Nova Zelanda* | 2016 | 2.862,57 | 776,88 | 3.639,45 |
| *Noruega* | 2005 | 3.306,07 | 674,70 | 3.980,77 |
| *Suïssa* | 2006 | 2.784,15 | 1.823,62 | 4.607,77 |
| *Canadà* | 2016 | 3.319,11 | 1.402,47 | 4.721,58 |
| *Estats Units* | 2006 | 3.139,45 | 3.667,31 | 6.806,76 |
| *Austràlia* | 2015 | 3.010,70 | 1.403,28 | 4.413,98 |
| *Japó* | 2016 | 3.863,28 | 722,11 | 4.585,39 |
| ***Catalunya***[12] | **2016** | **2.137,1** | **931,6** | **3.068,8** |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'OCDE i del CatSalut.

També amb aquesta taula sembla clar que la despesa sanitària pública catalana és molt reduïda donat el nivell de desenvolupament que presenta Catalunya, ja que cap país té o tenia una despesa sanitària pública per càpita tan baixa en el moment de tenir un PIB com el català l'any 2016 (uns 30.000 €). Fins i tot aquells països que van registrar un PIB per càpita d'aquesta magnitud fa una quantitat considerable d'anys, i per tant, tenien probablement un envelliment menor del que tenia Catalunya l'any 2016, tenen xifres de despesa sanitària pública molt més elevades que la catalana l'any 2016. Una altra vegada és la despesa sanitària privada la que trenca aquesta tònica al ser més

[11] S'han tingut en compte el PIB pc en dòlars PPA que proporciona l'OCDE, i la xifra de Catalunya s'ha obtingut de transformant el PIB pc català ofert per l'Idescat utilitzant la xifra de conversió a PPA que ofereix l'OCDE per Espanya l'any 2016.

[12] La dada de Catalunya s'ha obtingut de la web del CatSalut https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio-economica/documents/quadres-despesa-salut-per-capita.pdf.

elevada que la de molts dels països quan tenien el mateix nivell de riquesa que Catalunya.

***Taula 6***

| *País* | *Any* | *Pública PIB* | *%* | *Privada PIB* | *%* | *Total PIB* | *%* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Bèlgica* | 2015 | 7,98 | | 2,30 | | 10,28 | |
| *Dinamarca* | 2013 | 8,66 | | 1,51 | | 10,17 | |
| *Alemanya* | 2013 | 9,16 | | 1,78 | | 10,93 | |
| *Irlanda* | 2012 | 7,70 | | 2,98 | | 10,68 | |
| *França* | 2016 | 9,57 | | 1,97 | | 11,54 | |
| *Itàlia* | 2016 | 6,65 | | 2,28 | | 8,94 | |
| *Països Baixos* | 2010 | 8,47 | | 1,68 | | 10,15 | |
| *Àustria* | 2012 | 7,62 | | 2,58 | | 10,20 | |
| *Finlàndia* | 2016 | 7,07 | | 2,42 | | 9,49 | |
| *Suècia* | 2013 | 9,25 | | 1,84 | | 11,09 | |
| *Regne Unit* | 2016 | 7,76 | | 2,00 | | 9,76 | |
| *Islàndia* | 2014 | 6,67 | | 1,62 | | 8,28 | |
| *Nova Zelanda* | 2016 | 7,25 | | 1,97 | | 9,22 | |
| *Noruega* | 2005 | 6,92 | | 1,41 | | 8,33 | |
| *Suïssa* | 2006 | 6,17 | | 4,04 | | 10,21 | |
| *Canadà* | 2016 | 7,41 | | 3,13 | | 10,54 | |
| *Estats Units* | 2006 | 6,78 | | 7,92 | | 14,70 | |
| *Austràlia* | 2015 | 6,35 | | 2,96 | | 9,31 | |
| *Japó* | 2016 | 9,13 | | 1,71 | | 10,84 | |
| ***Catalunya***[13] | **2016** | **5,30** | | **2,30** | | **7,60** | |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'OCDE i del CatSalut.

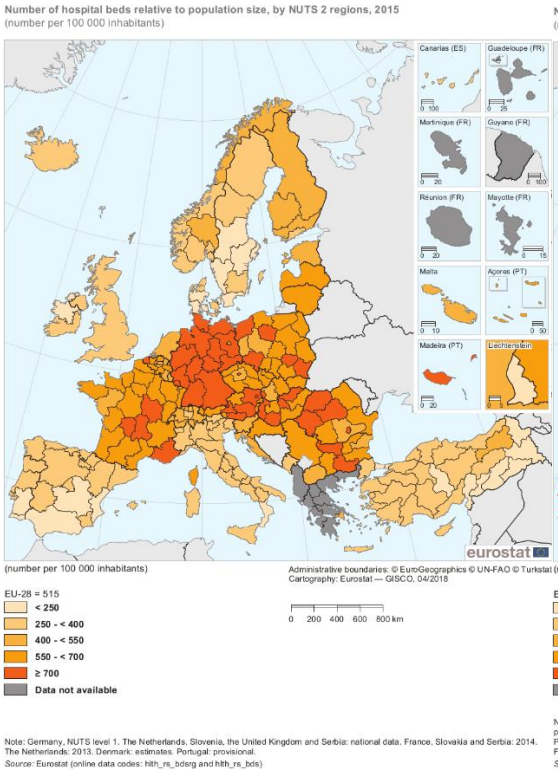
La Taula 6 ens mostra la informació de despesa sanitària pública, privada i total del mateix grup de països i anys que la Taula 5, en aquest cas mesurada com a percentatge del PIB. També veient aquestes magnituds es confirma el mateix que ja observàvem a la taula anterior: tots i cadascun dels països que tenen o han tingut un PIB similar al de Catalunya l'any 2016 van tenir o tenen una despesa sanitària pública sobre el PIB més elevada que Catalunya, en alguns casos la diferència pot ser de 3 o 4 punts del PIB. Pel que fa a la privada la tendència és diferent, alguns països també gasten més en sanitat privada que Catalunya, però també es troba per sobre de molts altres països del grup o en un nivell similar. La baixa xifra de despesa sanitària pública arrossega la total també a la baixa, sent Catalunya el país que gasta menys en sanitat de tot aquest grup de països en els anys seleccionats.

[13] La dada de Catalunya s'ha obtingut de la web del CatSalut https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio-economica/documents/quadres-despesa-salut-per-capita.pdf

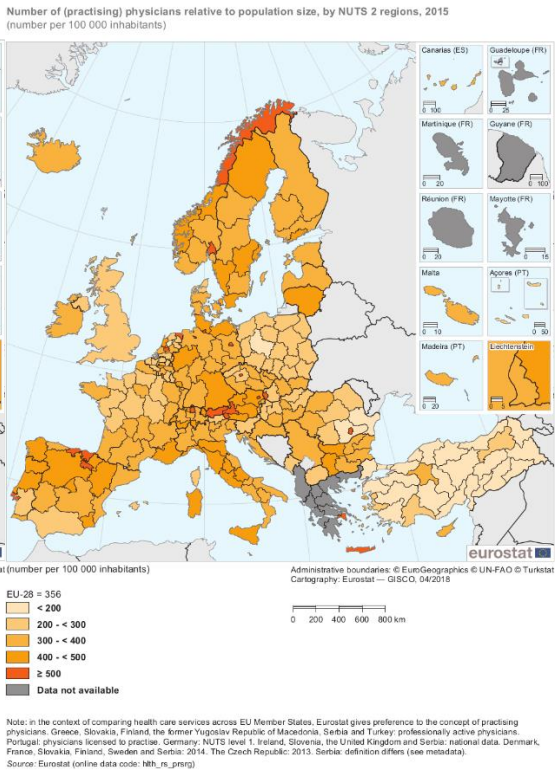
### 2.3.1. Regions europees

Per últim hem inclòs informació a nivell regional del nostre entorn més immediat, la Unió Europea, concretament pel nivell NUTS2. Com no disposem de dades de despesa a nivell regional, podem fer una petita aproximació mirant informació sobre recursos assistencials. Concretament Eurostat ofereix dades sobre el nombre de llits d'hospital per cada 100.000 habitants i el nombre de metges en exercici també per cada 100.000 habitants. Reproduïm a continuació mapes elaborats per Eurostat amb aquesta informació. La Gràfica 2 correspon al nombre de llits d'hospital i la Gràfica 3 al nombre de metges per l'any 2015:

***Gràfica 2***




***Gràfica 3***




Font: Eurostat

Aquests mapes mostren majors diferències pel que fa al nombre de llits d'hospital, destacant especialment Alemanya i Àustria, i en conjunt l'Europa Central en contrast amb una menor intensitat de la perifèria europea, inclosos els britànics i els nòrdics. En nombre de metges en exercici la situació és més equilibrada, amb excepcions notables entre els quals es troben algunes comunitats espanyoles com el País Basc, que disposen d'un nombre de metges elevats en relació a la seva població.

A més a més, hem seleccionat de forma arbitrària algunes regions europees d'interès per acabar d'il·lustrar aquesta informació, totes elles tenen en comú amb Catalunya que són relativament riques al seu país així com la presència de grans ciutats:

***Taula 7***

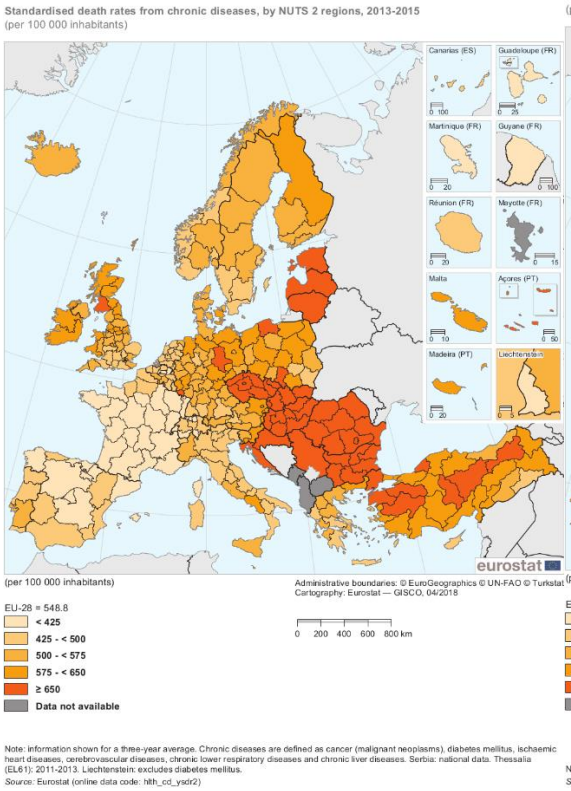
| ***Llits d'Hospital*** | |
|---|---|
| *Catalunya* | 382,8 |
| *Comunitat de Madrid* | 281,3 |
| *Île de France* | 570,0 |
| *Veneto* | 341,6 |
| *País Basc* | 334,8 |
| *Navarra* | 332,5 |
| *Bayern* | 824,7 |
| *Regió de Brussel·les-Capital* | 710,3 |

| ***Metges*** | |
|---|---|
| *Catalunya* | 358,9 |
| *Comunitat de Madrid* | 473,6 |
| *Île de France* | 394,8 |
| *Veneto* | 327,3 |
| *País Basc* | 505,2 |
| *Navarra* | 434,7 |
| *Bayern* | 433,2 |
| *Regió de Brussel·les-Capital* | 379,2 |

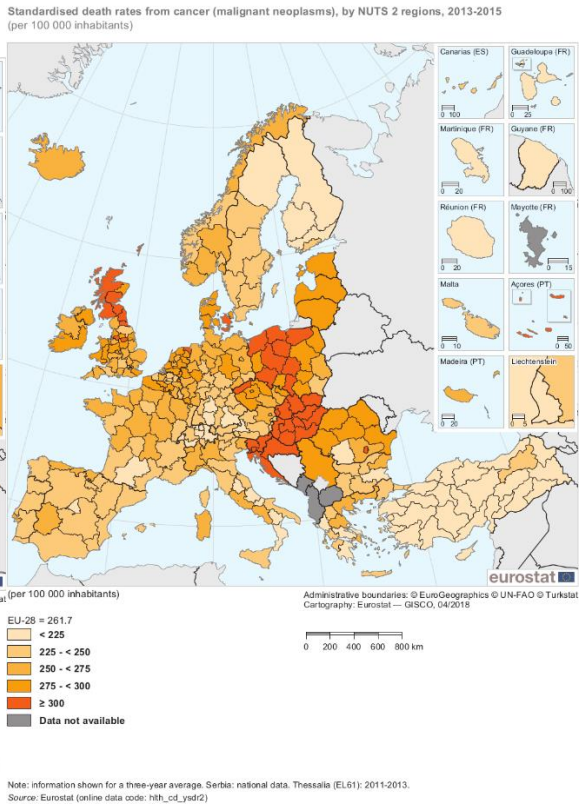
Font: Eurostat

Per últim també hem volgut incloure informació sobre resultats en salut, perquè malgrat la situació relativament desavantatjosa en termes de despesa i recursos públics de la sanitat catalana, sembla que aquestes limitacions no es traslladen a la salut de la població, que sortosament presenta uns resultats positius en aquest aspecte. La Gràfica 4 correspon a taxes de mortalitat estandarditzades per malalties cròniques per cada cent mil habitants i la Gràfica 5 il·lustra taxes de mortalitat per càncer.

***Gràfica 4***




***Gràfica 5***




Font: Eurostat

En aquests mapes veiem clarament la situació positiva tant de Catalunya com de la resta de CCAA de l'estat en relació amb la resta de regions europees en resultats de salut. Si pel que fa a recursos dedicats a la salut ens trobem a la cua, pel que fa a resultats no tenim gaire a envejar a la resta de regions europees.

Les taules amb la mateixa informació corresponent a les regions que hem considerat d'interès són les següents:

***Taula 8***

| ***Mortalitat Malalties Cròniques*** | |
|---|---|
| *Catalunya* | 406,1 |
| *Comunitat de Madrid* | 354,2 |
| *Île de France* | 341,8 |
| *Veneto* | 453,0 |
| *País Basc* | 412,7 |
| *Navarra* | 406,3 |
| *Oberbayern* | 477,1 |
| *Regió de Brussel·les-Capital* | 460,0 |

| ***Mortalitat càncer*** | |
|---|---|
| *Catalunya* | 231,1 |
| *Comunitat de Madrid* | 214,8 |
| *Île de France* | 228,8 |
| *Veneto* | 240,7 |
| *País Basc* | 251,4 |
| *Navarra* | 241,9 |
| *Oberbayern* | 224,5 |
| *Regió de Brussel·les-Capital* | 250,6 |

Font: Eurostat

## 3. La sanitat catalana en el context espanyol

En aquest apartat ens centrarem en analitzar la situació de la sanitat pública en el context espanyol, des d'una perspectiva autonòmica. Com és sabut, des de la creació i desenvolupament de l'estat de les autonomies, són les CCAA les qui han assumit la competència en matèria de sanitat, exceptuant les competències exclusives que s'atribueix l'Estat en sanitat exterior, coordinació general de la sanitat o la legislació sobre productes farmacèutics, entre d'altres[14]. Per la resta, són les CCAA, entre elles Catalunya, les responsables de la provisió dels serveis sanitaris a la població i la gestió i organització del seu propi sistema sanitari.

Aquesta descentralització ha permès el desenvolupament de diferents models segons les preferències polítiques i/o realitats de cada territori i ha creat algunes divergències entre comunitats. No obstant, com s'ha comentat a la introducció, malgrat l'autonomia formal en la gestió de serveis importants com la sanitat i educació, l'exercici efectiu d'aquestes competències es veu seriosament limitat per la banda del finançament, ja que la gran majoria dels ingressos de les CCAA de règim comú (això exclou les forals Navarra i País Basc) provenen directament de l'estat central mitjançant el sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú (SFRC), i la resta dels ingressos procedeixen dels impostos o tributs propis. En el cas de Catalunya els ingressos propis representen al voltant d'un 15% dels ingressos no financers no finalistes de la Generalitat[15].

Una de les característiques del sistema de finançament autonòmic és que té un fort component redistributiu, sovint poc consistent amb principis d'equitat. Es fa un càlcul de les necessitats de despesa de cada comunitat, amb una fórmula que inclou factors demogràfics, d'extensió territorial, dispersió de la població, població protegida, entre d'altres, que pretén avaluar quants recursos necessiten per prestar uns serveis similars (De La Fuente, 2019). Tanmateix, a la pràctica s'imposen altres criteris més arbitraris dins del complex sistema de càlcul, que introdueixen distorsions importants al sistema, afavorint i perjudicant determinades CCAA sense un criteri lògic aparent al darrere, tal i com també reconeix De La Fuente (2019) tot i ser un dels seus principals avaladors. És així general la crítica per la complexitat excessiva del sistema de càlcul i manca de transparència, la falta d'un criteri clar de repartiment i anivellament, que resulta en un nivell alt de diferències entre comunitats (el contrari del que teòricament es busca), els criteris "aparentment capriciosos", segons paraules del mateix autor, en l'ordenació resultant en termes de recursos per habitant ajustat. Com han assenyalat reiteradament López-Casasnovas i Rosselló-Villalonga (2013 i 2014) tot aquest procés resulta coetani amb un fort dèficit en l'autonomia per la banda dels ingressos, amb la conseqüent limitació de la capacitat d'actuació dels governs autonòmics i la manca de responsabilitat fiscal que això genera. A més, existeix un fort biaix pro-*statu quo* que

[14] Vegis l'article 149 de la Constitució Espanyola
[15] Avantprojecte de Pressupostos de la Generalitat de Catalunya 2019

impedeix resoldre aquestes deficiències, que se suma a la tendència de l'Administració Central a imposar obligacions a les CCAA sense preocupar-se suficientment del finançament d'aquestes, com és el cas de la Llei de la Dependència.

A banda d'aquests problemes de disseny i resultats del sistema de finançament, que tenen importants implicacions en matèria d'equitat i també en matèria d'atribució de responsabilitats polítiques, i doncs, de control democràtic dels governs autonòmics; sovint succeeix que la diferència entre allò pressupostat i allò finalment executat és considerable, amb liquidacions que de vegades no arriben ni al 50% d'allò pressupostat[16]. Això és així especialment en matèria d'inversions, com ha denunciat públicament el propi Govern de la Generalitat o les patronals catalanes en múltiples ocasions, amb un crònic dèficit d'inversió en infraestructures, incomplint sistemàticament allò establert a l'Estatut d'autonomia, una llei orgànica de l'Estat.

A més, afegida a aquesta realitat estructural, es troba una limitació conjuntural sobrevinguda, com s'ha mencionat a la introducció, arran de la crisi econòmica i la imposició de mesures d'austeritat derivades del repartiment desproporcionat dels topalls de dèficit que el govern va fer recaure en major mesura sobre les CCAA, amb l'argument que la Seguretat Social i l'Administració Central són més sensibles al cicle econòmic, com expliquen (Granell i Fuenmayor, 2016). Aquests autors també alerten que imposar objectius de dèficit homogenis per comunitats amb característiques financeres heterogènies pot ser problemàtic, i relacionen les dificultats de complir aquests objectius de dèficit de comunitats com Catalunya, País Valencià i Múrcia, precisament amb el Sistema de Finançament Autonòmic.

És en aquest context que hem de situar la realitat actual de la sanitat catalana, per entendre les característiques del seu finançament i les conseqüències que això té en termes assistencials.

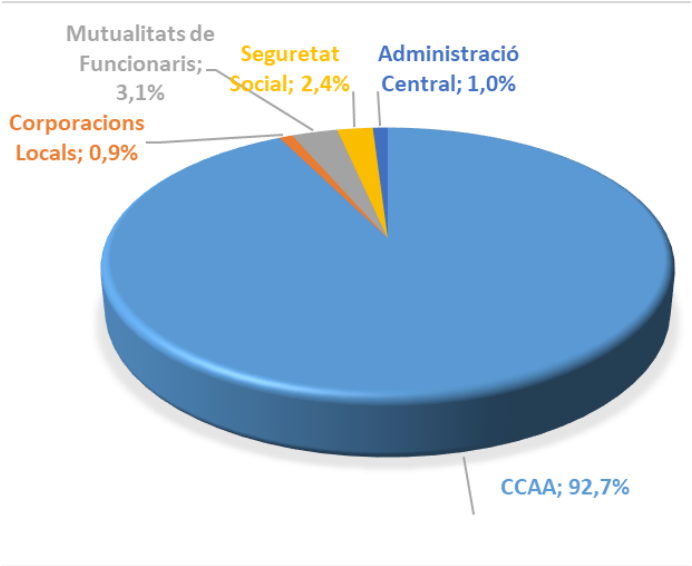
Passem a continuació a l'anàlisi d'algunes dades rellevants per mirar de fer un retrat de la situació de la sanitat espanyola.

[16] El diari ARA es fa ressò de l'incompliment amb totes les CCAA l'any 2016 segons un informe de la pròpia Intervenció General de l'Estat: https://www.ara.cat/economia/LEstat-incompleix-inversions-promeses-comunitats_0_1806419386.html

## 3.1. La despesa sanitària pública de les CCAA

Com acabem d'explicar, són les CCAA les principals responsables de la provisió de l'atenció sanitària a Espanya, per això són també les que realitzen gairebé la totalitat de la despesa sanitària pública del conjunt de l'estat, en concret les CCAA van ser les responsables d'un 92,7% de la despesa sanitària pública total segons *l'Estadística de Gasto Sanitario Público* (EGSP d'ara en endavant) que realitza el Ministeri de Sanitat. En la gràfica següent veiem el repartiment segons l'administració que la realitza:

***Gràfica 6: Despesa sanitària segons administracions***




Font: EGSP, 2017

**Anàlisi**

En aquest apartat hem realitzat també regressions del mateix tipus que les presentades a la secció anterior en relació a altres països, per veure si hi ha diferències al fer el mateix exercici amb la despesa pública del conjunt de les CCAA espanyoles. A diferència del bloc precedent, només farem les regressions per la despesa sanitària pública, ja que la manca de disponibilitat de dades de despesa sanitària total a nivell de comunitat autònoma, comparables i completes per tots anys del període i per totes les CCAA, ha fet impossible poder estimar regressions per la despesa total. Les dades tenen en compte la despesa realitzada per les CCAA i han estat extretes dels comptes satèl·lit de l'EGSP. El període considerat és el mateix que a la comparativa internacional: 2003-2016.

En primer lloc, tal i com hem fet en l'apartat anterior, hem fet la regressió[17] que inclou la variable de despesa sanitària pública per càpita de cada CCAA com a variable dependent i el PIB per càpita i el percentatge de població major de 65 anys com a variables explicatives.

Curiosament observem que cap de les dues variables explicatives són significatives estadísticament al nivell estàndard de confiança del 95%, per bé que en el cas del PIB per càpita seria significatiu al 90%. En cas de considerar aquest segon nivell de confiança podríem afirmar que per cada increment d'un euro en el nivell de PIB per càpita, la despesa pública per càpita creix de mitjana 2.5 cèntims d'euro, un nivell molt menor al que observem en la comparativa internacional, per tant, la relació entre el PIB per càpita i la despesa sanitària pública per càpita és molt feble, si no inexistent. Això seria consistent amb el disseny del sistema de finançament autonòmic, que busca equiparar la prestació de serveis públics independentment de la riquesa de cada territori. No obstant, contrasta amb les regressions de la comparativa internacional, on la relació entre el PIB per càpita d'un país i la seva despesa sanitària per càpita era molt forta.

En el cas de l'envelliment, hem vist abans com a totes les regressions aplicades als grups de països Beveridge no era significativa, i a Espanya (un dels països amb un model sanitari Beveridge) tampoc ho és.

Quan fem la mateixa regressió[18], però transformant logarítmicament les variables monetàries (PIB per càpita i despesa sanitària pública per càpita), trobem la mateixa baixa significació que a la regressió sense logaritmes. Si consideréssim un nivell de confiança del 90%, podríem afirmar que per cada increment en un 1% del PIB per càpita, la despesa sanitària pública per càpita s'incrementa un 0.47%. Per tant, la despesa pública per càpita en sanitat és molt poc sensible a les variacions en el nivell de PIB.

Aquest fet no hauria de sorprendre'ns tampoc, ja que és sabut que per raons de cohesió social i territorial, els països busquen esmorteir els diferents nivells de riquesa dels seus territoris amb una prestació de serveis homogènia arreu del territori. Persegueixen així una determinada visió de l'equitat, i per tant, la forta relació entre el PIB i la despesa sanitària que s'observa entre països desapareix quan es mira intra-país. Sobta una mica més que l'envelliment no tingui una major relació amb la despesa, al ser un factor que aproxima la necessitat i a més és un dels criteris utilitzats en el càlcul del sistema de finançament autonòmic.

Com hem dit anteriorment, no és el propòsit d'aquest treball estudiar a fons els determinants de la despesa sanitària als països de l'OCDE ni a les CCAA espanyoles, però aquesta primera aproximació ens dona pistes de per on van els trets, i a més a més és consistent amb el que han trobat altres treballs que sí que s'ocupen d'estudiar amb detall els determinants de la despesa sanitària com ara Cantarero i Lago-Peñas

[17] Regressió C1 als Annexos
[18] Regressió C2 als Annexos

(2012) i Costa-Font i Moscone (2008), que troben una influència moderada entre la riquesa i la despesa sanitària pública, que els primers atribueixen a les regions amb més autonomia fiscal: País Basc i Navarra, que es troben fora del règim comú.

Com abans, s'han realitzat també les mateixes regressions que en la comparativa internacional, però canviant la forma en que està mesurada la despesa sanitària pública, fent-ho ara en termes de percentatge del PIB enlloc de mesurar-la en valors absoluts. El resultat d'introduir aquest canvi és molt interessant com veurem a continuació.

En aquesta especificació[19], amb la despesa sanitària pública mesurada en termes de PIB com a variable dependent, i el PIB per càpita, junt amb el percentatge de població de més de 65 anys com a variables explicatives, observem un canvi significatiu respecte a la mateixa regressió amb la despesa mesurada en valors absoluts. La direcció de la relació entre la despesa mesurada en percentatge del PIB i la despesa sanitària pública és negativa, cosa que ja passava fent la mateixa regressió pels diferents grups de països de l'apartat previ, però la diferència important és que en el cas anterior aquesta relació no tenia significació estadística i en el cas de les CCAA sí que en té. És a dir, en el cas dels països no podem dir que el PIB per càpita i la despesa sanitària en termes del PIB tinguin cap relació, però en el cas de les diferents comunitats espanyoles sí que podem afirmar que a major PIB per càpita, menor és el pes de la despesa sanitària pública sobre el PIB.

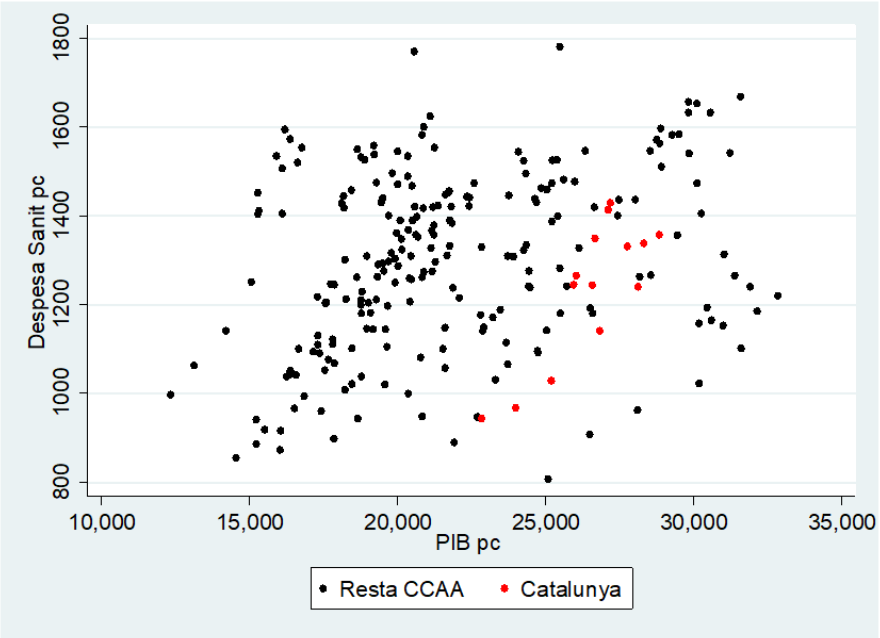
El coeficient és un nombre molt petit, així que l'efecte no és molt gran, però tot i així és significatiu estadísticament al 95% de nivell de confiança i és coherent amb el disseny del sistema de finançament, si hi ha menys disparitat en la despesa per càpita que en el PIB per càpita, aquesta mateixa despesa pesarà relativament més en aquelles CCAA més pobres i relativament menys en les més riques.

Pel que fa a la variable de persones majors de 65 anys respecte el total de població, la direcció de la relació també es torna negativa, però com segueix sense ser significativa estadísticament no podem afirmar que aquest efecte sigui estadísticament diferent de zero.

Finalment, hem representat les nostres dades en uns diagrames per poder apreciar també visualment el que hem pogut extraure de les regressions anteriors.

[19] Regressió C3 dels Annexos

***Gràfica 6***

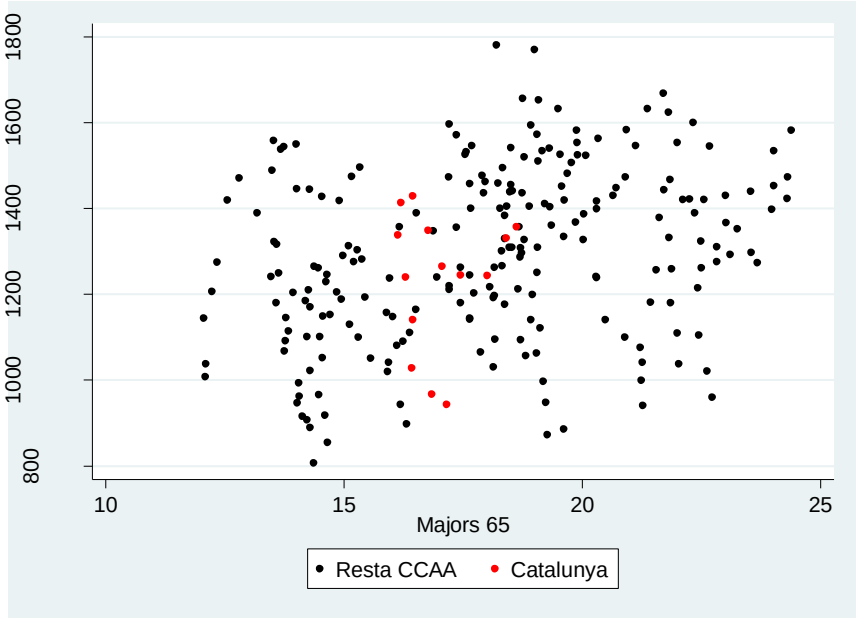



Font: Elaboració pròpia amb dades del Ministeri de Sanitat i de l'INE

A la Gràfica 6 l'eix horitzontal correspon al PIB per càpita i l'eix vertical representa la despesa sanitària pública per càpita. Estan representades les observacions de totes les CCAA per tots els anys del període 2003-2016, i es ressalten en vermell les observacions corresponents a Catalunya. El que veiem a simple vista és un núvol de punts en el que no s'aprecia cap relació clara, a diferència del que passava amb els països de l'OCDE, en el que la relació era claríssima, d'aquí la manca de significació que observem a les regressions C1 i C2.

El mateix ocorre si enlloc del PIB per càpita representem el percentatge de persones de més de 65 anys a l'eix horitzontal (Gràfica 7). Hi ha força disparitat entre les taxes d'envelliment de diferents CCAA i tot i així la despesa no respon a aquestes diferències. La corba que fan les observacions catalanes (i la de les altres CCAA, que al no estar destacades no s'aprecia) és degut a que l'envelliment és una variable lineal, que creix de forma més o menys constant en el període estudiat, mentre que la despesa tendeix a créixer fins la crisi, llavors es redueix de forma important, per a reprendre el creixement els darrers anys de la sèrie.

***Gràfica 7***




Font: Elaboració pròpia amb dades del Ministeri de Sanitat i de l'INE

## 3.2. Evolució durant el període 2003-2016

Més enllà de veure la relació entre les variables d'interès, també ens volem fixar en quina ha estat la variació de la despesa mirant la diferència entre el 2016 i 2003 i comparar-ho amb la variació del PIB i de la taxa de persones de més de 65 anys. Per això hem calculat la taxa de variació d'aquestes tres variables, per cada comunitat autònoma al llarg del període d'interès i hem realitzat una regressió amb aquestes dades. Quan tenim en compte les variacions estimem si fa no fa el mateix que quan teníem en compte el valor absolut de la despesa i el PIB. La relació entre la taxa de variació de la despesa sanitària pública de les CCAA en el període i la variació en el PIB per càpita és positiva i significativa estadísticament, sent el coeficient 0.625, que vol dir que per cada increment d'un 1% del PIB per càpita s'ha produït de mitjana un increment de 0.625% en la despesa sanitària pública. La correlació entre les taxes de variació d'aquestes dues variables és de 0.64. En quant a la variable de la proporció de persones majors de 65 anys segueix sense tenir significació estadística[20].

En la següent taula presentem els valors dels increments percentuals de la despesa sanitària pública per càpita, el PIB per càpita, la proporció de població de més de 65 anys i la diferència en punts percentuals sobre el PIB (que no taxa de variació) entre el pes de la despesa sanitària com a proporció del PIB:

[20] Regressió C4 dels Annexos

***Taula 9: Taxa de variació (2003-2016)***

| *CCAA* | *PIB pc* | *Majors 65* | *Despesa pc* | *Despesa % PIB*[21] |
|---|---|---|---|---|
| *Andalusia* | 18,30 | 10,50 | 23,00 | **+0,36** |
| *Aragó* | 22,69 | -0,57 | 35,39 | **+0,96** |
| *Astúries* | 21,93 | 9,68 | 34,42 | **+1,22** |
| *Balears* | 14,01 | 7,09 | 30,64 | **+0,97** |
| *Canàries* | 8,48 | 20,88 | 22,69 | **+1,02** |
| *Cantàbria* | 17,63 | 7,68 | 22,56 | **+0,40** |
| *Castella i Lleó* | 22,91 | 6,54 | 34,81 | **+1,01** |
| *Castella la Manxa* | 19,75 | -6,17 | 32,37 | **+1,09** |
| *Catalunya* | 20,80 | 7,84 | 30,51 | **+0,58** |
| *C. Valenciana* | 15,54 | 13,10 | 32,41 | **+1,25** |
| *Extremadura* | 26,52 | 3,57 | 35,86 | **+1,18** |
| *Galícia* | 28,72 | 12,43 | 33,89 | **+0,48** |
| *Madrid* | 23,65 | 16,50 | 33,92 | **+0,50** |
| *Múrcia* | 19,01 | 7,89 | 38,81 | **+1,84** |
| *Navarra* | 20,52 | 7,46 | 30,83 | **+0,67** |
| *País Basc* | 26,22 | 16,44 | 38,26 | **+0,86** |
| *La Rioja* | 18,00 | 5,22 | 32,23 | **+0,96** |
| ***Mitjana***[22] | **20,27** | **8,59** | **31,92** | **+0,90** |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'EGSP i l'INE

Com es pot veure, en tots els casos la despesa sanitària pública per càpita ha crescut més que el PIB per càpita durant el període estudiat, és per aquest motiu que el pes de la despesa sanitària pública sobre el PIB ha augmentat en totes les CCAA però amb notables diferències, ja que en el cas d'Andalusia, per exemple, la comunitat en que ha crescut menys la despesa en termes de PIB (i la segona que menys ha crescut en termes per càpita), el pes de la despesa sanitària pública ha augmentat tan sols 0.36 punts percentuals, i el cas de major augment correspon a Múrcia amb 1.84 punts més del seu PIB destinats a la sanitat pública (també és la comunitat on la despesa més creix en termes per càpita, un 38.26%).

Pel que fa a Catalunya, es troba al voltant de la mitjana en quant als valors de variació de PIB i envelliment, lleugerament per sota de la mitjana en l'increment de la despesa sanitària per càpita i per sota pel que fa a l'increment en punts sobre el PIB. Aquest fet podria estranyar a primer cop d'ull, però es deu a que la despesa sanitària sobre el PIB de Catalunya partia d'un nivell menor i per tant, un increment percentual similar sobre una xifra més petita dona un increment final també més petit, cosa que també ocorre amb Madrid.

La taula anterior reflexa una certa disparitat en l'evolució de la despesa sanitària pública entre les diferents CCAA al llarg del període. Per entendre una mica més

[21] Les xifres d'aquesta columna no són increments percentuals sinó increments en termes de PIB
[22] Mitjana de les Comunitats Autònomes, no confondre amb la mitjana espanyola.

aquesta disparitat ara ens fixarem en la dispersió de la variació de la despesa any a any. En la primera columna de la Taula 10 tenim la mitjana de les taxes de variació de la despesa sanitària pública per càpita de les diferents CCAA per cada any[23], en la segona columna la desviació típica d'aquestes taxes de variació pel conjunt de les CCAA cada any, i en la tercera columna la ràtio entre la desviació típica i la mitjana, el que es coneix com a coeficient de variació, que agafarem com la nostra mesura de desigualtat.

***Taula 10***

| *Any* | *Mitjana taxa variació despesa pc (en%)*[24] | *Desviació típica* | *Coeficient de variació* |
|---|---|---|---|
| *2004* | 6,86 | 3,43 | 0,500 |
| *2005* | 8,61 | 5,52 | 0,641 |
| *2006* | 8,72 | 5,83 | 0,669 |
| *2007* | 7,41 | 4,54 | 0,613 |
| *2008* | 7,54 | 8,50 | 1,127 |
| *2009* | 5,45 | 3,97 | 0,728 |
| *2010* | -0,28 | 5,49 | -19,360 |
| *2011* | -2,52 | 5,66 | -2,243 |
| *2012* | -4,16 | 11,77 | -2,827 |
| *2013* | -4,32 | 6,64 | -1,539 |
| *2014* | 1,74 | 4,17 | 2,387 |
| *2015* | 6,00 | 2,79 | 0,465 |
| *2016* | 1,69 | 1,38 | 0,813 |

Font: Elaboració pròpia amb dades de l'EGSP

És fàcil observar l'impacte de les retallades com a conseqüència de la crisi econòmica a partir de l'any 2010, sempre amb importants desviacions. Els anys precedents es registren forts increments en la despesa sanitària, però els anys 2010, 2011, 2012 i 2013 es registren caigudes cada any majors fins que el 2014 s'inicia un altre cop la recuperació. Si ens fixem en la ràtio de la desviació típica sobre la mitjana veiem com és precisament l'any 2010 el que registra una major dispersió, espectacular comparat amb la resta d'anys. Això és degut que mentre el 2010 algunes CCAA comencen a retallar, n'hi ha d'altres que encara no ho fan i fins i tot incrementen la despesa (amb l'observació atípica de Balears com a millor exemple, que l'any 2010 incrementa la despesa sanitària pública un 16,7%) , és per això que la mitjana és propera a 0 per la presència de valors positius i negatius, cosa que explica la gran dispersió deguda a les importants diferències entre CCAA.

[23] El primer any és 2004 perquè correspon a la variació entre 2003 i 2004, i així successivament.
[24] És la mitjana de les variacions en la despesa sanitària pública per càpita de les CCAA.

La taula anterior ens ajuda a entendre la desigualtat en la variació anual de la despesa sanitària pública entre les diferents CCAA, cosa que ens interessava especialment per veure com es va comportar la despesa de les CCAA amb l'arribada de la crisi.

Si enlloc de fixar-nos en les variacions en la despesa sanitària pública any a any del conjunt de CCAA ens fixem en el nivell d'aquesta despesa podem veure també la desigualtat de partida i com aquesta ha evolucionat al llarg dels anys. Per això, com en la taula anterior, hem calculat també la mitjana, la desviació típica i el coeficient de variació del nivell de despesa sanitària pública per càpita de les CCAA i els resultats estan recollits en la Taula 11:

***Taula 11***

| *Any* | *Mitjana despesa sanitària p.c.*[25] | *Desviació típica* | *Coeficient de Variació* |
|---|---|---|---|
| *2003* | 958,87 | 81,22 | 0,085 |
| *2004* | 1024,43 | 90,30 | 0,088 |
| *2005* | 1110,40 | 85,26 | 0,077 |
| *2006* | 1207,49 | 116,49 | 0,096 |
| *2007* | 1298,78 | 160,44 | 0,124 |
| *2008* | 1387,06 | 106,25 | 0,077 |
| *2009* | 1462,60 | 124,15 | 0,085 |
| *2010* | 1457,14 | 128,16 | 0,088 |
| *2011* | 1418,86 | 134,64 | 0,095 |
| *2012* | 1356,21 | 177,47 | 0,131 |
| *2013* | 1290,87 | 132,91 | 0,103 |
| *2014* | 1312,63 | 136,85 | 0,104 |
| *2015* | 1389,86 | 132,25 | 0,095 |
| *2016* | 1414,30 | 145,63 | 0,103 |

Font: Elaboració pròpia amb dades de l'EGSP

En aquesta taula veiem com la despesa sanitària pública de les CCAA ha anat augmentant al llarg dels anys, amb l'excepció dels anys de la crisi quan es produeix una important baixada, tornant a créixer a partir del 2014. Pel que fa a la desigualtat entre CCAA en la despesa veiem que del 2003 al 2007 augmenta considerablement, es redueix de cop l'any 2008, i des de llavors ha tornat a incrementar-se fins arribar al moment de màxima desigualtat l'any 2012 amb un coeficient de variació de 0.131. Des d'aquell moment es troba estable al voltant de 0.10, un nivell lleugerament superior al de l'inici de la sèrie el 2003.

[25] Mitjana de la despesa sanitària pública per càpita de les CCAA

El pes que representa la despesa sanitària dintre del total de la despesa de cada Comunitat Autònoma (que es pot entendre com una mena d'esforç en la dedicació de recursos a aquesta prestació social) es conté a la taula següent referida a l'any 2017:

***Taula 12. Pes despesa sanitària pública sobre el pressupost de la CA. Any 2017***

| *CCAA* | *Pes despesa en Salut (%)* |
|---|---|
| *Andalusia* | 29,47 |
| *Aragó* | 35,23 |
| *Astúries* | 40,82 |
| *Balears* | 32,91 |
| *Canàries* | 39,35 |
| *Cantàbria* | 33,47 |
| *Castella i Lleó* | 37,42 |
| *Castella La Manxa* | 32,35 |
| *Catalunya* | 28,49 |
| *C. Valenciana* | 36,03 |
| *Extremadura* | 33,46 |
| *Galícia* | 36,02 |
| *Madrid* | 39,66 |
| *Múrcia* | 42,62 |
| *Navarra* | 25,55 |
| *País Basc* | 32,99 |
| *La Rioja* | 31,15 |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Hacienda

En aquesta taula s'inclou el percentatge de despesa que les CCAA van dedicar a salut l'any 2017 en relació a la despesa total efectuada per les diferents administracions autonòmiques. Aquest percentatge s'ha calculat tenint en compte la despesa liquidada efectivament, no la pressupostada. Es pot apreciar una variabilitat important entre CCAA pel que fa a la proporció de recursos que destinen a salut, sent Múrcia la que dedica un percentatge més alt a la sanitat amb més d'un 42%. Per contra, Navarra és la comunitat autònoma que dedica un menor tant per cent dels seus recursos a salut, amb un 25.55%. Cal tenir en compte, però, que no totes les comunitats tenen les mateixes competències i que factors com la població, l'extensió territorial o la dispersió de la població poden jugar un paper important a l'hora d'explicar aquestes diferències. En el cas de Catalunya, el pes de la despesa sanitària va ser d'un 28.5% de la despesa de la Generalitat l'any 2017, sent la segona comunitat autònoma que menys percentatge dels seus recursos destina a Salut. Essent una ratio molt sensible al pes del denominador, aquestes valors s'han d'acompanyar dels relatius a la població (despesa sanitària pública per càpita), tal com es fa a taules anteriors.

Finalment, en la següent taula presentem els resultats de calcular quina és la diferència entre els pressupostos inicials de despesa sanitària de les diferents CCAA i la despesa real finalment efectuada, ambdues xifres extretes de dades del Ministeri de Sanitat. Aquesta diferència entre la despesa prevista i la finalment efectuada s'ha posat en relació amb els ingressos de cada comunitat autònoma, extrets de les liquidacions dels pressupostos de les CCAA que ofereix el Ministeri d'Hisenda. S'ha realitzat aquest exercici pels anys 2009, 2013 i 2017 per comprovar si s'observen canvis en aquesta xifra al llarg del temps. Els resultats que incorpora la taula són el percentatge d'aquesta diferència respecte els ingressos de cada comunitat autònoma l'any en qüestió:

***Taula 13. Diferència despesa real vs inicial en % sobre els ingressos de cada CA***

| ***CCAA*** | ***Anys*** | | |
|---|---|---|---|
| | **2009** | **2013** | **2017** |
| *Andalusia* | 1,34 | 1,07 | 1,09 |
| *Aragó* | 3,30 | 0,70 | 2,58 |
| *Astúries* | 4,19 | 0,90 | -0,06 |
| *Balears* | 4,12 | 2,59 | 1,29 |
| *Canàries* | 0,81 | -0,36 | 1,99 |
| *Cantàbria* | 0,76 | 1,31 | 0,96 |
| *Castella i Lleó* | 1,16 | 1,55 | 1,91 |
| *Castella-La Manxa* | 3,10 | 0,81 | 0,63 |
| *Catalunya* | 3,33 | 2,53 | 4,00 |
| *C.Valenciana* | 7,05 | 5,23 | 3,78 |
| *Extremadura* | 0,60 | 4,94 | 2,88 |
| *Galícia* | 2,47 | 1,39 | 2,66 |
| *Madrid* | 4,47 | 1,51 | 2,22 |
| *Múrcia* | 7,86 | 10,17 | 9,22 |
| *Navarra* | 2,34 | 0,95 | -0,40 |
| *País Basc* | 0,67 | -1,06 | 0,76 |
| *La Rioja* | 4,98 | 4,36 | 4,80 |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Sanidad i del Ministerio de Hacienda

Es remarcable que excepte en alguns casos puntuals i d'unes molt poques comunitats, es liquida sempre per sobre del pressupostat. Que el signe es mantingui al llarg del temps denota un element estructural i no de cicle, ni compensatori en una mena de *carry-over* intertemporal. Destaca Catalunya, La Rioja, Balears i la Comunitat Valenciana, Múrcia i Galícia. Com es pot veure hi ha diferències importants entre comunitats i també canvis entre els diferents anys. És remarcable l'alt percentatge que s'observa a Múrcia en tots els períodes i també l'elevada xifra de la Comunitat

Valenciana el primer any i la progressiva reducció els talls següents. Pel que fa a Catalunya presenta un valor relativament elevat, especialment l'any 2017.

## 3.3. Fotografia actual

En aquest bloc hem reflexionat sobre les característiques del finançament de la sanitat pública a l'estat espanyol, descentralitzada a nivell de comunitat autònoma, sobre el disseny i les limitacions del sistema de finançament autonòmic i quin impacte té això en el finançament de les CCAA, que repercuteix al seu torn en el finançament de la sanitat. Hem vist també l'evolució de la despesa sanitària pública al llarg del període estudiat i la seva (manca) de relació amb les variables explicatives més importants en la determinació de la despesa sanitària a nivell internacional, així com la disparitat existent en l'evolució d'aquesta despesa segons territoris.

Per tancar aquest bloc sobre la sanitat pública en el context espanyol presentem a la Taula 14 les dades de despesa sanitària pública de les diferents CCAA, tant en euros per càpita com en el seu pes sobre el PIB, segons l'EGSP 2017[26].

***Taula 14: Despesa sanitària pública any 2017***

| ***CCAA*** | ***Despesa (€ per càpita)*** | ***Despesa % PIB***[27] |
|---|---|---|
| *Andalusia* | 1.153 | 6,2 |
| *Aragó* | 1.556 | 5,6 |
| *Astúries* | 1.625 | 7,3 |
| *Balears* | 1.353 | 5,1 |
| *Canàries* | 1.334 | 6,5 |
| *Cantàbria* | 1.462 | 6,4 |
| *Castella i Lleó* | 1.514 | 6,5 |
| *Castella la Manxa* | 1.363 | 6,9 |
| *Catalunya* | 1.388 | 4,6 |
| *C. Valenciana* | 1.379 | 6,3 |
| *Extremadura* | 1.585 | 9,1 |
| *Galícia* | 1.443 | 6,5 |
| *Madrid* | 1.254 | 3,7 |
| *Múrcia* | 1.540 | 7,5 |
| *Navarra* | 1.608 | 5,2 |
| *País Basc* | 1.710 | 5,2 |
| *La Rioja* | 1.420 | 5,4 |
| ***CCAA*** | **1.370** | **5.5** |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'EGSP, Principales Resultados 2017

[26] EGSP, Principales Resultados 2017: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf
[27] Aquesta xifra només inclou la despesa sanitària realitzada per les CCAA

La despesa per càpita més alta és la del País Basc, amb 1.710€ per persona i any i la més baixa és la d'Andalusia amb 1.153€. Només mirant aquestes dues dades semblaria que la despesa sanitària va en proporció al PIB, però la disparitat és evident: Extremadura és de les comunitats amb una major despesa en termes per càpita, i la que més gasta en termes del seu PIB, un 9.1%. Al costat oposat se situa Madrid, amb un sorprenentment baix 3.7%. El cas de Madrid, però, és particular. Aquestes dades tenen en compte únicament la despesa que duen a terme les CCAA. A Madrid, per l'efecte capitalitat, hi ha una proporció molt gran de funcionaris coberts per mutualitats de funcionaris, un 17.22%[28] pagades amb diners públics però que no es té en compte en aquesta dada, a més de tenir un PIB elevat, que dissol el pes de la despesa que duu a terme la Comunitat. Pel que fa a Catalunya, se situa al voltant de la mitjana en termes per càpita, i clarament per sota en termes de PIB, degut al seu major PIB per càpita. Així doncs, malgrat sembla que el sistema de finançament aconsegueix una considerable redistribució entre territoris, també es veu una important disparitat de fins a 557€ per càpita entre la que més gasta i la que menys, que no sembla justificada per cap criteri.

Per entendre què suposaria que Catalunya gastés com les CCAA que més gasten en sanitat pública, en termes de PIB i també per càpita, podem agafar Extremadura (la que més gasta en percentatge del seu PIB) i el País Basc (la que més gasta en euros per càpita) i traslladar les seves xifres a Catalunya.

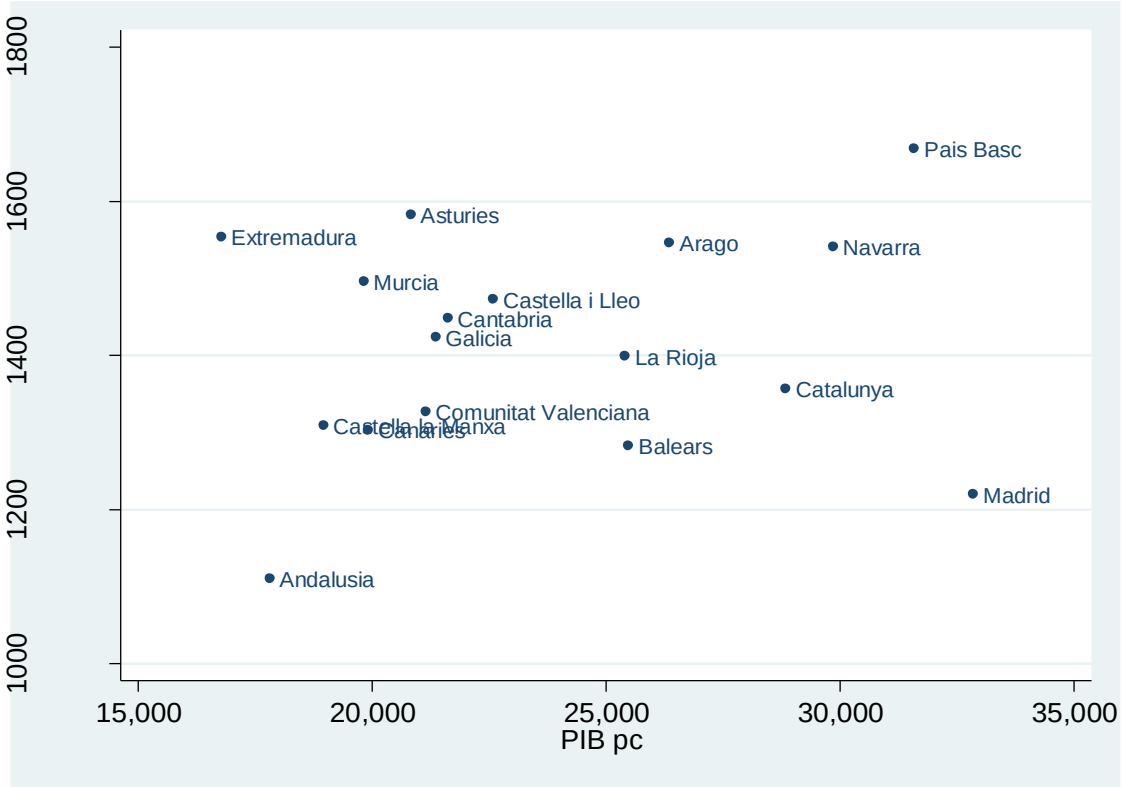
En el cas que Catalunya gastés un 9,1% del seu PIB en sanitat pública, això equivaldria a 2.839€ per persona i any. Si, per contra, agafem la despesa del País Basc (1.710€) i els posem en termes del PIB català, això suposaria el 5,5% del PIB de Catalunya[29], en els dos casos xifres substancialment superiors al que observem en realitat.

En la següent gràfica veiem la posició relativa que ocupa cada comunitat. Hem representat el tall temporal, en aquest cas de 2016 (el darrer any de la nostra sèrie), relacionant el PIB per càpita en l'eix horitzontal i la despesa sanitària pública per càpita en l'eix vertical, allà es veu clarament la posició privilegiada que mantenen País Basc i Navarra, i com hi ha contrastos clars entre comunitats amb rendes similars que tenen una despesa sanitària pública per càpita molt diferent (p.e. Extremadura i Andalusia, Madrid i el País Basc, etc).

[28] Font: Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid 2018

[29] Per fer aquest càlcul s'ha tingut en compte el PIB per càpita català segons l'Idescat, que el 2017 va ser de 31.207,94€.

***Gràfica 8: Any 2016***




Font: Elaboració pròpia amb dades del Ministeri de Sanitat i de l'INE

Finalment, per acabar de completar la imatge de la sanitat espanyola i les seves CCAA, incorporem dues taules amb informació sobre resultats en salut segons comunitat autònoma, extrets de l'informe "*Indicadores de Salud 2017*" elaborat pel Ministeri de Sanitat. En la primera d'elles, la Taula 15, es recull informació dels anys 2007 i 2015, de totes les CCAA, sobre esperança de vida, anys de vida saludable i anys amb limitació de l'activitat al néixer. S'observen algunes diferències però la disparitat és molt menor que en el finançament, la majoria de comunitats no estan lluny de la mitjana.

Per últim, la Taula 16 recull les diferents taxes de mortalitat per 100.000 habitants de totes les CCAA donant el valor de cada any en el període 2008-2015.

Per més informació d'aquest tipus a l'Annex D s'incorporen diverses taules més d'aquest estil, extretes de la mateixa font.

***Taula 15***

**TABLA 1.2.2 ESPERANZA DE VIDA (EV), AÑOS DE VIDA SALUDABLE (EVS) Y AÑOS CON LIMITACION DE ACTIVIDAD (LA) AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2007 Y 2015.**

| | 2007 | | | 2015 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EV | AVS | LA | EV | AVS | LA |
| Total | 81,0 | 63,0 | 18,1 | 82,8 | 66,7 | 16,1 |
| Andalucía | 79,8 | 63,1 | 16,7 | 81,5 | 65,4 | 16,2 |
| Aragón | 81,6 | 67,1 | 14,5 | 83,0 | 72,5 | 10,5 |
| Asturias | 80,5 | 58,8 | 21,7 | 82,3 | 63,6 | 18,7 |
| Baleares | 81,5 | 61,2 | 20,2 | 82,6 | 65,9 | 16,8 |
| Canarias | 80,0 | 63,6 | 16,3 | 82,3 | 58,2 | 24,1 |
| Cantabria | 81,2 | 67,8 | 13,4 | 82,9 | 72,1 | 10,8 |
| Castilla-La Mancha | 81,6 | 67,1 | 14,4 | 83,1 | 69,6 | 13,5 |
| Castilla y León | 82,2 | 68,7 | 13,4 | 83,8 | 69,9 | 13,9 |
| Cataluña | 81,5 | 60,8 | 20,8 | 83,4 | 66,7 | 16,7 |
| Comunidad Valenciana | 80,7 | 59,5 | 21,2 | 82,5 | 66,6 | 15,9 |
| Extremadura | 80,6 | 63,8 | 16,8 | 82,2 | 67,6 | 14,6 |
| Galicia | 81,1 | 59,2 | 21,9 | 82,9 | 64,6 | 18,3 |
| Madrid | 82,4 | 67,2 | 15,2 | 84,4 | 68,3 | 16,2 |
| Murcia | 80,5 | 60,0 | 20,5 | 82,4 | 65,6 | 16,8 |
| Navarra | 82,5 | 62,8 | 19,7 | 84,0 | 70,6 | 13,3 |
| País Vasco | 81,6 | 63,3 | 18,3 | 83,4 | 68,4 | 15,0 |
| La Rioja | 81,8 | 58,7 | 23,1 | 83,6 | 67,3 | 16,4 |
| Ceuta y Melilla | 78,6 | 52,8 | 25,8 | 80,5 | 62,4 | 18,1 |

Font: Indicadores de Salud 2017, Ministeri de Sanitat

***Taula 16***

**TABLA 2.1.2- TODAS LAS CAUSAS DE MUERTE. TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TASA BRUTA | | | | | | | | |
| Total | 840,1 | 830,2 | 820,5 | 830,0 | 861,6 | 837,9 | 852,1 | 910,5 |
| Andalucía | 802,9 | 785,1 | 776,5 | 786,6 | 815,5 | 783,2 | 790,4 | 857,3 |
| Aragón | 1002,6 | 986,8 | 981,8 | 1008,1 | 1023,6 | 1000,6 | 1034,5 | 1084,9 |
| Asturias | 1186,3 | 1185,3 | 1182,4 | 1179,2 | 1228,3 | 1196,9 | 1215,5 | 1297,8 |
| Baleares | 708,1 | 723,0 | 706,4 | 700,0 | 730,6 | 688,4 | 700,3 | 736,6 |
| Canarias | 669,8 | 634,0 | 623,5 | 654,1 | 672,8 | 646,0 | 676,5 | 710,1 |
| Cantabria | 950,2 | 939,5 | 927,1 | 947,7 | 983,3 | 952,0 | 1006,2 | 1035,2 |
| Castilla-La Mancha | 886,0 | 856,1 | 835,0 | 858,3 | 907,4 | 874,8 | 888,9 | 969,9 |
| Castilla y León | 1075,7 | 1065,6 | 1064,6 | 1065,4 | 1118,3 | 1097,5 | 1118,0 | 1189,0 |
| Cataluña | 814,8 | 809,2 | 798,4 | 802,1 | 840,1 | 816,9 | 828,7 | 877,0 |
| Comunidad Valenciana | 807,7 | 804,2 | 804,4 | 815,4 | 846,2 | 815,8 | 839,8 | 899,4 |
| Extremadura | 956,6 | 979,7 | 982,9 | 959,1 | 1029,7 | 1005,5 | 987,3 | 1059,1 |
| Galicia | 1073,5 | 1089,9 | 1073,3 | 1078,0 | 1116,2 | 1105,4 | 1092,6 | 1162,8 |
| Madrid | 656,8 | 649,5 | 639,5 | 649,3 | 666,0 | 663,1 | 675,3 | 732,0 |
| Murcia | 726,4 | 713,2 | 684,9 | 697,9 | 730,9 | 692,2 | 710,7 | 767,3 |
| Navarra | 850,8 | 816,8 | 784,4 | 807,7 | 840,8 | 835,6 | 866,5 | 892,7 |
| País Vasco | 896,9 | 901,0 | 887,8 | 908,1 | 930,3 | 908,4 | 931,3 | 994,5 |
| La Rioja | 898,1 | 858,4 | 892,5 | 898,6 | 944,4 | 906,2 | 918,9 | 988,7 |
| Ceuta | 655,9 | 706,8 | 664,8 | 621,2 | 578,4 | 628,4 | 601,5 | 596,6 |
| Melilla | 630,1 | 538,4 | 525,7 | 595,0 | 569,9 | 551,1 | 576,8 | 609,4 |

Font: Indicadores de Salud 2017, Ministeri de Sanitat

# 4. La despesa sanitària privada a Catalunya

En aquest darrer bloc ens centrarem en descriure la despesa sanitària privada a Catalunya i observar la seva evolució els darrers anys, en particular en l'època de la crisi econòmica, quan es va produir una reducció important en la despesa sanitària pública. Intentarem veure si el comportament dels usuaris ha estat influït per la percepció de la ciutadania respecte els serveis sanitaris públics i també discutirem l'efecte en l'equitat d'ús que això ha pogut tenir mirant com ha variat l'ús que els usuaris fan dels diferents serveis segons grups de renda.

Tenint en compte que és més difícil saber la despesa sanitària privada de forma tan exacta com la pública, basarem aquest apartat en diferents fonts que ens ajudin a construir-nos una imatge tan fidel a la realitat com sigui possible, de les característiques de de la sanitat privada dins el sistema sanitari català en general.

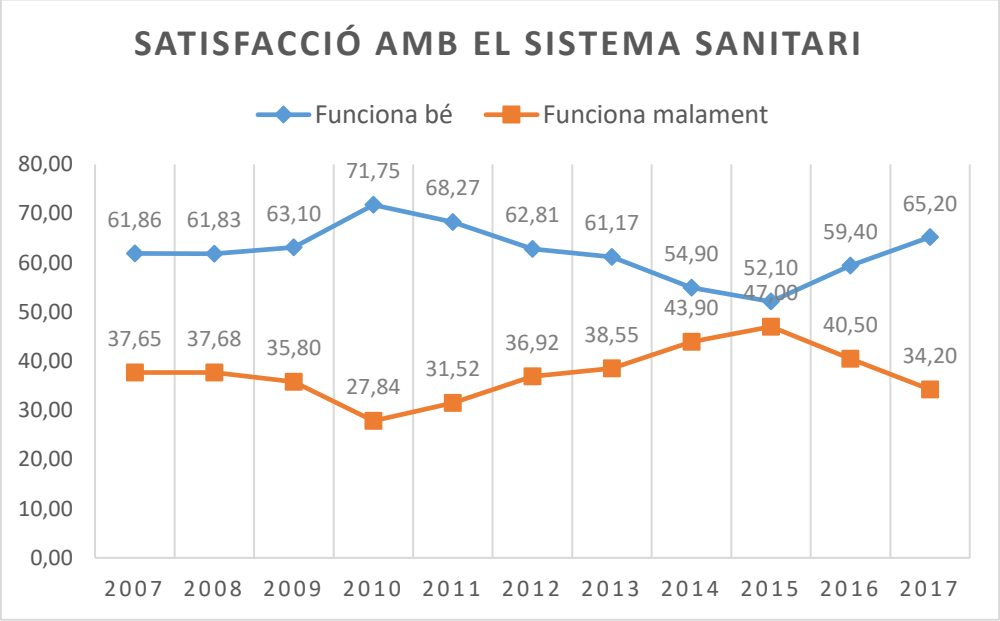
## 4.1. Retallades i insatisfacció

Com és per tothom conegut, després de l'inici de la crisi va començar una època d'austeritat important, que com ja s'ha comentat en anteriors apartats va ser especialment aguda a les CCAA, les responsables de prestar els serveis sanitaris públics, i Catalunya no va ser una excepció. Aquestes retallades van afectar els serveis públics, i la percepció de la ciutadania al respecte, pel deteriorament que van sofrir i pel fet de ser l'objecte central del debat polític durant aquells anys.

Aquesta percepció va ser, segurament, un dels motius que va originar un canvi de comportament dels usuaris pel que fa als usos de la sanitat pública i privada, i això ha tingut de retruc efectes en termes d'equitat, com veurem més endavant.

Per intentar saber quina és la percepció de la ciutadania envers l'atenció sanitària pública, especialment per veure com evoluciona a partir de la crisi, hem consultat la sèrie històrica del *Barómetro Sanitario*, elaborat pel Ministeri de Sanitat, i hem mirat les dades de satisfacció amb el sistema sanitari corresponents a Catalunya. Hi ha quatre possibles respostes: 'Funciona bastant bé', 'Funciona bé però necessita alguns canvis', 'Necessita canvis fonamentals tot i que alguna cosa funciona' i 'Està tan malament que necessita refer-se'. Per obtenir una imatge més clara hem agrupat les dues primeres respostes com a "Funciona bé" i les altres dues com a "Funciona malament" i hem representat en la gràfica següent les respostes del període 2007-2017.

***Gràfica 9***




Font: Elaboració pròpia a partir de dades del *Barómetro Sanitario (1998-2018)*

A la Gràfica 9 podem veure com a l'inici de la sèrie proveníem d'uns anys de satisfacció generalitzada amb el sistema sanitari català, amb una satisfacció per sobre del 60%, arribant al seu màxim, el 71.75% l'any 2010. Les primeres retallades en la despesa sanitària pública a Catalunya van començar a partir del 2011, i és precisament en aquest any que canvia la tendència i comença a pujar la insatisfacció amb el sistema sanitari. Si al 2010 més d'un 70% de la població catalana considerava que funcionava bé o bastant bé, aquesta xifra cau ininterrompudament fins l'any 2015 en el qual la proporció de gent satisfeta i insatisfeta és gairebé d'empat al 50% amb un lleuger avantatge pels que consideraven que el sistema funcionava bé.

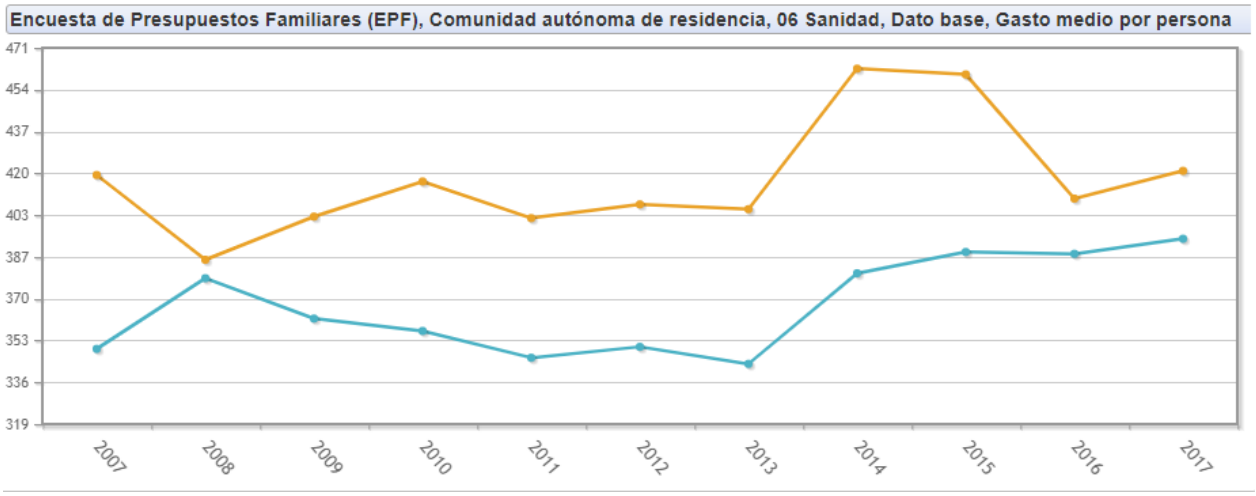
Veiem doncs que aparentment hi ha una relació entre els anys de les retallades i la creixent insatisfacció amb el sistema sanitari per part de la ciutadania catalana.

## 4.2. La sanitat privada en dades

Segons el Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, a l'estat espanyol es dedica un 2.6% del PIB a despesa sanitària privada, equivalent a 29.000 milions d'euros a l'any[30], 631€ per persona[31]. Segons la mateixa font, 9 de cada 10 euros d'aquesta despesa són pagaments directes de les llars per serveis d'assistència curativa i rehabilitadora (inclosa l'atenció dental), medicaments, lents i aparells auditius.

La *Encuesta de Presupuestos Familiares* (EPF) pregunta als ciutadans sobre les seves despeses segons tipus de despesa. En la següent gràfica extreta de la pàgina web de l'INE, es veu l'evolució de la despesa en sanitat dels ciutadans catalans i espanyols:

***Gràfica 10***




Font: Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), INE

Segons l'EPF[32] al conjunt d'Espanya les llars declaren gastar en sanitat[33], l'any 2017, 393,87€ de mitjana, xifra que puja a 421€ en el cas de Catalunya. A la Gràfica 10 podem veure l'evolució del que declaren les famílies gastar en sanitat privada a Catalunya (en taronja) i a Espanya (en blau) entre l'any 2007 i 2017. Es pot apreciar un pic molt pronunciat d'aquesta despesa els anys posteriors a les retallades, entre 2013 i 2016, substancialment superior a Catalunya que a Espanya, i això que ja es partia d'un nivell de despesa major.

Segons dades del CatSalut la despesa sanitària privada a Catalunya ha representat entre un 2.2% i un 2.4% del PIB al llarg del període 2011-2016.

[30] Les dades exclouen inversions.
[31] Font: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm
[32] Encuesta de Presupuestos Familiares 2018: http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25143
[33] Aquesta xifra fa referència a la despesa directa de les famílies, no té en compte la despesa en assegurances.

## 4.3. Les assegurances sanitàries privades

L'altra font important per estimar la despesa sanitària privada a Catalunya i Espanya és la informació que ofereixen les entitats asseguradores.

És competència de la Generalitat de Catalunya regular les entitats que ofereixen assegurances sanitàries a Catalunya. El Departament de Salut confecciona una memòria anual sobre les entitats d'assegurança lliure, elaborada en base a un qüestionari que el Departament envia a les diferents empreses asseguradores que operen en territori català. Segons la Memòria d'entitats d'assegurança lliure més recent, la del 2016, el nombre de persones amb una assegurança mèdica privada a Catalunya aquell any eren 2.057.393. El 7.9% dels assegurats correspon a funcionaris membres dels col·lectius MUFACE, ISFAS i MUGEJU (un total de 151.076 persones). El percentatge de persones amb doble cobertura, és a dir, la xifra d'assegurats excloent els funcionaris membres d'aquestes mutualitats de l'estat (ja que és la manera com ells escullen rebre l'atenció sanitària universal) és d'un 25.3% de la població catalana. Un 53,8% de les persones assegurades són dones i un 46,2% són homes.

El repartiment del mercat d'assegurança lliure, en nombre d'assegurats, és d'un 92,9% per entitats mercantils i un 7,1% per entitats de provisió social. Si parlem de volum de primes, la pràctica totalitat correspon a entitats mercantils, amb un 97,4% del total.

El preu mitjà de les pòlisses ha tendit a augmentar els darrers anys fins al 2016 que es redueixen lleugerament respecte a 2015. La suma total de les primes del conjunt d'entitats d'assegurança lliure va ser de 1.487 milions d'euros, la qual cosa representa 197,69€ per càpita. Aquests gairebé 200€, sumats als poc més de 400 que declaren gastar les famílies ens dona una xifra de vora 600€ per persona i any en despesa sanitària privada a Catalunya l'any 2016.

A continuació reproduïm dues gràfiques extretes d'aquesta mateixa memòria sobre com han evolucionat les xifres d'assegurats i el valor global de les primes els darrers anys.

***Gràfica 11***

Font: Memòria Entitats Assegurança Lliure de Catalunya 2016, Departament de Salut GC

***Gràfica 12***

Font: Memòria Entitats Assegurança Lliure de Catalunya 2016, Departament de Salut GC

En aquestes dues gràfiques s'aprecia una evolució ascendent els darrers anys, coincidents amb els anys de les retallades, però és un increment moderat en el cas del nombre d'assegurats, i més pronunciat en el cas de les primes, a causa de l'increment dels preus mitjans de les pòlisses. Les pòlisses d'assegurança dental presenten un creixement molt més espectacular. En el període 2012-2016 hi ha hagut un increment d'un 58% del nombre de persones amb una assegurança dental amb creixements de doble dígit gairebé cada any durant el darrer lustre.

Una altra font provinent del sector assegurador és l'*Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad* (IDIS). Al seu informe *"Sanidad Privada aportando valor: Análisis situación 2018"* ens proporciona una estimació de l'estructura de la despesa sanitària a Catalunya per l'any 2015. Segons IDIS, la despesa sanitària privada a Catalunya l'any 2015 fou de 5.002 milions d'euros, dels quals un 30.2% corresponien a les assegurances sanitàries i el restant 69.8% a pagaments realitzats directament per les llars. Per la seva banda, la despesa sanitària privada representava un 34% de la despesa sanitària total catalana, que sumat al 16.6% dels concerts (2.448 milions l'any 2015), representava una participació del sector privat en el 50% de la prestació sanitària catalana.

Els concerts, per la seva banda, representen un 25% dels recursos públics destinats a sanitat a Catalunya. Aquesta xifra suposa que hi ha hagut una disminució del pes relatiu dels concerts en la despesa sanitària pública de 5 punts en el període 2006-2015, indicant una aparent major preferència per la producció pública per part de l'administració catalana al llarg d'aquest període.

Pel que respecta a les assegurances sanitàries, segons IDIS, s'ha produït un increment en el nombre d'assegurats i en el nombre de primes a Catalunya. Entre els anys 2013 i 2016, el nombre de persones assegurades ha crescut un 2% anual fins superar els 2

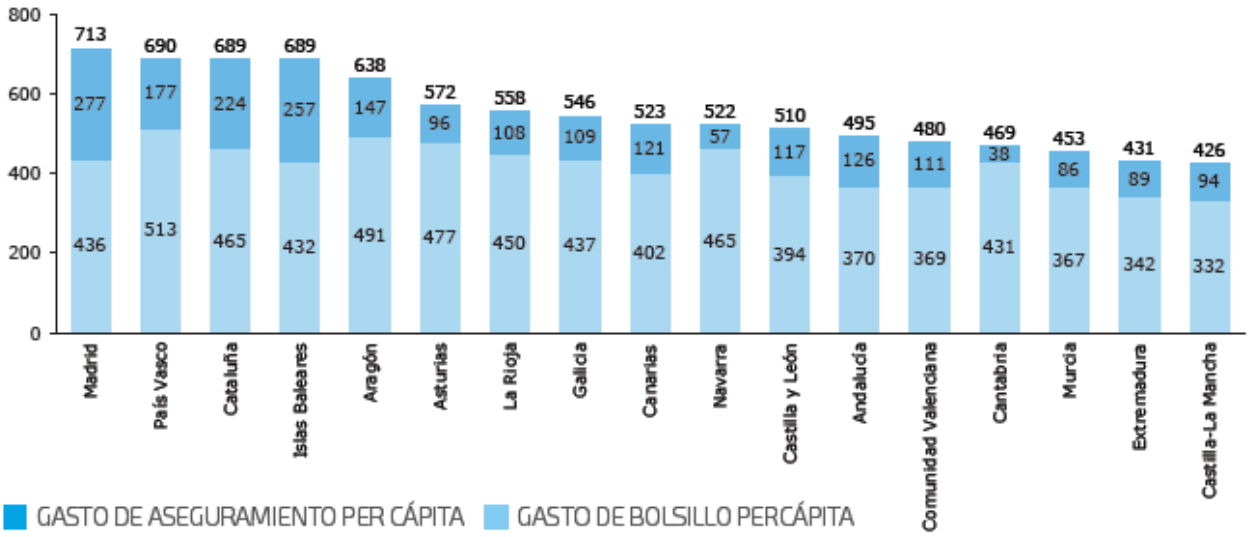
milions d'assegurats (2.050.395) l'any 2016[34]. I si mirem el nombre de primes l'increment ha estat d'un 4% anual fins arribar als 1.600 milions d'euros el mateix any. Catalunya representa un 22.9% del mercat espanyol en volum de primes, força per sobre del pes de la seva població i també del seu PIB.

Pel que fa a la distribució dels hospitals i nombre de llits, la majoria dels hospitals i llits d'hospital catalans són privats (any 2016). Els hospitals privats (147), representen el 69% del total; d'aquests, un 20% tenen concert. No obstant, els hospitals públics, malgrat ser menors en nombre (66) tenen una mida major, i per això en termes de llits la proporció és de 44% de llits públics i 56% de llits de titularitat privada.

Seguint amb informació proporcionada per l'IDIS**,** segons les dades referents a Catalunya del seu *Barómetro Sanidad Privada 2017*, els temps d'espera mitjans per realitzar-se una prova diagnòstica són 7 vegades menors a la sanitat privada que a la pública (42,8 dies a la pública enfront 6,2 dies a la privada), 2 vegades menors per rebre els resultats de les proves diagnòstiques (15,6 davant de 9,4 dies) i 5 vegades inferior per rebre una intervenció quirúrgica (51.9 dies front a 9.4).

Per acabar amb aquesta bateria de dades reproduïm una gràfica extreta del *Análisis de Situación 2018*, també elaborat per IDIS, amb les dades de l'estimació de la despesa sanitària privada per càpita de l'any 2017, desglossada segons si és despesa en assegurances o despesa pagada directament de la butxaca (*out-of-pocket*), per comunitats autònomes.

***Gràfica 13: Estimació despesa privada per càpita per CCAA, 2017***




Font: Extret de 'Análisis de Situación 2018' (IDIS)

[34] Les xifres són similars però no coincidents amb la informació proporcionada per la Memòria elaborada pel Departament de Salut.

Segons aquesta estimació, Catalunya seria la tercera comunitat autònoma amb una major despesa sanitària privada per càpita de l'estat, amb 689 euros per persona i any, dels quals 224 serien relatius a despesa en assegurament i els 465 restants pagaments directes de les llars per serveis sanitaris.

Vist tot aquest conjunt d'informacions, més enllà de les possibles discrepàncies entre les dades vinguin d'una font o una altra, es poden extreure unes poques conclusions generals d'aquest apartat. En primer lloc, sembla que les retallades en la sanitat pública catalana sí van tenir un efecte negatiu en la percepció de la ciutadania envers el sistema sanitari català. En segon lloc, l'evolució de la despesa sanitària privada va augmentar els anys posteriors a la crisi, tant pel que fa a les assegurances com a pagaments directes de les famílies. I en tercer lloc, Catalunya és una de les CCAA on aquest increment va ser més pronunciat i també és de les comunitats amb un major nivell de despesa sanitària privada per càpita.

Finalment, per cloure aquest apartat i aportar més llum sobre l'evolució de l'ús dels diferents serveis sanitaris per part de la població arran de la crisi, i veure quin ha estat l'impacte que això ha tingut en termes d'equitat, comentarem breument els resultats d'un estudi que tracta específicament i amb detall aquest tema.

## 4.4. L'impacte de la crisi en l'equitat d'ús del sistema sanitari

Segons Abásolo, Sáez i Lopez-Casasnovas (2017), al seu treball *"Financial crisis and income-related inequalities in the universal provision of a public service: the case of healthcare in Spain",* la crisi econòmica va alterar les intensitats d'ús de les diferents prestacions sanitàries dels diferents grups de renda, generant un impacte significatiu en termes d'equitat. L'àmbit d'estudi d'aquest treball és el conjunt de l'estat espanyol, però permet inferir quins canvis es van produir en les intensitats d'ús de les diferents prestacions sanitàries per part de la població, també a Catalunya. La seva anàlisi permet treure conclusions més consistents, que van en línia amb la informació exposada en aquest apartat.

Entre altres coses, troben que entre els anys 2006 i 2011, la utilització de l'atenció primària (el segment més pro-pobre del sistema sanitari) va reduir-se entre un 20 i un 30% a Espanya, especialment entre la població amb menys renda, per por a arriscar els seus llocs de treball amb l'absentisme. Pel contrari, l'ús d'atenció hospitalària (predominantment pro-ric) mostra un ús més estable. Pel que fa a les visites a especialistes s'observa un increment en l'ús d'aquests serveis per part de tots els grups de renda, però amb major intensitat entre les rendes altes, la qual cosa implica un empitjorament relatiu en termes d'equitat. En el cas de les hospitalitzacions també s'observa un empitjorament relatiu en l'ús per part dels grups amb menys renda. Pel contrari, en emergències s'observa un canvi d'ús pro-pobre i en el consum de medicaments els grups de renda mitjana surten beneficiats mentre empitjoren els extrems.

Una variable clau per entendre aquests canvis de comportament dels usuaris segons renda sembla ser si els individus tenen una doble cobertura o no. En atenció primària pública, un cop es té en compte la doble cobertura, s'observa que el 2006 no hi havia diferències significatives en l'ús d'aquest serveis segons renda però al 2011 el grup 3 (renda mitjana-alta) té més propensió a usar-los. Pel que fa a l'ús d'atenció primària privada, el grup de més renda tenia 5 vegades més probabilitats d'utilitzar-la abans de la crisi i aquesta diferència desapareix el 2011**.** En el cas dels especialistes abans de la crisi no hi havia diferències entre grups i després de la crisi el segon grup (renda mitjana-baixa) té menys propensió a visitar especialistes, introduint així més regressivitat. En el cas de les consultes a especialistes privats, observen el mateix que amb l'atenció primària, abans de la crisi hi havia una molt major propensió dels grups de renda alta a visitar especialistes privats, i aquesta diferència desapareix amb la crisi. Els "rics" van més a la pública i per això s'observa un empitjorament relatiu del grup de renda mitjana-baixa.

En el cas de les hospitalitzacions, les diferències en les hospitalitzacions públiques (pro-pobre) desapareixen després de la crisi, i en el cas de les privades no s'observen diferències segons renda ni abans ni després de la crisi. Respecte l'ús de les urgències públiques, ja s'observava un fort gradient pro-pobre previ a la crisi, i s'accentua amb l'arribada d'aquesta. En quant a les emergències privades hi havia una petita diferència d'un major ús per part del grup 2, que desapareix amb la crisi.

El resultat més sorprenent és l'impacte de la crisi en l'assegurament privat per grups de renda, s'observa un increment general de més del 7%, però sorprenentment aquest increment global l'explica un fort increment de la contractació d'assegurança privada per part del quartil més pobre (increment d'un 54%, passant d'un 10% de cobertura a un 15%). Mentre que en els quartils 2 i 3 es registra una disminució de la cobertura privada, i es manté en el 4t quartil. Aquest fort increment en la cobertura privada dels més pobres podria explicar-se per cert efecte expulsió al donar-se una major demanda d'atenció sanitària per part dels quartils de més renda, provocant un efecte regressiu encara més accentuat al no només utilitzar l'atenció pública en major mesura els quartils de més renda sinó que un segment del quartil més pobre abandona l'atenció pública.

Pel que fa a la propensió d'utilització de l'atenció d'especialistes públics, és menor en aquells individus assegurats. I la propensió a utilitzar especialistes privats és major entre els assegurats. Però aquesta segona propensió desapareix amb la crisi. Aparentment també hi ha majors barreres per accedir a l'atenció d'especialistes privats per part dels assegurats.

La conclusió, doncs, és que amb l'arribada de la crisi, grups de rendes relativament més altes que abans estaven assegurats comencen a utilitzar més intensament els serveis sanitaris públics, provocant un empitjorament relatiu en l'equitat d'ús, que s'agreuja al seu torn per la decisió de segments dels grups de menys renda de començar a utilitzar la sanitat privada davant la major saturació de la pública.

## 5. Conclusions

Al llarg del present treball hem intentat fer una radiografia completa del sistema sanitari català, posant el focus en el seu finançament i utilitzant la comparació com a mètode per guanyar perspectiva i situar en un mateix pla allò que tenim, allò que és habitual al nostre entorn i allò que voldríem. No hem defugit fer una anàlisi del que considerem que és el fons de la qüestió: les limitacions de caràcter financer que pateixen les administracions catalanes.

Segons Olson (1969), el principi de responsabilitat fiscal és el principi que estableix que cada nivell administratiu ha d'aparèixer davant dels seus ciutadans com a responsable de la despesa que duu a terme, però també, alhora, de l'esforç tributari sobre la qual aquesta se sustenta. L'objectiu d'aquest senzill principi és que els incentius dels representants polítics estiguin alineats amb els interessos de la ciutadania, obligant als governs a interioritzar no només els beneficis de gastar més sinó el cost polític que això pot suposar per la major pressió fiscal imposada sobre els electors. Quan aquest principi s'incompleix sorgeixen disfuncionalitats importants, entre d'altres, en el camp del retiment de comptes, qüestió bàsica pel bon funcionament d'un sistema democràtic.

El cas de les CCAA és un clar exemple de la vulneració del principi de responsabilitat fiscal, ja que la despesa està molt més descentralitzada que la capacitat d'obtenir recursos propis via impostos.

Precisament de retiment de comptes, transparència i atribució de responsabilitats parlen Herrero, Goenaga i Ruiz-Huerta (2015)[35], i de la importància que això té també en termes d'eficiència en la despesa pública. En la seva anàlisi constaten que la gestió de les CCAA és menys visible per la ciutadania que la de l'administració central, i que els electors tenen dificultats per atribuir quina és l'administració responsable de cada servei públic. Precisament hi ha una important confusió respecte la sanitat, segurament originada per la creença d'una part important de la ciutadania que la Sanitat encara està vinculada a la Seguretat Social. Tanmateix, hi ha importants diferències entre CCAA, en el coneixement sobre quin nivell de govern exerceix cada competència, així com també una disparitat molt important en el desig de cada territori de tenir més o menys autogovern, amb tot el que això implica, també respecte l'autonomia fiscal.

No és casual que l'Article 149.1 de la Constitució estableixi com a primera competència exclusiva de l'estat: "*La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales*." Un article absolutament raonable en qualsevol sistema federal o quasi-federal, però que forçat al límit amb una interpretació excessivament

[35] Podeu trobar un resum detallat d'aquest treball a l'Annex D

restrictiva podria arribar a suposar un límit insalvable per l'exercici d'una autonomia efectiva, que implica també la capacitat de dur a terme polítiques diferenciades.

Conclourem amb unes últimes pinzellades aprofundint i tancant les diferents discussions obertes i repassant alguns dels elements centrals d'aquest estudi, amb la intenció de projectar una mirada cap al futur.

**Perspectiva de Política Sanitària**

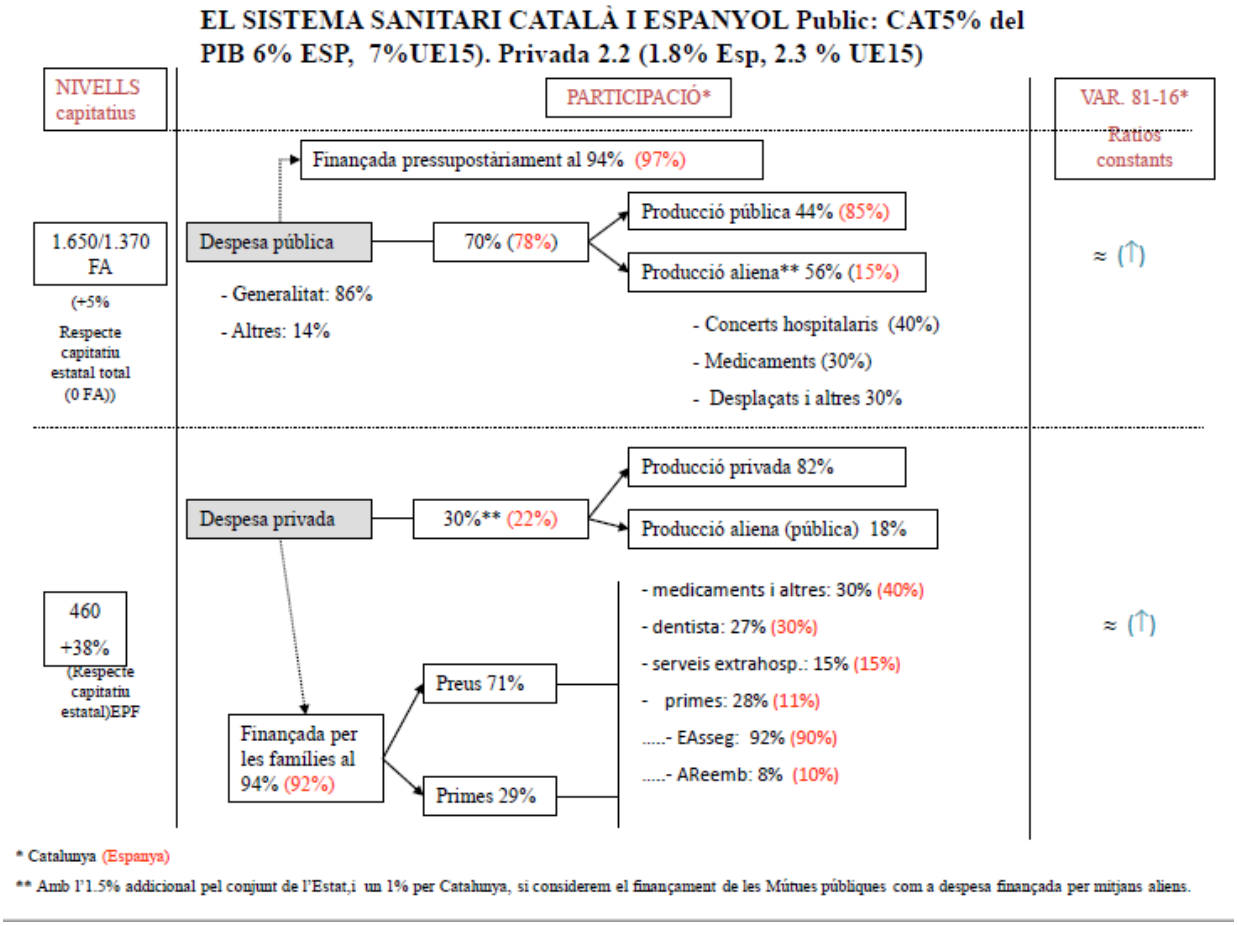
El present treball documenta a l'abast la insuficiència de finançament del nostre sistema sanitari. El quantifica. Recorda que els països a mesura que es desenvolupen consideren en major mesura el valor de gastar en sanitat. Dues conclusions per aquesta banda es poden derivar. Una millora del finançament públic de la nostra sanitat no serà possible dintre d'un estat espanyol que transfereix recursos a la nostra sanitat des de paràmetres fortament restrictius i aliens a la capacitat fiscal de la nostra economia. Una determinada interpretació de la redistribució territorial (noti's que no diem aquí de l'"equitat fiscal") legitima el discurs d'aquest repartiment. Sota aquesta restricció, ni els salaris dels nostres professionals es podran mai ajustar al major cost de vida dels nostres territoris, i no diguem ja a la seva major o menor productivitat, nivell d'excel·lència o esforç meritocràtic. Tampoc seran possibles massa variacions en la manera que s'entenguin les prestacions bàsiques del nostre sistema, ni en l'accés, ni en la qualitat, ni en l'ajustament a les necessitats i/o preferències socials. Per tant, sense una reforma del finançament autonòmic que guanyi espais de capacitat fiscal, en la línia que hem treballat a diversos llocs[36], no cal perdre un minut més en la comprensió de la frustració que provoca el que és desitjable, el que podria ser, i el que és a la realitat.

Val a dir també que les societats en la mesura en que es desenvolupen veuen com en el finançament de la despesa sanitària total, en creixement, com dèiem, guanya pes relatiu (tots els components pugen, però un més que altre), el finançament privat, tant en els recursos destinats a la pròpia despesa sanitària pública (copagaments, primes comunitàries complementàries) com en la part que es decideix i es finança privadament, '*out of pocket*', a lliure decisió i provisió de mercat. La situació catalana resta d'entrada prou definida ja en aquests extrems, per una societat 'de peatge' que substitueix històricament les insuficiències de la sanitat pública amb complements i suplements privats, en els termes que segueixen.

[36] Vegi's article d'El País: https://elpais.com/elpais/2018/01/16/opinion/1516122130_836446.html

**El sistema sanitari català i l'espanyol. Trets distintius**

El sistema sanitari públic català i espanyol suposa, a CAT, el 5% del PIB català, mentre que és 6% ESP (un 7% a la Unió Europea 15, UE-15). Pel que fa a la privada les xifres son del 2.2% a CAT i el 1.8% a ESP (el referent UE-15 és del 2.3 % del PIB).




Font: Elaboració pròpia a través de múltiples informacions amb data 2018 o al seu entorn.

**Provisió pública**. Per nivells: despesa capitativa (euros per càpita, totals i procedents del finançament autonòmic (FA). A la mitjana CAT/ESP en FA; un 5% superior aproximadament en la total respecte Espanya (recursos públics procedents de corporacions locals i altres). De manera similar per la privada, un 38% per sobre de la despesa capitativa privada mitjana espanyola. Segons participació: En despesa pública un 70% de la despesa total a Catalunya (78% a Espanya), finançada per pressupostos al 94% (un poc per sota que la mitjana espanyola) i gestionada per la Generalitat en un 86%. Segons producció: en mitjans propis un 44% (quasi dos terços de la mitjana espanyola) essent la resta producció aliena (comptabilitzant aquí els concerts – hospitalaris en particular- i els medicaments comprats amb finançament públic en

percentatge 40 i 30% respectivament de la xifra anterior. En general, l'evolució d'aquest nivell de provisió pública es pot considerar majorment constant.

**Provisió privada**. Representa un 30% del total de la despesa sanitària a Catalunya (8 punts per sobre d'Espanya), destinada majorment a producció només privada. El finançament majoritari, fora de les Mutualitats públiques (vegi's nota) és de les famílies, a Catalunya un 71% en forma de preus directes pagats i el 29% en primes anticipades, amb destinataris aquestes últimes en més d'un 90% en primes d'assegurança (la resta és reemborsament) i en preus de medicaments i dentista, en un 70%. De nou amb pocs canvis en el temps.

***Taula 17. L'assegurament a Catalunya: Doble cobertura (ESCA, 2018)***

| | | 1994 | 2002 | 2006 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Doble cobertura sanitaria | Total | 20,6% | 24,7% | 26,2% | 27,1% | 26,2% | 25,6% | 24,1% | 24,8% | 25,0% | 26,6% | 28,0% | 28,0% |
| | Hombres | 20,5% | 25,6% | 27,2% | 27,7% | 26,8% | 26,2% | 23,1% | 24,2% | 23,9% | 26,1% | 25,8% | 28,7% |
| | Mujeres | 20,6% | 23,7% | 25,2% | 26,5% | 25,6% | 25,1% | 25,2% | 25,4% | 26,1% | 27,0% | 30,1% | 27,2% |

## Perspectiva

Per a valorar-ne el futur, i més enllà de les qüestions de conjuntura econòmica i financera, hem de tenir en compte algunes coses puntuals: (i) La dificultat del moment, quan el que està naixent és coetani a allò que no acaba de morir; (ii) la necessitat d'afrontar la innovació, repensada fora de la *black box* convencional dels sistemes heretats: instal·lats en la cronicitat (afortunadament des de morts evitades, i en l'àmbit dels guariments més enllà de la dicotomia curativa); (iii) els més que probables temors socials al canvi, tant reals com interessats davant de les incerteses que es confronten, i sota una forta contaminació política; (iv) el reconeixement de que cal garantir la solvència del sistema, amb adaptació a les necessitats canviants, i no només la sostenibilitat financera (que sempre conté un element més polític i conjuntural); (v) recordar, tal com hem ja esmentat, que cal identificar correctament l'empenta que a la despesa sanitària li dona el desenvolupament econòmic i social, amb impacte en el creixement de despesa sanitària total i en diferent mesura al finançament públic d'acord amb les seves respectives elasticitats; (vi) des de l'observació que permet el mirall de la comparativa de sistemes tant en provisió com en despesa des d'Espanya a la OCDE, Unió Europea, UE dels 10 o 15 països més desenvolupats o països UE que han optat per un sistema tipus NHS o Servei nacional de salut, i en particular, de Catalunya dintre de l'estat espanyol vist el seu grau de desenvolupament, idiosincràsia i peculiaritats de la seva estructura.

Per altra banda, altres aspectes a tenir en compte són els següents: (i) Cal una decisió primària si el que es vol és millorar el finançament sanitari o donades les restriccions

polítiques existents, ancorar millor la despesa pública; i si és la primera, com es pot obrir el finançament privat en tot cas a racionalitzar i complementar amb el públic; (ii) re-avaluar el paper del copagament, des de qualsevol de les dues opcions anteriors, repensant-lo des de les dues seves finalitats, ja com a tiquet moderador per a reduir despesa estimada com a innecessària (aquí la identificació clínica esdevé decisiva) o augmentar ingressos de la mà de l'usuari dels serveis; (iii) en tots els casos, reforçar els operatius; és a dir, clarificar què, qui i com prioritzar i així ordenar racionalment els serveis des d'uns responsables públics. Per això és apropiat 'agencialitzar' prèviament i consensuada els procediments per assolir-ho, comptant amb la complicitat dels professionals 'primàriament centrats' i 'involucrats' amb el tot assistencial. Tot l'anterior hauria de permetre actuacions macro, mezzo i micro amb incentius alineats correctament, amb la millora de la governança com a comodí cara a mantenir la brúixola de *l'oikos-nomeia* del sistema sanitari, i així posar en valor la sanitat en el quadre macroeconòmic del país.

Son comuns denominadors per a un bon posicionament de política sanitària des de la visió anterior: 1-Situar-se contra la idea que 'allò nou és sempre millor'. 2-No pensar sempre que si és més car és que s'ho val. 3-Que més és sempre millor 4- Des del temor de 'malament si fas' (*do*), 'dolent si no fas' (*not do*), a diferents ulls de professional i jutjador.

Convé contrastar els anteriors prejudicis reconeixent la rellevància de la confiança personal en els guariments de la salut, a 'dir' (aconsellar) més que a 'fer' directament. Es tracta d'una mena de funció d'habilitar als professionals com a intermediaris o *brokers* del sistema de salut, en professionals que mantenen el seu valor amb els anys (flexibilitzant així si s'escau les seves jubilacions).

Finalment, tal com hem dit cal emfasitzar la importància de la solvència estructural del sistema per sobre de la sostenibilitat financera conjuntural, i entendre la gestió de la utilització en serveis universalistes, en clau de progressivitat social. S'han de solucionar els problemes de salut dels ciutadans a través d'un sistema sanitari financerament sostenible. Per fer això, hem de tenir en compte alguns conceptes bàsics (*oikos nomeia*) essent eficient -mostrant satisfacció amb el que es fa- amb uns costos d'oportunitat raonables on s'identifica correctament allò eludible i ineludible en gestió (amb referència als costos /beneficis marginals).

La provisió s'ha de poder mantenir i/o facilitar amb i sense producció pública pròpia, tant experimentant des de la gestió directa com de la indirecta, mantenint una diversitat acceptable i raonable tot i afavorint la capacitat d'elecció. Aquesta llibertat s'ha de confrontar als riscos d'una oferta 'inductora de demanda' o 'induïda per la demanda' amb criteris clars de finançament ja des del *'money follows user'* o del ' *user follows money'.*

En molts d'aquests apartats Catalunya ha sigut capdavantera en innovació, amb resultats esplèndids tant en l'excel·lència de la recerca clínica com en el dia a dia operatiu assistencial. Però avui, a la dificultat del moment (de les finances públiques i

dels reptes tecnològics), s'hi conjuga una governança i gestió menys consensuada que en el passat, amb una forta impronta política que en el millor dels casos porta a la inacció i en el pitjor al replantejament de regressió del sistema al crit d'una suposada identificació de qualsevol avenç de les reformes amb l'estigma de la privatització.

Reconegut això anterior, han sigut errors del passat no creure prou amb la separació efectiva de la regulació/ provisió/ finançament i la producció dels serveis: des de les intervencions administratives, les tendències a homologar els convenis sindicals i del control financer d'un suposat seguiment del diner públic. També el manteniment de gestors que tot i semblant que donaven estabilitat al sistema l'han acabat anquilosant des de la comoditat del no prendre mal, amb equips de treball cada cop més envellits. Han sigut èxits relatius la coordinació territorial de certs serveis des d'uns pocs codis de malalties: tothom fa, però no fent tothom el mateix. També l'experimentació a mitges de les entitats bàsiques associatives, tot i el fre de la seva extensió respecte d'equips vells i no només de nous, que s'hagueren pogut reagrupar sobre el territori, o a través de la seva experimentació interna a determinats serveis hospitalaris. No ha sigut culpa, tot i que ho ha patit el sector de manera excessiva, del ball regulatori i comptable forçat pel sistema europeu de comptes, o l'eliminació tàcita de l'esperit consorcial a través d'una llei estatal que retrotreia la participació als òrgans administratius. I hem de considerar un èxit a lluir arreu la consolidació de la nostra Agència de Qualitat del Sistema Sanitari, la posada a disposició d'una extensa informació econòmica i assistencial i que ha permès l'empenta a una recerca notable en serveis sanitaris amb projecció internacional.

Certament la salut no es fa només des dels sistemes sanitaris, conté importants elements comunitaris i de capital social indubtables. Però tot i les mancances que s'han pogut detectar, una comparativa amb la resta de CCAA espanyoles recupera valor del nostre sistema, l'emfasitza si es posa en relació a les millores de molts altres àmbits de la gestió pública, excel·leix si es consideren les restriccions amb les que ha operat i no compara gens malament amb altres sistemes occidentals en termes de cost efectivitat.

Identificades les restriccions que marquen l'esdevenir del nostre sistema sanitari, per a que hom jutgi quines són i quines no són restriccions mitigables per la política sanitària i la política a seques, com a acadèmics ens resta sempre la funció de mostrar les coses que van bé quan la crítica ultrapassa la realitat i en resulta el pessimisme de la inacció, i del cofoisme sempre podem fer la llista de les coses millorables si tots plegats ens hi arremanguem.

Barcelona, 30 de setembre del 2019

# Referències

Abásolo, I., Sáez, M., & López-Casasnovas, G. (2017). Financial crisis and income-related inequalities in the universal provision of a public service: the case of healthcare in Spain. *International Journal for Equity in Health (2017)* 16:134, DOI 10.1186/s12939-017-0630-y

Baltagi, B. H., & Moscone, F. (2010). Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data. *Economic Modelling*, 27(4), 804–811.

Cantarero Prieto, D. & Lago-Peñas, S. (2012). Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain *European Journal of Health Economics* (2012) 13:19–27 DOI 10.1007/s10198-010-0276-9

CatSalut (2019). Despesa sanitària a Catalunya. *Servei Català de la Salut*: https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/despesa-sanitaria-catalunya/ (Accedit el juny del 2016)

Constitució Espanyola (1978), Article 149, (BOE núm. 311, de 29 de desembre de 1978)

Costa Font, J. & Moscone, F. (2008). The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health. *Empirical Economics* (2008) 34:167–184 DOI 10.1007/s00181-007-0166-x

De La Fuente, A., (2019). Financiación autonómica: una breve introducción. *Fedea*

Economic Policy Committee and the European Commission (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004–2050). *European Economy. Special Report no 1/2006.*

Eurostat (2019), Health Statistics at Regional Level: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_statistics_at_regional_level (Accedit el juny del 2019)

Departament de Salut (2018), Entitats d'assegurança lliure de Catalunya 2016. *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.*

Generalitat de Catalunya (2019), Avantprojecte de Pressupostos del a Generalitat de Catalunya 2019. http://aplicacions.economia.gencat.cat/wpres/2019/03_projecte.htm (Accedit el juny del 2019)

Generalitat de Catalunya (2019), Pressupostos Oberts: http://aplicacions.economia.gencat.cat/wpres/pressupostosoberts.html (Accedit el juny del 2019)

Gerdtham, U. G., & Jönsson, B. (2000). International comparisons of Health expenditure: Theory, data and econometric analysis. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 11–53). Amsterdam: Elsevier.

Getzen, T. E. (2000). Health care is an individual necessity and a national luxury: Applying multilevel decision models to the analysis of health care. *Journal of Health Economics*, 19, 259–270.

Granell, R. & Fuenmayor, A. (2016). Una propuesta de reparto del déficit entre las Administraciones Públicas. *Rifde-Gen+.* Papeles a discusión 8/2016.
Guerra, M. & Gortázar, M. (2018), Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid. *Associación de Clínicas y Hospitales privados de Madrid*.

Herrero, A., Goenaga, M. & Ruiz-Huerta, J. (2015). Finanzas autonómicas, visibilidad, transparencia y atribución de responsabilidades. *Papeles de economía española.* ISSN 0210-9107, Nº 143, 2015, pp. 185-204.

Idescat (2019), Indicador PIB per habitant. *Institut d'Estadística de Catalunya:* https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=356 (Accedit el febrer del 2019)

Idescat (2019), Indicadors de població. *Insitut d'Estadística de Catalunya:* https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253 (Accedit el febrer del 2019)

IDIS (2017), Barómetro Sanidad Privada 2017. *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad* (*IDIS)*

IDIS (2018), Sanidad Privada aportando valor: Análisis situación 2018. *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad* (*IDIS)*

INE (2019), Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF). *Instituto Nacional de Estadística* *https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608* (Accedit el juny del 2019)

Jönsson, B., & Eckerlund, I. (2003). Why do different countries spend different amounts on health care? In *A Disease-based Comparison of Health Systems. What is Best and What Cost?* Paris: OECD, pp.107–120. http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/product/8103031e.pdf,

López-Casasnovas, G., Rosselló-Villalonga, J. (2013) Una historia interminable. Déficits, disfunciones y carencias del sistema de financiación autonómica, capítol de la revista "Propuestas para la reforma de la financiación autonómica" del *Instituto de Estudios Económicos*

López-Casasnovas, G., Rosselló-Villalonga, J. (2014) Fiscal Imbalances in assymetric federal regimes. The case of Spain. *CRES Working Paper* #77 (January 2014)

Lopez-Casanovas, G., Sáez, M., & Maynou, L. (2014). Another Look at the Comparisons of the Health Systems Expenditure Indicators. *Social Indicators Research*, 116 Nº 2: DOI 10.1007/s11205-014-0628-4

Manresa, J., (1 de juny del 2017), L'Estat incompleix les inversions promeses en totes les comunitats. *Diari Ara:* https://www.ara.cat/economia/LEstat-incompleix-inversions-promeses-comunitats_0_1806419386.html

Mesa, L. (2011). Determinants of health care expenditure: The Colombian case. *Apuntes del CENES*, 30(52), 87–102.

Ministerio de Hacienda (2019), Liquidación de los Presupuestos de las Comunidades Autónomas.
https://serviciostelematicosext.hacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionLiquidaciones/aspx/menuInicio.aspx (Accedit el setembre de 2019)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), Barómetro Sanitario. Serie Histórica 1998-2018. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm (Accedit el juny del 2019)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm (Accedit el març del 2019 i el juny del 2019)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm (Accedit el setembre del 2019)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), Sanidad en Datos. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm (Accedit el juny del 2019)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud (2017). Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017*.

OECD. (2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics department Working papers 477. http://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf.

OECD (2019), Gross domestic product (GDP) (indicator). doi: 10.1787/dc2f7aec-en (Accedit l'11 de febrer del 2019)

OECD (2019), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accedit el 7 de febrer del 2019)

Oliveira, J., & De la Maisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-termcare: an integrated approach. *OECD Economic Studies 43*.

Olson, M. (1969). "The principle of "fiscal equivalence": the division of responsibilities among different levels of government." *American Economic Review* 59(2), pp. 479-487.

Rodríguez Blas, M. (2019). Estadística de gasto sanitario público 2017: principales resultados. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*

World Bank (2019) Population ages 65 and above (% of total population). https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?name_desc=false (Accedit el febrer del 2019)

# Annexos

## Annex A

Regressió A1: Despesa sanitària pública per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespSanitPubpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.6537                         Obs per group: min =        14
       between = 0.7210                                        avg =      14.0
       overall = 0.7084                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     52.52
corr(u_i, Xb)  = 0.0416                         Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| DespSanitP~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0521345 | .0163871 | 3.18 | 0.003 | .0188669 | .0854021 |
| Majors65 | 152.7139 | 62.67627 | 2.44 | 0.020 | 25.47436 | 279.9535 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -4.541655 | 36.43993 | -0.12 | 0.902 | -78.51864 | 69.43533 |
| 2005 | -3.489628 | 63.67801 | -0.05 | 0.957 | -132.7629 | 125.7836 |
| 2006 | -15.13988 | 106.8628 | -0.14 | 0.888 | -232.0829 | 201.8032 |
| 2007 | -35.14315 | 146.5009 | -0.24 | 0.812 | -332.5559 | 262.2696 |
| 2008 | 36.09698 | 186.2417 | 0.19 | 0.847 | -341.9937 | 414.1877 |
| 2009 | 203.9289 | 183.9603 | 1.11 | 0.275 | -169.5304 | 577.3883 |
| 2010 | 148.8033 | 208.9837 | 0.71 | 0.481 | -275.456 | 573.0627 |
| 2011 | 99.14719 | 236.9051 | 0.42 | 0.678 | -381.7958 | 580.0902 |
| 2012 | 84.31106 | 262.7336 | 0.32 | 0.750 | -449.0666 | 617.6887 |
| 2013 | 69.46228 | 298.943 | 0.23 | 0.818 | -537.4243 | 676.3488 |
| 2014 | 105.1586 | 334.2309 | 0.31 | 0.755 | -573.3662 | 783.6834 |
| 2015 | 55.5793 | 352.4336 | 0.16 | 0.876 | -659.8989 | 771.0575 |
| 2016 | 27.20816 | 384.2938 | 0.07 | 0.944 | -752.9498 | 807.3661 |
| _cons | -1934.582 | 1071.891 | -1.80 | 0.080 | -4110.635 | 241.4719 |
| sigma_u | 625.85918 | | | | | |
| sigma_e | 345.35936 | | | | | |
| rho | .76657645 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A2: Despesa sanitària pública per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespSanitPubpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.7496                         Obs per group: min =        14
       between = 0.9260                                        avg =      14.0
       overall = 0.8318                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = 0.6765                         Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitP~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0502802 | .0221044 | 2.27 | 0.039 | .002871 | .0976895 |
| Majors65 | 4.12503 | 120.7161 | 0.03 | 0.973 | -254.7853 | 263.0353 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | 20.81759 | 48.44152 | 0.43 | 0.674 | -83.07914 | 124.7143 |
| 2005 | 59.69472 | 84.86753 | 0.70 | 0.493 | -122.328 | 241.7175 |
| 2006 | 80.61027 | 141.7503 | 0.57 | 0.579 | -223.414 | 384.6345 |
| 2007 | 102.4735 | 194.966 | 0.53 | 0.607 | -315.687 | 520.634 |
| 2008 | 204.7247 | 255.3046 | 0.80 | 0.436 | -342.8492 | 752.2986 |
| 2009 | 394.2669 | 251.5204 | 1.57 | 0.139 | -145.1907 | 933.7244 |
| 2010 | 368.6474 | 288.8713 | 1.28 | 0.223 | -250.9198 | 988.2147 |
| 2011 | 389.9982 | 335.7488 | 1.16 | 0.265 | -330.1113 | 1110.108 |
| 2012 | 405.3535 | 378.5378 | 1.07 | 0.302 | -406.5295 | 1217.236 |
| 2013 | 436.3527 | 435.4687 | 1.00 | 0.333 | -497.6348 | 1370.34 |
| 2014 | 433.4813 | 488.835 | 0.89 | 0.390 | -614.9654 | 1481.928 |
| 2015 | 417.4126 | 531.4797 | 0.79 | 0.445 | -722.498 | 1557.323 |
| 2016 | 429.8502 | 586.2394 | 0.73 | 0.476 | -827.5082 | 1687.209 |
| _cons | 200.3297 | 1817.256 | 0.11 | 0.914 | -3697.296 | 4097.955 |
| sigma_u | 555.39969 | | | | | |
| sigma_e | 251.8117 | | | | | |
| rho | .8294894 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A3: Despesa sanitària pública per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespSanitPubpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.8438                         Obs per group: min =        14
       between = 0.8123                                        avg =      14.0
       overall = 0.8146                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.3272                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitP~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0572336 | .0190007 | 3.01 | 0.009 | .0164813 | .097986 |
| Majors65 | 228.5081 | 60.71612 | 3.76 | 0.002 | 98.28498 | 358.7312 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -25.50234 | 53.29545 | -0.48 | 0.640 | -139.8097 | 88.80503 |
| 2005 | -46.31186 | 81.54103 | -0.57 | 0.579 | -221.2 | 128.5762 |
| 2006 | -98.46204 | 137.7297 | -0.71 | 0.486 | -393.8628 | 196.9387 |
| 2007 | -167.7032 | 182.4584 | -0.92 | 0.374 | -559.0375 | 223.6311 |
| 2008 | -108.0545 | 238.1414 | -0.45 | 0.657 | -618.8171 | 402.7081 |
| 2009 | 61.28354 | 253.4171 | 0.24 | 0.812 | -482.2421 | 604.8092 |
| 2010 | -10.75059 | 278.0202 | -0.04 | 0.970 | -607.0446 | 585.5434 |
| 2011 | -109.0846 | 286.0678 | -0.38 | 0.709 | -722.639 | 504.4698 |
| 2012 | -101.2307 | 324.6945 | -0.31 | 0.760 | -797.6312 | 595.1697 |
| 2013 | -118.8815 | 367.3719 | -0.32 | 0.751 | -906.8159 | 669.0528 |
| 2014 | -184.4841 | 403.37 | -0.46 | 0.654 | -1049.627 | 680.6584 |
| 2015 | -273.191 | 419.4457 | -0.65 | 0.525 | -1172.813 | 626.4304 |
| 2016 | -329.9324 | 453.0766 | -0.73 | 0.478 | -1301.685 | 641.8204 |
| _cons | -3226.556 | 1140.5 | -2.83 | 0.013 | -5672.685 | -780.4271 |
| sigma_u | 571.65741 | | | | | |
| sigma_e | 223.68258 | | | | | |
| rho | .86722285 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A4: Despesa sanitària pública per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.8848                         Obs per group: min =        14
       between = 0.8726                                        avg =      14.0
       overall = 0.8590                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     85.58
corr(u_i, Xb)  = 0.5459                         Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | .8453094 | .1410219 | 5.99 | 0.000 | .5590198 | 1.131599 |
| Majors65 | .049957 | .0159766 | 3.13 | 0.004 | .0175227 | .0823913 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0065567 | .0157789 | 0.42 | 0.680 | -.0254762 | .0385896 |
| 2005 | .0144816 | .0215431 | 0.67 | 0.506 | -.0292532 | .0582163 |
| 2006 | .0219986 | .035866 | 0.61 | 0.544 | -.0508133 | .0948104 |
| 2007 | .0234669 | .0469394 | 0.50 | 0.620 | -.0718252 | .1187589 |
| 2008 | .0654857 | .0557439 | 1.17 | 0.248 | -.0476804 | .1786518 |
| 2009 | .1446691 | .0537477 | 2.69 | 0.011 | .0355555 | .2537826 |
| 2010 | .1228353 | .0606813 | 2.02 | 0.051 | -.0003543 | .2460248 |
| 2011 | .1040618 | .0718169 | 1.45 | 0.156 | -.0417342 | .2498578 |
| 2012 | .0937688 | .0774774 | 1.21 | 0.234 | -.0635187 | .2510563 |
| 2013 | .0891164 | .0879102 | 1.01 | 0.318 | -.0893509 | .2675837 |
| 2014 | .0849361 | .1005404 | 0.84 | 0.404 | -.1191717 | .2890438 |
| 2015 | .0689712 | .1056518 | 0.65 | 0.518 | -.1455134 | .2834557 |
| 2016 | .0629905 | .1122922 | 0.56 | 0.578 | -.1649747 | .2909558 |
| _cons | -2.061406 | 1.495144 | -1.38 | 0.177 | -5.09671 | .9738985 |
| sigma_u | .28776161 | | | | | |
| sigma_e | .08215489 | | | | | |
| rho | .92463472 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A5: Despesa sanitària pública per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.8685                         Obs per group: min =        14
       between = 0.9489                                        avg =      14.0
       overall = 0.9121                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = 0.7509                         Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | .9535625 | .2781636 | 3.43 | 0.004 | .356961 | 1.550164 |
| Majors65 | .0254927 | .0401034 | 0.64 | 0.535 | -.0605205 | .1115058 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0082645 | .0241999 | 0.34 | 0.738 | -.0436391 | .0601682 |
| 2005 | .0282622 | .0354513 | 0.80 | 0.439 | -.0477733 | .1042976 |
| 2006 | .0321244 | .0564654 | 0.57 | 0.578 | -.0889819 | .1532307 |
| 2007 | .0369529 | .0767039 | 0.48 | 0.637 | -.1275607 | .2014665 |
| 2008 | .0777156 | .0985208 | 0.79 | 0.443 | -.1335906 | .2890218 |
| 2009 | .1627011 | .0958044 | 1.70 | 0.112 | -.0427789 | .3681811 |
| 2010 | .1469688 | .1078077 | 1.36 | 0.194 | -.0842556 | .3781933 |
| 2011 | .1336455 | .1245785 | 1.07 | 0.302 | -.1335487 | .4008398 |
| 2012 | .1255564 | .1378496 | 0.91 | 0.378 | -.1701016 | .4212144 |
| 2013 | .1190442 | .1597302 | 0.75 | 0.468 | -.223543 | .4616315 |
| 2014 | .0945083 | .1772144 | 0.53 | 0.602 | -.2855789 | .4745955 |
| 2015 | .077589 | .1898094 | 0.41 | 0.689 | -.3295116 | .4846896 |
| 2016 | .0717799 | .2039147 | 0.35 | 0.730 | -.3655738 | .5091335 |
| _cons | -2.808461 | 2.976383 | -0.94 | 0.361 | -9.192168 | 3.575246 |
| sigma_u | .26668304 | | | | | |
| sigma_e | .08141547 | | | | | |
| rho | .91474441 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A6: Despesa sanitària pública per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.9328                         Obs per group: min =        14
       between = 0.9194                                        avg =      14.0
       overall = 0.9212                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = 0.0831                         Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | 1.078994 | .1238538 | 8.71 | 0.000 | .8133543 | 1.344634 |
| Majors65 | .0654314 | .0155064 | 4.22 | 0.001 | .0321736 | .0986893 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -.0165603 | .013098 | -1.26 | 0.227 | -.0446529 | .0115322 |
| 2005 | -.0272387 | .0242024 | -1.13 | 0.279 | -.0791477 | .0246703 |
| 2006 | -.0603321 | .0479054 | -1.26 | 0.228 | -.1630791 | .0424148 |
| 2007 | -.089506 | .0567145 | -1.58 | 0.137 | -.2111464 | .0321344 |
| 2008 | -.0578302 | .0579725 | -1.00 | 0.335 | -.1821689 | .0665085 |
| 2009 | .0224144 | .0567488 | 0.39 | 0.699 | -.0992996 | .1441284 |
| 2010 | -.0098788 | .0639298 | -0.15 | 0.879 | -.1469945 | .127237 |
| 2011 | -.0436328 | .0790184 | -0.55 | 0.590 | -.2131103 | .1258448 |
| 2012 | -.0459057 | .082726 | -0.55 | 0.588 | -.2233354 | .1315239 |
| 2013 | -.0528477 | .0908181 | -0.58 | 0.570 | -.247633 | .1419377 |
| 2014 | -.0759611 | .0966228 | -0.79 | 0.445 | -.2831964 | .1312742 |
| 2015 | -.102625 | .099759 | -1.03 | 0.321 | -.3165868 | .1113368 |
| 2016 | -.1210845 | .1065099 | -1.14 | 0.275 | -.3495254 | .1073564 |
| _cons | -4.611555 | 1.361164 | -3.39 | 0.004 | -7.530962 | -1.692148 |
| sigma_u | .16672231 | | | | | |
| sigma_e | .06455953 | | | | | |
| rho | .86960647 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A7: Despesa sanitària pública en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespSanitPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.3385                         Obs per group: min =        14
       between = 0.1793                                        avg =      14.0
       overall = 0.1994                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     22.73
corr(u_i, Xb)  = -0.2548                        Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| DespSanitPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -.0000146 | .0000297 | -0.49 | 0.626 | -.0000748 | .0000456 |
| Majors65 | .3057863 | .1187092 | 2.58 | 0.014 | .0647938 | .5467788 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -.0149444 | .0835145 | -0.18 | 0.859 | -.1844879 | .1545992 |
| 2005 | .0066327 | .1305032 | 0.05 | 0.960 | -.258303 | .2715683 |
| 2006 | -.0026594 | .2136986 | -0.01 | 0.990 | -.4364906 | .4311718 |
| 2007 | -.0369541 | .2946964 | -0.13 | 0.901 | -.6352197 | .5613115 |
| 2008 | .1724962 | .3716031 | 0.46 | 0.645 | -.5818982 | .9268907 |
| 2009 | .6800702 | .3668106 | 1.85 | 0.072 | -.064595 | 1.424735 |
| 2010 | .5250672 | .4153942 | 1.26 | 0.215 | -.3182279 | 1.368362 |
| 2011 | .4317312 | .4746853 | 0.91 | 0.369 | -.5319311 | 1.395394 |
| 2012 | .3756321 | .5266952 | 0.71 | 0.480 | -.6936159 | 1.44488 |
| 2013 | .3343867 | .6043706 | 0.55 | 0.584 | -.8925508 | 1.561324 |
| 2014 | .3730256 | .6756859 | 0.55 | 0.584 | -.9986897 | 1.744741 |
| 2015 | .2962326 | .7199302 | 0.41 | 0.683 | -1.165303 | 1.757769 |
| 2016 | .2846109 | .7811175 | 0.36 | 0.718 | -1.301142 | 1.870364 |
| _cons | 1.709535 | 2.150461 | 0.79 | 0.432 | -2.656133 | 6.075204 |
| sigma_u | 1.5205235 | | | | | |
| sigma_e | .62179004 | | | | | |
| rho | .85673283 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A8: Despesa sanitària pública en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespSanitPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.3799                         Obs per group: min =        14
       between = 0.0025                                        avg =      14.0
       overall = 0.0327                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.1954                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -.0000301 | .0000408 | -0.74 | 0.472 | -.0001176 | .0000573 |
| Majors65 | .1148474 | .1992916 | 0.58 | 0.574 | -.3125906 | .5422854 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0628116 | .1113281 | 0.56 | 0.582 | -.1759635 | .3015867 |
| 2005 | .1895413 | .1746613 | 1.09 | 0.296 | -.1850699 | .5641525 |
| 2006 | .2521847 | .274159 | 0.92 | 0.373 | -.3358279 | .8401974 |
| 2007 | .3026492 | .3716492 | 0.81 | 0.429 | -.4944591 | 1.099758 |
| 2008 | .5775354 | .490157 | 1.18 | 0.258 | -.4737467 | 1.628818 |
| 2009 | 1.098137 | .4799776 | 2.29 | 0.038 | .0686871 | 2.127586 |
| 2010 | 1.004482 | .5424758 | 1.85 | 0.085 | -.1590132 | 2.167977 |
| 2011 | .980171 | .6217655 | 1.58 | 0.137 | -.3533834 | 2.313725 |
| 2012 | .9621528 | .6907049 | 1.39 | 0.185 | -.5192619 | 2.443567 |
| 2013 | .9635937 | .7996874 | 1.20 | 0.248 | -.7515653 | 2.678753 |
| 2014 | .8762553 | .8927897 | 0.98 | 0.343 | -1.038588 | 2.791099 |
| 2015 | .8598767 | .965267 | 0.89 | 0.388 | -1.210415 | 2.930168 |
| 2016 | .8890781 | 1.038329 | 0.86 | 0.406 | -1.337916 | 3.116072 |
| _cons | 4.860987 | 2.985766 | 1.63 | 0.126 | -1.542845 | 11.26482 |
| sigma_u | 1.6128737 | | | | | |
| sigma_e | .51814171 | | | | | |
| rho | .90645069 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A9: Despesa sanitària pública en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespSanitPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.6212                         Obs per group: min =        14
       between = 0.5176                                        avg =      14.0
       overall = 0.5257                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.3710                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | 4.78e-06 | .0000264 | 0.18 | 0.859 | -.0000519 | .0000614 |
| Majors65 | .4507825 | .1231076 | 3.66 | 0.003 | .186743 | .7148219 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -.0912041 | .0985451 | -0.93 | 0.370 | -.3025623 | .1201541 |
| 2005 | -.1356547 | .1340693 | -1.01 | 0.329 | -.4232048 | .1518954 |
| 2006 | -.2850722 | .2355407 | -1.21 | 0.246 | -.7902568 | .2201124 |
| 2007 | -.4522167 | .3288239 | -1.38 | 0.191 | -1.157474 | .2530404 |
| 2008 | -.2942572 | .4113183 | -0.72 | 0.486 | -1.176447 | .5879329 |
| 2009 | .2075954 | .4330795 | 0.48 | 0.639 | -.7212678 | 1.136459 |
| 2010 | .0118233 | .466474 | 0.03 | 0.980 | -.988664 | 1.012311 |
| 2011 | -.1227218 | .5093794 | -0.24 | 0.813 | -1.215232 | .9697885 |
| 2012 | -.1342553 | .5774145 | -0.23 | 0.820 | -1.372686 | 1.104176 |
| 2013 | -.1777623 | .6617066 | -0.27 | 0.792 | -1.596982 | 1.241457 |
| 2014 | -.3207836 | .7394751 | -0.43 | 0.671 | -1.9068 | 1.265233 |
| 2015 | -.4841027 | .7980659 | -0.61 | 0.554 | -2.195784 | 1.227578 |
| 2016 | -.5491587 | .8757397 | -0.63 | 0.541 | -2.427434 | 1.329116 |
| _cons | -.8604482 | 2.298653 | -0.37 | 0.714 | -5.790569 | 4.069672 |
| sigma_u | 1.1421952 | | | | | |
| sigma_e | .40066861 | | | | | |
| rho | .89043042 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A10: Despesa sanitària total per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespSanitTotalpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.8116                         Obs per group: min =        14
       between = 0.6037                                        avg =      14.0
       overall = 0.6306                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     47.45
corr(u_i, Xb)  = 0.1207                         Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| DespSanitT~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0597188 | .0178207 | 3.35 | 0.002 | .0235408 | .0958968 |
| Majors65 | 164.774 | 63.08711 | 2.61 | 0.013 | 36.70032 | 292.8476 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | 22.37469 | 39.77102 | 0.56 | 0.577 | -58.36478 | 103.1142 |
| 2005 | 44.30251 | 69.41339 | 0.64 | 0.527 | -96.61416 | 185.2192 |
| 2006 | 45.00608 | 117.86 | 0.38 | 0.705 | -194.2625 | 284.2747 |
| 2007 | 45.34158 | 158.4601 | 0.29 | 0.776 | -276.3495 | 367.0327 |
| 2008 | 144.8056 | 198.1896 | 0.73 | 0.470 | -257.5407 | 547.152 |
| 2009 | 330.9759 | 204.156 | 1.62 | 0.114 | -83.48281 | 745.4346 |
| 2010 | 290.7089 | 233.9975 | 1.24 | 0.222 | -184.3312 | 765.7491 |
| 2011 | 263.2508 | 270.3842 | 0.97 | 0.337 | -285.6583 | 812.1599 |
| 2012 | 275.6801 | 299.2941 | 0.92 | 0.363 | -331.9192 | 883.2794 |
| 2013 | 290.3496 | 338.2298 | 0.86 | 0.396 | -396.2933 | 976.9926 |
| 2014 | 261.4872 | 369.6665 | 0.71 | 0.484 | -488.9757 | 1011.95 |
| 2015 | 221.2211 | 388.2217 | 0.57 | 0.572 | -566.9109 | 1009.353 |
| 2016 | 201.4128 | 422.1391 | 0.48 | 0.636 | -655.5751 | 1058.401 |
| _cons | -1695.618 | 1088.932 | -1.56 | 0.128 | -3906.268 | 515.0321 |
| sigma_u | 1005.5725 | | | | | |
| sigma_e | 283.71909 | | | | | |
| rho | .92626313 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A11: Despesa sanitària total per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespSanitTotalpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.7985                         Obs per group: min =        14
       between = 0.9171                                        avg =      14.0
       overall = 0.8712                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = 0.5605                         Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitT~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .062601 | .0233495 | 2.68 | 0.018 | .0125213 | .1126806 |
| Majors65 | 70.82218 | 120.8232 | 0.59 | 0.567 | -188.3178 | 329.9621 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | 21.55461 | 52.73724 | 0.41 | 0.689 | -91.55552 | 134.6647 |
| 2005 | 66.65353 | 91.37833 | 0.73 | 0.478 | -129.3335 | 262.6406 |
| 2006 | 88.84939 | 154.5946 | 0.57 | 0.575 | -242.723 | 420.4218 |
| 2007 | 110.0447 | 209.6828 | 0.52 | 0.608 | -339.6802 | 559.7696 |
| 2008 | 241.7804 | 275.4434 | 0.88 | 0.395 | -348.9869 | 832.5478 |
| 2009 | 438.162 | 291.4438 | 1.50 | 0.155 | -186.9228 | 1063.247 |
| 2010 | 403.5634 | 335.899 | 1.20 | 0.250 | -316.8682 | 1123.995 |
| 2011 | 439.3685 | 402.0876 | 1.09 | 0.293 | -423.0238 | 1301.761 |
| 2012 | 448.0563 | 450.9374 | 0.99 | 0.337 | -519.1082 | 1415.221 |
| 2013 | 478.653 | 512.1718 | 0.93 | 0.366 | -619.8462 | 1577.152 |
| 2014 | 464.2608 | 566.0858 | 0.82 | 0.426 | -749.8724 | 1678.394 |
| 2015 | 425.0535 | 605.4726 | 0.70 | 0.494 | -873.5561 | 1723.663 |
| 2016 | 419.0296 | 666.6066 | 0.63 | 0.540 | -1010.699 | 1848.759 |
| _cons | -560.0217 | 1884.666 | -0.30 | 0.771 | -4602.227 | 3482.184 |
| sigma_u | 449.39764 | | | | | |
| sigma_e | 288.36566 | | | | | |
| rho | .70834456 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A12: Despesa sanitària total per càpita explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespSanitTotalpc PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.8785                         Obs per group: min =        14
       between = 0.7686                                        avg =      14.0
       overall = 0.7851                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.0772                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespSanitT~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0668191 | .0272298 | 2.45 | 0.028 | .008417 | .1252213 |
| Majors65 | 221.0804 | 62.92998 | 3.51 | 0.003 | 86.10898 | 356.0517 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | 4.489041 | 61.80932 | 0.07 | 0.943 | -128.0788 | 137.0569 |
| 2005 | -2.207547 | 102.2192 | -0.02 | 0.983 | -221.446 | 217.0309 |
| 2006 | -63.52171 | 177.4982 | -0.36 | 0.726 | -444.2175 | 317.1741 |
| 2007 | -115.1981 | 233.4726 | -0.49 | 0.629 | -615.947 | 385.5507 |
| 2008 | -41.96631 | 291.7442 | -0.14 | 0.888 | -667.6954 | 583.7628 |
| 2009 | 155.5055 | 306.4445 | 0.51 | 0.620 | -501.7525 | 812.7635 |
| 2010 | 101.0254 | 342.5637 | 0.29 | 0.772 | -633.7006 | 835.7514 |
| 2011 | 18.30131 | 358.8621 | 0.05 | 0.960 | -751.3814 | 787.984 |
| 2012 | 59.80478 | 403.0003 | 0.15 | 0.884 | -804.5448 | 924.1544 |
| 2013 | 74.00872 | 456.2955 | 0.16 | 0.873 | -904.6478 | 1052.665 |
| 2014 | 20.41658 | 495.8098 | 0.04 | 0.968 | -1042.99 | 1083.823 |
| 2015 | -55.57096 | 507.0485 | -0.11 | 0.914 | -1143.082 | 1031.94 |
| 2016 | -109.6648 | 537.7502 | -0.20 | 0.841 | -1263.024 | 1043.695 |
| _cons | -2783.082 | 1330.13 | -2.09 | 0.055 | -5635.927 | 69.76321 |
| sigma_u | 753.33453 | | | | | |
| sigma_e | 240.08937 | | | | | |
| rho | .90779434 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A13: Despesa sanitària total per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.9000                         Obs per group: min =        14
       between = 0.7383                                        avg =      14.0
       overall = 0.7442                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     60.26
corr(u_i, Xb)  = 0.3798                         Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | .652306 | .1653435 | 3.95 | 0.000 | .316641 | .9879711 |
| Majors65 | .048807 | .0130568 | 3.74 | 0.001 | .0223004 | .0753137 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0208042 | .0141333 | 1.47 | 0.150 | -.0078879 | .0494962 |
| 2005 | .0395408 | .021663 | 1.83 | 0.077 | -.0044374 | .083519 |
| 2006 | .0557392 | .0369194 | 1.51 | 0.140 | -.0192112 | .1306897 |
| 2007 | .0681729 | .048539 | 1.40 | 0.169 | -.0303664 | .1667122 |
| 2008 | .1114215 | .0571867 | 1.95 | 0.059 | -.0046737 | .2275166 |
| 2009 | .1700511 | .0559456 | 3.04 | 0.004 | .0564756 | .2836267 |
| 2010 | .1579615 | .0638995 | 2.47 | 0.018 | .0282386 | .2876843 |
| 2011 | .1499892 | .07595 | 1.97 | 0.056 | -.0041974 | .3041758 |
| 2012 | .151141 | .0821856 | 1.84 | 0.074 | -.0157047 | .3179867 |
| 2013 | .1570766 | .0924763 | 1.70 | 0.098 | -.0306602 | .3448135 |
| 2014 | .1465138 | .1003894 | 1.46 | 0.153 | -.0572874 | .350315 |
| 2015 | .136908 | .1062018 | 1.29 | 0.206 | -.0786932 | .3525091 |
| 2016 | .1351034 | .1144198 | 1.18 | 0.246 | -.0971812 | .367388 |
| _cons | .2480117 | 1.74705 | 0.14 | 0.888 | -3.298689 | 3.794712 |
| sigma_u | .32468866 | | | | | |
| sigma_e | .07080873 | | | | | |
| rho | .9545995 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A14: Despesa sanitària total per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.8856                         Obs per group: min =        14
       between = 0.8768                                        avg =      14.0
       overall = 0.8773                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = 0.1982                         Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | .8521814 | .2570433 | 3.32 | 0.005 | .3008784 | 1.403484 |
| Majors65 | .0508917 | .0331246 | 1.54 | 0.147 | -.0201535 | .1219369 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0074545 | .0220209 | 0.34 | 0.740 | -.0397755 | .0546846 |
| 2005 | .0264054 | .0334641 | 0.79 | 0.443 | -.045368 | .0981787 |
| 2006 | .0305712 | .0554061 | 0.55 | 0.590 | -.0882632 | .1494055 |
| 2007 | .0349634 | .0731529 | 0.48 | 0.640 | -.121934 | .1918608 |
| 2008 | .0763488 | .0909037 | 0.84 | 0.415 | -.1186203 | .271318 |
| 2009 | .1374095 | .0951463 | 1.44 | 0.171 | -.066659 | .3414781 |
| 2010 | .1184757 | .1070179 | 1.11 | 0.287 | -.1110548 | .3480062 |
| 2011 | .1093981 | .1248477 | 0.88 | 0.396 | -.1583735 | .3771697 |
| 2012 | .0990887 | .1369545 | 0.72 | 0.481 | -.1946495 | .3928269 |
| 2013 | .0910877 | .1556702 | 0.59 | 0.568 | -.2427916 | .424967 |
| 2014 | .0671757 | .1703431 | 0.39 | 0.699 | -.2981738 | .4325253 |
| 2015 | .0441034 | .1808788 | 0.24 | 0.811 | -.3438432 | .4320499 |
| 2016 | .0284521 | .1957094 | 0.15 | 0.886 | -.3913028 | .4482071 |
| _cons | -1.802209 | 2.780156 | -0.65 | 0.527 | -7.765052 | 4.160634 |
| sigma_u | .17003581 | | | | | |
| sigma_e | .07363863 | | | | | |
| rho | .84206567 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A15: Despesa sanitària total per càpita (en logaritme) explicada per PIB pc (en logaritme) i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.9511                         Obs per group: min =        14
       between = 0.8692                                        avg =      14.0
       overall = 0.8812                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.0850                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | 1.0571 | .1356763 | 7.79 | 0.000 | .7661034 | 1.348097 |
| Majors65 | .0561628 | .0126664 | 4.43 | 0.001 | .028996 | .0833296 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -.0036194 | .0124405 | -0.29 | 0.775 | -.0303015 | .0230628 |
| 2005 | -.0118589 | .0186762 | -0.63 | 0.536 | -.0519154 | .0281976 |
| 2006 | -.0477609 | .0301988 | -1.58 | 0.136 | -.1125309 | .0170091 |
| 2007 | -.0720081 | .040003 | -1.80 | 0.093 | -.1578062 | .0137899 |
| 2008 | -.0502709 | .0424161 | -1.19 | 0.256 | -.1412445 | .0407027 |
| 2009 | .0223834 | .0402435 | 0.56 | 0.587 | -.0639304 | .1086972 |
| 2010 | -.0046614 | .0453039 | -0.10 | 0.920 | -.1018287 | .0925059 |
| 2011 | -.0366117 | .0616414 | -0.59 | 0.562 | -.1688195 | .095596 |
| 2012 | -.0339119 | .0651615 | -0.52 | 0.611 | -.1736695 | .1058457 |
| 2013 | -.0392095 | .0737498 | -0.53 | 0.603 | -.1973871 | .1189682 |
| 2014 | -.0627765 | .0817698 | -0.77 | 0.455 | -.2381552 | .1126022 |
| 2015 | -.0866382 | .0862195 | -1.00 | 0.332 | -.2715606 | .0982841 |
| 2016 | -.1056579 | .0929016 | -1.14 | 0.275 | -.3049121 | .0935963 |
| _cons | -3.940252 | 1.448867 | -2.72 | 0.017 | -7.047764 | -.8327409 |
| sigma_u | .19476475 | | | | | |
| sigma_e | .05178465 | | | | | |
| rho | .93397384 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A16: Despesa sanitària total en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup OCDE. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespTotalPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       504
Group variable: Pais                            Number of groups   =        36

R-sq:  within  = 0.4851                         Obs per group: min =        14
       between = 0.0445                                        avg =      14.0
       overall = 0.0696                                        max =        14

                                                F(15,35)           =     42.59
corr(u_i, Xb)  = -0.3759                        Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 36 clusters in Pais)
```

| DespTotalPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -.0000318 | .0000307 | -1.04 | 0.307 | -.0000941 | .0000304 |
| Majors65 | .358414 | .1259977 | 2.84 | 0.007 | .1026252 | .6142029 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0313088 | .0935373 | 0.33 | 0.740 | -.158582 | .2211995 |
| 2005 | .0816767 | .1451681 | 0.56 | 0.577 | -.2130301 | .3763836 |
| 2006 | .0458477 | .239287 | 0.19 | 0.849 | -.4399308 | .5316262 |
| 2007 | .0284762 | .3247002 | 0.09 | 0.931 | -.6307002 | .6876527 |
| 2008 | .2951489 | .4042527 | 0.73 | 0.470 | -.5255276 | 1.115826 |
| 2009 | .858617 | .4231323 | 2.03 | 0.050 | -.0003873 | 1.717621 |
| 2010 | .7042401 | .4823726 | 1.46 | 0.153 | -.2750284 | 1.683508 |
| 2011 | .6215613 | .5627636 | 1.10 | 0.277 | -.5209095 | 1.764032 |
| 2012 | .6141962 | .6214208 | 0.99 | 0.330 | -.647355 | 1.875747 |
| 2013 | .606161 | .7070999 | 0.86 | 0.397 | -.8293281 | 2.04165 |
| 2014 | .4984954 | .7740839 | 0.64 | 0.524 | -1.072979 | 2.069969 |
| 2015 | .4311528 | .8153729 | 0.53 | 0.600 | -1.224142 | 2.086448 |
| 2016 | .4235153 | .8866835 | 0.48 | 0.636 | -1.376548 | 2.223578 |
| _cons | 3.674334 | 2.304028 | 1.59 | 0.120 | -1.003093 | 8.35176 |
| sigma_u | 2.1829913 | | | | | |
| sigma_e | .511423 | | | | | |
| rho | .94797031 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A17: Despesa sanitària total en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Beveridge. Període 2003-2016.

```
. xtreg DespTotalPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.4216                         Obs per group: min =        14
       between = 0.2254                                        avg =      14.0
       overall = 0.2528                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.4663                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespTotalPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -.000039 | .0000478 | -0.82 | 0.428 | -.0001416 | .0000636 |
| Majors65 | .3309493 | .2409832 | 1.37 | 0.191 | -.1859083 | .847807 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | .0493193 | .1305997 | 0.38 | 0.711 | -.2307891 | .3294278 |
| 2005 | .1880991 | .2063853 | 0.91 | 0.378 | -.2545533 | .6307515 |
| 2006 | .2217949 | .3392018 | 0.65 | 0.524 | -.5057206 | .9493105 |
| 2007 | .2541762 | .4479067 | 0.57 | 0.579 | -.7064881 | 1.214841 |
| 2008 | .6009401 | .5845816 | 1.03 | 0.321 | -.6528627 | 1.854743 |
| 2009 | 1.12771 | .6270761 | 1.80 | 0.094 | -.2172348 | 2.472654 |
| 2010 | .9867444 | .7102017 | 1.39 | 0.186 | -.5364867 | 2.509975 |
| 2011 | .971811 | .8397622 | 1.16 | 0.267 | -.8292998 | 2.772922 |
| 2012 | .9258226 | .931692 | 0.99 | 0.337 | -1.072458 | 2.924103 |
| 2013 | .8963167 | 1.060868 | 0.84 | 0.412 | -1.379018 | 3.171652 |
| 2014 | .7450368 | 1.167219 | 0.64 | 0.534 | -1.758399 | 3.248473 |
| 2015 | .6461782 | 1.238454 | 0.52 | 0.610 | -2.010042 | 3.302399 |
| 2016 | .5956878 | 1.343607 | 0.44 | 0.664 | -2.286063 | 3.477438 |
| _cons | 4.069975 | 3.703274 | 1.10 | 0.290 | -3.872759 | 12.01271 |
| sigma_u | 1.2981935 | | | | | |
| sigma_e | .62702685 | | | | | |
| rho | .81084025 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió A18: Despesa sanitària total en % de PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Grup Bismarck. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespTotalPIB PIBpc Majors65 i.TIME, fe cluster(Pais)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       210
Group variable: Pais                            Number of groups   =        15

R-sq:  within  = 0.6528                         Obs per group: min =        14
       between = 0.2425                                        avg =      14.0
       overall = 0.2810                                        max =        14

                                                F(14,14)           =         .
corr(u_i, Xb)  = -0.3119                        Prob > F           =         .

                                 (Std. Err. adjusted for 15 clusters in Pais)
```

| DespTotalPIB | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -.0000133 | .0000229 | -0.58 | 0.570 | -.0000623 | .0000358 |
| Majors65 | .4207069 | .1329763 | 3.16 | 0.007 | .1355011 | .7059127 |
| TIME | | | | | | |
| 2004 | -.0098849 | .1239086 | -0.08 | 0.938 | -.2756423 | .2558726 |
| 2005 | -.0211613 | .1653211 | -0.13 | 0.900 | -.3757397 | .3334171 |
| 2006 | -.2195272 | .2585303 | -0.85 | 0.410 | -.7740195 | .3349652 |
| 2007 | -.3452501 | .357462 | -0.97 | 0.351 | -1.11193 | .4214297 |
| 2008 | -.154646 | .4249028 | -0.36 | 0.721 | -1.065972 | .7566798 |
| 2009 | .4254037 | .4705738 | 0.90 | 0.381 | -.5838766 | 1.434684 |
| 2010 | .2525262 | .5003418 | 0.50 | 0.622 | -.8206002 | 1.325653 |
| 2011 | .1429128 | .528631 | 0.27 | 0.791 | -.990888 | 1.276714 |
| 2012 | .2061223 | .5899454 | 0.35 | 0.732 | -1.059185 | 1.471429 |
| 2013 | .219318 | .6825719 | 0.32 | 0.753 | -1.244653 | 1.683289 |
| 2014 | .0884361 | .759568 | 0.12 | 0.909 | -1.540675 | 1.717548 |
| 2015 | -.0427888 | .8133691 | -0.05 | 0.959 | -1.787292 | 1.701715 |
| 2016 | -.0970457 | .8866279 | -0.11 | 0.914 | -1.998673 | 1.804582 |
| _cons | 2.225327 | 2.388591 | 0.93 | 0.367 | -2.897692 | 7.348345 |
| sigma_u | 1.6201276 | | | | | |
| sigma_e | .39523703 | | | | | |
| rho | .94382925 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

# Annex B

Taula B1: Despesa sanitària en relació al PIB OCDE (2016)

| *País* | *Pública % PIB* | *Privada % PIB* | *Total % PIB* |
|---|---|---|---|
| *Austràlia* | 6,32 | 2,93 | 9,25 |
| *Àustria* | 7,74 | 2,70 | 10,44 |
| *Bèlgica* | 7,91 | 2,13 | 10,04 |
| *Canadà* | 7,41 | 3,13 | 10,54 |
| *República Txeca* | 5,86 | 1,29 | 7,14 |
| *Dinamarca* | 8,71 | 1,64 | 10,35 |
| *Finlàndia* | 7,07 | 2,42 | 9,49 |
| *França* | 9,57 | 1,97 | 11,54 |
| *Alemanya* | 9,42 | 1,72 | 11,14 |
| *Grècia* | 5,19 | 3,27 | 8,45 |
| *Hongria* | 4,88 | 2,49 | 7,37 |
| *Islàndia* | 6,76 | 1,53 | 8,29 |
| *Irlanda* | 5,32 | 2,06 | 7,38 |
| *Itàlia* | 6,65 | 2,28 | 8,94 |
| *Japó* | 9,13 | 1,71 | 10,84 |
| *Corea del Sud* | 4,34 | 3,00 | 7,34 |
| *Luxemburg* | 4,99 | 1,18 | 6,16 |
| *Mèxic* | 2,86 | 2,61 | 5,47 |
| *Països Baixos* | 8,39 | 1,97 | 10,36 |
| *Nova Zelanda* | 7,25 | 1,97 | 9,22 |
| *Noruega* | 8,94 | 1,56 | 10,50 |
| *Polònia* | 4,55 | 1,96 | 6,52 |
| *Portugal* | 6,02 | 3,05 | 9,08 |
| *Eslovàquia* | 5,75 | 1,37 | 7,13 |
| *Espanya* | 6,39 | 2,58 | 8,97 |
| *Suècia* | 9,13 | 1,80 | 10,94 |
| *Suïssa* | 7,69 | 4,56 | 12,25 |
| *Turquia* | 3,38 | 0,93 | 4,31 |
| *Regne Unit* | 7,76 | 2,00 | 9,76 |
| *Estats Units* | 13,97 | 3,10 | 17,07 |
| *Xile* | 4,99 | 3,20 | 8,19 |
| *Estònia* | 5,06 | 1,63 | 6,68 |
| *Israel* | 4,57 | 2,74 | 7,31 |
| *Letònia* | 3,41 | 5,06 | 8,47 |
| *Lituània* | 4,46 | 1,78 | 6,24 |
| *Eslovènia* | 6,16 | 0,52 | 6,67 |
| ***Mitjana OCDE*** | **6,61%** | **2,27%** | **8,88%** |
| ***Catalunya*** | **5.3%** | **2.3%** | **7.6%** |

# Annex C

Regressió C1: Despesa sanitària pública per càpita, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Conjunt CCAA. Període 2003-2016.

```
. xtreg  DespesaSanitpc  PIBpc  Majors65 i.Any, fe cluster(CA)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       238
Group variable: CA                              Number of groups   =        17

R-sq:  within  = 0.8377                         Obs per group: min =        14
       between = 0.0018                                        avg =      14.0
       overall = 0.4213                                        max =        14

                                                F(15,16)           =   1153.75
corr(u_i, Xb)  = -0.4182                        Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 17 clusters in CA)
```

| DespesaSan~c | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | .0258678 | .0134232 | 1.93 | 0.072 | -.0025881 | .0543237 |
| Majors65 | -3.815566 | 14.53097 | -0.26 | 0.796 | -34.61985 | 26.98872 |
| Any | | | | | | |
| 2004 | 39.26311 | 16.45078 | 2.39 | 0.030 | 4.389019 | 74.13719 |
| 2005 | 92.63077 | 32.07927 | 2.89 | 0.011 | 24.62574 | 160.6358 |
| 2006 | 154.7462 | 53.79608 | 2.88 | 0.011 | 40.70357 | 268.7888 |
| 2007 | 215.1718 | 73.40776 | 2.93 | 0.010 | 59.55427 | 370.7893 |
| 2008 | 291.5662 | 71.3321 | 4.09 | 0.001 | 140.3488 | 442.7835 |
| 2009 | 394.5679 | 61.0939 | 6.46 | 0.000 | 265.0546 | 524.0812 |
| 2010 | 389.7161 | 64.55208 | 6.04 | 0.000 | 252.8719 | 526.5604 |
| 2011 | 361.3746 | 67.9945 | 5.31 | 0.000 | 217.2327 | 505.5165 |
| 2012 | 317.5464 | 52.44946 | 6.05 | 0.000 | 206.3585 | 428.7343 |
| 2013 | 259.2215 | 48.0295 | 5.40 | 0.000 | 157.4035 | 361.0395 |
| 2014 | 274.8696 | 54.10841 | 5.08 | 0.000 | 160.1649 | 389.5743 |
| 2015 | 330.7584 | 68.79619 | 4.81 | 0.000 | 184.917 | 476.5998 |
| 2016 | 336.6681 | 79.61948 | 4.23 | 0.001 | 167.8824 | 505.4539 |
| _cons | 541.5106 | 412.8665 | 1.31 | 0.208 | -333.7274 | 1416.748 |
| sigma_u | 152.45276 | | | | | |
| sigma_e | 73.270185 | | | | | |
| rho | .81235751 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió C2: Despesa sanitària pública per càpita (en logaritmes), explicada per PIB pc (en logaritmes) i proporció de població de més de 65 anys. Conjunt CCAA. Període 2003-2016.

```
. xtreg logDesp logPIB Majors65 i.Any, fe cluster(CA)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       238
Group variable: CA                              Number of groups   =        17

R-sq:  within  = 0.8727                         Obs per group: min =        14
       between = 0.0032                                        avg =      14.0
       overall = 0.4580                                        max =        14

                                                F(15,16)           =   1681.74
corr(u_i, Xb)  = -0.4159                        Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 17 clusters in CA)
```

| logDesp | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| logPIB | .4701996 | .2293481 | 2.05 | 0.057 | -.0159967 | .9563959 |
| Majors65 | -.0020494 | .0104047 | -0.20 | 0.846 | -.0241064 | .0200076 |
| Any | | | | | | |
| 2004 | .0409778 | .0166 | 2.47 | 0.025 | .0057875 | .0761681 |
| 2005 | .09322 | .029791 | 3.13 | 0.006 | .0300659 | .1563741 |
| 2006 | .1462572 | .0460902 | 3.17 | 0.006 | .0485503 | .243964 |
| 2007 | .1921904 | .0605214 | 3.18 | 0.006 | .0638907 | .32049 |
| 2008 | .2526531 | .0581276 | 4.35 | 0.000 | .129428 | .3758782 |
| 2009 | .3264362 | .0502964 | 6.49 | 0.000 | .2198126 | .4330598 |
| 2010 | .3224486 | .0560455 | 5.75 | 0.000 | .2036374 | .4412597 |
| 2011 | .3035166 | .0551128 | 5.51 | 0.000 | .1866827 | .4203506 |
| 2012 | .2704475 | .0419047 | 6.45 | 0.000 | .1816135 | .3592814 |
| 2013 | .2295175 | .039693 | 5.78 | 0.000 | .1453721 | .3136629 |
| 2014 | .2410852 | .0433497 | 5.56 | 0.000 | .1491879 | .3329824 |
| 2015 | .2809472 | .054385 | 5.17 | 0.000 | .1656562 | .3962381 |
| 2016 | .2828843 | .0623021 | 4.54 | 0.000 | .1508098 | .4149588 |
| _cons | 2.281074 | 2.276825 | 1.00 | 0.331 | -2.54558 | 7.107727 |
| sigma_u | .12045889 | | | | | |
| sigma_e | .05254058 | | | | | |
| rho | .84016353 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió C3: Despesa sanitària pública en % del PIB, explicada per PIB pc i proporció de població de més de 65 anys. Conjunt CCAA. Període 2003-2016.

```
. xtreg   DespesaSanitPIB  PIBpc  Majors65 i.Any, fe cluster(CA)

Fixed-effects (within) regression               Number of obs      =       238
Group variable: CA                              Number of groups   =        17

R-sq:  within  = 0.6641                         Obs per group: min =        14
       between = 0.7308                                        avg =      14.0
       overall = 0.6832                                        max =        14

                                                F(15,16)           =    311.38
corr(u_i, Xb)  = 0.4470                         Prob > F           =    0.0000

                                 (Std. Err. adjusted for 17 clusters in CA)
```

| DespesaSan~B | Coef. | Robust Std. Err. | t | P>\|t\| | [95% Conf. | Interval] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PIBpc | -1.41e-06 | 5.43e-07 | -2.59 | 0.020 | -2.56e-06 | -2.58e-07 |
| Majors65 | -.0003366 | .0005601 | -0.60 | 0.556 | -.0015239 | .0008507 |
| Any | | | | | | |
| 2004 | .001985 | .0007422 | 2.67 | 0.017 | .0004116 | .0035585 |
| 2005 | .0046626 | .001326 | 3.52 | 0.003 | .0018516 | .0074736 |
| 2006 | .007814 | .002196 | 3.56 | 0.003 | .0031587 | .0124693 |
| 2007 | .0104819 | .0029673 | 3.53 | 0.003 | .0041915 | .0167723 |
| 2008 | .0140202 | .0029962 | 4.68 | 0.000 | .0076685 | .0203719 |
| 2009 | .0186725 | .0027526 | 6.78 | 0.000 | .0128372 | .0245078 |
| 2010 | .0184271 | .0028366 | 6.50 | 0.000 | .0124138 | .0244405 |
| 2011 | .0172029 | .0030505 | 5.64 | 0.000 | .0107362 | .0236696 |
| 2012 | .0155065 | .002364 | 6.56 | 0.000 | .0104951 | .0205179 |
| 2013 | .0129297 | .0022083 | 5.86 | 0.000 | .0082484 | .017611 |
| 2014 | .0137789 | .0024444 | 5.64 | 0.000 | .0085969 | .0189609 |
| 2015 | .0161672 | .0029717 | 5.44 | 0.000 | .0098675 | .0224669 |
| 2016 | .0163882 | .0033889 | 4.84 | 0.000 | .0092041 | .0235722 |
| _cons | .0854767 | .0160465 | 5.33 | 0.000 | .0514596 | .1194938 |
| sigma_u | .0075988 | | | | | |
| sigma_e | .00340607 | | | | | |
| rho | .83269652 | (fraction of variance due to u_i) | | | | |

Regressió C4: Taxa de variació despesa sanitària pública en el període 2003-2016 explicada per les taxes de variació del PIB pc i la proporció de persones de més de 65 anys en el mateix període.

```
. reg DespesasanitPublicapc PIBpc Majors65

      Source |       SS       df       MS              Number of obs =      17
-------------+------------------------------           F(  2,    14) =    5.07
       Model |  166.071749     2  83.0358744           Prob > F      =  0.0221
    Residual |  229.320055    14  16.3800039           R-squared     =  0.4200
-------------+------------------------------           Adj R-squared =  0.3372
       Total |  395.391804    16  24.7119877           Root MSE      =  4.0472

------------------------------------------------------------------------------
Despesasan~c |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
       PIBpc |   .6254058   .2080778     3.01   0.009     .1791232    1.071688
    Majors65 |  -.0767991   .1598939    -0.48   0.638    -.4197375    .2661393
       _cons |   19.89785   4.772885     4.17   0.001     9.661031    30.13467
------------------------------------------------------------------------------
```

# Annex D: Taules descriptives principals resultats salut CCAA

**TABLA 2.2.8- TUMORES MALIGNOS. TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TASA BRUTA | | | | | | | | |
| Total | 218,9 | 218,9 | 221,9 | 225,6 | 228,6 | 229,9 | 228,8 | 231,0 |
| Andalucía | 193,5 | 192,0 | 193,0 | 195,9 | 202,8 | 200,0 | 195,6 | 200,0 |
| Aragón | 250,0 | 259,5 | 259,0 | 268,8 | 267,4 | 271,9 | 275,2 | 272,1 |
| Asturias | 330,7 | 325,1 | 334,3 | 341,0 | 340,4 | 331,6 | 328,3 | 335,5 |
| Baleares | 187,2 | 188,9 | 192,1 | 183,9 | 193,2 | 182,7 | 183,3 | 187,5 |
| Canarias | 183,9 | 175,1 | 188,4 | 190,4 | 197,4 | 196,0 | 192,1 | 194,1 |
| Cantabria | 255,9 | 250,5 | 263,6 | 267,9 | 281,7 | 280,0 | 285,2 | 290,3 |
| Castilla-La Mancha | 215,8 | 212,1 | 210,4 | 227,5 | 226,3 | 227,4 | 226,1 | 230,6 |
| Castilla y León | 290,6 | 289,6 | 298,0 | 294,6 | 304,2 | 308,7 | 304,5 | 306,4 |
| Cataluña | 216,6 | 214,8 | 221,2 | 221,4 | 220,9 | 225,9 | 223,9 | 226,2 |
| Comunidad Valenciana | 207,4 | 208,9 | 212,8 | 222,1 | 220,0 | 223,0 | 223,7 | 227,3 |
| Extremadura | 244,2 | 252,1 | 260,0 | 255,6 | 272,9 | 277,4 | 259,7 | 284,1 |
| Galicia | 277,5 | 285,9 | 285,3 | 291,8 | 297,4 | 299,8 | 290,9 | 292,2 |
| Madrid | 184,3 | 185,4 | 185,3 | 185,2 | 190,7 | 194,0 | 196,0 | 192,3 |
| Murcia | 179,1 | 177,7 | 179,5 | 182,5 | 175,5 | 181,6 | 188,9 | 189,9 |
| Navarra | 225,9 | 233,0 | 216,1 | 236,9 | 236,0 | 242,2 | 251,7 | 247,5 |
| País Vasco | 260,9 | 265,5 | 266,1 | 278,2 | 272,4 | 272,6 | 284,9 | 285,2 |
| La Rioja | 231,4 | 234,5 | 240,7 | 249,5 | 263,7 | 242,1 | 239,1 | 257,3 |
| Ceuta | 163,6 | 151,6 | 160,0 | 144,7 | 129,5 | 150,3 | 151,3 | 152,7 |
| Melilla | 134,3 | 114,1 | 103,3 | 129,7 | 141,6 | 123,1 | 139,2 | 134,6 |

**TABLA 3.1.2. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO. TASA DE ALTAS HOSPITALARIAS POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN SEXO Y COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TASA BRUTA | | | | | | | | |
| Total | 1340,2 | 1318,0 | 1321,6 | 1297,7 | 1305,2 | 1327,7 | 1343,1 | 1354,4 |
| Andalucía | 1151,4 | 1103,8 | 1096,8 | 1088,9 | 1067,5 | 1101,7 | 1118,1 | 1121,5 |
| Aragón | 1426,9 | 1396,1 | 1479,7 | 1453,0 | 1463,1 | 1483,5 | 1434,3 | 1531,9 |
| Asturias | 2088,6 | 2033,1 | 1966,2 | 1922,8 | 1933,2 | 2009,4 | 1980,6 | 1949,6 |
| Baleares | 1437,2 | 1375,3 | 1312,1 | 1251,1 | 1267,1 | 1225,0 | 1154,5 | 1248,6 |
| Canarias | 1092,2 | 1089,9 | 1098,7 | 1076,0 | 1052,9 | 1058,0 | 1039,9 | 1029,6 |
| Cantabria | 1436,0 | 1400,7 | 1430,9 | 1315,4 | 1324,4 | 1402,4 | 1464,5 | 1436,5 |
| Castilla-La Mancha | 1239,1 | 1189,9 | 1182,2 | 1163,0 | 1124,1 | 1163,5 | 1196,5 | 1233,4 |
| Castilla y León | 1639,0 | 1631,2 | 1611,1 | 1549,0 | 1543,1 | 1583,8 | 1581,4 | 1562,6 |
| Cataluña | 1400,0 | 1396,3 | 1400,3 | 1366,3 | 1392,4 | 1409,5 | 1449,9 | 1471,9 |
| Comunidad Valenciana | 1246,2 | 1233,2 | 1253,6 | 1219,6 | 1260,5 | 1260,2 | 1300,8 | 1317,9 |
| Extremadura | 1426,1 | 1401,1 | 1421,7 | 1419,8 | 1469,0 | 1414,1 | 1446,6 | 1511,9 |
| Galicia | 1442,9 | 1400,6 | 1426,3 | 1434,5 | 1445,9 | 1473,9 | 1495,7 | 1485,9 |
| Madrid | 1191,5 | 1212,3 | 1237,6 | 1204,6 | 1219,9 | 1250,0 | 1257,4 | 1250,0 |
| Murcia | 1286,4 | 1274,5 | 1274,8 | 1256,5 | 1290,5 | 1332,9 | 1291,0 | 1306,0 |
| Navarra | 1337,2 | 1260,5 | 1239,7 | 1205,9 | 1197,9 | 1182,0 | 1222,2 | 1277,3 |
| País Vasco | 1585,8 | 1543,6 | 1546,6 | 1522,3 | 1536,8 | 1533,6 | 1543,1 | 1553,4 |
| La Rioja | 1580,0 | 1606,9 | 1559,8 | 1531,3 | 1510,2 | 1705,2 | 1757,6 | 1668,4 |
| Ceuta | 1272,0 | 1270,5 | 1072,1 | 1226,3 | 1141,6 | 936,5 | 993,2 | 928,9 |
| Melilla | 889,6 | 963,2 | 936,5 | 907,8 | 859,1 | 922,4 | 920,8 | 732,8 |

**TABLA 3.1.4. TUMORES MALIGNOS. TASA DE ALTAS HOSPITALARIAS POR 100.000 HABITANTES, SEGÚN SEXO Y COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TASA BRUTA | | | | | | | | |
| Total | 708,4 | 720,8 | 726,3 | 738,5 | 741,9 | 757,4 | 763,6 | 770,0 |
| Andalucía | 559,2 | 559,6 | 551,7 | 563,1 | 554,9 | 585,8 | 600,8 | 600,5 |
| Aragón | 804,1 | 796,0 | 818,7 | 836,2 | 824,7 | 840,8 | 806,2 | 863,0 |
| Asturias | 896,2 | 921,8 | 916,3 | 893,5 | 882,6 | 851,7 | 843,2 | 875,4 |
| Baleares | 581,1 | 583,4 | 555,6 | 582,4 | 584,3 | 579,9 | 551,9 | 618,1 |
| Canarias | 560,0 | 574,3 | 564,9 | 565,6 | 557,0 | 594,9 | 596,6 | 571,9 |
| Cantabria | 603,3 | 618,2 | 620,6 | 644,5 | 675,9 | 705,5 | 716,2 | 719,5 |
| Castilla-La Mancha | 607,5 | 625,8 | 617,8 | 614,8 | 593,1 | 644,4 | 649,9 | 643,1 |
| Castilla y León | 904,8 | 934,7 | 926,8 | 944,7 | 946,5 | 933,8 | 929,9 | 915,8 |
| Cataluña | 796,0 | 803,1 | 827,3 | 842,7 | 840,8 | 862,5 | 863,0 | 868,2 |
| Comunidad Valenciana | 722,0 | 720,2 | 756,2 | 752,3 | 778,3 | 781,4 | 792,3 | 831,5 |
| Extremadura | 651,5 | 655,8 | 656,0 | 674,7 | 718,0 | 715,3 | 710,5 | 716,3 |
| Galicia | 839,1 | 849,3 | 878,0 | 881,1 | 883,7 | 886,8 | 888,7 | 897,9 |
| Madrid | 687,5 | 727,5 | 723,7 | 751,1 | 765,2 | 786,3 | 799,3 | 806,2 |
| Murcia | 550,5 | 592,6 | 603,9 | 600,9 | 605,5 | 622,0 | 639,5 | 626,8 |
| Navarra | 814,1 | 827,8 | 759,5 | 789,1 | 808,5 | 803,6 | 863,6 | 841,7 |
| País Vasco | 833,9 | 845,1 | 857,9 | 883,7 | 898,1 | 892,7 | 896,4 | 880,0 |
| La Rioja | 838,3 | 851,8 | 850,2 | 825,0 | 816,2 | 786,3 | 868,0 | 787,4 |
| Ceuta | 447,0 | 441,0 | 369,0 | 356,7 | 358,0 | 407,9 | 360,4 | 318,0 |
| Melilla | 360,2 | 318,4 | 320,1 | 397,0 | 393,0 | 403,2 | 444,1 | 319,7 |

**TABLA 5.1.1. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 2,7 | 2,9 | 2,7 |
| Andalucía | 3,8 | 3,9 | 3,8 | 3,8 | 3,3 | 3,1 | 3,4 | 2,9 |
| Aragón | 2,4 | 3,4 | 2,8 | 4,5 | 2,3 | 1,8 | 2,5 | 2,7 |
| Asturias | 3,9 | 3,3 | 3,2 | 5,5 | 3,7 | 1,6 | 2,1 | 1,9 |
| Baleares | 3,9 | 3,7 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 2,8 | 2,5 | 2,7 |
| Canarias | 3,9 | 3,0 | 3,0 | 3,7 | 2,4 | 2,5 | 2,7 | 2,7 |
| Cantabria | 3,2 | 2,1 | 3,6 | 1,9 | 2,4 | 3,3 | 2,2 | 3,4 |
| Castilla-La Mancha | 3,3 | 2,4 | 3,0 | 2,5 | 2,6 | 2,4 | 2,1 | 2,5 |
| Castilla y León | 3,0 | 2,4 | 2,9 | 3,7 | 2,7 | 3,1 | 2,5 | 2,2 |
| Cataluña | 3,2 | 3,0 | 2,7 | 2,7 | 3,0 | 2,5 | 2,7 | 2,4 |
| Comunidad Valenciana | 3,6 | 3,3 | 3,5 | 2,8 | 2,7 | 2,4 | 2,8 | 2,4 |
| Extremadura | 3,6 | 3,5 | 3,7 | 3,6 | 2,2 | 2,0 | 2,7 | 3,5 |
| Galicia | 3,1 | 2,7 | 2,2 | 2,5 | 2,6 | 2,1 | 2,0 | 2,8 |
| Madrid | 2,7 | 2,9 | 3,4 | 2,8 | 3,6 | 2,9 | 3,1 | 2,5 |
| Murcia | 3,4 | 3,6 | 3,2 | 3,3 | 4,8 | 3,5 | 2,9 | 2,8 |
| Navarra | 2,3 | 2,3 | 1,8 | 1,6 | 1,8 | 2,5 | 2,7 | 2,8 |
| País Vasco | 2,9 | 3,1 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 2,3 | 2,2 | 2,7 |
| La Rioja | 5,4 | 5,4 | 1,8 | 4,7 | 2,8 | 3,1 | 2,1 | 1,8 |
| Ceuta | 4,3 | 6,1 | 8,4 | 5,1 | 5,3 | 11,0 | 5,0 | 8,2 |
| Melilla | 4,8 | 6,3 | 0,0 | 1,4 | 4,0 | 4,6 | 5,5 | 11,3 |

**TABLA 5.1.2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA, 2008-2015.**

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 1,9 | 2,1 | 1,8 |
| Andalucía | 2,5 | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 2,2 | 2,2 | 2,7 | 2,0 |
| Aragón | 1,4 | 2,2 | 1,7 | 3,3 | 1,8 | 1,1 | 1,3 | 1,4 |
| Asturias | 2,8 | 2,6 | 2,3 | 3,6 | 2,9 | 1,2 | 1,8 | 0,8 |
| Baleares | 2,5 | 2,4 | 2,3 | 2,1 | 1,7 | 2,0 | 1,9 | 1,7 |
| Canarias | 2,2 | 1,9 | 2,1 | 2,4 | 1,7 | 1,6 | 1,9 | 1,5 |
| Cantabria | 1,9 | 1,4 | 2,0 | 0,7 | 1,4 | 2,1 | 2,2 | 2,5 |
| Castilla-La Mancha | 2,0 | 1,7 | 1,9 | 1,6 | 1,9 | 1,8 | 1,3 | 1,3 |
| Castilla y León | 1,8 | 1,3 | 1,8 | 2,5 | 1,8 | 2,0 | 2,0 | 1,8 |
| Cataluña | 2,1 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 2,0 | 1,8 | 1,7 | 1,6 |
| Comunidad Valenciana | 2,4 | 2,2 | 2,4 | 2,0 | 1,9 | 1,6 | 2,1 | 1,7 |
| Extremadura | 2,7 | 2,1 | 2,5 | 2,7 | 1,3 | 1,2 | 2,0 | 2,6 |
| Galicia | 2,1 | 1,9 | 1,4 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 2,1 |
| Madrid | 1,5 | 1,9 | 2,0 | 1,7 | 2,7 | 2,1 | 2,4 | 1,8 |
| Murcia | 2,3 | 2,5 | 2,3 | 2,5 | 3,5 | 2,7 | 2,1 | 1,9 |
| Navarra | 1,0 | 1,2 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 2,6 | 2,2 |
| País Vasco | 1,9 | 2,2 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,6 | 1,5 | 1,7 |
| La Rioja | 3,4 | 3,6 | 0,9 | 2,5 | 2,5 | 1,0 | 1,1 | 1,5 |
| Ceuta | 4,3 | 3,5 | 5,9 | 5,1 | 2,7 | 4,6 | 4,2 | 5,5 |
| Melilla | 3,2 | 4,7 | 0,0 | 0,0 | 3,3 | 2,0 | 3,1 | 7,3 |

# Annex E

**FINANZAS AUTONÓMICAS: VISIBILIDAD, TRANSPARENCIA Y ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES (Papeles de Economía Española, FUNCAS, 2015)**
**(Ana HERRERO, María GOENAGA, Jesús RUIZ-HUERTA)**

Aquest text posa de relleu la importància del retiment de comptes pel bon funcionament d'un sistema democràtic i una major eficiència en la despesa pública. Remarca també que la visibilitat és un element clau per un funcionament correcte del retiment de comptes i per tant és imprescindible que la ciutadania identifiqui correctament qui és el responsable de cada acció entre institucions, tant a nivell horitzontal, com vertical (d'especial importància en països descentralitzats com l'estat espanyol). Apunta, en aquest sentit, que la gestió de les comunitats autònomes sembla ser menys visible que la de les administracions estatals, es proposa contrastar com ha evolucionat la identificació dels responsables de cada política i quin és el grau de coneixement de la població al respecte, utilitzant dades de tres enquestes diferents.

Detecten que, efectivament, hi ha una gran proporció de gent que no sap identificar quin és el nivell administratiu responsable de cada política, si bé observen que a partir de l'arribada de la crisi, amb les retallades de despesa pública, hi ha hagut un augment significatiu del coneixement de qui és responsable de què. També troben que hi ha una millor atribució de responsabilitats pel que fa a transferències directes a les llars que no en la prestació de serveis, i dins dels serveis, sempre hi ha un coneixement major de qui és el responsable de l'educació que de la sanitat, possiblement per l'encara estesa creença que la sanitat va lligada a la Seguretat Social, que depèn de l'estat central. El retiment de comptes és més senzill quan les competències estan ben limitades (competències exclusives).

D'altra banda, aprecien que el temps que fa que una comunitat gestiona els serveis influeix en el grau de coneixement dels seus ciutadans, les CCAA de la "via lenta" d'accés a l'autonomia milloren significativament en atribució de responsabilitats en les últimes onades de les enquestes mentre que les primeres CCAA que van accedir a l'autonomia es mantenen estables.

Pel que fa a ingressos el nivell de coneixement és encara inferior al de despeses, fins i tot en les comunitats forals. La opacitat del sistema de finançament dificulta el retiment de comptes.

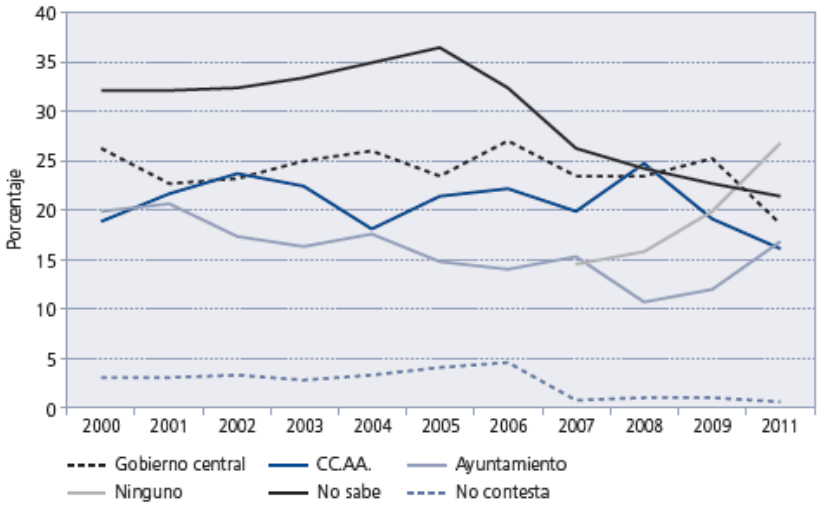
Les enquestes semblen indicar que els ciutadans tendeixen a infravalorar el pes de les competències compartides i alhora mostren una preferència per una reducció de les competències exclusives del govern central per augmentar les competències compartides.

Pel que fa a les preferències sobre descentralització s'observen importants diferències, mostrant Catalunya un desig de més descentralització, Comunitat Valenciana, Madrid , Galícia i la Resta major centralització i Andalusia una posició intermèdia. Sobre l'evolució, només a Catalunya i Comunitat Valenciana ha augmentat el desig de més descentralització mentre que a la resta ha pujat la preferència per la re-centralització els darrers anys.

Pel que fa a la percepció sobre quin nivell administratiu és el més eficient tenim la gràfica que veurem a continuació: gran part de la gent no sap què respondre, entorn un 20-25% respon que el govern central i una proporció similar però normalment una

mica menor respon que les CCAA. Segons el CIS no hi ha diferències territorials amb aquesta valoració, excepte per Catalunya, que mostra tendències oposades a la resta del país.

GRÁFICO 10
**¿QUÉ NIVEL DE GOBIERNO ADMINISTRA MEJOR EL DINERO RECAUDADO DE LOS IMPUESTOS?**




*Fuente:* Elaboración propia a partir de CIS (2000-2011).

Respecte a la voluntat d'aprofundir o revertir el procés de descentralització s'observa un canvi de tendència a partir del 2012 (a l'enquesta realitzada pel IEF), a diferència del que es venia observant l'opció majoritària passa a ser la voluntat de re-centralitzar algunes competències. Els autors ho atribueixen a les retallades dutes a terme a les CCAA, que han suggerit que hi havia massa despesa a nivell de comunitat autònoma i a una possible percepció de major corrupció a nivell autonòmic.

La part final del text és propositiva, on els autors fan consideracions sobre mesures que es podrien prendre per tal d'incrementar la visibilitat i la transparència per enfortir la responsabilització dels gestors públics. Entre les propostes inclouen una major formació de la ciutadania en quina és la distribució de competències, major transparència de les administracions i vincular organismes com el CIS i l'IEF al parlament per tal de facilitar informació als legisladors sobre les preferències del a ciutadania. Pel que fa a facilitar la visibilitat proposen reduir les competències concurrents i delimitar-les bé (competències exclusives per defecte), i també proposen entregar factures informatives als ciutadans perquè internalitzin el cost que tenen alguns serveis públics. Per últim proposa reformar el sistema de finançament autonòmic per fer-lo menys depenent de transferències, simplificar-lo, fer-lo transparent i suggereixen passar a un model d'espais fiscals superposats en què la jurisdicció central i les sub-centrals tinguin capacitat separada tot i que es tracti d'impostos compartits.

## Annex F

La taula següent recull la despesa sanitària pública catalana pressupostada inicialment, per una banda, i la realment efectuada, per l'altra, tant en termes de PIB com en euros per càpita pel període 2007-2017:

***Despesa sanitària pública pressupostada i real***

| *Any* | *Despesa Pública Inicial* | | *Despesa Pública Real* | |
|---|---|---|---|---|
| | **% del PIB** | **Per càpita** | **% del PIB** | **Per càpita** |
| *2007* | 4,3 | 1.214,25 | 4,4 | 1.239,81 |
| *2008* | 4,4 | 1.252,83 | 4,7 | 1.338,22 |
| *2009* | 4,7 | 1.269,21 | 5,2 | 1.413,54 |
| *2010* | 4,9 | 1.324,89 | 5,3 | 1.429,40 |
| *2011* | 4,6 | 1.227,89 | 5,1 | 1.348,69 |
| *2012* | 4,5 | 1.165,79 | 4,9 | 1.265,00 |
| *2013* | 4,3 | 1.108,39 | 4,8 | 1.244,70 |
| *2014* | 4,2 | 1.117,90 | 4,7 | 1.243,94 |
| *2015* | 4,1 | 1.144,65 | 4,8 | 1.330,95 |
| *2016* | 4,0 | 1.141,06 | 4,7 | 1.357,09 |
| *2017* | 4,0 | 1.192,84 | 4,6 | 1.378,05 |

Font: Elaboració pròpia amb dades extretes dels Comptes Satèl·lit del Ministeri de Sanitat i de l'INE.

Universitat
Pompeu Fabra
*Barcelona*

CRES
CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT