

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-

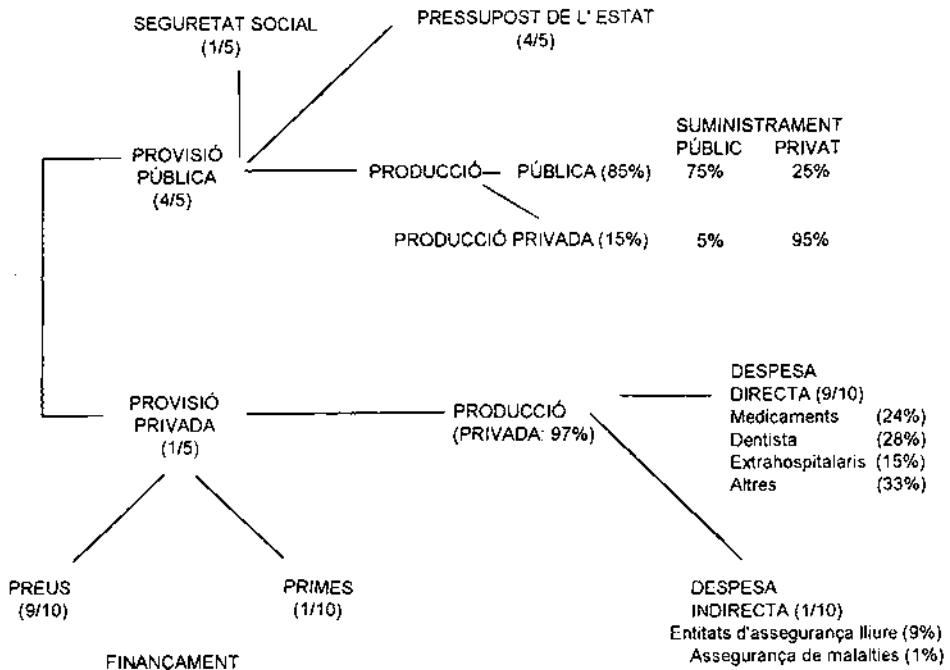
ta i pròtesis (38%).

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 existent, 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 capítativa, 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 capítativa 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 ambulatòria, 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. Atrinxeir-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'algú 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 futur⁵, 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'algun 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 quantitativus—, 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 defactors 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.