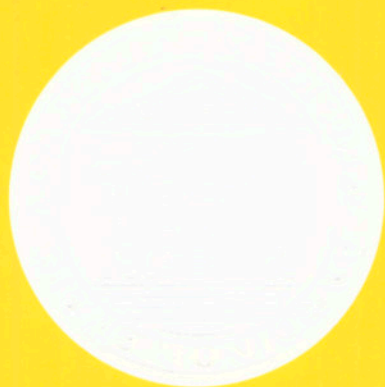


revista de la
REIAL ACADÈMIA
DE MEDICINA
DE CATALUNYA



VOLUM 11 - SUPLEMENT 1 - 1996

ECONOMIA I SALUT

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM II - SUPLEMENT I

1996

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA:

PRESIDENT:	Josip Llorente i Solas
VICE-PRESIDENT:	Josep A. Salva i Miquel
SECRETARI GENERAL:	Joaquim Fornós i Solano
VICE-SECRETARI:	Miguel Gregori i Servat
TRESORER:	Josep Secula i Brillas
BIBLIOTECARI:	Jacint Corbella i Corbella
VOCALS:	Josep Esteve i Soler Jordi Sans i Sabatés Jordi Guas i Riera
ARXIVER:	José M. Massons i Esplugas
PRESIDENT D'HONOR:	Belarmino Rodríguez i Arias

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA:

DIRECTOR:	Francisco García de Valdecasas i Santamaria
SUB-DIRECTOR:	Santiago Vidal i Sevilla
SECRETARI:	Francisco Clement i Montoliu
CONSELLERS:	Moses Broggi i Valles Josep M.ª Calbet i Camarasa Antoni Caralps i Riera Manuel Carreras i Roca Jacint Corbella i Corbella Rafael Esteve de Miguel Joan Gibert i Queraltó Josep M. Massons i Esplugas Domingo Ruano i Gil Jordi Sans i Sabatés Joaquim Fornós i Solano
COORDINADOR EDITORIAL:	Nicolau Barquet i Esteve
REDACCIÓ:	Carme, 47 - 08001 Barcelona

Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

ECONOMIA I SALUT

Moderat pel Dr. Miquel Àngel Asenjo

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
28 de març de 1995

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

PONENTS

MIQUEL ÀNGEL ASENJO, acadèmic numerari, professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública, director tècnic de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

LLUÍS BOHIGAS, economista, director de la Fundació Avedis Donabedian

GUILLEM LÓPEZ, catedràtic de la Universitat Pompeu Fabra

MIQUEL BRUGUERA, president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

RAMON MASSAGUER, director del Servei Català de la Salut

INTRODUCCIÓ. SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS. CONTRIBUCIÓ I COST

Miquel Àngel Asenjo

INTRODUCCIÓ

Frases com ara "la salut no té preu" han deixat de sentir-se o es pronuncien amb menys freqüència i amb menys convicció, ja que se sap que la salut, a causa d'un conjunt de circumstàncies irreversibles, té un cost elevadíssim que algú ha de pagar: bé qui utilitza els serveis o bé entre tots per mitjà dels impostos.

Als països democràtics desenvolupats hi ha models sanitaris de tota mena. Pel que fa al finançament, es posen com a exemple dos extrems, els models corresponents als Estats Units d'Amèrica, d'una banda, i a Anglaterra, de l'altra. El primer, de finançament fonamentalment privat, consumeix el 13,5% del PIB nacional i supera les 350.000 ptes. per ciutadà i any; el segon, de finançament públic, protegeix tots els ciutadans i ha convertit Anglaterra en el primer país democràtic que, des del 1947, disposa d'un servei nacional de salut, que actualment consumeix el 7% del PIB, amb més de 120.000 ptes. per individu i any. Tots dos models limiten implícitament el consum, ja que el dels Estats Units frena la seva utilització per mitjà del preu i el d'Anglaterra mitjançant les llistes d'espera. Tots dos frens, òbviament, creen insatisfacció en els ciutadans usuaris. Quan tots dos models tracten

de corregir-ho, un estenen la protecció i l'altre millorant la gestió per mitjà d'incentius econòmics, s'escurça la distància que els separa i es redueix la bretxa existent actualment.

Per comprendre els múltiples models inclosos entre tots dos extrems s'esgrimeixen raons diverses a més de la fonamental, que consisteix en el fet que són el resultat de decisions democràtiques lliurement adoptades per nacions sobiranes. Entre aquestes raons diverses es troben les dels qui opinen que, quan una cosa no costa, se n'abusa. Per a altres, la salut és tan important que la seva reparació en cas de disminució ha d'estar garantida per mitjà de la solidaritat ciutadana manifestada econòmicament per mitjà d'impostos.

SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS

Com s'explica que al Japó, on no es fan trasplantacions d'òrgans, l'esperança de vida, és a dir, el nombre d'anys que de mitjana viu una persona, sigui la més alta del món, si a més ocorre que el nombre de metges per 1.000 habitants és la meitat que a Alemanya o que a França i que la despesa en sanitat a penes és una mica superior a la meitat de la dels Estats Units d'Amèrica?

Ens trobem davant d'una aparent paradoxa, però té una explicació fàcil, ja que la salut mesurada per l'indicador d'esperança de vida, per als ciutadans dels països occidentals, està condicionada per **quatre factors**. El primer és la **biologia** o **herència** que, segons els experts, hi contribueix amb el 27%; en segon lloc, hi influeix l'**ambient** en què vivim, que representa el 19%; el tercer factor és l'**estil de vida** (alimentació, tabac, agressivitat, drogues, insatisfacció, placidesa, assossec, tranquil·litat, exercici, etc.), que aporta el 43%, i en quart lloc està el **sistema sanitari** (hospitals, ambulatoris, metges, medicaments, etc.), que representa l'11% restant i alhora consumeix el 90% dels recursos emprats en salut. Per millorar l'estil de vida a penes se'n consumeix l'1,5%, per a l'ambient l'1,6% i el 6,9% restant s'aplica als problemes de l'herència. En definitiva, el factor que menys influeix per allargar l'esperança de vida és el sistema sanitari, amb l'11%, i és el que més recursos consumeix, amb el 90%, dels quals més del 60% són consumits per l'activitat hospitalària.

CONTRIBUCIÓ I COST

Cada país ha resolt els seus problemes sanitaris com li ha semblat convenient, tot ignorant el que han fet els veïns, de tal manera que en el món existeixen 57 confuses variacions d'impostos, assegurances socials, càrrecs als pacients, assegurances privades, hospitals públics i privats, metges que treballen per a ells, treballen en això o, fins i tot, tenen clíniques pròpies. En tot cas, perquè les decisions sanitàries siguin correctes cal implicar i tenir en compte

els quatre agents fonamentals a qui afecten les seves conseqüències. En primer lloc, els **malalts**, fa anys anomenats pacients ja que l'acte mèdic consistia en l'imperatiu "despulleu-vos, ajaieu-vos, calleu, feu el que us diem i us curarem!" (prototip de medicina paternalista), que després van passar a usuaris (podien protestar si no n'estaven satisfets, però no podien elegir) i ara es tendeix que siguin clients (si no els agrada com són atesos se'n van a un altre metge o a un altre hospital, és a dir, tenen possibilitat d'elecció); en segon lloc, els **subministradors**, principalment els metges, tant d'assistència primària com hospitalària, la satisfacció dels quals és fonamental per als usuaris-clients; en tercer lloc, els **polítics**, tant el govern com l'oposició, i, en quart lloc, els **administradors** (gerents, directors, caps i supervisors).

Les característiques més apreciades dels sistemes sanitaris dels països desenvolupats, a més de l'eficàcia i la qualitat, són l'**equitat** i l'**eficiència**. Per mitjà de la primera es pretén que a la mateixa necessitat s'ofereixi un recurs similar, la primera condició del qual és l'accessibilitat al sistema de tothom igual, i amb l'**eficiència** s'aconsegueix que el que es programa s'obtingui al cost més baix possible i que el resultat numèric, matemàticament, sigui conseqüència de dividir allò que s'ha realitzat pels recursos consumits. Teòricament, per aconseguir la màxima eficiència hauríem d'**augmentar** el numerador, on apareix l'activitat, fent el màxim que es pugui adequadament objectivat i consensuat, i de **disminuir** el denominador, on se situa el que es gasta i que, concretament,

en els hospitals espanyols és el 62,5% de tota la despesa sanitària.

Els hospitals serveixen per recuperar la salut disminuïda i la salut ha estat definida per l'OMS com a "complet benestar físic, psíquic i social i no pas la mera absència de malaltia". Tot seguit ens hem de preguntar: per què es pot emmalaltir? La resposta és per la interacció de tres factors: agents causants de malaltia, hoste humà i medi ambient. Podem agrupar els agents causants de malaltia en físics, químics i biològics; l'hoste humà està condicionat per l'herència, l'edat, el sexe, la raça i els hàbits; i, finalment, l'ambient pot influir favorablement o negativament segons les seves característiques físiques i psico-sòcio-laborals. La interacció entre agents i hoste humà constitueix la medicina clínica, la que es produeix entre l'hoste humà i el medi ambient és la preventiva i la resultant del medi ambient i els agents de malaltia correspon a la medicina laboral. Per tant, allò més intel·ligent, perquè és eficaç i barat, és **promocionar** la salut per mitjà de l'educació sanitària, **prevenir** la malaltia, que ja requereix certes tècniques i exigeix el diagnòstic precoç, i **evitar-ne les seqüeles**, per a la qual cosa en molts casos caldrà l'hospitalització. Alhora hem de transmetre els coneixements per mitjà de l'**ensenyament** i adquirir-ne uns altres de nous **investigant**. En definitiva, s'ha de promocionar la salut, prevenir la malaltia, evitar-ne les seqüeles, ensenyar i investigar.

A l'hora de planificar és fonamental considerar que a l'hospital hi ha quatre grups d'interès: els malalts, els subministradors de salut (preferentment metges i

infermeres), els gestors i els polítics o propietaris. Aquests grups tenen interessos i, sobretot, prioritats que poden no ser coincidents; per exemple, al malalt li interessa no esperar, al metge disposar de mitjans, al gestor que es facin servir bé els recursos —inclosos els personals, que són els més cars—, al polític no apujar els impostos i al propietari guanyar diners. Harmonitzar tots aquests interessos depèn de moltes circumstàncies, però sobretot d'una planificació, una organització, una direcció, una coordinació i una avaluació correctes; i també i molt de les característiques personals dels individus, ja que l'hospital és la institució social de màxima interacció personal i les persones en els seus extrems poden ser optimistes o pessimistes i segures o insegures.

De la intersecció de les línies que uneixen aquests extrems, en resulten quatre quadrants. Al quadrant delimitat per optimista-segur es troben les persones prudentes i que assumeixen els esdeveniments, accepten els consells i decideixen en conseqüència; cronològicament, amb múltiples excepcions, estan entre 35 i 55 anys. Al quadrant delimitat per segur-pessimista se situen les persones conservadores, que viuen més de records que d'esperances; generalment, són les de més edat. A l'àrea delimitada per optimista-insegur es col·loquen les persones radicals, per a qui tot és sí o no i no existeixen matisos; generalment, no han complert els 30. Finalment, a qualsevol edat, apareix la persona reaccionària, per a qui tot i tothom són deficientes i que és el resultat del pessimista-insegur. Aquesta mena de personalitat pertany tant al malalt com al metge, al gestor o al polític, i

hi actuen d'acord. Per això l'objectivació numèrica dels fets és fonamental, sobretot sabent que el sistema sanitari influeix en l'11% de la salut i produeix el 90% de la despesa, de la qual a Espanya més del 62% es fa servir en hospitals, motiu pel qual aquests hospitals han de ser objectivament necessaris, eficaços, eficients, equitatius, de qualitat i ben gestionats.

Necessitat: La unitat de mesura que farem servir per objectivar la necessitat serà el llit hospitalari, la quantitat del qual dependrà d'una equació matemàtica que relaciona nombre de malalts, mitjana d'estada, índex d'ocupació i període de temps considerat.

Eficàcia: Mesura la capacitat real de la institució en circumstàncies ordinàries expressada en nombre de malalts. També s'objectiva per mitjà d'una expressió matemàtica que, per a hospitalització, relaciona nombre de llits, percentatge d'ocupació, període de temps i mitjana d'estada.

L'efectivitat es refereix a allò realment analitzat.

Eficiència: Consisteix a obtenir aquesta efectivitat al cost més baix. La seva expressió matemàtica és un nombre fraccionari en què en el numerador hi ha l'activitat i en el denominador, la despesa.

Equitat: S'aconsegueix quan a la mateixa necessitat s'ofereix un recurs simi-

lar. L'acompliment es mesura per l'accessibilitat i es relaciona amb el nombre de llits, l'ocupació i l'adequació de l'ingrés i de l'estada (mitjana d'estada).

Qualitat: S'aconsegueix diagnosticant i tractant els malalts d'acord amb la ciència i amb les relacions humanes. Es basa en els coneixements, la tecnologia i la motivació. Els coneixements s'actualitzen i s'estimulen per mitjà de la docència i la investigació. La qualitat s'objectiva per mitjà d'indicadors directes —assistencials, queixes, reclamacions i enquestes d'opinió— i indirectes —docents i investigadors.

Gestió: Consisteix a aconseguir objectius quantificats, datats i esmentant el responsable d'aconseguir-los, ja que així es transformen en metes, tal com recorda l'OMS. Es tracta de decidir i, per tant, d'arriscar; el risc i la incertesa són més petits si abans han estat prèviament calculats els cinc factors que s'acaben de descriure.

Ara el Sr. Bohigas ens ampliarà el cost de la salut i els diversos models sanitaris, i els altres experts presents exposaran els aspectes que concerneixen a les seves àrees respectives. A ells, a la Junta Directiva d'aquesta Reial Acadèmia i a tots vostès que ens acompanyen, desitjo expressar-los el meu agraïment.

EL COST DE LA SALUT

Lluís Bohigas

LA SALUT NO TÉ PREU, PERÒ LA MEDICINA TÉ UN COST

El cost de la salut és l'anàlisi dels recursos econòmics utilitzats en la recuperació de la salut quan aquesta s'ha perdut, en la prevenció de la malaltia, en la promoció de la salut i en la rehabilitació. Totes aquestes funcions es fan a partir de l'aplicació dels coneixements de la ciència mèdica. En realitat, quan parlem del cost de la salut, el que fem és calcular la despesa en activitats sanitàries; precisament, la despesa sanitària és l'objecte d'aquesta ponència.

Quines coses es consideren dins dels càlculs del cost de la salut? Moltes activitats humanes tenen una influència positiva o negativa en la promoció, recuperació o rehabilitació de la salut i, per tant, tots els recursos econòmics emprats en aquestes activitats haurien de ser considerats com a cost de la salut. Menjar, beure, fumar, la recollida de les deixalles, la visita al metge o al remeier, l'operació quirúrgica, els banys de mar, etc., totes aquestes i moltes altres activitats tenen una repercussió en la salut. Quins criteris s'utilitzen quan es comptabilitza el cost de la salut?

Rodríguez¹, en un llibre cabdal per a l'economia de la salut a Catalunya, va calcular la despesa sanitària a Catalunya per a l'any 1981 emprant els criteris següents: el personal que presta el ser-

vei, el centre sanitari i l'objectiu de l'activitat.

Es considera despesa sanitària la corresponent als béns i serveis prestats per personal sanitari validat. Aquest criteri exclou dels càlculs de la despesa sanitària totes les activitats que tenen per objectiu millorar la salut però que no són realitzades per personal certificat per fer aquesta tasca. La visita feta a un metge es considera dins d'aquest criteri, però no la que es pot fer a un remeier o a un especialista en macrobiòtica.

El segon criteri fa referència al centre on es fa l'activitat. Així, es considera despesa sanitària la realitzada en un hospital o en un centre de salut, però no es considera despesa sanitària quan la mateixa activitat es realitza en un centre no sanitari. Per exemple, és despesa sanitària un exercici fet en un centre de rehabilitació, però no ho és la despesa realitzada en un gimnàs per fer el mateix exercici.

El tercer criteri és el de considerar despesa sanitària la que porta a un objectiu directe de millora de la salut. Així, per exemple, es considera despesa sanitària la campanya de desratització d'un ajuntament, però no la compra d'un xandall, encara que es compri per fer exercici que és molt bo per a la salut.

Els tres criteris anteriors poden donar-se simultàniament o bé només un d'ells, cosa que és suficient per atorgar la categoria de despesa sanitària.

Alguns casos concrets plantegen sempre alguns dubtes. Per exemple, no es considera despesa sanitària la formació dels metges o les infermeres que es fa en institucions educatives, però en canvi es considera despesa sanitària la formació postgraduada que es fa a l'hospital o en un centre de salut. Els centres de serveis socials no es consideren en el sector sanitari, encara que a vegades tenen algun servei mèdic associat. En canvi, quan es tracta d'un centre sòcio-sanitari, es considera sanitària la part de despesa finançada amb fons sanitaris.

La salut pública és un altre cas on es fa difícil destriar la despesa sanitària de la que no ho és. El criteri generalment acceptat és que no s'hi inclouen les despeses de construir les infraestructures —clavegueres, escorxadors—, però sí la vigilància i la inspecció sanitàries.

Les farmàcies plantegen força complicació atès que comercialitzen, a més a més dels medicaments, que són despesa sanitària, un conjunt de productes que es poden trobar en perfumeries o supermercats; només els medicaments són despesa sanitària i, per tant, caldria repartir les despeses generals de la farmàcia entre aquestes activitats per calcular la vertadera despesa sanitària.

La despesa sanitària d'un país o un estat és la suma de totes les despeses sanitàries fetes pels habitants o les institucions. En el terreny de les estadístiques sobre la despesa sanitària dels països, tenen una gran importància els treballs fets per l'Organització per a la Coopera-

ció i el Desenvolupament (OCDE)², amb seu a París, que han recollit i publicat informació estadística sobre les despeses sanitàries dels països que formen aquesta associació. Malauradament, aquesta institució només publica dades sobre estats, no sobre regions, i per tant no és possible conèixer la despesa sanitària de Catalunya. La Generalitat va publicar fa anys un llibre¹ amb els càlculs fets sobre la despesa sanitària de l'any 1981; ha estat una llàstima que aquesta recerca no s'hagi continuat.

Recentment, el Departament de Sanitat ha publicat un estudi sobre el valor afegit en la sanitat³. El concepte és diferent del de despesa sanitària. El valor afegit és la diferència de valor entre el que entra i el que surt d'una fàbrica o d'un sector econòmic, és el valor que aquesta empresa o sector afegeix a aquell producte. Tècnicament es calcula descomptant del valor final del sector salut els productes que han estat comprats a altres sectors: medicaments, gasos, menjar, aparells mèdics, etc.

La despesa sanitària de l'Estat espanyol es va calcular, dins dels treballs de la Comisión Abril⁴, en 3.739,7 milers de milions de ptes. per a l'any 1991. Aquesta xifra és molt voluminosa i de difícil consideració si no la comparem amb algun punt de referència. L'indicador habitual per valorar la despesa sanitària és la proporció de la riquesa d'un país que s'utilitza en el sector sanitari. La riquesa d'un país es calcula per mitjà del producte interior brut (PIB), que representa el valor de tota la producció de béns i serveis d'un país. Aquesta proporció era del 6,9% per a l'Estat espanyol l'any 1991. Aquest indicador és molt utilitzat

perquè indica un esforç, l'esforç de dedicar a la sanitat una part de la riquesa, que, per tant, no es dedica a altres activitats humanes.

L'indicador del percentatge del PIB dedicat a la sanitat ens indica un valor relatiu. Una valoració absoluta de la despesa sanitària es calcula dividint el total de la despesa sanitària pel nombre d'habitants i aquesta és la quantitat de recursos que, de mitjana, es dediquen a l'atenció sanitària de cada persona. En aquell mateix any 1991, aquest segon indicador va tenir el valor de 96.200 ptes.

Els indicadors del percentatge del PIB i de la despesa per càpita permeten fer comparacions d'un país amb els altres. Per comparar països, l'indicador més utilitzat és el del percentatge del PIB, perquè és un indicador que no depèn del valor de la moneda nacional. L'altre

indicador, la despesa per càpita, s'ha de traduir a una moneda comuna per tal de fer comparacions entre països. Les taxes de canvi de les monedes entre països són tan variables que cal fer les comparacions amb cura, i els canvis continus entre elles fan canviar el valor per càpita de forma constant.

El valor del PIB dedicat a la sanitat als països de la Unió Europea apareix a la taula 1.

A la Unió Europea, França, els Països Baixos i Alemanya són els estats amb un esforç econòmic més important dedicat a la sanitat. A l'altre extrem, Grècia, Portugal, el Regne Unit, Espanya i Dinamarca són els que gasten menys en sanitat. El ventall entre el país amb més despesa —França amb 8,7— i el país amb menys despesa —Grècia amb 5,1— era de gairebé tres punts i mig.

Taula 1. Percentatge del PIB dedicat a la sanitat en els països de la UE, 1989

País	%PIB	\$ per càpita
Alemanya	8,2	1.090 *
Bèlgica	7,2	799
Dinamarca	6,3	808 *
Espanya	6,3	483 *
França	8,7	1.245
Grècia	5,1	358
Irlanda	7,3	639
Itàlia	7,6	1.008
Luxemburg	7,4	970 *
Països Baixos	8,3	-
Portugal	6,3	416 *
Regne Unit	5,8	794

Font: OCDE?

(*) Dades de 1987

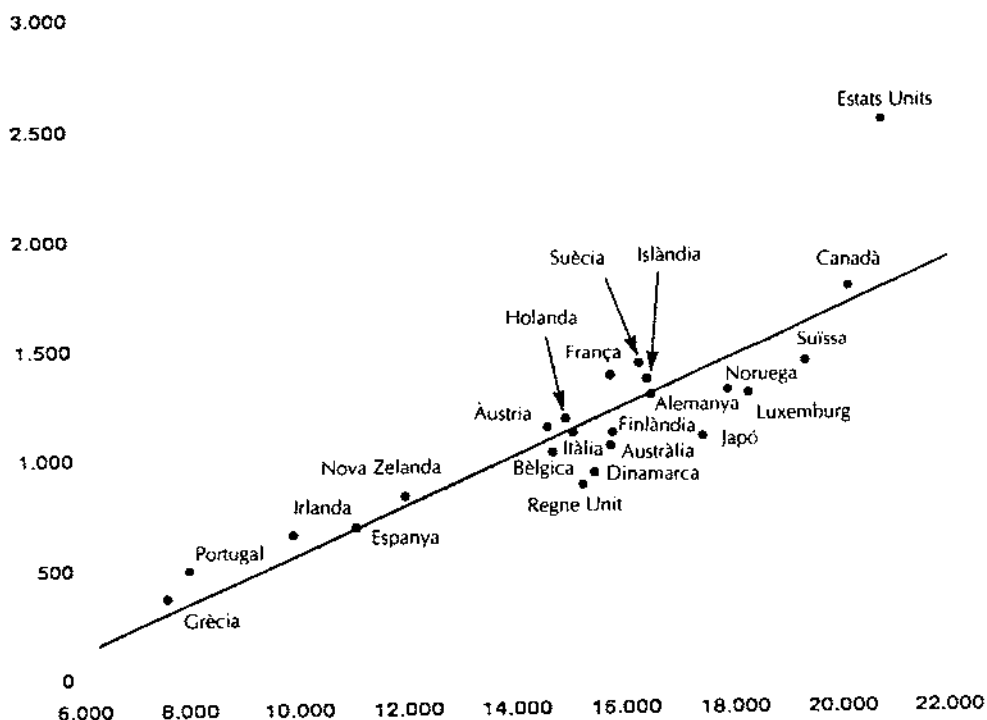
L'examen de les xifres per càpita, cal fer-lo amb cura; amb tot, ens indica les grans diferències que existeixen a Europa entre França, Alemanya i Itàlia, que dediquen més de 1.000 \$ per habitant i any, i Espanya, Portugal i Grècia, que no arriben ni als 500 \$. Espanya fa un esforç similar al de Dinamarca, però, com que aquest segon país és més ric, la despesa per càpita és gairebé el doble a Dinamarca.

Una anàlisi més profunda d'aquestes xifres ens indica que els països rics d'Europa gasten, en proporció, més que els països pobres. Si l'anàlisi s'ampliés a

tots els països del món, veuríem que les tendències són similars, ja que en l'extrem més elevat trobem els Estats Units amb una despesa del 14% del PIB, mentre que Somàlia gasta un 1,5%.

Aquesta relació entre països rics i despesa sanitària es pot observar a la figura 1, on es troba en abscesses la riquesa d'un país mesurada en renda per càpita i en ordenades la despesa sanitària del país. La corba de regressió té un pendent positiu, cosa que indica que els països més rics gasten proporcionalment més que els més pobres.

Figura 1. Relació entre la despesa sanitària per càpita (ordenades) i la renda per habitant dels països de l'OCDE, 1990



Font: Informe Abril⁴

QUI PAGA NO SEMPRE MANA

Qui paga la despesa sanitària es denomina finançador de la sanitat, i aquest procés és el finançament de la sanitat. El finançament de la despesa sanitària era individual quan la medicina s'iniciava, és a dir, era el consumidor o malalt qui pagava directament la factura. Aquesta situació impedia que moltes persones que estaven malaltes poguessin ser ateses, perquè no disposaven dels diners suficients per pagar l'assistència. Es podria resumir tota la història de la política sanitària a partir de l'anàlisi de les solucions que s'han aportat al problema de donar assistència mèdica a qui no podia pagar-la. Un sistema que va néixer a l'Estat Mitjà en el si dels gremis era l'assegurament, és a dir, el repartiment de la despesa entre un grup de persones. L'assegurament es basa en el fet que, estadísticament, es pot calcular el risc d'un col·lectiu a caure malalt i el cost que tindrà atendre la malaltia. Aquest cost es reparteix entre tots els membres del col·lectiu, de manera que, quan un cau malalt, els diners aportats entre tots es dediquen a pagar les despeses de la malaltia d'aquest. Modernament, aquesta funció la realitzen les mútues i les companyies asseguradores.

El segon sistema de repartir la despesa sanitària entre un col·lectiu es va instaurar a l'Alemanya del final del segle passat, quan el canceller Bismarck va crear la Seguretat Social. A Alemanya s'ha mantingut l'esperit inicial de la prestació sanitària de la Seguretat Social, i avui dia els treballadors i l'empresari financen de forma obligatòria i a

parts iguals una mútua sanitària que és l'encarregada de donar serveis mèdics al treballador o a la seva família. A l'Estat espanyol el sistema de Seguretat Social va introduir l'assistència sanitària obligatòria per a tots els treballadors amb menys ingressos, i posteriorment s'ha anat desenvolupant fins a cobrir gairebé tota la població.

El tercer sistema de socialitzar la despesa sanitària ha estat per mitjà de l'estat. L'estat va començar a fer activitats sanitàries quan va preocupar-se per l'atenció als pobres, al final del segle passat. Es tractava d'un moviment caracteritzat per donar a l'estat un caire benefactor i que va culminar amb l'adopció de tota una filosofia de solidaritat, denominada Estat del Benestar. Una fita en aquesta evolució és la creació al Regne Unit l'any 1948 del Servei Nacional de la Salut, que dona atenció sanitària gratuïta i pagada pels impostos a tots els ciutadans anglesos. A l'Estat espanyol es va crear el Sistema Nacional de la Salut l'any 1986.

En resum, hi ha quatre maneres de finançar la sanitat: el pagament directe del consumidor, una assegurança privada, la Seguretat Social o l'estat per mitjà dels impostos.

A Catalunya es fan servir totes quatre menes de sistemes de finançament, però en proporcions diferents. Pràcticament tota la població catalana està coberta pel sector públic i el 20% de la població ha comprat, a més a més, una assegurança d'assistència sanitària. El finançament directe o per mitjà d'una asseguradora es denomina privat, mentre que el que es fa mitjançant la Seguretat Social o els impostos es denomina públic. El sistema majoritari de finança-

ment a Catalunya és el públic, tal com succeeix a tots els països de la Unió Europea. A la taula 2 es presenta la part de la despesa sanitària de diversos països europeus que està pagada pel sistema públic. En tots els casos supera o està molt a prop del 70%, mentre que la resta està finançada privatament. En un país amb un sistema sanitari públic molt desenvolupat com és el Regne Unit, hi ha un 18% de despesa sanitària privada i un 10% de la població ha comprat una assegurança privada.

Els medicaments gairebé s'emporten una quarta part de la despesa sanitària, però els dentistes constitueixen la despesa privada més important, amb més del 28%. Les primes d'assegurança privada són la tercera despesa, amb el 19,1%. La despesa en metges només arriba al 15% i la despesa en hospitals és gairebé anecdòtica —no arriba al 5%—, ja que la major part de les estades hospitalàries són pagades per l'Administració pública o per les asseguradores i molt poques vegades pel mateix usuari.

Taula 2. Percentatge de la despesa sanitària finançada públicament, 1989

País	% despesa pública
Regne Unit	82
Espanya	75,4
França	72,5
Alemanya	69,6

Font: OCDE²

A la taula 3 es detalla la composició de la despesa privada a Catalunya.

Taula 3. Despesa sanitària privada a Catalunya, 1990-91 (en percentatge)

Despesa	Percentatge
Medicaments	24,7
Pròtesis	8
Metges	15
Dentistes	28,2
Hospital	4,7
Primes d'assegurances	19,1
Altres	0,3
Total	100

Font: Murillo i Calonge³

Cal tenir en compte que la divisió entre públic i privat ha estat emprada respecte al finançament de la sanitat, i això és diferent de quan s'analitza la propietat dels serveis sanitaris. Per exemple, la despesa en farmàcia és pagada en el 80-90% per la Seguretat Social, però, en canvi, els centres on es dispensen els medicaments són farmàcies privades. Per tant, la despesa farmacèutica és en la seva major part pública, però el servei farmacèutic és en la seva major part privat. En el conjunt de Catalunya, Rodríguez¹ va calcular per a l'any 1981 que, mentre que el 70% de la despesa catalana era finançada públicament, el 59% es consumia en centres sanitaris privats.

En la sanitat es produeix la paradoxa que qui rep l'assistència mèdica, el malalt, no decideix quanta assistència vol ni tampoc no la paga. Qui decideix quanta assistència es consumeix, el metge, no la rep i tampoc no la paga. Finalment paga l'assistència l'estat, la Seguretat Social o les asseguradores, que no decideixen res sobre l'assistència. Aquesta distribució de papers fa que la responsabilitat sobre la despesa sanitària no estigui clara i això és una de les raons del creixement dels costos sanitaris.

TOT S'APUJA

La despesa sanitària no ha parat de créixer durant els darrers anys. A la Generalitat de Catalunya se li van transferir els serveis sanitaris l'any 1981, amb un pressupost de 90.000 milions de ptes.; el pressupost actual és de més de 500.000 milions. En l'àmbit de l'Estat espanyol, el

total de la despesa sanitària era d'1,3 bilions l'any 1982 i va pujar a 3,7 bilions l'any 1991. També ha pujat a tots els països europeus (taula 4).

Tots els països d'Europa, amb algunes excepcions com ara Suècia, han pujat el percentatge de la seva riquesa dedicada a la sanitat. El conjunt dels països europeus gastava el 6,8% del seu PIB en sanitat l'any 1980 i va passar al 8,1% l'any 1993.

Quines són les causes d'aquest creixement tan espectacular? L'Informe Abril⁴ esmenta quatre causes: l'envelliment de la població, la innovació tecnològica, l'increment de malalts crònics i el més gran nivell d'exigència dels usuaris. La població s'envelleix ràpidament en les nostres societats occidentals i els més vells tenen un gran consum sanitari. La tecnologia mèdica inclou tots els nous coneixements mèdics que permeten fer més coses per diagnosticar i cuidar la malaltia, a un cost cada vegada més gran. Les malalties cròniques tenen un cost molt elevat i cada vegada ens trobem amb més persones afectades per una d'aquestes malalties. Finalment, el desenvolupament econòmic fa que l'usuari tingui un nivell cultural més alt i, per tant, és més exigent amb la qualitat i el nivell de servei que vol rebre.

L'OCDE² va fer un estudi sobre el creixement dels costos sanitaris de diversos països entre els anys 1975 i 1987. La mitjana de despesa dels països estudiats era del 6,7% del PIB l'any 1975 i va pujar al 8,1% l'any 1987. El creixement mitjà anual havia estat de l'11,8% durant aquest període; la major part d'aquest creixement era degut a la inflació, que fou del 8,3%. La diferència, és a dir, el

Taula 4. Despesa sanitària com a percentatge de la demanda domèstica total (quinze països europeus)

País	1980	1988	1993*
Àustria	7,7	8,4	8,7
Alemanya	8,4	9,3	8,5
Bèlgica	6,5	8,0	7,0
Dinamarca	6,7	6,8	10,7
Espanya	5,5	5,9	10,0
Finlàndia	6,4	7,4	9,3
França	7,5	8,6	5,0
Grècia	4,0	4,6	7,9
Irlanda	7,7	7,7	8,9
Itàlia	6,7	7,6	7,0
Luxemburg	6,8	7,2	9,1
Països Baixos	7,9	8,4	6,9
Portugal	5,1	5,7	6,9
Regne Unit	5,7	5,6	8,1
Suècia	9,2	8,7	7,1
Total Europa-15	6,8	7,3	8,1

Font: OCDE²

(*) Xifres preliminars

3,5%, era creixement real. Aquest creixement era, en part, degut al fet que hi havia més població l'any 1987 que dotze anys abans. La diferència de població ens explicava el 0,5%; la resta, és a dir, el 3% anual, era deguda a un consum més elevat per càpita.

QUI ESTÀ MALALT?

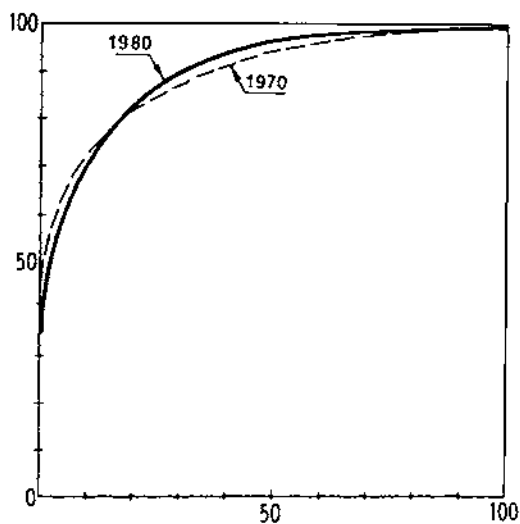
La despesa sanitària no es reparteix de forma igual entre tots els catalans: una minoria fa la major part de la despesa, mentre que la gran majoria, afortunadament, quasi no gasta en sanitat.

L'any 1980 un estudi del CREDES⁶

per a França mostrava que el 50% de la població no arribava a gastar l'1,4% de la despesa sanitària. A l'altre costat, el 10% de la població havia gastat el 75% de la despesa. Un altre estudi americà⁷ arribava a conclusions similars: l'1% de la població consumeix el 30% de la despesa i el 5% que més gasta en consumeix el 50%; en contraposició, la meitat de la població només gasta el 3%. La despesa sanitària es concentra en un grup petit de la població, tal com ens mostra la figura 2.

La despesa sanitària es concentra en els dos extrems de la vida, quan som molt petits i quan som molt grans. La

Figura 2. Corbes de concentració de la despesa sanitària a França, anys 1970 i 1980: % població (ordenades), % despesa (abscisses)



Font: CREDES⁶

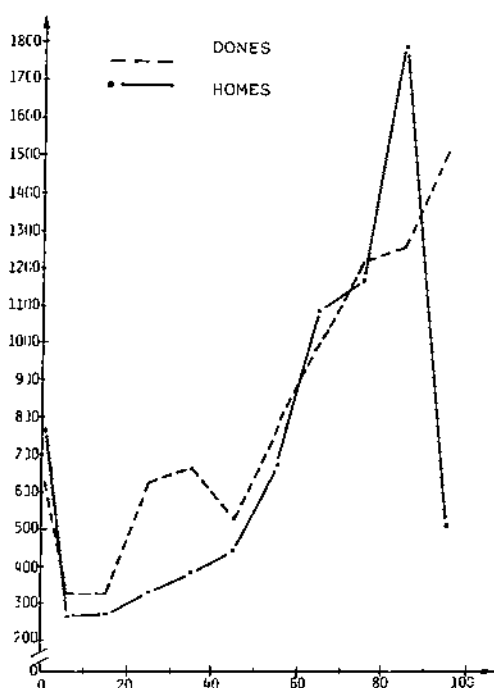
despesa és elevada en els dos o tres primers anys de vida, baixa a continuació i per als homes es manté baixa fins als quaranta anys. En el cas de les dones hi ha un creixement relacionat amb la maternitat. A partir dels quaranta anys creix per a tots dos sexes a mesura que ens fem més vells (figura 3).

No totes les malalties costen el mateix. El CREDES, en l'estudi esmentat al paràgraf anterior⁶, va calcular que les malalties cardíco-vasculars gasten el 16% de la despesa sanitària; l'odontologia, l'aparell digestiu, les patologies osteoarticulars i els traumes gasten cada grup entre el 8 i el 10%; els tumors, les malalties gènito-urinàries, els problemes de comportament, l'ORL, l'obstetrícia i les

malalties endocrines gasten entre el 4 i el 6%. Els altres grups diagnòstics tenen una despesa entre el 0,6 i el 3,4%.

La despesa tampoc no es reparteix igual entre les diferents parts d'un territori. L'Informe Abril⁴ va estudiar la distribució de la despesa de l'INSALUD per comunitats autònomes durant l'any 1988 i va trobar que la despesa per persona protegida variava entre les 61.458 ptes. a Navarra i les 40.594 ptes. a Galícia.

Figura 3. Despesa sanitària a França, any 1980, segons edat i sexe: despesa per càpita (ordenades), edat (abscisses)



Font: CREDES⁶

EN QUÈ ENS GASTEM ELS DINERS?

La despesa sanitària pública es gasta en l'atenció primària, que inclou els metges de capçalera i la farmàcia, i en l'atenció especialitzada, que inclou els especialistes i els hospitals. L'any 1990 la despesa pública va gastar el 62,7% en atenció especialitzada i el 32,8% en atenció primària; la resta van ser despeses de difícil distribució.

La major part de la despesa pública es gasta en personal (taula 5).

COM ES REPARTEIX EL PASTÍS SANITARI?

La despesa pública sanitària està al voltant del 75% de la despesa pública total i la major part es troba en el pressupost de l'INSALUD. El pressupost de l'INSALUD és aprovat per les Corts quan aproven el pressupost de l'Estat. És en aquell lloc i en aquell moment quan es pren la decisió més important sobre la quantitat de recursos disponibles en sanitat.

Un cop decidida la xifra global de recursos, es reparteix entre les disset comunitats autònomes de l'Estat. D'aquestes comunitats, set gestionen els serveis sanitaris i reben una part del pressupost proporcional a la seva població respecte al conjunt de l'Estat. A la resta de comunitats, on no s'ha fet la transferència, és l'INSALUD qui gestiona els serveis sanitaris públics.

Una constant del pressupost de l'INSALUD ha estat que, sistemàticament, s'ha vist superat per les despeses. S'ha arribat a criticar el fet de realitzar el pressupost de l'INSALUD per sota de la despesa real de l'any anterior, per donar així l'aparença que es reduïen els costos sanitaris, però en realitat aquests costos se superaven a *posteriori* gràcies al fet que el pressupost de l'INSALUD ha estat fins ara un pressupost **obert**, és a dir, que augmentava a mesura que la despesa pujava. En la Llei pressupostària per al 1995 s'ha establert un creixement molt important (el 14%) en el pressupost de sanitat respecte a l'any 1994, per tal de fer-lo més real, però a la vegada s'ha convertit

Taula 5. Distribució de la despesa sanitària pública, 1988

Despesa	Percentatge
Personal	53,1
Béns i serveis	24,5
Transferències corrents	16,3
Inversions reals	4,7
Transferències de capital	0,7
Altres	0,6
Total	100

Font: Informe Abril⁴

en un pressupost **tancat** i, per tant, no es podrà sobrepassar.

CONCLUSIONS

Hem analitzat en aquest treball el cost de la salut sobre la base de l'estudi de la despesa sanitària, i el primer que hem fet ha estat distingir la despesa sanitària d'altres menes de despesa. Hem vist que, en alguns casos, la separació entre despesa sanitària i altres despeses era difícil i que s'imposava l'adopció de criteris comptables. Hem analitzat la despesa sanitària per mitjà de dos indicadors: el percentatge del PIB dedicat a la sanitat, que ens dóna una idea de l'esforç que un país dedica a aquest tema, i la despesa per càpita, que ens indica els recursos sanitaris per atendre cada persona.

Hem vist el finançament de la sanitat, especialment pel que fa al finançament públic majoritari i al privat, i les quatre fórmules que hi ha per finançar la sanitat: pagament directe, assegurança, Seguretat Social i impostos. Ens ha sorprès la paradoxa que qui paga no mana i que qui mana no paga.

La despesa sanitària ha crescut de forma continuada durant els darrers anys a tots els països. Els governs han intentat controlar-ne el creixement i han

aconseguit que creixés més a poc a poc, però no ha deixat de créixer.

Hem vist qui utilitza la sanitat: són pocs, però gasten molt. Es tracta dels més vells, els més malalts i els que s'acosten a la mort.

L'hospital i el personal són els dos capítols bàsics de la despesa sanitària pública.

Finalment, hem vist com es reparteix la despesa sanitària pública entre les comunitats autònomes i les innovacions del pressupost de l'any 1995, un pressupost tancat i que creix de forma automàtica d'acord amb el creixement del PIB.

He deixat per al final el que constitueix el motor de la despesa sanitària, el metge. En depèn el que es gasta en un malalt concret, per atendre una malaltia concreta. L'anàlisi anterior ens ha descrit simplement les característiques quantitatives de la despesa sanitària, però no n'hem dit cap de qualitativa, perquè això depèn de la qualitat de l'acte mèdic. Tota la despesa sanitària, per gran o petita que sigui, pot estar ben o mal gastada i aquesta qualificació dependrà del metge que la gasta. A Alemanya es va comptar que cada metge de capçalera indueix cada any, receptant medicaments i enviant els malalts a l'especialista o a l'hospital, de tres a cinc vegades els costos directes del seu despatx mèdic.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rodríguez M. La despesa sanitària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1986.
2. OCDE. Les systèmes de santé. Paris, 1990.
3. Clavera J, Matas A. Estudi del valor afegit de la sanitat i la seva relació amb altres branques d'activitat a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1993.
4. Informe Abril. Informe de la comisión para el análisis y evaluación del Sistema Nacional de la Salud. Madrid, 1991.
5. Murillo C, Calonge S. Distribució territorial de la despesa sanitària privada a Catalunya. Fulls Econòmics 19 juliol 1993: 10-15.
6. CREDES. Dépense de soins et morbidité. Paris, 1989.
7. Berk ML, Monheit AC, Hagan MN. How the US spent its health care dollar, 1929-1980. Health Affairs (Fall 1988): 46-60.
8. CREDES. Débours et dépenses médicales selon l'âge et le sexe. Paris, 1985.

FINANÇAMENT PÚBLIC I PRIVAT DE LA SANITAT: ALGUNES CONSIDERACIONS RELATIVES AL SISTEMA HOSPITALARI DE CATALUNYA I A LA SEVA REFORMA

Guillem López

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Dades generals sobre finançament públic i privat de la sanitat espanyola en general i de la catalana en particular

El sistema sanitari espanyol s'estructura sobre la base de la provisió pública de serveis (4/5 de la totalitat de la despesa) i de la privada (1/5). El finançament de la provisió pública procedeix del pressupost de l'Estat —en transferència vinculada des del 1989— i del de la Seguretat Social, en una relació de 5 a 1, aproximadament*. Una part d'aquests recursos es destinen a la producció privada de serveis (en termes mitjans, al voltant del 15%, encara que amb diferències importants per comunitats autònomes). Pel que fa a la despesa sanitària privada, es destina en part al pagament de primes d'assegurança, bàsicament a entitats d'assegurança lliure (al voltant del 10%), i en part al pagament directe als proveïdors sanitaris: extrahospitalaris majoritàriament (15%), medicaments i farmàcia (38%), i dentis-

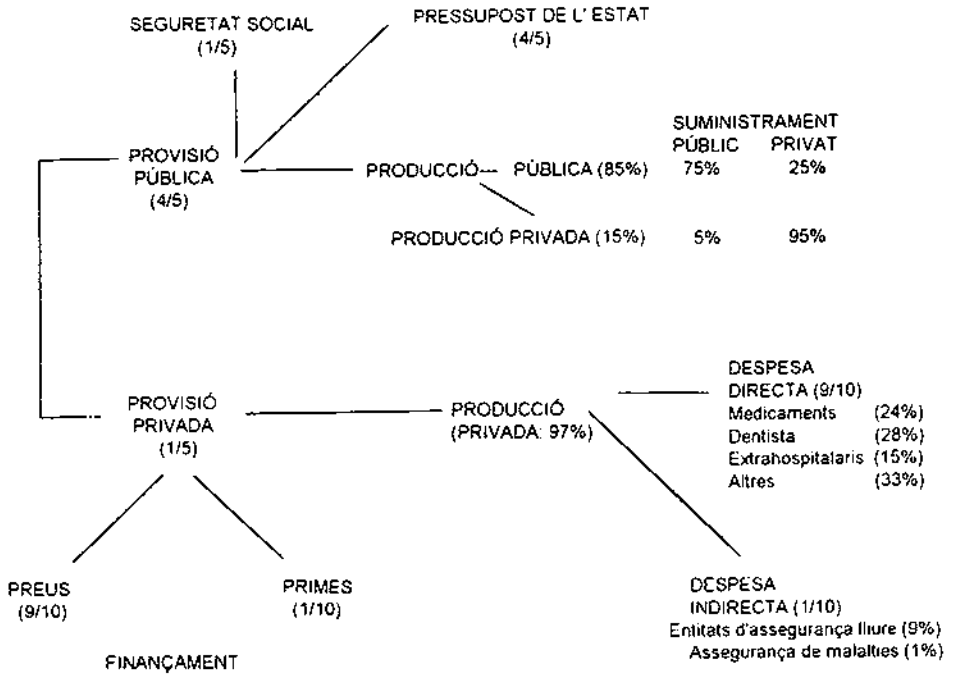
ta i pròtesis (38%).

En el cas de Catalunya, és ben coneguda la importància del sector sanitari privat, no tan sols pel que es refereix a la producció i la despesa privada* finançada públicament, sinó també pel que fa al finançament purament privat de la despesa sanitària. Ja per a l'any 1981, Rodríguez¹ estimava que el conjunt de la despesa sanitària privada representava el 26% de la despesa sanitària global. Aquest percentatge es va situar el 1991 al voltant del 29%, xifra sensiblement superior al 22% resultant per al conjunt de l'Estat².

Des de l'òptica diferent de la valoració de la despesa sanitària en la despesa privada, la magnitud de la despesa sanitària privada en el conjunt de les despeses fetes pels residents a Catalunya el 1991 representava el 3,57% del total, xifra que és, aproximadament, el 20% superior a la mitjana espanyola. A part d'això, la distribució territorial de les 92.869 ptes., que es corresponien amb

* Les raons d'aquesta combinació no són del tot clares. Per als uns és resultat del manteniment de bases contributives en un sistema nacional de salut, no pas servei universal. Per als altres respon a la conjuntura financera i al desig de no generalitzar, d'entrada, la transferència sanitària a les comunitats autònomes, en mantenir la provisió sanitària dins de les competències de la Seguretat Social i no de l'Estat.

Figura 1. Trets caracteritzadors del sistema sanitari espanyol



Font: Elaboració pròpia

Claus: *Finançament* fa referència a l'origen dels fons; *provisió*, a qui assumeix la responsabilitat dels serveis; *producció*, a la titularitat de l'agent que produeix el bé o servei; *subministrament*, a la procedència dels recursos utilitzats.

la despesa anual mitjana entre abril del 1990 i març del 1991, reflectia, sobre el valor 100 per al conjunt de Catalunya, un índex màxim per a Barcelona de 132 i un mínim per als residents a Lleida de 67,9³.

Pel que fa a la seva distribució per partides, ha canviat d'una manera important durant la darrera dècada. Així, per al 1981, Rodríguez¹ detectava que es tractava d'una despesa concurrent

amb la finançada públicament en el 68,6%. En l'actualitat, aquesta xifra és només del 51% i guanya pes relatiu, sobre un total de despesa al seu torn creixent, la part de despesa no concurrent (alternativa, complementària i no substitutiva de la pública).

Quant a la concertació, com a compra pública de serveis realitzats per institucions diferents a les de la Seguretat Social, en percentatge de la despesa sa-

nitària total representava, el 1993, el 37,3% (quatre punts per damunt de la xifra per al 1989). En el seu referent hospitalari, aquesta xifra representava, el 1993, el 72,5% en termes d'altres hospitalàries i el 69,6% en termes d'activitat mitjana en unitats bàsiques d'assistència (UBA) dins del conjunt d'hospitals de la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP).

1.2. Alguna evidència parcial sobre el diferent finançament i activitat dels centres hospitalaris (propis i privats concertats) de la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública de Catalunya

Les dades disponibles sobre l'evolució de la despesa sanitària, i també sobre les especificitats més pròpies del sistema sanitari de Catalunya, es recullen a les taules següents:

Taula 1. Creixement de la despesa sanitària de l'INSALUD i del Servei Català de la Salut, 1985-1994

	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94
INS	8,11	10,1	16,9	16,5	17,6	14,0	13,3	10,2	6,5
SCS	7,96	12,3	17,0	17,4	20,4	16,2	15,1	12,2	7,2
PIB nom.	12,0	10,9	10,0	11,4	10,3	8,3	6,7	3,6	4,8

Taula 2. Creixement de la despesa funcional-atenció especialitzada de l'INSALUD i del Servei Català de la Salut (en percentatge)

	1987	1990	1992	1994*
INS	53%	—	61%	—
SCS	—	55%	—	54%

(*) El pes de la despesa en activitat concertada durant els darrers anys està perdent pes en l'INSALUD i està augmentant en el Servei Català de la Salut

* En realitat, amb institucions no pròpies de la Seguretat Social, més que no pas estrictament privada.

Taula 3. Diferències estructurals i de model sanitari entre Espanya i Catalunya: dotació de llits per mil habitants

Nre. llits/1.000 h.	Espanya	Catalunya
Propis Seguretat Social	1,68	0,78
Altres públics	1,27	1,05
Privats	1,40	3,04
Total	4,35	4,86

Taula 4. Dotació de llits per mil habitants sota finançament públic a Espanya i a Catalunya

Nre. llits/1.000 h.	INSALUD	Servei Català de la Salut
Propis	1,97	0,79
Concertats	1,01	2,59
Total	2,98	3,38

Taula 5. Pes dels concerts en l'avaluació recent de la despesa sanitària a Catalunya

	S/despesa total	S/altres hospitalàries	S/UBAs sistema (hospital)
1989	33,3	69,0	68,9
1993	37,3	72,5	69,6

Taula 6. Població amb assegurança únicament obligatòria a Espanya i a Catalunya els anys 1981 i 1991 (en percentatge)

	1981	1991
Espanya	73,7	90,5
Catalunya	55,7	77,0

Els continguts de les taules anteriors s'acompanyen de les dades procedents de la Informació Estadística de l'Assistència Hospitalària de Catalunya. En destaquen els fets que tot seguit s'analitzen.

Durant el període comprès entre el 1986 i el 1990 la despesa en hospitals d'aguts va créixer un 70,4% en pessetes corrents, malgrat el manteniment del nombre d'estades registrades. L'increment de la despesa va derivar, fonamentalment, d'un augment (moderat) de les altes hospitalàries (7,4%) i, sobretot, de les consultes externes (21,5%) i les urgències (22,9%). A part d'això, aquest increment d'activitat ha anat acompanyat d'un augment del personal sanitari amb dedicació de 40 hores (18,2% per al període referit) i d'increments importants en costos mitjans de personal⁴.

En realitat, l'augment d'activitat es va concentrar als hospitals d'aguts concertats (12,4% en altes) —mentre que els ingressos registrats als hospitals del mateix ICS disminuïen (5%)— i en les urgències i les consultes externes (creixements del 28,3 % i 24,5%, respectivament, amb relació al 8% i l'11,6% dels centres de l'ICS, cosa que significa que els concertats com a mínim dupliquen l'augment corresponent als centres de l'ICS)*. Tanmateix, d'aquesta evolució destaca el fet que, malgrat que l'evolució de consultes externes i de personal sanitari entre totes dues classes de centres hospitalaris és semblant, no ho va ser-ne la despesa. Els centres propis de l'ICS van veure incrementada la

despesa deu punts per damunt de la dels centres concertats (encara que poden existir problemes de comptabilització en aquest darrer cas). Això es pot comparar amb un creixement de la despesa de l'INSALUD lleugerament superior, en particular durant els darrers anys del període analitzat, i a la vista d'un creixement del cost sanitari per càpita del 83% entre el 1988 i el 1992.

Atès que la tarifa dels concerts va augmentar molt modestament, al voltant del 4% acumulatiu en termes reals entre el 1988 i el 1990, podem concloure, per al període comentat, que als centres hospitalaris concertats l'increment en el finançament hauria estat degut, bàsicament, a l'augment d'activitat d'internament i, sobretot, a l'increment en les urgències i les consultes externes. No resulta possible en aquest punt analitzar amb més detall l'evolució de la composició entre tipus d'activitat per nivells, encara que no és aventurat reconèixer que les equivalències fetes en UBA de primeres *versus* segones i visites successives i urgències pot haver alimentat la mena d'increment en concret produït.

Pel que fa als centres propis, tot sembla indicar que són els costos unitaris de personal el factor immediat causant de l'increment registrat en les despeses. Una pinzellada d'aquest fenomen es pot obtenir, en una primera evidència, a la vista de l'evolució soferta per les nòmines d'un gran centre de l'ICS, en què els sous líquids de totes les categories professionals sanitàries —llevat del per-

* Totes aquestes xifres, malgrat estar publicades, potser s'hagin de prendre amb cautela, ja que durant el període comentat les fonts estadístiques deixen bastant a desitjar.

sonal auxiliar d'infermeria— se situava entre el 1986 i el 1991 clarament per damunt de la variació de l'IPC (24,6 punts per als caps de secció, 16,2 per als metges adjunts, 16,3 per a les infermeres i 13,6 per als auxiliars administratius). Repetit aquest mateix exercici per a un altre gran hospital de l'ICS, amb idèntica metodologia però incorporant-hi informació més recent (entre el 1989 i el 1992) i associant-la amb la relativa a la productivitat, s'observa novament per a aquests quatre anys una variació real (per damunt de l'IPC) de 15,2 punts per als metges adjunts, de 23,4 per als qui tenen jornada partida i de 23,9 per als qui tenen jornada partida i dedicació exclusiva. Al seu torn, el personal d'infermeria amb jornada diürna incrementava la retribució per hora en 17,6 punts en termes reals, mentre que la infermeria de nit ho feia en 11,4 punts percentuals.

El cost unitari més gran no sembla correspondre's amb una càrrega més gran de treball (els ingressos creixen només un 4% al centre esmentat, les estades disminueixen i el nombre total de metges adjunts augmenta un 11,7%), amb la qual cosa la participació del cost mèdic en el cost de la UBA augmenta, en el seu conjunt, un 5,6%.

Finalment, l'evolució més recent de l'activitat hospitalària es recull a les taules següents.

Com a conseqüència del que s'ha observat a les dues taules anteriors, l'evolució durant els darrers anys de la despesa i del finançament sanitaris reflecteix, no cal dir-ho, la problemàtica de l'aparició d'un dèficit important, amb un endeutament proper a l'efecte

bola de neu. Aquest dèficit és el reflex conjunt de les dificultats de finançament, tant degudes als costos amb què la sanitat catalana ha operat com al major estàndard sanitari assolit.

Veiem, en resum, que el repte de compassar eficiència pública i un paper més gran de la producció privada —en l'àmbit hospitalari comentat— passa per eliminar la idea d'una productivitat mal entesa en els serveis sanitaris i per generar un estímul d'eficiència en costos unitaris compatible amb un finançament global tancat.

Per tot això a les pàgines que segueixen ens endinsarem en el comentari d'alguns canvis que, més que introduir una part alíquota més gran de finançament privat, el que fan és millorar la utilització del finançament públic actual, des d'esquemes que atorguen una presència més oberta i clara a la producció privada concertada.

2. ALGUNES ORIENTACIONS PER A LA REFORMA DEL FINANÇAMENT SANITARI

Els avui propòsits generalitzats de desmonopolització de la sanitat, que obren el finançament públic a la participació privada, acreditada, en la producció de serveis sanitaris, topen amb la necessitat de resoldre amb coherència els sistemes de finançament i control del subministrament de serveis sanitaris públics. En unes altres paraules, les polítiques que afavoreixen una presència més gran de productors privats en la provisió sota responsabilitat i finançament públics —ja sigui en la seva variant de competència dirigida, de com-

Taula 7. Evolució de l'activitat, 1989-1993 (1989=100)

	Institut Català de la Salut	Concertats
Estades hospital	99,5	104
Unitats Bàsiques d'Assistència (total activitat)	106	114
Intervencions ambulatòries	192	168
Altes hospitalàries	100,3	117
Consultes externes	138	140
Urgències	75	115
Inferències	Certa productivitat a partir del 1990, concentrada especialment en les consultes externes i en les visites successives en particular	Tarifa Quantitat Composició Reclassificació de nivells Programes especials i altres com un tot causant del creixement de la despesa/finançament

Conclusió: El finançament sembla haver atorgat velocitat al sistema hospitalari, amb augments de despesa no extrapolables. La frenada pot provocar alguns derrapatsges.

Taula 8. Evolució de la tarifa per nivells (inicial=100)

	A	A/B	B	B/C	C	IPC	IPC serv.
1986-93	183	—	163	—	154	147	170
1988-93	156	153	149	142	147	134	148

petència pública o de competència simulada descentralitzada— han de resoldre com integrar la qüestió del finançament en els seus mecanismes de planificació, informació i control.

En resum, la coherència d'un sistema de compensació i incentiu que es pretengui compatible amb un sistema sanitari públic s'ha de validar sobre les constatacions següents:

1. L'objectiu del sistema sanitari públic no és realitzar activitat, per cost-eficient que aquesta activitat pugui resultar. Per tant, el mecanisme de finançament no pot primar-la ni com a element generador d'ingressos addicionals, ni com a factor amortidor d'un sistema de control de despesa basat en cost per activitat.

2. Tampoc l'especialització no es pot oferir, des de les polítiques de finançament, com a estímul a les capacitats productives privades en un sistema sanitari públic. Noteu que l'especialització no sempre és desitjable si la caracterització de la demanda és genèrica i no de referència, com tampoc no ho és una eficiència absoluta que impedeixi externalitats opcionals per als pacients.

3. Si això anterior és acceptat, no s'hauria d'oblidar que simular mercats en el sistema sanitari públic exigeix un ajust per la diferent complexitat —per la banda de la demanda— i especialització —per la banda de l'oferta—, per tal de no primar ni allò banal ni la sofisticació. En realitat, són possibles combinacions múltiples de complexitat alta i/o baixa amb especialització alta i/o baixa, per la qual cosa, en la mesura que aquestes associacions no es distribueixin d'una manera homogènia entre els dispositius sanitaris públic i privat

concertat, tot finançament de productes basats en costos mitjans generarà incentius contraris als postulats destacats anteriorment com a desitjables per a un sistema sanitari públic.

2.1. Els reptes del canvi en el finançament hospitalari

Un primer repte de l'obertura a la producció privada des d'una òptica de provisió pública és, per tant, basar el finançament en el tipus d'activitat realitzada i mantenir l'import total de recursos disponibles sota control, és a dir, quadrar un finançament lligat a l'activitat amb un pressupost tancat.

Per a això la constatació següent pot resultar crucial. En la mesura que el productor faci pivotar la seva activitat des dels centres hospitalaris i la dinàmica del finançament de l'activitat afavoreixi, amb criteris d'eficiència social, alternatives a l'hospitalització, això serà encaixat, pels productors de serveis hospitalaris, com a element qüestionador de la cobertura dels costos fixos hospitalaris. Possiblement, hi reaccionaran de les dues maneres següents: intentant substituir activitat tradicional —resituada ara fora de l'hospital— per programes nous de cost-efectivitat no necessàriament provat i procurant recuperar activitat tradicionalment realitzada fora de l'hospital, a l'efecte d'augmentar la productivitat amb activitat perfectament realitzable i de manera més eficient des de l'assistència primària, encara que amb emulació de qualitat per la banda de les tecnologies més sofisticades. La hipertensió incorporada com a consulta externa a l'hospital o evitar que l'espirometria sigui objecte de prova ambulatò-

ria serien exemples de les dues menes de reaccions anteriors.

En definitiva, en el context abans indicat, el perill fonamental que pot generar un sistema d'incentius que financii i controli segons activitat és que l'hospital arribi a absorbir la primària, no per buscar una integració millor entre totes dues, sinó com a efecte reflex de defensa financera del mateix territori, per la via d'induir nova activitat capaç de justificar el finançament dels elevats costos inherents a tot complex hospitalari. Aquesta perversió no s'hauria de veure tant com a actitud fagocitant il·limitada de recursos nous i més grans per part de l'hospital, sinó com a aptitud escassa del sistema de finançament de promoure incentius apropiats als objectius d'un sistema sanitari públic.

2.2. Les alternatives existents per al tancament del pressupost de despeses en el finançament hospitalari

Entre els instruments disponibles per afavorir un canvi en els sistemes de pressupostació dels hospitals, les UBA o les seves diferents modalitats i els Grups Relacionats pel Diagnòstic (GDR) o instruments de *case-mix* similars i variants resulten paradigmàtics. D'això l'interès de la seva anàlisi.

En efecte, els GDR neixen com a instrument d'enginyeria per a l'ajust, per la diferent combinació de casos de què s'ocupa un centre. Els GDR es converteixen en un instrument de finançament (tarifes) del *Medicare*, agència pública dels Estats Units que subministra atencions de salut al col·lectiu de més grans de 65 anys. Convé recordar que, fins i tot per a aquest col·lectiu, els GDR com

a tarifa hospitalària no inclouen la remuneració del metge —que es retribueix a part—, ni tampoc la despesa d'inversió. La generalització, però, del GDR com a tècnica d'ajust de l'activitat d'un centre té poc a veure amb la seva instrumentació com a numerari de pagament.

D'altra banda, la utilització del GDR en el seu format de tarifa força que els pressupostos públics romanguin oberts i no pas tancats. Una manera d'obviar el problema anterior consisteix en la reconversió de les tarifes en unitats relatives de valor. En conseqüència, les tarifes resultants, els graus o les unitats de valor acabarien traduint en numerari (pseudo-diners) el total d'activitat registrada, sempre d'acord amb el total de recursos disponibles, sense oferir, per tant, un senyal d'expansió de la despesa sanitària.

Una altra possibilitat consisteix a construir els propis GDR (PMC o similar), a partir del Conjunt Bàsic de Dades. Per a això, primer convindria validar els registres i posteriorment fer servir la informació no tant per a reembors de costos, sinó com a vector d'ajust de la diferent naturalesa de les patologies ateses.

En realitat, tal com han fet palès les teories més recents sobre models mixtos de finançament, el pes que òptimament han de tenir els costos propis del centre en la fórmula de finançament depèn, positivament, del coeficient entre la variació en el tipus de pacients que atèn el centre i la variació en els costos estandarditzats (per exemple, en els valors mitjans dels centres) i, alhora, de la correlació que mostri la gravetat i els costos estandarditzats. És a dir, com més eleva-

da sigui la desviació estàndard en la gravetat respecte a la corresponent als costos mitjans, més gran és la importància que en la fórmula de reembors del centre han de tenir-ne els costos específics. Aquesta és la proposta actual de les formes mixtes de finançament (*blended*). La correlació entre costos i gravetat actua en aquest sentit, com una simple ponderació del coeficient anterior. En el nostre cas, hi ha sospites fundades que aquell coeficient pugui ser superior per als centres propis que per als privats en règim de competència potencial, atesa l'especial combinació menys favorable dels factors de complexitat i d'especialització que tenen els centres propis.

A l'altre extrem de les propostes importades de reforma es troba la UBA. Tal com avui està formulada, la UBA representa una eina de finançament hospitalari molt rudimentària. Tanmateix, ofereix una certa capacitat de tancar el pressupost públic d'una manera no completament aliena a la mesura de l'activitat hospitalària. L'ajust *case-mix* és per a aquest propòsit molt senzill, però no inexistent, fins i tot en el cas que es basi en una oferta segmentada (acreditació *ex ante*) i en una tarifa per tipus de centres referida a una estada mitjana objectiu. Noteu, però, que, com a resultat de tot l'anterior, a l'efecte pressupostari és tan important el valor assignat a la tarifa com la determinació del nombre d'estades; resultat, al seu torn, del desglossament del nombre de malalts objectiu i de l'estada mitjana objectiu que es fixa per a cada categoria de centre. La composició d'estades té, a més, rellevància pel fet que les desviacions registrades entre activitat pactada i activitat realitzada afecten

el concert i redueixen la tarifa al 75% o al 25% del valor inicial, segons que l'excés d'UBA s'hagi produït a causa d'una variació en l'estada mitjana o en el nombre de pacients.

És obvi que l'indicador d'activitat esmentat és poc satisfactori en molts altres aspectes; especialment pel senyal que subministra una activitat pobrement definida i mesurada, i per la inèrcia que en la seva aplicació pot significar el domini de solucions *ad hoc* i la justificació de nivells incrementalistes de despesa. En altres paraules, la UBA és una mesura de control aliena al sistema de planificació (n'hi ha prou de veure la formulació dels objectius que se solen realitzar des de l'àrea sanitària), però relativament més consistent pel que fa a la pressuposició: afavoreix el fet de raonar la restricció global de recursos en termes d'indicadors d'activitat i trasllada cap a la categorització externa (nivells d'acreditació dels centres) els problemes més importants de l'ajust.

En definitiva, les UBA i els GDR constitueixen, sens dubte, cotes en el camí de reforma del finançament hospitalari. Coneixem així el punt de partida, però no gaire encertadament el punt d'arribada.

3. ESTRATÈGIA D'APROXIMACIÓ AL CANVI

3.1. On situar el criteri de motivació a l'eficiència en el finançament sanitari

Hem indicat més a dalt que l'objectiu del sistema sanitari públic —i dels seus participants en la provisió, si es desitja la compatibilitat d'incentius— no és generar activitat, sinó realitzar l'epide-

miològicament necessària al menys cost possible (cost sempre ben comptabilitzat, en termes de sacrificis socials, recursos valorats pels individus, mesurats en termes de cost d'oportunitat). De les alternatives postulables (la maximització restringida d'ingressos per activitat, atesos uns costos, o la minimització dels costos, atesa una activitat), la segona és la necessària i no pas la primera. Això representa una diferenciació important respecte a allò que s'esdevé amb la motivació present en tota pràctica privada, en què es parteix d'uns costos (lloguers, telèfon, llum, secretària, etc.) i el *leit motif* de l'actuació professional és generar ingressos, ja que els costos, en la seva major part, estan donats.

En esquemes de provisió pública es pretén el contrari, tal com veiem; és a dir, atesa una activitat, satisfer-la clínicament tot assignant de la millor manera possible els recursos disponibles.

El punt fonamental, però, és determinar quin és l'element de referència de l'activitat que dona lloc al finançament pressupostari com a base de la restricció financera. Allò desitjable és, sens dubte, que aquesta activitat es correspongui amb la població, ja que és la cobertura de l'assistència sanitària dels ciutadans l'objectiu del sistema de planificació. Per tant, l'objectiu final de tot esquema de competència simulada, dirigida, gestionada, etc. hauria de ser acabar afavorint hòldings assistencials integrats —també privats acreditats— que es responsabilitzessin, mentre així ho vulgui el ciutadà, del conjunt de contingències associades al seu estat de salut. Dins de l'envolupant de despesa finançada de manera capitalitativa, aquestes xarxes assistencials en re-

gularien els fluxos amb una visió integrada del cost dels serveis (l'excés de cost d'una activitat s'hauria de compensar amb el cost més petit d'una altra, sense poder ser traslladat cap a un finançament major).

Idealment, els programes de millor cost-efectivitat no caldria que s'imposessin, ja que la seva implantació es troba a l'arrel dels interessos dels hòldings assistencials. Mentre aquest no sigui el cas, la motivació anterior es pot fer pivotar des de l'assistència primària o des de l'assistència hospitalària. Si la primera opció no es desitja, es dubta, per exemple, del sentit d'una pressupostació capitalitativa que pivoti sobre un centre de salut d'un sector determinat, o de l'interès dels metges, o de la capacitació de la gerència de la primària per procedir d'una manera professionalitzada a la racionalització de fluxos. La segona opció presenta una problemàtica capital. La seva operativa, en efecte, passa avui per buscar la internalització (patir-ne les conseqüències) en les finances hospitalàries de tota aquella activitat alternativa a l'internament (cirurgia sense ingrés, oferta especialitzada, urgència ambulatoria, etc.) que es consideri desitjable; és a dir, que allò que pugui fer l'hospital en aquest àmbit per raons de cost-eficiència no comporti una pèrdua automàtica de finançament, lligada a la menor activitat d'internament, que afavoreixi una reacció de substitució d'aquella activitat per programes nous.

3.2. Altres elements de senyalització del canvi

Des del punt de vista temptatiu, alguns elements de senyalització del canvi que ens atrevim a postular per als

canvis desitjables en el finançament podrien ser els següents:

1. El finançament s'hauria de basar en l'activitat realitzada, però adquirint caràcter globalitzant en l'import total, sense basar-se en tarifes individualitzades d'activitat. Això implicaria no incentivar jocs estratègics sobre la base de tarifes que molt difícilment es podran fonamentar amb criteris estrictes d'eficiència; especialment si les tarifes comporten nivells elevats d'agregació, ja que altrament s'incentiva el reemborsat a explotar l'heterogeneïtat (substituïbilitat de casos) d'una mateixa categoria, sense que a part d'això resulti clar que sobre la covariància en l'associació entre recursos i activitat es fonamenti una relació tecnològica sòlida. Així mateix, l'omissió de variables sota l'argument de la possible colinealitat tampoc no justificaria, en principi, un nivell de selecció de variables susceptible de base reguladora d'un contracte de prestació de serveis.

2. La globalització té avantatges en la definició d'envolupants financeres, ja que no resta autonomia al subministrador del servei per organitzar centres de cost i/o responsabilitat amb nivells diferencials d'eficiència ni per buscar rendibilitats en diferents horitzons temporals (no sembla lògic exigir als serveis hospitalaris allò que els bancs no exigeixen a les seves sucursals).

3. La pressupostació global hauria d'incloure l'acompliment de programes que altrament poden resultar aliens o contraris al finançament hospitalari pròpiament dit. Per a això, els costos haurien de diferenciar els gradients d'estructura (oferta), la complexitat de les patologies realment

ateses (demanda) i l'acompliment o no dels programes d'interès evident per al sistema sanitari en el seu conjunt. I això, no tan sols pel tractament diferent que hagi de rebre el cost fix del variable, sinó pel que fa a l'element d'incentivació-penalització de l'activitat (acompliment d'objectius) i d'identificació dels elements de cost que lideren incrementalment la despesa dels centres.

4. El realisme imposa relativitat: les fórmules mixtes en què s'inclouen elements de cost real i predicció (cost teòric) semblen imposar-se, finalment, en la literatura sobre finançament hospitalari. Les prediccions poden recollir la sofisticació necessària (fronteres d'eficiència, formes flexibles, etc.) si la seva instrumentació es relativitza i guanya credibilitat amb el temps; particularment, si es fan servir per detectar *outliers* que puguin requerir un seguiment especial, i més d'una iteració així ho pugui justificar.

5. Sempre existirà —i així convé tenir-ho present— un *trade-off* entre eficiència i selecció*. En la mesura que no es desitgi completament la segona, podrà esmortir-se amb més raó la recerca de la primera.

6. La resposta més lògica i coherent en el finançament d'una sanitat pública desmonopolitzada s'hauria de basar en la capitació —corregida si es vol—, en què hòldings assistencials integrats es responsabilitzen de les contingències sanitàries en el seu conjunt i mantenen en l'àmbit de l'usuari la ubicació-responsabilització en la gestió de les seves pòlisses de cobertura de risc.

4. ALGUNS COMENTARIS FINALS

Algunes conclusions temptatives a què es pot arribar sobre la base d'una anàlisi més profunda que la que aquí podem ara realitzar, a partir de les premisses exposades en allò que anomenem nou paradigma de les polítiques sanitàries (vegeu les taules), serien les següents:

1. És evident que entre el que és estrictament privat i el que és públic pur existeix un gradient de mesures de regulació-intervenció que ofereixen àmbits d'anàlisi d'interès per a l'estudiós de la política sanitària. Estudiar pros i contres de les diferents mesures, lluny de desqualificacions d'una tendència o d'una altra, sembla totalment oportú. Atrinxe-rar-se en una alternativa o en una altra és avui, en tot cas, una conducta poc adequada des del punt de vista de la investigació en serveis sanitaris.

2. La separació de finançament de la compra dels serveis, i també d'aquesta compra de la seva producció, és substancial a tot esquema d'assegurament social. En primer lloc, per mantenir el *pool* de finançament apropiat com a sistema nacional de salut; en segon lloc,

com a element d'eficiència assignativa, incentivat pel trasllat de risc que ocasiona, des del garant de la cobertura al pla gestor dels serveis; i, en tercer lloc, pel diferent llenguatge que requereix la recerca de l'eficiència productiva en l'àmbit dels subministradors de serveis, fortament influïda per l'activitat dels clínics.

3. La regeneració del sistema sanitari requereix, per tant, la generalització del comportament cost-conscient per part dels diferents agents amb capacitat de decisió en matèria sanitària, i dels clínics en particular atesa la seva rellevància última en el cost dels serveis. Això es pot produir a partir del fet que siguin els mateixos professionals que assumeixin aquesta responsabilitat, com a empresaris per compte propi que són dels serveis, o d'algué que sigui capaç d'introduir en els professionals un major sentiment de compte d'altri al servei de les diferents organitzacions que componen el sistema sanitari. Perquè una cosa o una altra es produeixi, es requereix que aquell sobre qui es pivota el sentit últim de la decisió assumeixi risc; és a dir, que una bona o una mala pràctica acabi tenint transcendència per a allò positiu, però també sobre allò negatiu, en

* Una compra competitiva pura i dura seria comprar segons una tarifa GDR, APD o similar. Noteu respecte a això, i al marge d'altres punts de política sanitària, que sobre aquesta base s'hauria de concretar fil per randa l'activitat comprovada si es desitja tancar el pressupost públic, que no existeix acord sobre quines casuístiques en concret utilitzar (no per fer estimacions, sinó per pagar) i que el càlcul de la tarifa no està resolt ni per base estadística (de quantes observacions es disposa per al càlcul del cost estàndard desitjable) ni per informació disponible (la central de balanços no incorpora cap dada vinculable directament al CMBDAH).

Noteu que en el cas que els factors de conversió de diferent activitat a les UBA tingués legitimació en costos, el nombre total d'UBA es congelés —amb la qual cosa només fos possible reorientar-les segons les quatre grans àrees d'activitat— i s'acabés amb els nivells i les tarifes que els afecten, la situació resultant seria força semblant a la proposada.

les retribucions dels qui prenen les decisions. Si no es trenca el monopoli de l'asseguradora pública (només un comprador i amb la racionalitat gestora del que és públic) i es continua acceptant que s'hi acumulin totes les tensions del sistema, és probable que la premissa de transferència de risc no sigui creïble.

4. Al marge d'això anterior, potser continuï sent la més important de les qüestions que ens ocupen que des de la funció assistencial se serveixen millor els interessos dels usuaris. Si suposem que aquesta és l'atenció primària, queda per resoldre si han de ser els mateixos equips els que assumeixin el risc o si són les asseguradores les que, d'acord amb els seus objectius, facin pivotar sobre l'assistència primària la regulació de fluxos del sistema. Des d'un punt de vista teòric, l'elecció d'alternatives s'hauria de basar en:

a) Si la transferència de risc és efectiva (en un context de múltiples proveïdors EAP, però d'elecció territorial limitada o de no més d'una desena d'asseguradores, si es dona el cas, amb acords preferencials o lliures sobre la geografia).

b) Si són eficients, atès el *pool* de risc possible a la vista de la població coberta.

c) Com poden resultar d'eficaços els contractes entre proveïdors: els dels EAP amb hospitals, especialistes, farmàcia, etc. o els de les asseguradores amb els professionals de primària, especialistes, hospitals, etc.

Annex: Alguns elements del nou paradigma de les polítiques sanitàries públiques

En resum, els nous elements de la política sanitària del futur³, els resultants

de repensar les claus interpretatives dels conceptes fonamentals següents:

Equitat/eficiència: No tan sols raons d'equitat justifiquen el caràcter obligatori de l'assegurança sanitària, sinó també d'eficiència.

Provisió/producció: La constatació anterior no implica necessàriament el subministrament públic dels serveis sanitaris. No és difícil detectar darrere de l'anomenat Estat del Benestar una cultura poc propensa a l'eficiència en la gestió i un tipus de societat inert al canvi, acomodaticia i d'escassa creativitat. El context de producció pública ni garanteix l'equitat ni estimula l'eficiència econòmica. Aquest és un problema empíric, de manera d'organització, d'estructura de subministrament.

Mecanismes d'intervenció: La lògica econòmica d'una assegurança obligatòria i universal és la de la prestació econòmica, del rescabament financer, més que no pas de la prestació en espècie; és a dir, resultat de configurar una assegurança obligatòria de continguts bàsics i no obstaculitzadora de l'elecció individual. La justificació de la presència d'alguna mena d'intervenció en tots dos contextos cal considerar-la, en un primer supòsit, com a òptim de segon rang a la vista del paper dels professionals sanitaris i, en un segon supòsit, d'acord amb les característiques (costos de substitució) que ofereixen atencions de salut, implícites a l'assegurament.

Endogeneïtat de la distribució de renda: La constatació anterior no exclou que qüestions de justícia distributiva facin que s'intervingui en renda (també en espècie), d'acord amb allò que es coneix com a segon teorema de l'econo-

mia del benestar (qualsevol assignació òptima es pot aconseguir variant d'una forma apropiada el patró de distribució dels recursos). En qüestions de salut, i d'una manera *ex ante*, hom pot considerar que la igualtat ha de prevaler, amb la qual cosa diferències en renda, endògenament determinades, poden ser susceptibles de variació i complementades amb subsidis que facin que la societat no pateixi penediment *ex post* a la vista de les diferències resultants en la salut dels individus. Sent aquest el punt de referència últim, es justificaria el caràcter universal de l'assegurança obligatòria per tal d'evitar el problema de la selecció adversa i de la revelació no sincera de les preferències individuals.

Drets individuals a la salut: La garantia individual de les capacitats bàsiques és el que justifica la intervenció pública en la provisió d'atencions de salut. Maximitzar el benefici conjunt com a suma ponderada o no de nivells de salut, tot distribuint més recursos als qui més capacitat tenen de generar-los, no es pot derivar de la premissa anterior. Això no implica igual consum. Es tracta d'atorgar suficiència per garantir el gaudi de capacitats bàsiques individuals; allò que hagi d'incloure el concepte de bàsic és susceptible de controvèrsia social.

Recursos financers i objectius inabastables: En qüestions de distribució de recursos, en un context en què no tots els objectius són assolibles, com ocorre amb la sanitat, no existeix una única regla de distribució, sinó que el seu caràcter més o menys apropiat varia segons el context de referència. Si volem que no depengui dels preus relatius — és a dir, si els objectius estan definits

en termes quantitativs—, les regles de proporcionalitat (l'assignació adquireix una composició idèntica a la del vector d'objectius), la igualtaria i la d'igual pèrdua (amb pèrdues monetàries idèntiques amb relació al pressupost ideal per a cada bé) assoleixen aquest objectiu. Tot el que importa és el pressupost real i el vector d'objectius. Altrament, les assignacions poden acabar dirigint més recursos als objectius relativament més cars. Això pot resultar raonable per a situacions en què es pretén cobrir amb preferència els serveis que resulten més onerosos per als ciutadans, ja que d'aquesta manera s'aconseguiria incrementar-ne la renda (relativa) disponible respecte a altres necessitats.

Despesa sanitària i desenvolupament econòmic: El cost de satisfer objectius de salut, les consignacions financeres necessàries per afrontar les prestacions sanitàries, no ha deixat de créixer i manté encara graus d'insuficiència amplis. La seva relació amb el desenvolupament econòmic i social és part de l'explicació. Es tracta, possiblement, d'una causalitat doble: creixement econòmic i despeses socials, i a l'inrevés. Quant a l'associació observable en la segona de les direccions (despeses socials-creixement econòmic), per a models de creixement amb taxes endògenes al capital físic i humà, les polítiques públiques tenen un protagonisme indubtable. En aquest sentit, existeix evidència estadísticament robusta entre els països de l'OCDE (1960-1991) que hi ha una associació positiva entre despesa sanitària total i creixement de la productivitat del treball, si bé l'associació no implica causalitat ni es pot interpretar com una base ferma per a qualsevol política

d'expansió de la despesa sanitària. Pel que fa a l'associació en la primera de les direccions (factors que expliquen el creixement de la despesa sanitària), a part del supòsit de considerar les atencions de salut com si es tractés d'un bé superior —d'elasticitat renda superior a la unitat—, hom ha d'analitzar el grau d'exogeneïtat associat al possible diferencial de productivitats —és a dir, les condicions tecnològiques de producció de les atencions de salut—, l'eficiència i el progrés tècnic. Això topa moltes vegades amb les dificultats d'aproximar empíricament l'evolució de deflactors sanitaris i afavoreix les anàlisis microeconòmiques de l'eficiència econòmica.

Marc empresarials per a la sanitat:

La consecució de l'eficiència econòmica està afavorida per l'establiment de marcs empresarials per a la sanitat, és a dir, l'anàlisi del sistema sanitari com un conjunt de relacions múltiples verticals i

horitzontals entre diferents institucions (centres i agents sanitaris). El terreny que més abona aquest objectiu és el de la competència entre asseguradores —la competència entre centres es considera molt indirecta per a aquell objectiu, i si més no dependent del primer. La presupostació pública en aquest context requereix flexibilitat i fa participar les parts amb interessos contraposats en els resultats, en la determinació de plans i en el seu seguiment. Entre altres elements, establir en gestió sanitària un marc de la naturalesa anterior exigeix fermesa per part de l'autoritat pública i acceptació de les decisions conseqüents amb el nou context per part de la ciutadania. En definitiva, avançar en la transformació cultural, de manera d'entendre la convivència, cap a un tipus de societat que encara potser no tinguem, però que pot valer la pena construir.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rodríguez M. La despesa sanitària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1986.
2. Murillo C, Calonge S. Distribució territorial de la despesa sanitària privada a Catalunya. Fulls Econòmics 19 juliol 1993: 10-15.
3. Murillo C, Calonge S. Fulls Econòmics 1994: 18.
4. March E. Anàlisi de l'evolució dels costos del personal sanitari en l'ICS. Tesina. Màster d'Economia de la Salut i Gestió dels Serveis Sanitaris. Barcelona: Universitat Pompeu i Fabra, 1995.
5. López G. Anàlisi econòmic de la sanitat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1994.

EL MODEL HOSPITALARI DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

Miquel Bruguera

CAL UNA REFORMA HOSPITALÀRIA?

Segons el diccionari, reformar vol dir fer modificacions en una cosa (o en una organització, o en un sistema) donant-li una nova forma, amb l'intent de millorar-la. Això és necessari quan el que es pretén reformar deixa de complir satisfactòriament el seu objectiu, perquè s'ha fet insuficient o poc eficient, s'hi descobren deficiències o mancances, comporta un cost excessiu pel seu manteniment o simplement deixa de complaure els qui hi estan relacionats.

Si examinem la situació dels nostres hospitals, probablement tots coincidirem que en grau divers es donen totes les raons esmentades fa un moment, que justifiquen una reforma. Aquesta opinió crítica envers els nostres hospitals està àmpliament generalitzada en els tres sectors que en determinen l'existència —els qui hi treballen, els qui els dirigeixen i els qui els utilitzen com a clients—, tot i que les raons de les seves crítiques no són coincidents.

Els usuaris es queixen de les cues, de les esperes, del tracte poc personalitzat que sovint hi reben. Els professionals —metges i infermeres— estan frustrats per una retribució insuficient, desproporcionada amb el grau de responsabilitat de la seva feina, per la manca d'expectatives professionals i

per la seva falta de participació en els òrgans de decisió. Els gestors es queixen de la manca de recursos econòmics que els permetin afrontar uns costos progressivament creixents i de la falta de reconeixement, si no de la hostilitat, amb què els metges i les infermeres valoren la seva gestió.

Cal dir, no obstant això, que aquesta insatisfacció no té cap paral·lelisme amb el grau d'eficàcia dels nostres hospitals, que es poden comparar sense cap desmèrit amb els dels altres països avançats del nostre entorn. La pregunta pertinent seria, doncs, la següent: si els nostres hospitals tenen bon nivell i ofereixen un servei de qualitat, per què plantegem la conveniència, o potser millor dir la necessitat, de reformar-los? La resposta segurament més encertada seria perquè els metges, que són un element determinant per al seu bon funcionament, experimenten una gran crisi de confiança en el model hospitalari actual, que interpreten acabat, amb unes estructures organitzatives excessivament rígides que no els permeten esperar cap promoció personal, professional o econòmica.

Diverses són les causes d'aquesta crisi de confiança dels metges assistencials en el model hospitalari actual. Segurament la més important és la consciència

d'haver perdut el seu rol dirigent en els hospitals i d'haver-se convertit en un element, sovint anònim, d'una cadena de producció en una empresa de serveis sanitaris. Aquesta nova situació personal coincideix amb un empobriment progressiu de la seva retribució, la més baixa de tots els països de la Comunitat Econòmica Europea, i amb una exigència social creixent, que pretén, amb tota raó d'altra banda, tenir metges tècnicament competents i alhora generosos, afectuosos i lliurats amb dedicació a l'atenció dels seus malalts. Finalment, cal també esmentar com un element de distorsió la manca de sintonia que sovint es constata entre els metges i els gestors. Els metges atribueixen als gestors una direcció autoritària, guiada únicament per criteris economicistes, i una desconfiança envers les actuacions professionals dels metges, mentre que els gestors es queixen de la manca de sentit d'empresa dels metges d'hospital i de resistència al seguiment de les seves directrius.

QUI HA DE FER LA REFORMA HOSPITALÀRIA?

La resposta més simple a aquesta pregunta seria dir l'Administració sanitària, perquè és qui té la titularitat de la majoria de les institucions hospitalàries del més alt nivell i qui paga la quasi totalitat dels serveis que presten els altres centres, de titularitats diverses, que integren la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública.

A aquesta resposta s'hauria d'adduir, però, que no es pot pensar a proposar cap mena de reforma sense comptar

amb els agents que l'han de realitzar. No es pot, doncs, plantejar una reforma hospitalària sense tenir en compte els metges. Els col·legis de metges, que tenen com una de les seves finalitats la defensa dels interessos professionals, són l'únic nexce en comú entre els metges i, per tant, estan legitimats per tenir un protagonisme destacat en l'elaboració de propostes de reforma que siguin sotmeses a l'Administració.

Un argument de més pes, que justifica la intervenció dels col·legis de metges en un projecte d'aquesta mena, és la seva autoritat moral per introduir un canvi cultural en els metges assistencials dels hospitals, que per a molts pot ser traumàtic.

La funció del metge d'hospital d'avui i del futur no pot ser únicament l'assistència als malalts tenint en compte només els coneixements científics més actualitzats, sinó prestar la millor assistència possible tenint en compte els recursos de què es disposa.

Aquest canvi cultural implicarà també incorporar conceptes que fins fa poc estaven molt allunyats del lèxic i de l'activitat dels metges dels hospitals, com són eficiència, productivitat, gestió, qualitat assistencial i un llarg etcètera.

Només amb el compromís de responsabilitzar-se de la gestió dels recursos assignats a la sanitat, els metges podrem reclamar el liderat en els hospitals, incrementar les nostres retribucions i obtenir satisfacció amb l'activitat professional.

OBSTACLES A UNA REFORMA HOSPITALÀRIA

Un projecte com el que anuncia el tí-

tol d'aquesta presentació es trobarà amb un nombre gran i variat de resistències i dificultats.

Una de les més òbvies pot ser la incomprensió de la mateixa Administració, que interpreti com una ingerència dels col·legis de metges la formulació d'un projecte d'aquestes característiques.

Un altre problema, i no menys important, és assegurar que un projecte plantejat des dels col·legis de metges obtingui el consens dels metges d'hospital, o almenys un suport ampli, tenint en compte les diferències, a vegades irreconciliables, en els seus objectius personals i professionals i les diferències en la seva situació jeràrquica, contractual i retributiva.

Tot un altre conjunt de dificultats prové d'algunes característiques del model hospitalari actual, que el converteixen en un sistema rígid i encotillat, com són les places vitalícies, que afavoreixen la pèrdua d'estímul dels qui volen prosperar i dels qui consideren que ja han arribat, o bé un model retributiu que fixa unes retribucions homogènies per a cada categoria laboral, cosa que perverteix el concepte de retribució, ja que es paga pel càrrec que es té i no per la feina que es fa.

Sense voler allargar gaire la llista de dificultats inherents al sistema actual, podem afegir-hi l'excés de jerarquització dels hospitals, que fa que entre el gerent i el metge assistencial hi hagi una barrera formada per quatre o cinc nivells jeràrquics, l'organització en serveis d'especialitats, impermeables unes de les altres, que a vegades es converteixen en petits regnes de taifes, i la falta de tradició a reconèixer el treball ben fet, juntament amb l'absència de criteris uniformes per

definir què vol dir treball ben fet en un hospital (moltes visites?, bons diagnòstics?, publicacions?, beques?).

LA PROPOSTA DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA

El Col·legi de Metges de Barcelona ha obert un Fòrum d'Hospitals, entès com a àmbit de reflexió i discussió, que té com a objectiu l'elaboració d'un document que contingui un projecte de reforma per als hospitals de Catalunya. Aquest projecte hauria de reunir el màxim suport dels metges d'hospital per poder ser sotmès al coneixement, la discussió i la negociació amb les autoritats sanitàries.

Aquest document no pot ser un memorial de greuges dels metges descontents d'hospitals, ni tampoc no pot ser una carta als Reis on s'inclouin previsions forassenyades. Tampoc no pot ser un document de caràcter tècnic, ja que una reforma en els hospitals inclou la previsió de molts elements de caràcter jurídic, econòmic i polític que no hauran pogut ser tinguts en compte amb tot els seus detalls pels redactors del projecte.

Ha de ser un text de caràcter indicatiu, que precisi els elements del model hospitalari actual que necessiten ser canviats, que assenyalí quines característiques han de tenir els canvis, que suggereixi quines són les reivindicacions irrenunciabls dels metges i les qüestions en què no serem bel·ligerants, i que dibuixi amb claredat com voldríem que funcionessin els nostres hospitals durant els propers anys.

OBJECTIUS DE LA REFORMA HOSPITALÀRIA

Havent tot just acabat de posar-se en marxa el Fòrum d'Hospitals del Col·legi de Metges de Barcelona, seria del tot prematur i impropedent que en aquesta presentació es condicionés el treball dels participants en el Fòrum exposant detalls d'un projecte que està en fase d'estudi. No obstant això, sí que pot ser pertinent enumerar quins objectius han determinat la creació d'aquest Fòrum:

1. Salvaguardar l'autonomia dels hospitals i el dret a autogestionar-se d'acord amb la seva capacitat de generar recursos i amb les necessitats sanitàries de la població a qui serveixen.

2. Establir criteris i procediments per a una interrelació adequada entre hospitals d'alta tecnologia, hospitals generals, centres d'assistència primària i centres d'atenció sòcio-sanitària.

3. Impulsar una política de personal que prevegi els elements següents: *a)* sistemes de provisió de places (contractacions i nomenaments); *b)* sistemes de promoció personal sobre la base del re-

coneixement dels mèrits i no per antiguitat, amb la repercussió retributiva conseqüent, i *c)* exigència de formació mèdica continuada.

4. Participar els professionals en la gestió i en la presa de decisions com un procediment que permeti alhora: *a)* motivar el personal per participar en un projecte sanitari ben definit, i *b)* obtenir participació dels beneficis derivats de la millor gestió dels recursos i de la reducció conseqüent dels costos.

5. Introduir elements de motivació als metges assistencials: *a)* facilitant-los la participació en la docència i en la recerca; *b)* permetent el desenvolupament de projectes personals, amb la creació d'unitats especials o pluridisciplinàries, i *c)* incorporant procediments per valorar i reconèixer els mèrits professionals.

6. Millorar l'atenció als usuaris: *a)* evitant la despersonalització de l'assistència hospitalària; *b)* coordinant l'assistència interhospitalària i extrahospitalària dels malalts crònics; *c)* garantint la confidencialitat, i *d)* extremant el rigor en la informació.

EL MODEL SANITARI CATALÀ: INTERRELACIÓ ENTRE EL PÚBLIC I EL PRIVAT

Ramon Massaguer

EL PERQUÈ DEL DEBAT ENTRE PÚBLIC I PRIVAT

Els sistemes sanitaris europeus s'enfronten a pressions similars, com ara el creixement de la despesa sanitària, l'envel·liment de la població, l'aparició de noves patologies, el desenvolupament accelerat de la tecnologia i l'augment de les expectatives dels ciutadans.

El desenvolupament econòmic i la consolidació de l'Estat del Benestar han caminat en paral·lel durant els darrers anys i el resultat ha estat que l'augment en la prestació dels serveis socialment protegibles ha estat assumit fonamentalment pel sector públic, no tan sols en el finançament, sinó també en la provisió.

La crisi econòmica i la necessitat de reduir el dèficit públic de les administracions provoca, però, en aquests moments, importants tensions en la major part de governs dels països europeus, els quals han de donar sortida a la complexa realitat de creixents expectatives dels ciutadans i a progressius ajustos pressupostaris que condicionen els recursos públics que poden invertir en l'Estat del Benestar.

És aquí quan es recupera el tradicional debat entre públic i privat. Fins on ha d'arribar el sector públic en la prestació dels serveis vinculats a finalitat social? Cal que en monopolitzi la producció/provi-

sió? És necessària la incorporació de finançament privat per cobrir les creixents expectatives? Com?

I és aquí on, amb diferents matisos, convergeixen els principals reptes dels diferents processos europeus de reforma del sector públic i, també, per tant, dels sistemes sanitaris europeus.

EL MODEL SANITARI CATALÀ: LA INTERRELACIÓ ENTRE PÚBLIC I PRIVAT

El marc normatiu del Sistema Nacional de Salut per al conjunt de l'Estat espanyol està recollit en la Llei general de sanitat aprovada l'any 1986.

Respectant aquest marc i com a mandat d'aquesta Llei, el Parlament va aprovar l'any 1990 la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), la qual configura un model sanitari característic fruit de la realitat pròpia del país i resultat de tot un conjunt d'actuacions portades a terme pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya des del 1981 —any de les transferències— fins a l'actualitat.

Els principis informadors de la LOSC, que recull també la Llei general de sanitat per al conjunt del Sistema Nacional de Salut, són: 1) la sanitat és

ciació de funcions entre finançament (públic) i producció/provisió de serveis (públic/privat), tot consolidant la xarxa sanitària d'utilització pública actual o obrint aquesta xarxa a les entitats d'assegurament privada, i b) cedir la funció d'assegurament des del sector públic a un intermediari privat.

En aquest context, quines perspectives de futur es planteja el Servei Català de la Salut en el marc de la LOSC?

Mantenir la titularitat pública de l'assegurament, consolidant la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya i potenciant el desenvolupament i l'operativització dels seus instruments organitzatius i de funcionament, que li han de permetre desenvolupar eficientment les funcions que li pertocuen com a finançador, planificador, comprador i avaluador:

1. Definir la cartera de serveis de cobertura pública de Catalunya per a cada una de les línies de producció, d'acord amb el catàleg de prestacions del Sistema Nacional de Salut i el Pla de salut de Catalunya, el qual permet donar prioritat a les actuacions en matèria sanitària segons les necessitats de salut de la població.

2. Consolidar el contracte com a marc de relació contractual del SCS amb les entitats proveïdores de la xarxa sanitària pública i com a instrument d'operativització del PdS, i avançar cap a un sistema de preus que garanteixi la suficiència financera dels centres, que apropi el pagament per producte final (*case-mix*) i que incentivi la bona gestió per part dels centres.

3. Definir la targeta sanitària individual com a document identificatiu i d'accés del ciutadà al sistema sanitari públic català.

4. Consolidar un sistema integrat d'informació per a la gestió, l'avaluació i la presa de decisions: registre d'usuaris, registre d'entitats proveïdores i unitats productives, registre de contractes per tipus de serveis, central de balanços i CMBD-AH, sistema d'informació i informatització de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària, i enquestes de salut de Catalunya i de satisfacció de l'usuari.

5. Racionalitzar els processos i procediments vinculats a l'accés i a la gestió de les prestacions, amb la finalitat de millorar-ne l'eficiència i, sobretot, la satisfacció dels ciutadans.

Aquesta opció manté una forta vinculació entre política sanitària i provisió de serveis, possibilita una orientació més gran dels serveis cap a les necessitats de salut de la població, evita els riscos de la selecció adversa, no potencia la creació i la utilització d'una oferta sanitària paral·lela, permet introduir criteris d'equitat i no tan sols d'eficiència, i redueix els costos administratius que pot comportar un sistema de competència entre asseguradores per controlar la selecció adversa i ajustar els preus de les pòlisses a la distribució per càpita dels riscos.

Tanmateix, el fet que la demanda de serveis sanitaris creixi molt més ràpidament que la capacitat de finançament públic d'aquesta demanda ens obliga a avançar en les línies de reflexió i d'anàlisi següents sobre el paper de les entitats d'assegurament privada en el nostre

sistema sanitari:

1. Mecanismes d'incentivació de l'assegurança alternativa, ja sigui per mitjà d'una major desgravació fiscal o del trasllat a l'entitat asseguradora de l'actual cotització a la Seguretat Social, tot subvencionant la quota que el ciutadà paga en concepte d'assegurança sanitària privada.

2. Definició de la cartera de serveis del SCS, per tal d'orientar el mercat d'assegurança voluntària de la població per a tots els serveis no coberts per l'assegurança obligatòria.

Aquesta opció de complementarietat, que es pot interpretar com a coparticipació voluntària de l'usuari en el fi-

nançament de la sanitat, permet garantir la universalització i l'equitat en l'accés de tota la població als serveis sanitaris i, alhora, garanteix l'entrada de més recursos —via finançament privat de l'usuari— al sector de la sanitat per afrontar aquest creixement de la demanda sanitària.

Tanmateix, la pròpia realitat i les experiències de reforma dels països de l'entorn ens permetran avaluar les diferents alternatives de reforma, que tenen en comú millorar l'estat de salut de la població i garantir en l'actual context econòmic un bon nivell de qualitat de servei en la prestació dels serveis sanitaris que rep el ciutadà.



xement vegetatiu, ja que cada dia estan sortint tècniques exploratòries noves i fàrmacs nous i el que no es pot pas dir és que no investiguin més ni treguin res nou perquè no podem gastar més. Ara

proves diagnòstiques —el metge de capçalera i els especialistes— i uns altres que les realitzen i que no entren a formar part del sistema com a professionals pròpiament dits.

DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES

Dr. Miquel Àngel Asenjo

—Moltes gràcies a tots els ponents. Com han pogut observar, hi ha hagut complementarietat i coincidència malgrat que, com un d'ells ha dit, no hem tingut contactes previs. Això indica com n'està d'avançada la qüestió avui dia. Tot seguit encetem el col·loqui que segurament enriquirà el que s'ha expressat fins ara.

Dr. Joan Torres, acadèmic corresponent

—Abans de plantejar un parell de preguntes, vull dir unes paraules que fan referència a un cosí germà meu, el doctor Ramon Trias Fargas, amb el qual comentàvem molts d'aquests temes. En el seu discurs d'ingrés com a acadèmic numerari en aquesta Reial Acadèmia, discurs que es titulava *Despesa sanitària i assignació de recursos*, l'any 1983 deia que "el fet és que els antecedents del que avui dia es coneix com a economia de la salut es troben en un personatge excepcional, metge, estadístic i economista, Sir William Petty, del segle XVII". Més tard, cap al final de les seves paraules, va dir que "fins aquí no hem resolt res; caldrien conferències especialitzades per arribar a resultats operatius, cosa que avui dia em sembla estupefactiu, i recomano que es facin". La contestació al meu cosí va ser feta pel president de la Reial Acadèmia, el Dr. Laporte, el qual, al final de la seva intervenció, va dir que "per tal d'ajudar a la presa de decisions referent a aquests temes, cal que institucions com aquesta

Reial Acadèmia no solament siguin conscients del problema, sinó que el discuteixin amb serietat i en profunditat". Entenc, doncs, senyor president, senyors acadèmics, que la nostra institució és un fòrum molt adequat per examinar un problema com aquest.

De tot això, jo en derivo dues preguntes. La primera és si creuen adient aquest fòrum i, si el creuen adient, com es pot enfocar. D'altra banda, a la Facultat de Medicina es van introduir, al moment oportú, coneixements sobre estadística perquè hi havia una necessitat amb vista a la professió i a la investigació mèdica. La segona pregunta és si no convindria introduir una síntesi adequada de coneixements econòmics.

Dr. Miquel Bruguera

—El fòrum es vol enfocar a trobar un projecte de reforma als hospitals en què els metges estiguin a gust. Amb tot el rigor, la serietat i la lucidesa que convinguin, però un model que uneixi els metges, no que se'ls imposi.

Dr. Miquel Àngel Asenjo

—Respecte a la segona pregunta, li diré que des del curs passat ja existeix oficialment l'assignatura que ha suggerit el seu comentari.

Dr. Moisès Broggi, acadèmic numerari

—Les despeses de la sanitat estan creixent d'una manera tan gran que, si continuen així, acabaran arruïnant el país. Això es veu clarament, com també

feia una crida a la racionalització de la demanda i feia una comparació en un segment concret que era, en el cas del Col·legi, la fixació de les tarifes. Jo n'introduiria un altre que és molt important des del punt de vista de la partida, pel volum i per la casuística i les característiques que té en concret dins del nostre sistema sanitari: la partida de prescripció farmacèutica com a tal.

Aquí interpretem que hi ha doble llenguatge. Una mesura molt important de racionalització de la demanda en aquest aspecte seria la implicació del professional, però la implicació del professional realment "disciplinat" dins del que serien criteris d'altres professionals. Vostè posava un exemple amb radiòlegs, amb qüestions, per tant, d'analítica en el camp de la farmacologia, on en la dispensació o la prescripció farmacèutica hi ha determinats professionals que podrien marcar molt clarament guies d'utilització de fàrmacs que haurien de ser habitualment emprades pels professionals prescriptors del sistema. Això és molt difícil d'implantar i probablement ho saben molts dels acadèmics que avui ens acompanyen. Per què? Perquè realment, i abans també s'exposava en una de les transparències del president del Col·legi de Metges, hi ha aspectes excessivament personals del professional sanitari, sobretot en l'àmbit de la prescripció farmacèutica. Aquest també és un dels exemples o un dels exercicis d'autodisciplina: convergir en una aplicació i una prescripció dels fàrmacs molt més orientada des del punt de vista d'altres professionals més avesats en el coneixement del medicament, com podrien ser els farmacòlegs.

Dr. Ramon Calzapeu, acadèmic corresponent

—Voldria preguntar als diferents membres de la mesa què en pensen del tiquet moderador simbòlic que podria finançar l'usuari en el sistema sanitari públic. I després, si creuen que sí que és possible, què n'opinen de la possibilitat d'aplicació amb caràcter dissuasiu.

Sr. Ramon Massaguer

—És una de les opcions que tenia en compte en la meua intervenció. Evidentment, l'aspecte del tiquet moderador donaria molt clarament la diferenciació del que serien determinats serveis que avui s'inclouen en la prestació assistencial, determinats serveis que es pagarien d'una manera simbòlica i respectant segurament aspectes d'equitat, des del punt de vista de salvaguardar col·lectius amb rendes mínimes. El tiquet moderador seria, realment, un dels elements més importants no solament des del punt de vista de la recaptació d'ingressos addicionals —per dir-ho així— en el finançament sanitari, sinó sobretot de la identificació del cost que comporta aquest servei. M'estic referint a aspectes no directament lligats al que seria la prestació assistencial, com ara aspectes d'hoteleteria. Les queixes de l'actual model de sistema públic, per exemple, no sorgien tant en el vessant tècnic-assistencial del sistema, sinó sobretot en aspectes d'hoteleteria. L'aplicació d'un tiquet moderador que compensés justament la utilització de serveis d'aquest tipus seria, doncs, del tot necessària. Un altre tema és la virtualitat política d'oportunitat, etc., atès que una mesura d'aquesta mena, que ja postulava el mateix informe

d'anys, en què exposa que la manera d'augmentar la productivitat immediata sense més despeses és deixar de fer les moltes coses inútils que es fan. Proba-

—Les macroeconomies s'han d'engrunar en microeconomies. Em centraré en un tema de microeconomia. És evident que la despesa sanitària té un crei-

Abril Martorell, hauria de ser interpretada per la població, que finalment seria la pagadora d'aquest tiquet moderador. És una opció difícil d'explicar en un entorn com l'actual, en què impera el sentiment de no-propietat o de gratuïtat.

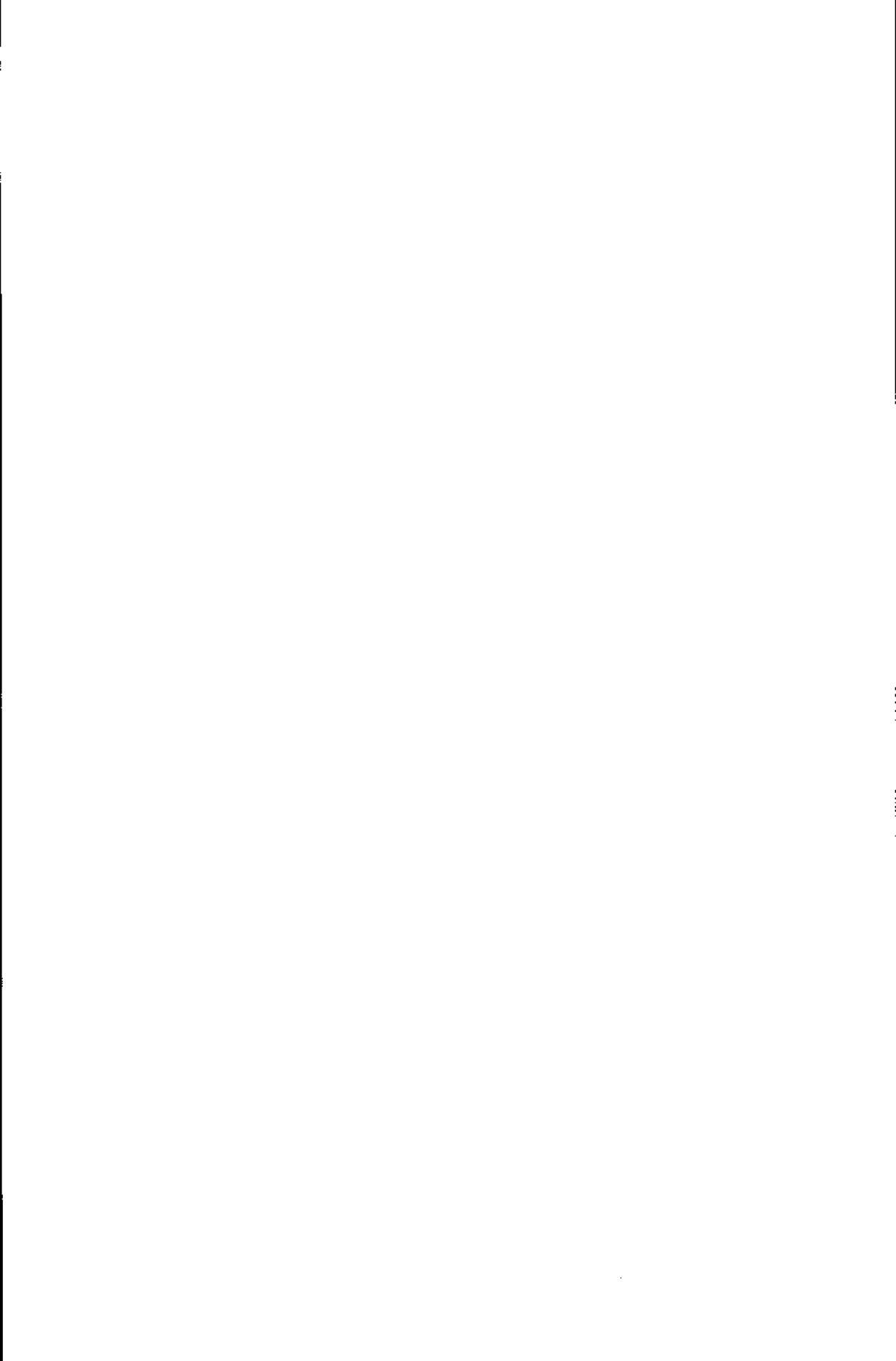
Dr. Jacint Raventós

—Aquest problema de l'economia de la salut ha d'anar lligat amb una responsabilitat de tothom. Aquí s'ha de defensar —jo he estat usuari— el ciutadà. El ciutadà, per ser responsable, la primera cosa que ha de pensar és que no és immortal, perquè aquí hom creu que és immortal i això fomenta un consum tremend. La medicina és un servei social, la medicina no és una religió. Precisament per haver caigut en la religió i haver-la fet dogmàtica, els polítics van haver de recórrer als economistes, perquè miressin el que passava dins, ja que era un dogma tancat. L'economista o el gestor dins del sistema ha estat un avenç positiu plural, i espero que l'economista no es torni com el metge, no es torni es-

pecialista en l'economia de la salut, perquè tornarem a crear un altre dogma. La medicina es va barrejar durant molt de temps amb la religió i ara sembla que estem fent una altra religió, que és la ciència mèdica. La ciència mèdica és bastant poc eficient; pot ser molt eficaç, però és poc eficient. Jo voldria que els economistes també tinguessin en compte això. L'economia de la salut podrà ser eficaç a curt termini, però a llarg termini, si es basa solament en criteris econòmics, també serà ineficient. Per tant, el que crec és que aquesta idea de la caritat, que ja va començar amb els cristians i que després de Marx se'n diu solidaritat, és un servei social. Aquesta és la idea que hem de tenir, que això està per crear un servei social.

Dr. Miquel Àngel Asenjo

—Aquesta reflexió em sembla que ha estat molt bona per posar punt final a aquest col·loqui. Moltes gràcies per la presència de tots vostès.



Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

ECONOMIA I SALUT

Moderat pel Dr. Miquel Àngel Asenjo

RESUMS I CONCLUSIONS

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
28 de març de 1995

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

EL COST DE LA SALUT

Lluís Bohigas

RESUM. La salut no té preu, però la medicina té un cost i aquest cost constitueix una preocupació important en els ministeris de sanitat de tots els països desenvolupats. El cost de la sanitat es mesura de dues maneres: una, en volum global de recursos econòmics que un país gasta per tal de prevenir, curar o rehabilitar; l'altra, en el percentatge de renda que hi dedica.

El 1989, a la Comunitat Europea hi havia tres països —Alemanya, Itàlia i França— que gastaven en sanitat més de 1.000 \$ per habitant i any. Espanya es trobava a la ratlla dels 500 \$. El 1991, la despesa sanitària total a Espanya es va situar en 96.000 ptes. per habitant. Aquestes xifres representen un esforç molt diferent segons la riquesa de cada país. Els països més rics d'Europa dediquen a la sanitat cap al 9% del PIB, mentre que el 1991 Espanya se situava prop del 6%.

La sanitat es financia de dues formes diferents: o bé la paguem de la nostra butxaca o bé la paguem a través d'un intermediari. L'intermediari rep els nostres diners quan estem sans i paga l'assistència quan estem malalts. L'intermediari pot ser de tres tipus: una asseguradora sanitària, la Seguretat Social o l'Estat. L'asseguradora sanitària privada ens cobra una quantitat mensual per una pòlissa i com a contrapartida ens presta assistència sanitària quan la necessitem. La

Seguretat Social es financia sobre la base de les cotitzacions obligatòries que paguen els empresaris i els treballadors. Finalment, l'Estat es financia a partir dels impostos, amb què proveeix un seguit de prestacions de l'Estat del Benestar, entre les quals hi ha la sanitat.

El finançament públic de la sanitat és el predominant a Europa, on la majoria d'estats se situa en un finançament entre seguretat social i impostos del 70% o 75% de la sanitat. La resta es financia privatament i en la seva major part per mitjà de la butxaca, de la qual paguem primer de tot el dentista, els medicaments i les visites a l'especialista. Els diners que paguem a les asseguradores són entre un 5% i un 6% del total de la despesa sanitària.

L'assistència sanitària es presta en centres públics i privats. A Catalunya, la majoria dels centres sanitaris són privats, i els més nombrosos són les farmàcies.

La despesa sanitària creix d'una manera imparable. L'Informe Abril en va identificar quatre causes principals: el creixement de la població anciana —que consumeix molta més assistència sanitària que els joves—, l'increment dels malalts i de les malalties cròniques, el cost creixent de la tecnologia mèdica i un nivell més elevat d'exigència dels usuaris.

El cost més important del sistema sa-

nitari és el personal, que supera la meitat del cost total, seguit pels medicaments, que representen entre el 15% i el 20% del cost.

La major part de la despesa sanitària prové del pressupost de l'INSALUD. Cap al 60% d'aquest pressupost està transferit a les comunitats autònomes, amb una fórmula proporcional a la població que habita a cada comunitat. No

hi ha cap compensació per a l'assistència prestada als habitants d'altres comunitats. Tradicionalment, l'INSALUD ha gastat més del que tenia pressupostat i, de manera automàtica, augmentava aquest pressupost. L'any 1995 s'ha eliminat aquest mecanisme automàtic i s'ha d'aprovar una llei especial d'increment del pressupost.

FINANÇAMENT PÚBLIC I PRIVAT DE LA SANITAT: ALGUNES CONSIDERACIONS RELATIVES AL SISTEMA HOSPITALARI DE CATALUNYA I A LA SEVA REFORMA

Guillem López

RESUM. El pes del sector privat en el finançament públic dels serveis sanitaris ha estat objecte de diferents tractaments en la bibliografia sobre Economia de la Salut. Tanmateix, lluny d'enfatisar la separació entre tots dos sectors, els nous esquemes de finançament públic amb producció pública i/o privada dels serveis exigeixen no tant impermeabilitzar tots dos sectors en les seves relacions mútues com fer-les més explícites. En el rol de col·laboració pretès resulta rellevant ajudar a prefixar contractes amb incentius compatibles entre les parts, és a dir, entre finançador i subministrador dels serveis, ja siguin aquests ens públics o no (concertats).

A l'article, després de revisar-hi l'experiència acumulada en la concertació hospitalària de Catalunya, s'hi destaquen algunes orientacions de reforma. El nucli d'aquest propòsit és configurar la pressupostació hospitalària com a compra de serveis, en la qual, malgrat tenir en compte quantia i caracterització (casuística) de l'activitat, es pugui mantenir tancat el pressupost públic que financii la compra d'aquests serveis.

L'èxit de fonamentar la participació privada d'una manera coherent amb els objectius d'un sistema nacional de salut —és a dir, no incentivant activitat innecessària i/o utilització inadequada, sinó donant una resposta eficient als serveis necessaris per a la restauració dels estats de salut de la població— exigeix canvis respecte dels sistemes de finançament hospitalari actuals. La feblesa del model de finançament actual fa que les restriccions pressupostàries resultin excessivament toves, cosa que ajuda a un excés de despesa de difícil distinció de les possibles insuficiències de finançament que des del punt de vista agregat contingui el sistema.

La solució a això exigeix més atenció a la bibliografia dels contractes eficients i a la regulació del suport a la competència, tot evitant-ne el falsejament. Només en aquesta línia de progrés es pot garantir l'evolució desitjable dels serveis de salut tradicionals cap a allò que anomenem sistemes nacionals, a l'estil de la que perfila l'escenari prospectiu per al sistema sanitari espanyol i que recull la darrera secció de l'article.

EL MODEL HOSPITALARI DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

Miquel Bruguera

RESUM. Malgrat la qualitat objectiva de l'activitat assistencial dels hospitals de Catalunya, el sistema hospitalari actual es troba en crisi i ha de ser objecte d'una reforma organitzativa profunda, que permeti un grau més gran de satisfacció als professionals, als gestors i als usuaris. Els metges hospitalaris són l'element més crític d'aquest model hospitalari que els ofereix salaris pobres, n'impedeix la promoció personal, en dificulta la realització professional i no els permet participar d'una manera responsable en la gestió de les institucions. La reforma dels hospitals s'ha de fer abans que el desencís i la frustració dels metges arribi a nivells que repercutixin negativament en la qualitat de la seva feina.

Aquesta reforma ha de ser impulsada pels mateixos metges, que són els qui constitueixen el nucli fonamental del sistema, i ha d'estar orientada a recuperar el liderat als hospitals i a responsabilitzar-se en la seva gestió. El paper dels col·legis de metges pot ser determinant per dinamitzar aquest projecte i per introduir un canvi profund en la cul-

tura del metge d'hospital, per tal que incorpori conceptes que abans no es consideraven relacionats amb el seu rol professional, com ara eficiència, productivitat o gestió de recursos.

El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona ha obert un fòrum d'hospitals, entès com a àmbit de reflexió i de discussió, amb la finalitat d'elaborar un projecte de reforma dels hospitals de Catalunya, que haurà de ser debatut a cada un dels hospitals i exposat posteriorment a les autoritats sanitàries.

Els principis bàsics d'aquest projecte són els següents: 1) autonomia dels hospitals i dret a autogestionar-se; 2) adequada interrelació entre hospitals d'altres tecnologies, hospitals generals, centres d'atenció primària i centres d'atenció sociosanitària; 3) sistema de promoció personal i de provisió de plaça sobre la base de mèrits assistencials i acadèmics; 4) participació dels professionals en la gestió dels recursos i en la presa de decisions, i 5) introducció d'elements de motivació per als metges assistencials.

EL MODEL SANITARI CATALÀ: INTERRELACIÓ ENTRE EL PÚBLIC I EL PRIVAT

Ramon Massaguer

RESUM. Els sistemes sanitaris europeus s'enfronten a pressions similars, com ara el creixement de la despesa sanitària, l'envelliment de la població, l'aparició de patologies noves, el desenvolupament accelerat de la tecnologia i l'augment de les expectatives dels ciutadans.

Així mateix, la crisi econòmica i la necessitat de reduir el dèficit públic de les administracions provoquen, en aquests moments, importants tensions en la major part dels governs dels països europeus, els quals han d'afrontar la complexa realitat d'expectatives creixents dels ciutadans i d'ajustos pressupostaris progressius que condicionen els recursos públics que es poden invertir en l'Estat del Benestar.

És en aquest punt on es recupera el debat tradicional entre públic i privat. Fins on ha d'arribar el sector públic en la prestació dels serveis vinculats amb una finalitat social? Cal que en monopolitzi la producció/provisió? Cal la incorporació de finançament privat per tal de cobrir les expectatives creixents? Com?

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), en el marc d'un sistema sanitari públic d'accés universal, incorpora trets característics i diferencials propis de la nostra realitat històrica que ens permeten parlar del model sanitari català.

D'una banda, reconeix, estén i consolida un sistema sanitari de provisió

mixta de serveis que permet aprofitar tots els recursos sanitaris existents, ja siguin públics o privats, i crea un mercat de competència planificada i regulada que es basa en dues realitats clau: la separació de les funcions de finançament i provisió de serveis sanitaris i la seva instrumentalització per mitjà del Pla de salut de Catalunya (PdS), i el contracte com a instruments de la planificació i de la contractació de serveis, respectivament.

D'altra banda, hi ha la diversitat de fórmules de gestió —directa, indirecta o compartida— que el Servei Català de la Salut (SCS) pot fer servir per a la gestió i l'administració dels serveis i de les prestacions del sistema sanitari públic.

Aquests trets característics del SCS que recull la LOSC configuren un sistema sanitari modern, fonamentat en la necessitat d'implantació de sistemes sanitaris mixtos que, en l'entorn d'un mercat regulat i basant-se en la idea de la competència, ens permetin avançar cap a una gestió més eficient de la sanitat.

No obstant això, el nostre sistema sanitari ha d'afrontar tres reptes clau: 1) optimitzar l'equilibri entre equitat, eficiència i qualitat en la prestació dels serveis sanitaris; 2) implicar els professionals en els objectius del sistema i alhora millorar el grau de satisfacció dels ciutadans, i 3) encarar-se amb la capaci-

tat limitada del finançament públic del sistema sanitari.

El fet que la demanda de serveis sanitaris creixi més ràpidament que la capacitat de finançament públic d'aquesta demanda ens obliga a continuar millorant la gestió pública de la sanitat, però també a avançar en la reflexió i l'anàlisi del paper que les entitats d'assegurança privada tenen en el nostre sistema sanitari: 1) mecanismes d'incentivació d'assegurança alternativa, mitjançant més desgravació fiscal o bé traslladant la cotització actual de la Seguretat Social a l'entitat asseguradora tot subvencionant

la quota que el ciutadà paga en concepte d'assegurança sanitària privada, i 2) definició de la cartera de serveis de cobertura pública, per tal de poder orientar el mercat d'assegurança voluntària de la població cap als serveis no coberts per l'assegurança obligatòria.

La mateixa realitat i les experiències de reforma dels països de l'entorn ens permetran avaluar les diferents alternatives de reforma que tenen en comú l'objectiu de millorar l'estat de salut dels ciutadans i de garantir, en el context econòmic actual, la prestació d'uns serveis sanitaris de qualitat.

ECONOMIA I SALUT: RESUM I CONCLUSIONS

Miquel Àngel Asenjo

La demanda sanitària creixent i la limitació dels recursos creen situacions de descontentament entre els qui reben assistència i entre els qui la imparteixen, i el mateix passa entre els qui tenen la responsabilitat de planificar-la i els qui la gestionen. L'evidència que actualment els malalts desitgen elegir, els professionals sanitaris —metges i infermeres— volen participar en la gestió i opten que es reconegui la feina que fan, els gestors desitgen obtenir el màxim profit amb els recursos limitats, i els polítics en els serveis públics i els propietaris en els privats aspiren a satisfer sense hipoteques el futur, obliga a una reflexió conjunta com ara la que ha iniciat la Conselleria de Sanitat, que proposa fórmules d'aprofitament de tots els recursos i de gestió diversa.

El Col·legi de Metges de Barcelona ha constituït també un fòrum de debat en el seu si, amb el qual es pretén salvaguardar l'autonomia dels hospitals i el

dret a autogestionar-se segons la capacitat de generar recursos, establir criteris de relació entre els diversos nivells d'hospitals, criteris de promoció personal, criteris de participació i de motivació dels metges, i també de millora d'atenció als usuaris, perquè, com s'ha dit, el motor de la despesa sanitària i també de l'estalvi és, lògicament, el metge. D'ell depèn el que es gasta en un malalt concret per atendre una malaltia concreta.

També la Universitat, realitzant anàlisis i propostes i introduint en els seus currículums assignatures que contenen aquests coneixements, col·labora a la millor planificació de la sanitat.

Finalment, aquesta Reial Acadèmia també pretén contribuir a la bona entesa de malalts i sanitaris i a la millor eficàcia de la sanitat, amb l'organització d'aquest col·loqui i la publicació íntegra de les aportacions que hi ha hagut. La millor conclusió consisteix a recomanar-ne la lectura del contingut.

Coloquios de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

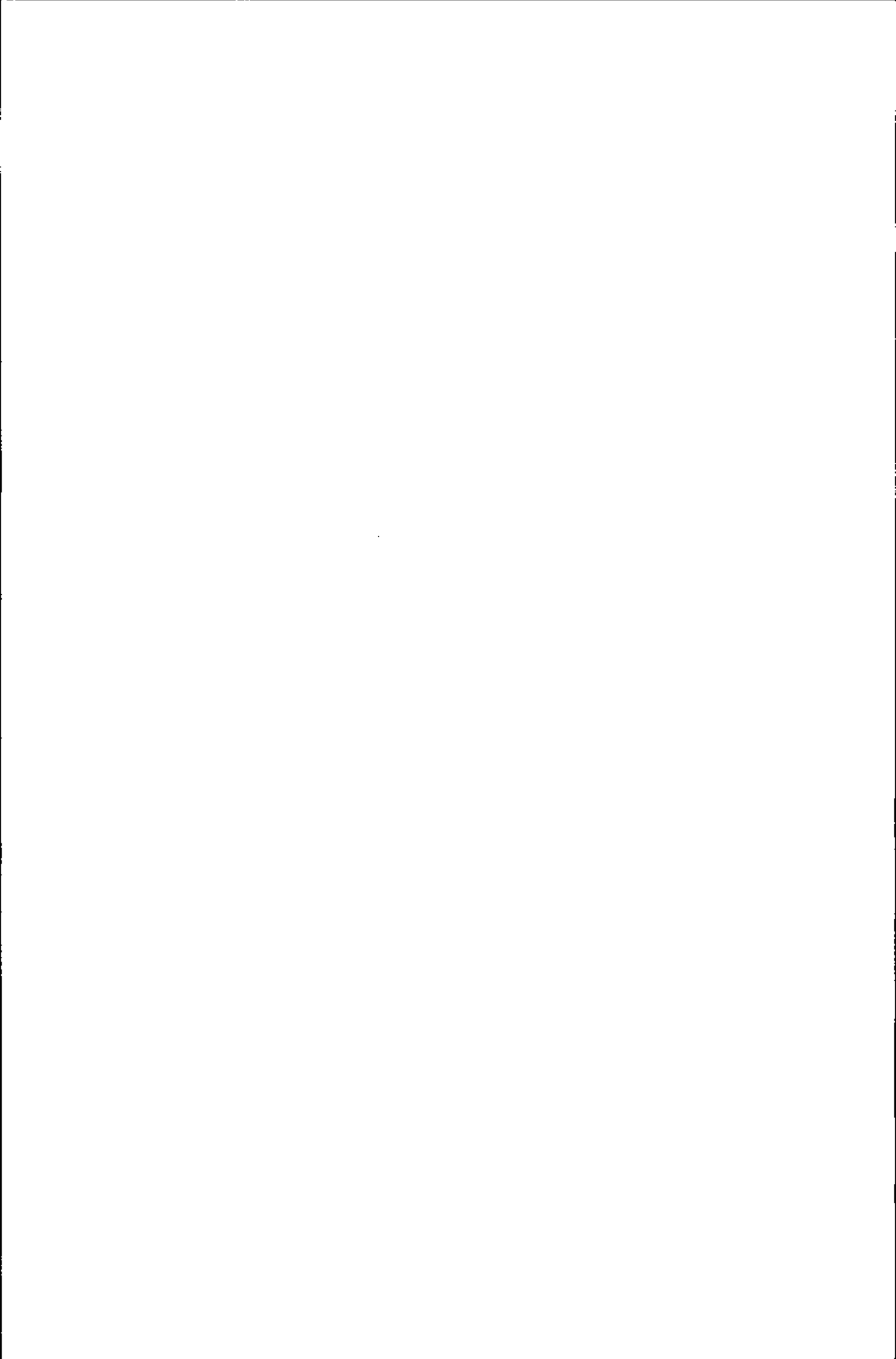
ECONOMIA Y SALUD

Moderado por el Dr. Miquel Àngel Asenjo

RESUMENES Y CONCLUSIONES

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
28 de març de 1995

Publicado bajo el patrocinio del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya



INTRODUCCIÓN. SALUD Y SUS DETERMINANTES. CONTRIBUCIÓN Y COSTE

Miquel Àngel Asenjo

RESUMEN. Mantener la salud requiere un esfuerzo personal y económico elevadísimo siendo éste más evidente en los últimos días de la vida. El 43% de la esperanza de vida en los países occidentales depende del estilo de vida, el 27% se debe a la herencia, el entorno aporta un 19% y el sistema sanitario el 11% restante, mientras que este último solo consume el 90% de los recursos, los cuales llegan a un máximo del 14% del producto interno bruto (PIB) en Estados Unidos de Norteamérica con 350.000 ptas. por individuo y año, con un sistema semiliberal (42% del gasto sanitario es público), mientras que en el Reino Unido p. ej. con un gasto del 7% sobre el PIB y 120.000 ptas. por individuo y año siendo la financiación pública superior al 80%. La esperanza de vida, por otra parte, es máxima en uno de los países de la Unión Europea que menos gasta en su sistema sanitario que es Grecia, lo cual viene a confirmar la importancia del estilo de vida.

En efecto la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el "completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia

de enfermedad" y se enferma por la interacción de los agentes de enfermedad, el huésped humano y el entorno por lo que conviene, por efectivo y eficiente, promocionar la salud, prevenir la enfermedad y evitar las secuelas. Conviene también transmitir los conocimientos por medio de la enseñanza, así como adquirir otros nuevos por medio de la investigación.

El modelo de sistema sanitario de cada país es consecuencia del consenso de los cuatro grupos humanos que tienen interés en las cuestiones de salud que son: los enfermos y sus representantes, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y resto de personal), los directivos sanitarios (gerentes, directores, jefes y supervisores) y finalmente políticos (servicios públicos) y propietarios (servicios privados). Por ello y con la finalidad de que dicho consenso pueda ser más fácil y más adecuado conviene objetivar la necesidad de medios o recursos, la eficacia (capacidad) de los mismos, la eficiencia del potencial sistema sanitario, la equidad que aportará y la calidad que proporcionará.

EL COSTE DE LA SALUD

Lluís Bohigas

RESUMEN. La salud no tiene precio pero la medicina tiene un coste y este constituye una preocupación importante en los ministerios de sanidad de todos los países desarrollados. El coste de la sanidad se mide de dos formas, bien en volumen global de recursos económicos que un país gasta en prevenir, curar o rehabilitar, bien en el porcentaje de su renta que dedica a las funciones anteriores. En 1989, en la Comunidad Europea había tres países que gastaban más de 1.000\$ por habitante y año, estos eran: Alemania, Italia y Francia. España estaba alrededor de los 500\$. En 1991, el gasto sanitario total en España se situó en 96.000 ptas por habitante. Estas cifras representan un esfuerzo muy diferente de acuerdo con la riqueza de cada país. Los países más ricos de Europa dedican alrededor del 9% de su PIB en sanidad, mientras que España se situaba en 1991 alrededor del 6%.

La sanidad se financia de dos formas diferentes, o la pagamos de nuestro propio bolsillo o bien la pagamos a través de un intermediario. El intermediario recibe nuestro dinero cuando estamos sanos y paga la asistencia cuando estamos enfermos. El intermediario puede ser de tres tipos, bien una aseguradora sanitaria, bien la seguridad social, bien el Estado. La aseguradora sanitaria privada nos cobra una cantidad mensual por una póliza y a cambio nos presta asis-

tencia sanitaria cuando la necesitamos. La seguridad social se financia en base a las cotizaciones obligatorias que pagan los empresarios y los trabajadores. Finalmente el Estado se financia en base a los impuestos y con ellos provee una serie de prestaciones del Estado del bienestar y entre ellas la sanidad.

La financiación pública de la sanidad es la mayoritaria en Europa, donde la mayoría de estados se sitúa en una financiación entre seguridad social e impuestos del 70-75% de la sanidad. El resto se financia privadamente y en su mayor parte a través del bolsillo por el que pagamos en primer lugar la asistencia al dentista, los medicamentos y las visitas al especialista. El dinero que pagamos a las aseguradoras es entre un 5-6% del total del gasto sanitario.

La asistencia sanitaria se presta en centros públicos y privados, la mayor parte de los centros sanitarios son privados en Catalunya, siendo el centro sanitario más numeroso las farmacias.

El gasto sanitario crece de forma imparable. El informe Abril identificó cuatro causas principales: el crecimiento de la población anciana que consume mucha más asistencia sanitaria que los jóvenes, el incremento de los enfermos y las enfermedades crónicas, el coste creciente de la tecnología médica y un nivel más elevado de exigencia de los usuarios.

El coste más importante del sistema sanitario es el personal, que supera la mitad del coste total, seguido por los medicamentos que representan entre el 15 y el 20% del coste.

La mayor parte del gasto sanitario proviene del presupuesto del INSALUD. Alrededor del 60% de este presupuesto está transferido a las Comunidades Autónomas, con una fórmula proporcional a la población que habita en cada Co-

munidad. No existe compensación alguna para la asistencia prestada a los habitantes de otras comunidades. Tradicionalmente el INSALUD ha gastado más de lo que tenía presupuestado y de forma automática se incrementaba este presupuesto. Este año 1995 se ha eliminado este mecanismo automático y se debe aprobar una ley especial de incremento del presupuesto.

FINANCIACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SANIDAD: ALGUNAS CONSIDERACIONES RELATIVAS AL SISTEMA HOSPITALARIO DE CATALUÑA Y A SU REFORMA

Guillem López

RESUMEN. El peso del sector privado en la financiación pública de los servicios sanitarios ha sido objeto de distintos tratamientos en la literatura en Economía de la Salud. Sin embargo, lejos de enfatizar la separación entre ambos sectores, los nuevos esquemas de financiación pública con producción pública y/o privada de los servicios exigen no tanto impermeabilizar ambos sectores en sus relaciones mutuas como hacerlas más explícitas. En el rol de colaboración pretendido resulta relevante ayudar a fijar contratos con incentivos compatibles entre las partes; esto es, entre financiador y suministrador de los servicios, ya sean éstos entes públicos o no (concertados).

Tras revisar en el artículo la experiencia acumulada en la concertación hospitalaria de Cataluña se destacan algunas orientaciones de reforma. El núcleo de dicho propósito es el configurar la presupuestación hospitalaria como compra de servicios, en la que pese a tener en cuenta cuantía y caracterización (casuística) de la actividad se pueda mantener cerrado el presupuesto público que financie la compra de dichos servicios.

El éxito en fundamentar la participación privada de modo coherente con los objetivos de un Sistema Nacional de Salud —esto es, no incentivando actividad innecesaria y/o utilización inapropiada, sino dando una respuesta eficiente a los servicios necesarios para la restauración de los estados de salud de la población— exige cambios respecto de los sistemas de financiación hospitalaria actuales. La debilidad del modelo de financiación actual hace que las restricciones presupuestarias resulten excesivamente blandas, lo cual ayuda a un exceso de gasto de difícil distinción de las posibles insuficiencias de financiación que a nivel agregado contenga el sistema. Ello exige para su solución una mayor atención a la literatura de los contratos eficientes y a la regulación de apoyo a la competencia, evitando su falseamiento. Sólo en esta línea de avance cabe garantizar la evolución deseable de los tradicionales servicios de salud a lo que denominamos sistemas nacionales, al estilo de la que perfila el escenario prospectivo para el sistema sanitario español que recoge la última sección del artículo.

EL MODELO HOSPITALARIO DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA

Miquel Bruguera

RESUMEN. A pesar de la calidad objetiva de la actividad asistencial de los hospitales de Cataluña, el sistema hospitalario actual está en crisis y debe ser objeto de una profunda reforma organizativa, que permita un mayor grado de satisfacción a los profesionales, a los gestores y a los usuarios. Los médicos hospitalarios son el elemento más crítico de este modelo hospitalario que les ofrece salarios pobres, impide su promoción personal, dificulta su realización profesional y no les permite participar de un modo responsable en la gestión de las instituciones. La reforma de los hospitales debe hacerse antes que el desencanto y frustración de los médicos alcance niveles que repercutan negativamente en la calidad de su trabajo.

Esta reforma debe ser impulsada por los propios médicos, que son quienes constituyen el núcleo fundamental del sistema, y orientada a recuperar el liderazgo en los hospitales y a corresponsabilizarse en su gestión. El papel de los Colegios de Médicos puede ser determinante para dinamizar este proyecto y para introducir un cambio profundo en

la cultura del médico de hospital, para que éste incorpore conceptos que antes no se consideraban relacionados con su rol profesional, tales como eficiencia, productividad o gestión de recursos.

El *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* ha abierto un Foro de Hospitales entendido como un ámbito de reflexión y de discusión, con la finalidad de elaborar un proyecto de reforma de los hospitales de Cataluña, que deberá ser debatido en cada uno de los hospitales y posteriormente expuesto a las autoridades sanitarias.

Principios básicos de este proyecto son los siguientes: 1) autonomía de los hospitales y derecho a autogestionarse; 2) adecuada interrelación entre hospitales de altas tecnologías, hospitales generales, centros de atención primaria y centros de atención sociosanitaria; 3) sistema de promoción personal y de provisión de plaza en base a méritos asistenciales y académicos; 4) participación de los profesionales en la gestión de los recursos y en la toma de decisiones, y 5) introducción de elementos de motivación para los médicos asistenciales.

EL MODELO SANITARIO CATALÁN: INTERRELACIÓN ENTRE EL PÚBLICO Y EL PRIVADO

Ramon Massaguer

RESUMEN. Los sistemas sanitarios europeos se enfrentan a presiones similares como el crecimiento del gasto sanitario, el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas patologías, el acelerado desarrollo de la tecnología y el aumento de las expectativas de los ciudadanos.

Así mismo, la crisis económica y la necesidad de reducir el déficit público de las Administraciones provoca, en estos momentos, importantes tensiones en la mayor parte de gobiernos de los países europeos los cuales deben hacer frente a la compleja realidad de crecientes expectativas de los ciudadanos y de progresivos ajustes presupuestarios que condicionan los recursos públicos que pueden invertirse en Estado de Bienestar.

Es aquí cuando se recupera el tradicional debate entre público y privado. ¿Hasta dónde debe llegar el sector público en la prestación de los servicios vinculados con una finalidad social? ¿Es necesario que monopolice su producción/provisión? ¿Es necesario la incorporación de financiación privada para cubrir las crecientes expectativas? ¿Cómo?

La *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC), en el marco de un sistema sanitario público de acceso universal, incorpora rasgos característicos y

diferenciales propios de nuestra realidad histórica que nos permiten hablar del modelo sanitario catalán.

Por un lado, reconoce, extiende y consolida un sistema sanitario de provisión mixta de servicios que permite aprovechar todos los recursos sanitarios existentes, ya sean públicos o privados, creando un mercado de competencia planificada y regulada que se apoya sobre dos realidades claves: la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios, y su instrumentalización a través del *Pla de Salut de Catalunya* (PdS) y el contrato como instrumentos de la planificación y de la contratación de servicios respectivamente.

Por otro lado, está la diversidad de fórmulas de gestión —directa, indirecta o compartida— que el *Servei Català de la Salut* (SCS) puede utilizar para la gestión y la administración de los servicios y de las prestaciones del sistema sanitario público.

Estos rasgos característicos del SCS que recoge la LOSC configuran un sistema sanitario moderno, fundamentado en la necesidad de implantación de sistemas sanitarios mixtos que, en el entorno de un mercado regulado y basándose en la idea de la competencia, nos permitan avanzar hacia una gestión más eficiente de la sanidad.

No obstante, nuestro sistema sanitario tiene que enfrentarse a tres retos claves: 1) optimizar el equilibrio entre Equidad, Eficiencia y Calidad en la prestación de los servicios sanitarios; 2) implicar a los profesionales en los objetivos del sistema y mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos, y 3) hacer frente a la capacidad limitada de la financiación pública del sistema sanitario.

El hecho que la demanda de servicios sanitarios crezca más rápidamente que la capacidad de financiación pública de esta demanda, nos obliga a continuar mejorando la gestión pública de la sanidad pero, también, a avanzar en la reflexión y análisis sobre el papel de las entidades de seguro privado en nuestro sistema sanitario: 1) mecanismos de incentivación de seguro alternativo me-

dante una mayor desgravación fiscal o trasladando la actual cotización de la Seguridad Social a la entidad aseguradora subvencionando la cuota que el ciudadano paga en concepto de seguro sanitario privado, y 2) avanzar en la definición de la cartera de servicios de cobertura pública para así poder orientar el mercado de seguro voluntario de la población para todos aquellos servicios no cubiertos por el seguro obligatorio.

La propia realidad y las experiencias de reforma de los países del entorno nos permitirán evaluar las diferentes alternativas de reforma que tienen en común mejorar el estado de salud de los ciudadanos y garantizar, en el actual contexto económico, la prestación de unos servicios sanitarios de calidad.

ECONOMÍA Y SALUD: RESUMEN Y CONCLUSIONES

Miquel Àngel Asenjo

La creciente demanda sanitaria y la limitación de los recursos crean situaciones de descontento entre quienes reciben asistencia y entre quienes la imparten y lo mismo ocurre entre quienes tienen la responsabilidad de planificarla y los que la gestionan. La evidencia de que actualmente los enfermos desean elegir, los profesionales sanitarios médicos y enfermeras quieren participar en la gestión y optan a que se reconozca su trabajo, los gestores desean obtener el máximo provecho con los limitados recursos y los políticos en los servicios públicos y los propietarios en los privados, aspiran a satisfacer sin hipotecas el futuro, obliga a una reflexión conjunta como la que han iniciado la *Conselleria de Sanitat* proponiendo fórmulas de aprovechamiento de todos los recursos y de gestión diversa.

El *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* ha constituido también un Forum de Debate en su seno con el que pretende salvaguardar la autonomía de los hospitales y el derecho a autogestio-

narse según la capacidad de generar recursos, establecer criterios de relación entre los diversos niveles de hospitales, criterios de promoción personal, de participación y de motivación de los médicos, así como de mejora de atención a los usuarios, porque no en vano como se ha dicho el motor del gasto sanitario y también del ahorro lógicamente es el médico. De él depende lo que se gasta en un enfermo concreto para atender una enfermedad concreta.

También la Universidad realizando análisis y propuestas e introduciendo asignaturas en sus curricula que contienen estos conocimientos, colabora a la mejor planificación de la sanidad.

Esta *Reial Acadèmia*, finalmente, también pretende contribuir al mejor entendimiento de enfermos y sanitarios y eficacia de la sanidad con la organización de este coloquio y la publicación íntegra de las aportaciones habidas, que al haberlo sido de forma sintética, la mejor conclusión consiste en recomendar la lectura de su contenido.

Symposium of the Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

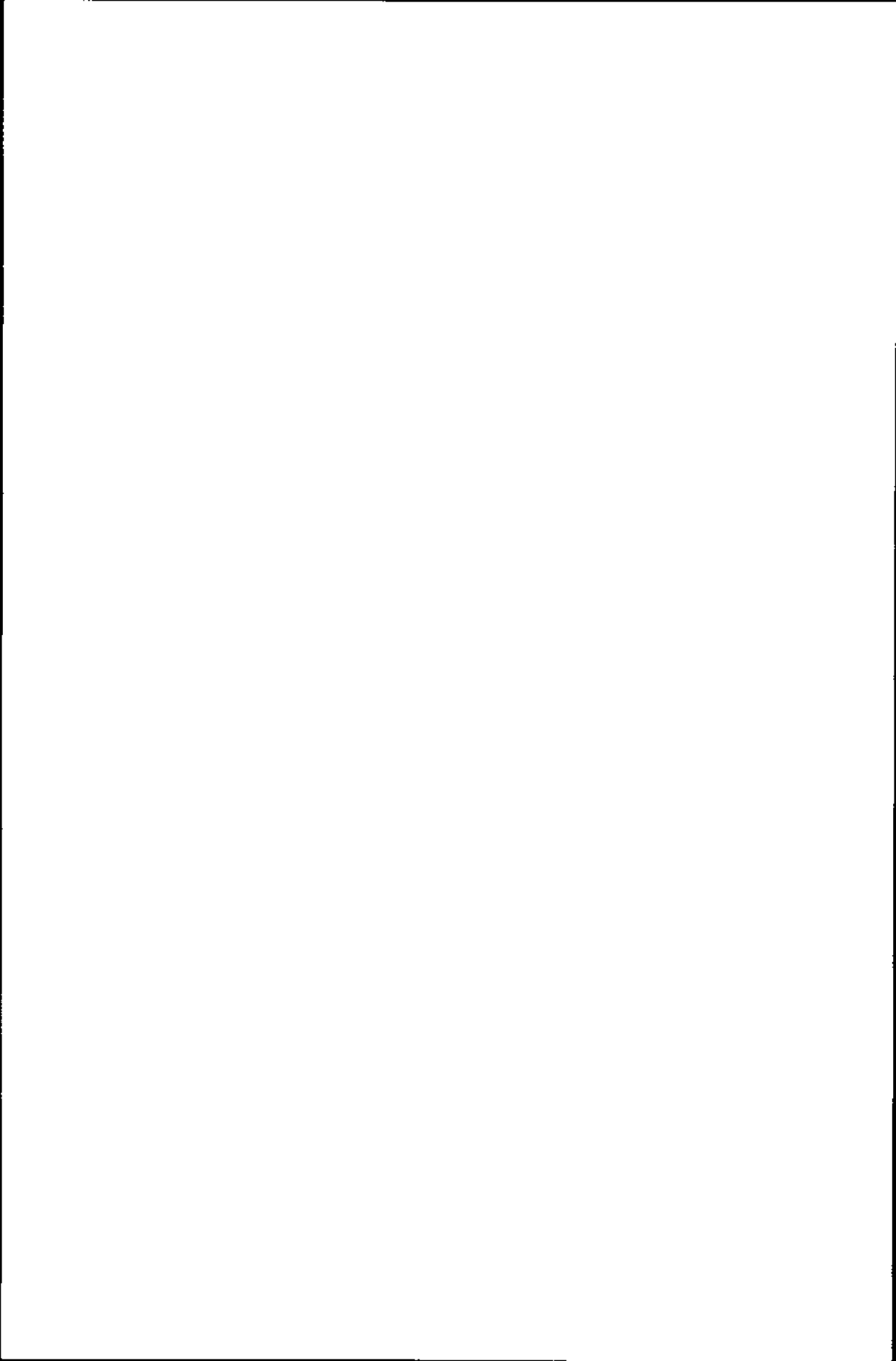
ECONOMICS AND HEALTH

Chaired by Dr. Miquel Àngel Asenjo

ABSTRACTS AND CONCLUSIONS

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
28 March, 1995

Published with the support of the
Departament de Sanitat i Seguretat Social
of the Generalitat de Catalunya



INTRODUCTION. HEALTH AND ITS DETERMINANTS. CONTRIBUTIONS AND COSTS

Miquel Àngel Asenjo

SUMMARY. Personal healthcare requires considerable effort and economic outlay which increases in the years leading up to death. Forty-three percent of our life expectancy in the west is determined by our life style, 27% is hereditary, 19% is a direct result of the environment in which we live, while the remaining 11% depends on the healthcare system. The United States, which operates a mixed system (42% of its finance coming from public expenditure), compared with the rest of the world spends the most on healthcare, that is 14% of its gross domestic product (GDP) which represents 350,000 pesetas per capita per annum, whereas in the United Kingdom, where more than 80% of the financing is public, 7% of the GDP is spent—representing 120,000 pesetas per capita per annum. Yet, life expectancy is at its greatest in one of the European Union countries which spends least on its healthcare system, namely Greece, which would seem to confirm the importance of lifestyle.

The World Health Organization defines health as “the overall physical, psycholo-

gical and social well-being and not the mere absence of disease” and illness is acquired through the interaction of the agents of sickness, man as host and the environment, which makes it necessary to promote health, guard against disease and avoid its consequences in an effective and efficient manner. This knowledge needs to be transmitted through education, while it is the role of research to add to our understanding.

Each country's healthcare system is the consensus reached between four groups of people with a concern for healthcare issues: the sick and those who represent them, healthcare professionals (doctors, nurses and the rest of the staff), healthcare administrators (managers, directors, supervisors) and finally, politicians (public sector) and owners (private sector). To ensure that this consensus is the most appropriate it is necessary to objectify the need for resources, their effectiveness (capacity), the efficiency of the potential healthcare system, the equity it will bring and the quality it will provide.

HEALTHCARE COSTS

Lluís Bohigas

SUMMARY. No price can be placed on health but medicine represents a significant expense, which provides the main concern for the Ministries of Health in the developed world. The healthcare cost can be measured in two ways, either as the total economic resources which one country spends in prevention, medication and rehabilitation, or the percentage of its income which is dedicated to these functions. In 1989, in the European Community three countries spent more than 1,000\$ per capita per annum, namely; Germany, Italy and France. Spain spent around 500\$. In 1991, the total expenditure on health was 96,000 ptas per capita per annum. These figures vary greatly according to the wealth of each country. The wealthiest countries of Europe spend about 9% of their GDP on healthcare, while in 1991 Spain spent around 6%.

Healthcare is financed in two ways: either we pay for it from our own pockets or we pay for it through an intermediary. We pay the intermediary when we are healthy, and the latter pays for our healthcare when we are sick. The intermediary can be one of three types: private healthcare insurance, social security, or the state. Private healthcare insurance requires the payment of a monthly quota for a policy and in return we are provided with healthcare when it is required. The social security system is financed by the mandatory quotas paid by employees

and employers. Finally, the state is financed out of the taxes from which a series of loans are made to the welfare state including health.

The public financing of health is the most common system in Europe. In most countries between 70 and 75% of the healthcare system is financed from the social security system and taxes. The remainder is financed privately and, in the main, from our own pockets, from which we pay primarily dental care, prescribed medications and visits to the specialist. The money which we pay in insurance is between 5 and 6% of the total spent on healthcare.

Healthcare is provided in both public and private centres, though the majority of centres in Catalonia are private. Chemists are the most numerous healthcare centres.

Healthcare expenditure grows unabated. The Abril Report identified four major causes: the growth in the number of elderly who require much more healthcare than the young, the growth in the number of sick and chronic diseases, the escalating costs of medical technology and the greater demands of the users.

The greatest cost of the healthcare system is personnel, who account for more than half the total cost, followed by medicines which account for between 15 and 20% of the cost.

The largest part of healthcare expend-

iture comes out of the budget of INSALUD. Around 60% of this budget is transferred to the Autonomous Communities, proportional to the number of inhabitants in each Community. No compensation is offered for healthcare given to inhabitants from other Communities.

Traditionally INSALUD has spent more than the provisions made in its annual budget, which is automatically increased. In 1995, this mechanism was eliminated and a special law needs to be passed in order to increase the budget.

PUBLIC AND PRIVATE FUNDING OF HEALTH CARE: SOME OBSERVATIONS ON THE REFORM OF THE HOSPITAL SYSTEM IN CATALONIA

Guillem López

SUMMARY. The influence of the private sector on public investment in healthcare services has been widely analysed in the literature related to Health Economics. However, rather than emphasising the differences between both sectors, the new systems of public finance with public and/or private production of services requires not so much an isolation of both sectors in their mutual relations but rather a greater explicitness. If collaboration can be achieved, it becomes important to establish incentive contracts which are compatible for both parties; that is, for both the financier and supplier of services, be they public entities or otherwise (concerted).

The paper begins by reviewing the experience acquired in hospital coordination in Catalonia and proceeds to present various reform proposals in an effort to define hospital budgeting as a purchaser of services, in which, despite a consideration given to the importance and characteristics (*casuistry*) of the activity, the public budget which finances the purchase of these services can be kept closed.

Success in founding a coherent private participation within the objectives of a National Health System—that is, without having to give incentives to unnecessary activities nor inappropriate practices, but rather by offering an efficient response to the necessary services for restoring patients' to full health—necessitates changes in the present hospital finance systems. The weaknesses of the present system mean that budgetary restrictions are excessively weak, which leads to excess spending. This makes it difficult to distinguish the possible financial insufficiencies contained within the system at an aggregate level. The solution lies in greater attention being given to the literature on efficient contractual practices and to support regulation to competition, avoiding falsification. This is the only way forward which will guarantee the desired evolution of traditional health services, in the manner suggested by the future scenario for the Spanish health system, which is described in the final section of the paper.

THE HOSPITAL SYSTEM MODEL OF THE COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (PHYSICIANS' ASSOCIATION OF BARCELONA)

Miquel Bruguera

SUMMARY. In spite of the overall quality of healthcare provided in the hospitals of Catalonia, the hospital system is currently undergoing something of a crisis and would seem to require a thorough organisational reform, so as to satisfy the professionals employed therein, the management and the users. It is the doctors who are most at risk in the present system which pays them inadequate salaries, impedes their promotion, hinders them in their professional practice and does not allow them to participate in the responsibilities of institutional management. Hospital reform needs to be implemented before levels of disenchantment and frustration are such that the quality of the doctors' work is affected.

The reform needs to be instigated by the doctors themselves, since they constitute the basic core of the system, and needs to be aimed at recovering the leadership of the hospitals and in accepting joint responsibility for day-to-day management. It is here that the role of the *Col·legis de Metges* (Physicians' Association) will be crucial in initiating

reform and introducing fundamental changes in the role of the hospital doctor, whereby the latter takes on responsibilities which were previously considered as being unrelated to his professional role, such as efficiency, productivity and resource management.

The *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* (Physicians' Association of Barcelona) has opened a Hospital Forum with the aim of encouraging debate and the drafting of a reform plan for the hospitals of Catalonia, which must first be discussed in each hospital before being presented to the health authorities.

The main features of the plan are as follows: 1) hospital autonomy and the right to self-management; 2) an efficient network between high-tech hospitals, general hospitals, out-patients centres and community healthcare centres; 3) system of promotion and provision of job post based on professional and academic merit; 4) involvement of medical professionals in resource management and decision-taking, and 5) introduction of incentive scheme for hospital doctors.

CATALAN HEALTHCARE MODEL: THE LINKS BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE SECTORS

Ramon Massaguer

SUMMARY. European healthcare systems face similar pressures —increasing health-care costs, aging populations, the appearance of new pathologies, rapid technological development and rising consumer expectations.

Similarly, economic troubles, together with the need to reduce the national public debt, are putting most European governments under considerable stress. It is they who must face the complexities of rising consumer expectations and the constant budget adjustments which determine public investment in the Welfare State.

It is this situation which has meant the return of the traditional debate between the public and private sectors. How far should the public sector go in the provision of social services? Should it monopolize production/service provision? Is private investment needed to meet growing expectations? How might this be achieved?

The *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (Law of Healthcare Organisation in Catalonia), within the framework of a universally accessible healthcare system, is characterised and differentiated by the unique history of Catalonia which makes it possible for us to speak of the Catalan Healthcare Model.

The model is characterised by a widely incorporated and consolidated

system of mixed service provision which enables it to exploit all existing health-care resources, be they public or private, creating a planned and regulated competitive market based on two key features: the separation of the financial functions and the provision of healthcare services. The model is implemented through the *Pla de Salut de Catalunya* (Health Plan for Catalonia) and employs the contract as a tool for planning and for the contracting of services.

The model also incorporates a diversity of management techniques —direct, indirect, or joint— which the *Servei Català de la Salut* (Catalan Health Service) employs in the management and administration of hospital services and public health provisions.

These features of the *Servei Català de la Salut* consolidated in the *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* form a modern health system, based on the need to introduce a mixed system of health-care which, in a regulated market founded on competitive principles, allow us to move towards a more efficient health-care management.

However, our health system has to face three major challenges: 1) optimise the balance between equality, efficiency and quality in the provision of health services; 2) involve medical professionals in the system's objectives and improve user

satisfaction, and 3) meet the demands of the limited capacity of the public financing of the health system.

The fact that the demand for health-care services is growing at a faster rate than public investment, means that we are obliged to continue improving public health management, while at the same time reflecting on and analysing in theory private insurance schemes in our health-care system: 1) incentives for alternative insurance through higher tax relief or by transferring the present contribution from Social Security to the insurance company subsidising the quota which the con-

sumer pays for private health insurance, and 2) further the definition of the range of services of public insurance so as to be able to orient the market of voluntary insurance for all those services not covered by mandatory insurance.

The present situation and by drawing on the experience of neighbouring countries in the reform process should allow us to evaluate the alternatives available which seek to improve people's health and guarantee, in the prevailing economic climate, the provision of a high quality health service.

ECONOMICS AND HEALTH: SUMMARY AND CONCLUSIONS

Miquel Àngel Asenjo

The increasing demands on the health system and the fact that resources are limited lead to situations of dissatisfaction among patients, doctors, nurses, planners and managers. Patients expect a certain amount of choice; doctors and nurses expect a role in management, and recognition of their work. Managers demand maximum performance from limited resources; politicians in public bodies and owners of private companies fear future financial burdens. This situation calls for an analysis involving all parties, such as that instigated by the *Conselleria de Sanitat* which proposes a wide range of formulas to improve the exploitation of the resources available.

The *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* (Physicians' Association of Barcelona) has also founded a Debate Forum with the following aims in mind: to safeguard the autonomy of hospitals, and their right to self-management in accordance with their capacity to generate resources; to establish criteria on which

to base the relationship between the various levels of hospitals, and to establish criteria for staff promotion; to increase doctors' participation and heighten their motivation, and to improve the care given to patients. It is doctors who generate health expenditure and, obviously, doctors can play a role in saving on expenditure as well. The amount that is spent on a particular patient to treat a particular illness depends on them.

Universities are also contributing to the improvement of health service planning by producing studies and proposals, and introducing subjects into their curricula that implement the results of these analyses.

This conference bears witness to the commitment of the *Reial Acadèmia* to increasing understanding between patients and health professionals and to improving the efficiency of the health service. We recommend a careful reading of the proceedings.

ÍNDIX

INTRODUCCIÓ. SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS. CONTRIBUTIÓ I COST. M. À. Asenjo	3
EL COST DE LA SALUT. I. Bohigas	7
FINANÇAMENT PÚBLIC I PRIVAT DE LA SANITAT: ALGUNES CONSIDERACIONS RELATIVES AL SISTEMA HOSPITALARI DE CATALUNYA I A LA SEVA REFORMA. G. López	19
EL MODEL HOSPITALARI DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. M. Bruguera	35
EL MODEL SANITARI CATALÀ: INTERRELACIÓ ENTRE EL PÚBLIC I EL PRIVAT. R. Massaguer	39
DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES	45
RESUMS I CONCLUSIONS	51
RESUMENES Y CONCLUSIONES	61
ABSTRACTS AND CONCLUSIONS	71