

## 17

## Instruments per a promoure la racionalització i eficiència de la despesa sanitària

Iván Planas Miret<sup>131</sup>

### Resum breu de l'article

L'evolució de l'economia dels dos últims anys, conseqüència, entre d'altres, d'un creixement de l'economia basat en components de baix valor afegit, referma la necessitat de plantejar canvis estructurals en el disseny de l'estat del benestar, més enllà de les adaptacions conjunturals que seran inevitables per al caiguda de les finances públiques i l'efecte dels estabilitzadors automàtics de la despesa pública. Així, no s'analitza si el nivell de la despesa sanitària és correcte, més alt o més baix de l'òptim segons el nostre nivell de riquesa, sinó que s'afronten diferents mecanismes de racionalització de la despesa en temps de crisi. Si bé altres articles d'aquest llibre ja tracten en més globalitat l'estat del benestar, en aquest ens centrem en el sistema sanitari de finançament públic.

### 1. Plantejament del problema: l'evolució recent de la despesa sanitària

El creixement de les necessitats de despesa sanitària dels darrers anys, originat per diversos factors (tecnologia, envelliment, creixement demogràfic...) als països desenvolupats, en nivells per sobre del creixement del PIB, no és sostenible a llarg termini. Si bé els nivells de despesa en relació al PIB són encara baixos en sistemes regulats o gestionats pel sector públic com els d'Europa (7-9% PIB), en relació a sistemes privats com el d'EEUU (15% del PIB), això tan sols permet un cert marge de temps per a corregir la tendència de creixement. Segons el darrer informe públic<sup>132</sup> del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària (2007), en el període 1999-2005, la despesa sanitària consolidada del sector Comunitats i Ciutats Autònomes passà de 27.372,22 milions d'euros a 45.764,50. Pel 2007, aquesta xifra ja havia assolit els 54.550,38 milions d'euros<sup>133</sup>. És a dir, que en tan sols vuit anys, la despesa sanitària pública del conjunt de Comunitats i Ciutats Autònomes pràcticament va doblar-se, registrant un increment de 27.178,16 milions d'euros.

Aquest important ritme de creixement ha superat les previsions pressupostàries realitzades pels diferents exercicis, de manera que el dèficit de finançament acumulat per la sanitat entre 2003 i 2007 ha estat de més de 10.500 milions d'euros en el conjunt de les Comunitats Autònomes (un 20% del pressupost total de sanitat el 2007).

<sup>131</sup> Vull fer constar l'agraïment a Ana Pozo, qui ha aportat una feina molt valuosa en la elaboració d'aquest article

<sup>132</sup> Ens consta que s'està elaborant un tercer informe del qual no n'hem pogut obtenir les xifres

<sup>133</sup> Ministerio de Sanidad y Política Social. Avance de los datos 2002-2007 de la Estadística del Gasto Sanitario Público

Segons el darrer informe FEDEA-McKinsey (2009), per a l'any 2009, les CC.AA. esperen que la despesa real superi el seu pressupost en un 10-15%, xifra que podria doblar-se l'any 2010.

#### QUADRE 1:

##### Dèficit sanitari acumulat del sector Comunitats Autònomes, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Pressupost inicial 17 CCAA*	35.755	39.589	43.646	48.650	52.663
Despesa real 17 CCAA*	38.561	41.742	45.692	50.335	54.536
Dèficit anual*	-2.805	-2.153	-2.046	-1.684	-1.872
% sobre pressupost anual	8%	5%	5%	3%	4%
Dèficit acumulat*					<b>-10.562</b>
% sobre pressupost 2007					20%

\*Xifres en milions d'euros. S'exclouen Ceuta i Melilla (gestió no transferida).

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Ministeri de Sanitat i Consum.

Aquesta situació, originada per un increment de la despesa en sanitat per sobre del previst, en el context actual de crisi financera global - que en el cas espanyol s'ha unit a la crisi de la construcció i a un model productiu basat en un creixement no sostenible en el temps- requereix la implementació de les oportunes mesures correctives, que han de ser conjunturals i estructurals.

Des de l'òptica de la classificació funcional, l'atenció hospitalària i especialitzada concentra més de la meitat de la despesa sanitària pública (54%), constatant-se un augment continuat en els últims anys del pes relatiu de la partida de farmàcia hospitalària. Així, la farmàcia hospitalària va passar de representar el 7,81% de la despesa en atenció hospitalària i especialitzada en l'exercici 1999, a representar l'11,32% en el 2005 (registrant taxes de variació interanual que oscil·len entre el 13,45 i el 18,77%).

#### QUADRE 2:

##### Despesa en farmàcia hospitalària respecte a la despesa total en serveis d'atenció hospitalària i especialitzada del sector Comunitats Autònomes, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Despesa en farmàcia hospitalària*	1.164	1.361	1.544	1.834	2.119	2.435	2.808
Despesa total en atenció hosp. i esp.*	14.918	16.133	17.100	18.465	20.605	22.520	24.806
Pes relatiu	7,81%	8,44%	9,03%	9,93%	10,29%	10,82%	11,32%
Var. interanual de la despesa en farmàcia hosp.		16,88%	13,45%	18,77%	15,57%	14,93%	15,28%
Var. interanual de la despesa total en at. hosp. i esp.		8,14%	6,00%	7,99%	11,59%	9,29%	10,15%

\*Xifres en milions d'euros. S'exclouen Ceuta i Melilla per falta de dades sobre farmàcia hospitalària.

Font: Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

D'altra banda, la despesa farmacèutica en receptes mèdiques suposa al voltant del 22% del total de despesa sanitària pública. Sumant la farmàcia hospitalària, la xifra ascendeix fins al 28,58%. El pes de la despesa en receptes mèdiques sobre la despesa sanitària pública a Espanya és significativament superior a la mitjana europea, mentre que el cost dels medicaments es troba entre els més baixos

d'Europa, la qual cosa suggereix un volum de consum elevat. És per aquest motiu que aquest és un dels camps on sembla més clara la necessitat de continuar amb les polítiques de gestió i contenció, i entre elles el canvi en el sistema de copagament heretat de la Seguretat Social, on els pensionistes (que acumulen al voltant del 90% de la despesa farmacèutica) no tenen copagament.

Malgrat que el pes relatiu de la farmàcia extrahospitalària continua essent molt elevat, des de l'any 2004 s'observa una tendència a la desacceleració del ritme de creixement interanual.

### QUADRE 3:

#### Despesa en farmàcia extrahospitalària del sector Comunitats i Ciutats Autònomes, 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Despesa farmàcia*	6.230	6.816	7.361	8.060	9.033	9.651	10.261
Despesa sanitària total*	27.372	29.711	31.831	34.704	38.699	41.946	45.764
Pes relatiu	22,76%	22,94%	23,13%	23,22%	23,34%	23,01%	22,42%
Var. interanual de la despesa en farmàcia		9,41%	7,99%	9,49%	12,08%	6,84%	6,32%

\*Xifres en milions d'euros

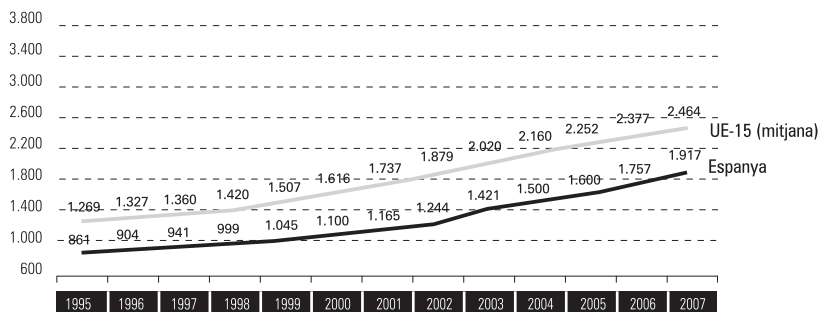
Font: Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

Pel que fa a l'atenció primària, aquesta representa el 14% del total de despesa sanitària pública per a l'any 2005, tot i que aquest pes relatiu varia considerablement entre Comunitats Autònomes, des d'un mínim del 10,87% en el cas de Galícia, fins un màxim de 17,69% en el cas d'Extremadura. La tendència d'evolució és també variable entre comunitats, tot i que la tendència general en el conjunt de les Comunitats i Ciutats Autònomes va ser de pèrdua de pes relatiu en el període 1999-2005.

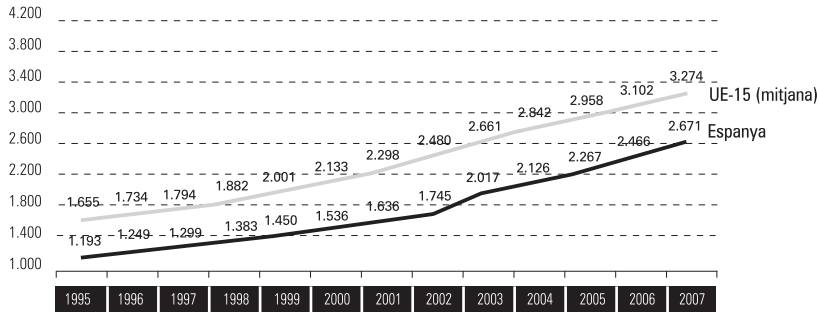
Malgrat l'important creixement de la despesa en els últims anys, Espanya continua situant-se per sota de la mitjana europea tant en despesa per càpita com en despesa en percentatge sobre el PIB.

### GRÀFIC 1:

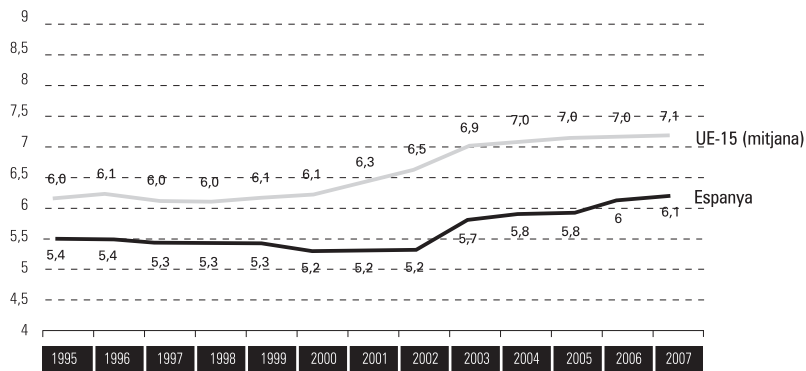
#### Despesa sanitària pública per càpita (US\$ PPC), 1995-2007



Font: Oficina d'Anàlisi Econòmica (CatSalut) a partir de dades de la OCDE Health Data 2009.

**GRÀFIC 2:****Despesa sanitària total (pública més privada) per càpita (US\$ PPC), 1995-2007**

Font: Oficina d'Anàlisi Econòmica (CatSalut) a partir de dades de la OCDE Health Data 2009.

**GRÀFIC 3:****Despesa sanitària pública en percentatge sobre el PIB, 1995-2007**

Font: Oficina d'Anàlisi Econòmica (CatSalut) a partir de dades de la OCDE Health Data 2009.

**GRÀFIC 4:****Despesa sanitària total (públic més privat) en percentatge sobre el PIB, 1999-2005**

Font: Oficina d'Anàlisi Econòmica (CatSalut) a partir de dades de la OCDE Health Data 2009.

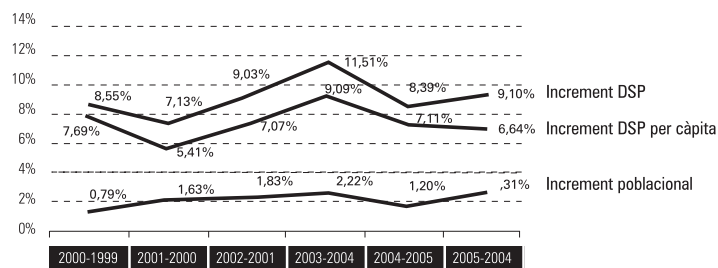
### Evolució dels factors que incideixen sobre la despesa sanitària pública

El creixement de la despesa sanitària es pot atribuir principalment als canvis en l'estructura demogràfica de la població, l'adopció i difusió d'innovacions tecnològiques, el creixement diferencial del preu dels recursos emprats pels serveis sanitaris, i les majors expectatives de la població sobre el que espera i reclama al sistema sanitari.

La revisió de la literatura internacional sobre la contribució dels diferents factors al creixement de la despesa en el nivell internacional presenta dues conclusions que es poden estendre a la majoria de sistemes sanitaris dels països desenvolupats. La contribució de l'envelliment al creixement de la despesa sanitària, a diferència del que pot passar, per exemple, amb la despesa pública en pensions, ha estat moderada i no hi ha evidència que la demografia, per si mateixa i com a factor exògen o inevitable, constitueixi una amenaça per a la sostenibilitat financera dels sistemes sanitaris públics. La segona de les conclusions es refereix, en canvi, al paper preponderant dels canvis en la tecnologia i en la intensitat de recursos per pacient com a principal motor del creixement de la despesa sanitària (Newhouse, 1992). Les següents figures ens mostren l'evolució a l'estat espanyol del factor demogràfic i d'alguns dels components de la prestació sanitària per càpita que mostren el canvi d'expectatives i hàbits de la població: la freqüentació hospitalària; la freqüentació a urgències; i la despesa farmacèutica; tots ells relacionats amb la voluntat de solució immediata als nostres problemes, en aquest cas de salut.

#### GRÀFIC 1:

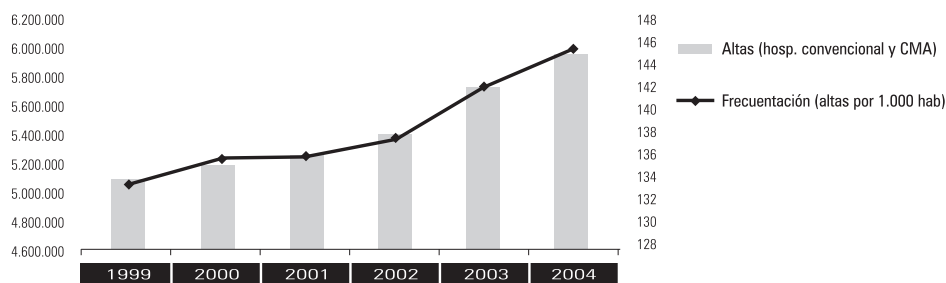
Efecte de l'increment poblacional sobre el ritme de creixement de la despesa sanitària pública (DSP) per càpita del sector Comunitats i Ciutats Autònomes, 1999-2005



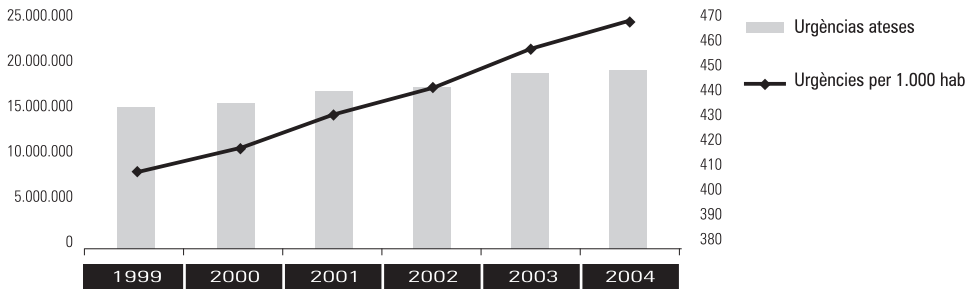
Font: Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

#### GRÀFIC 2:

Activitat i freqüentació dels serveis d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria en el conjunt de Comunitats i Ciutats Autònomes, 1999-2004



Font: Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

**GRÀFIC 3:****Activitat i freqüentació dels serveis d'urgències en el conjunt de Comunitats i Ciutats Autònomes, 1999-2004**

Font: del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

**QUADRE 5:****Indicadors associats al creixement de la despesa en receptes mèdiques oficials en el conjunt del SNS, 1999-2005**

	Població protegida	Receptes per persona i any	Despesa per persona i any	% aportació usuari
<b>1999</b>	37.701.409	15,1	165,96	7,36%
<b>2000</b>	38.005.649	15,7	176,91	7,12%
<b>2001</b>	38.635.900	16,08	187,78	6,99%
<b>2002</b>	39.350.916	16,8	202,61	6,89%
<b>2003</b>	40.229.889	17,56	222,26	6,85%
<b>2004</b>	40.717.076	17,9	233,7	6,37%
<b>2005</b>	41.666.798	18,35	241,23	6,26%
Increment				
2005-1999	10,52%	21,52%	45,35%	-14,95%

Font: Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària. MSC. (2007)

Els sistemes públics de l'estat del benestar de cobertura pública gratuïta reaccionen automàticament a canvis en l'economia. Així, l'augment de les taxes d'atur genera un increment automàtic de la despesa en subsidis; la reducció de la renda disponible de les famílies augmenta les taxes relatives d'escolarització en escoles públiques; i el mateix succeeix per a la utilització de la sanitat pública versus la sanitat privada, per la disminució del nombre d'assegurances privades de salut substitutives. Això és el que s'anomenen els estabilitzadors automàtics de la despesa pública. Així, mentre el creixement de les persones assegurades d'assistència sanitària va créixer un 9,4% l'any 2007, tan sols va ser d'un 2,89% l'any 2008 (similar a anys anteriors) i previsiblement continuarà frenant-se l'any 2009 (Departament de Salut, 2009).

Per tant, el fre al creixement econòmic i la recessió generen també una major pressió al creixement de la despesa sanitària de finançament públic.

Ara bé, la crisi genera major utilització pública però també pot generar un efecte exclusió de les persones residents recentment arribades que retornin als seus països, així com un fre a la nova immigració. Caldrà veure quin dels dos efectes anteriorment analitzats té major impacte.

No obstant, l'objecte d'aquest article no és analitzar si la despesa sanitària creixerà o no, o si ha de créixer o no, sinó apuntar possibles mesures de contenció de la despesa que permetin fer front a la crisi, que siguin sostenibles en el temps, i que no generin efectes perversos sobre la qualitat dels serveis a curt o llarg termini.

## **2. Línies de reforma per garantir la sostenibilitat futura del sistema**

En la darrera dècada, la pressió financera a què ha restat subjecte el sistema sanitari espanyol ha estat parcialment coberta per via de solucions conjunturals que cercaven injectar diners en el sistema per tal de cobrir les necessitats d'una despesa creixent, així com per pal·liar –en la mesura del possible– la situació del deute acumulat, i evitar la nova generació de dèficit.

Aquestes solucions conjunturals van incloure mesures com les aportacions puntuals a les Comunitats Autònomes per part de l'Estat en el marc dels compromisos de la Conferència de Presidents de l'any 2005, l'augment de les bestretes dels recursos del finançament autonòmic, l'increment dels impostos especials sobre el tabac i l'alcohol (íntegrament assignats a les CCAA.) o l'ús per part d'algunes Comunitats (com Catalunya) de la seva capacitat normativa en relació a l'impost sobre les ventes minoristes de determinats hidrocarburs (el denominat "cèntim sanitari"). D'altra banda, l'actuació de l'Estat en matèria sanitària a través d'acords bilaterals o multilaterals –a través del Consejo Interterritorial– intentant recuperar part del protagonisme perdut en haver transferit quasi totalment aquesta transferència, ha forçat també un increment de la despesa sanitària de les CCAA. I això en alguns casos forçant políticament la introducció de prestacions amb una relació cost-efectivitat baixa. Clars exemples han estat la promoció de la vacuna del papilomavirus humà, el finançament parcial de les prestacions odontològiques a nens i nenes de forma progressiva, o la centralització de l'actuació davant la nova grip A1H1, amb l'adquisició d'un gran nombre de vacunes, tot i que en aquest últim cas és una competència efectivament de l'Estat.

No obstant, la clau de la sostenibilitat futura del sistema passa per la implementació de reformes de tipus estructural que abordin la qüestió des de la perspectiva de racionalització i eficiència de la despesa sanitària –fer el màxim amb el mínim–, sense que això suposi abandonar el debat del finançament, tenint en compte que, tot i tendir a la convergència, continuem situats per sota de la mitjana de referència de la UE-15 en termes de despesa sanitària per càpita i en percentatge sobre el PIB, especialment pel que fa a nivell de despesa pública.

Al llarg d'aquest article s'abordaran diferents propostes de mesures de racionalització de la despesa, en la mesura del possible basades en evidència empírica però, en qualsevol cas, avalades per la teoria econòmica.

Les mesures de reforma que hauran d'abordar les diferents CCAA del SNS espanyol per garantir la seva sostenibilitat futura es poden agrupar en tres grans àrees:

1. Gestionar de forma activa la demanda, fomentant l'ús racional de les prestacions públiques. Això implica invertir en prevenció, i fomentar-la, gestionar activament el catàleg de prestacions, i fomentar un consum responsable dels serveis sanitaris i un estil de vida saludable.
2. Optimitzar l'oferta en qualitat i cost, impulsant millores de productivitat i eficiència, i racionalitzant la introducció dels inputs diagnòstics i terapèutics segons criteris d'eficiència (impacte en cost i efectivitat sobre els processos).

3. Limitacions sobre el sistema sanitari de cobertura pública. Cal assegurar una estructura del sistema i un model de finançament sostenibles (separar clarament les funcions de finançament, compra i provisió; dotar de major autonomia de gestió als proveïdors; implantar mecanismes de contractació que incentivin la millora tant en qualitat clínica com en eficiència; i fomentar la col·laboració amb el sector privat).

Aquestes línies de reforma han de servir a l'objectiu de corresponsabilització de tots els agents implicats en la consolidació d'un model sanitari eficient i sostenible: polítics, gestors, professionals, usuaris del sistema i contribuents.

### **2.1. Gestionar de forma activa la demanda**

La millora de la racionalització i l'eficiència en sanitat passa per l'establiment dels incentius adequats per tal de promoure l'ús racional dels recursos i la corresponsabilització de la persona en la gestió de la pròpia salut.

### **Salut pública i educació sanitària**

Les polítiques de protecció, prevenció i promoció de la salut són una important línia d'acció per reduir costos evitables d'assistència sanitària en el futur, augmentant els resultats en salut i contenint la despesa sanitària, però el resultat que s'obté a curt termini és reduït, malgrat que és esperable un major efecte en el llarg termini. Complementàriament, les polítiques d'educació sanitària cerquen la responsabilització de l'individu en la gestió de la pròpia salut, divulgant els coneixements, actituds i hàbits bàsics per a la defensa i la promoció de la salut individual i col·lectiva.

L'any 2006, Catalunya endegà la reforma de la salut pública, procés que ha culminat l'any 2009 amb l'aprovació de la llei que preveu la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. El Pla d'Innovació en Atenció Primària i Salut Comunitària és un altre exemple clar de la voluntat d'integrar les polítiques de salut comunitària en el procés terapèutic.

Altres iniciatives a destacar de l'estratègia catalana serien el Pla Integral d'Activitat Física i Alimentació Saludable (segons estimacions de la OMS, els costos associats a l'obesitat i el sobrepès es situen entre el 2 i el 6% de la despesa sanitària en els països desenvolupats), el Programa Salut i Escola, i el Programa Salut als Barris.

Un altre dels components de l'educació sanitària que entraria dins d'un concepte més ampli d'educació per la ciutadania o educació social correspondria a l'ús racional de les prestacions públiques. Tot i que aquest és un concepte a abordar des dels diferents estrats i institucions de la societat, el seu efecte no és negligible. No obstant, des del sector sanitari es pot fer un esforç per a captar la lògica del comportament social i adaptar el disseny per a coadjuvar la millora en els patrons d'utilització dels serveis públics sanitaris.

A mode d'exemple, l'enquesta del *Barómetro Sanitario* del 2007 (2008), mostra com el 40,2% dels ciutadans de Catalunya que varen acudir a urgències afirmen que ho van fer perquè no coincidien amb l'horari del seu metge de capçalera, mentre que moltes altres CCAA i en l'agregat de l'enquesta del 2005 i 2003, el motiu principal havia estat que a urgències hospitalàries hi ha més mitjans. Això implica que en tan sols quatre anys la percepció social ja no dona tanta importància a la disponibilitat de mitjans



tecnològics, sinó a la disponibilitat horària – factor a solucionar amb menor cost que la tecnologia. A Catalunya, la introducció durant els últims anys dels centres d'urgència d'atenció primària (CUAP), i el tradicional concepte de "visites espontànies" a l'atenció primària han de permetre reduir el nivell d'indicació de baixa cost-efectivitat de la tecnologia a l'atenció sanitària urgent.

### **Qualitat i ús racional dels medicaments**

En aquest àmbit podem identificar mesures a nivell de demanda (educació, promoció, guies terapèutiques i copagament), d'oferta (recepta electrònica, guies de prescripció, objectius de despesa) i de cobertura (introducció de nous medicaments segons criteris de cost-efectivitat, o preus de referència).

A nivell de l'oferta, en tots aquells sistemes basats en la contractació de serveis sanitaris són essencials les polítiques de corresponsabilització dels proveïdors (via objectius de despesa en els contractes o d'altres mecanismes) en aquelles despeses que finança directament l'asseguradora (com la prestació farmacèutica o la farmàcia hospitalària) i que prescriu el proveïdor. A Catalunya, es va implantar fa anys l'assignació pressupostària de la despesa farmacèutica (despesa màxima assumible o DMA) mitjançant el contracte amb cada centre prescriptor. Una possible mesura addicional a introduir són les DMA en medicació intrahospitalària, en pròtesis i ortopròtesis, en les derivacions a especialistes per part de la primària, o introduir un objectiu variable en el nou sistema de finançament capítatiu relacionat amb el nombre d'urgències hospitalàries al territori.

Cal destacar també la implantació recent de la recepta electrònica a Catalunya, que pretén millorar, d'una banda, els sistemes d'informació com a eina de suport a les decisions fàrmaco-terapèutiques, i de l'altra, els indicadors de qualitat i seguretat en l'ús dels medicaments.

Pel que fa a la recerca avaluativa, el Servei Català de la Salut i l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) han constituït la comissió d'avaluació econòmica i impacte pressupostari de medicaments (CEIP) com a mesura d'ajuda a la prescripció a partir de la realització d'estudis de cost-efectivitat.

Altres mecanismes de control de la despesa s'han centrat en buscar l'increment de prescripció de medicaments genèrics, el control de les prescripcions de les persones polimedicades o la centralització del subministrament de medicaments a les residències, aconseguint compartir part de l'estalvi pels descomptes per volum amb les oficines de farmàcia. Més endavant també es descriuran els incentius als professionals, que inclouen objectius de prescripció de medicaments.

Totes aquestes mesures han portat Catalunya a tenir el menor increment de la despesa farmacèutica de totes les CCAA durant l'últim any (increment interanual de l'1,07%, molt menor que el 4,49% de mitjana nacional<sup>134</sup>).

Aquestes iniciatives, si bé poden tenir un paper important en la reducció del cost de la despesa farmacèutica, haurien d'anar acompanyades per un major paper de les CCAA (a través del Consell Interterritorial) en els mecanismes d'autorització i fixació de preus dels medicaments, i per una major implicació en la formació dels prescriptors, ja que l'única font d'informació disponible per part dels professionals continua essent la indústria.

---

<sup>134</sup> Dades d'Octubre de 2009

### **Mecanismes de corresponsabilitat financera de l'usuari**

La corresponsabilitat financera individual s'entén com aquella part del finançament de la despesa sanitària que l'usuari assumeix en el moment de consum, conegut en la terminologia anglosaxona com *out-of-pocket payments*. Aquest concepte agrupa una àmplia varietat de situacions, des de pagaments directes de l'usuari per serveis no coberts per cap tipus d'assegurança, fins a fórmules de copagament o coassegurances.

### **Revisió de l'experiència internacional**

A l'entorn europeu, els instruments de participació financera de l'usuari s'apliquen tant en models de Sistema Nacional de Salut, com en sistemes de Seguretat Social, constatant-se poca correlació entre ambdues variables (tipus de sistema i existència o no de copagaments). La lògica més comuna que impera la instauració de copagaments en sistemes nacionals de salut és la de desincentivar la sobreutilització (o utilització inadequada) dels recursos que pot derivar-se de la percepció de "cost zero" associada a la gratuïtat del servei en el moment de la utilització.

Durant la dècada dels vuitanta i noranta, la majoria de països de la Unió Europea van introduir o expandir fórmules de copagament dels serveis sanitaris (més enllà del copagament habitual de la prestació farmacèutica) a l'àmbit dels serveis d'atenció ambulatoria i hospitalària, essent excepcions remarcables els casos d'Espanya i Grècia.

A nivell de l'atenció primària, el rang de variació entre països és molt alt: a determinats països no existeix copagament (Espanya, Grècia, Holanda, Hongria, Itàlia, Lituània, Polònia, Portugal i Regne Unit); en d'altres, s'aplica una tarifa fixa per visita (Eslovàquia, Letònia, Islàndia, Alemanya, Àustria, Noruega i Suècia); i en la resta, l'usuari es fa càrrec d'un percentatge fix del cost total de la visita mèdica (Luxemburg, Suïssa, Bèlgica i França).

En l'atenció especialitzada, els països apliquen, en general, el mateix esquema que han dissenyat per a l'atenció primària. No obstant això, existeixen algunes diferències: països que no apliquen copagaments en atenció primària i sí que ho fan en l'atenció especialitzada (Xipre, Estònia i Portugal); països que han establert una tarifa més elevada que la fixada per a l'atenció primària (Finlàndia, Islàndia, Letònia, Suècia i Noruega); i països amb el mateix nivell de copagament per a tots dos nivells (Alemanya, Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Eslovàquia, França, Luxemburg, Malta i Suïssa). Un cas específic és el d'Itàlia on, en general (ja que les regions poden establir modificacions sobre aquesta regla), no hi ha copagament per visita en atenció especialitzada i, en canvi, l'usuari fa front a un percentatge del cost de les proves diagnòstiques.

Països com Dinamarca i Suècia distingeixen entre visites derivades pel metge d'atenció primària i visites no derivades, penalitzant aquestes últimes amb un nivell de copagament major. Les urgències també són objecte, en alguns casos, d'una penalització en països com Eslovàquia, Itàlia i Portugal. Especial menció mereix el cas d'Itàlia, on en algunes regions es pot establir un copagament per l'atenció urgent si aquesta no es determina com a tal.

A nivell de l'atenció hospitalària, el copagament generalment s'aplica sobre el conjunt de serveis que no són estrictament sanitaris (serveis "hotelers"), amb costos relativament homogenis independentment de la patologia que hagi ocasionat l'ingrés del pacient. La major part dels països apliquen una quantitat per dia d'hospitalització (Alemanya, Àustria, Bèlgica, Estònia, Finlàndia, Irlanda, Letònia, Luxemburg i

Suècia), establint sempre un màxim de dies durant els quals l'usuari afronta aquest cost. Altres països, en canvi, han optat per una fórmula mixta de percentatge del cost de l'hospitalització més un quantitat fixa per dia (França i Suïssa). Eslovàquia i Hongria únicament fixen el copagament precisament en el cost dels serveis extres hotelers i les despeses d'administració associades a l'internament. A Itàlia i Islàndia, encara que no existeix el copagament per hospitalització, sí n'hi ha per a les proves diagnòstiques. D'especial interès és el sistema aplicat a Holanda, on la contribució del pacient hospitalitzat és un percentatge del seu salari (amb un límit màxim).

En l'àmbit de la prestació farmacèutica, el copagament es troba pràcticament en tots els sistemes sanitaris dels països europeus. La coassegurança (el pagament d'un percentatge fix del preu del medicament) és la fórmula més utilitzada (és el cas de Bèlgica, Dinamarca, Espanya, França, Grècia, Luxemburg i Portugal).

Alguns països han decidit limitar la contribució del pacient establint límits, és el cas d'Alemanya, Bèlgica, Dinamarca, Noruega, Finlàndia, Islàndia, Polònia i el Regne Unit (encara que en aquest últim cas hem de ressaltar que el 50% de la població britànica té dret a la lliure dispensació de fàrmacs i que el 86% dels medicaments són lliures de copagament).

Els preus de referència són un copagament evitable; ja que permeten a l'usuari evitar aquest pagament escollint l'alternativa terapèutica equivalent. S'utilitzen per a certs medicaments a Dinamarca, França, Alemanya, Itàlia, Holanda, la República Txeca, Portugal i Espanya.

A Espanya, s'aplica un copagament sobre els medicaments des del 1966, quan es va iniciar com una quantia fixa de 5 pessetes, essent reemplaçat per un percentatge de contribució del 20% del preu el 1978. El 1979 es va incrementar a un 30%, i finalment, al 1980, es va fixar el percentatge del 40% encara vigent. La població major de 65 anys queda exempta del copagament, mentre que als individus amb discapacitat permanent i malalts crònics se'ls hi aplica un copagament reduït (10% del preu). Una altra excepció és la dels funcionaris públics del règim MUFACE, els quals contribueixen amb un 30% del preu dels medicaments, tant els actius com els pensionistes.

Més enllà del debat sobre la introducció o no de fórmules de copagament en altres serveis o prestacions sanitàries, cal impulsar la revisió de l'actual model de copagament farmacèutic, ja que no contribueix a l'objectiu de desincentivar l'excés de consum (prop del 70% de la despesa en receptes es concentra en el 20% de la població que està exempta de pagament), existeixen dubtes seriosos sobre la seva contribució a l'equitat, i tampoc no contribueix a garantir la viabilitat del finançament públic dels medicaments (AES, 2008).

### **Evidència de l'impacte dels copagaments**

La participació financera de l'usuari es pot dissenyar mitjançant diferents mecanismes en funció del balanç entre la funció recaptadora i la de fre a la sobreutilització que es pretengui (fórmules de reemborsament, co-assagurança, copagament, sostre de despesa,...). Per tant, l'impacte d'aquest instrument està molt en funció del seu disseny i objectius, essent difícil establir conclusions generals sobre els efectes associats al copagament en els sistemes sanitaris comparats.

L'Experiment sobre l'Assegurança als Estats Units –Estudi RAND (HIE)– és el principal experiment natural a gran escala d'aquest tipus, on els copagaments van demostrar ser útils per a modular els

comportaments dels individus. Un estudi comparatiu més recent és el de Docteur i Oxley (2003), que recull els resultats de diferents països. Les principals conclusions són:

- Hi ha una reacció dels individus a tenir en compte en els preus de l'atenció sanitària. No obstant això, l'elasticitat de l'atenció de la salut de la despesa pel que fa al preu és generalment petita. Tot i així, aquestes elasticitats petites són coherents amb reduccions significatives en la despesa, especialment quan es parteix d'un copagament proper a zero (el pas d'una coparticipació de zero a un 25% per a tota l'atenció podria portar a una caiguda mitjana en la despesa d'entre un 20 i 25%, portant progressivament a canvis proporcionals significativament més petits).
- Encara que hi ha una certa variabilitat entre els estudis, la majoria dels components elàstics de l'atenció sanitària són: l'atenció ambulatoria d'urgència (atenció primària i urgències hospitalàries); i les menys elàstiques, la visita a l'especialista i el tractament hospitalari.
- La mesura de l'impacte sobre els resultats en salut continua sent difícil, però la majoria dels indicadors són insensibles als copagaments.

Rodríguez, M (2007) recull al seu article l'evidència de l'informe elaborat per Thomson, Mossialos i Jemai per a la Comissió Europea: *Cost sharing for health services in the European Union* (2003), i que va comptar amb la col·laboració d'investigadors de tots els països de la UE-15, entre ells la pròpia Marisol Rodríguez. En general, es confirma que els copagaments sí que tenen un impacte de reducció de la utilització de serveis, tot i que els resultats no són concloents.

En relació al seu impacte sobre la despesa, l'evidència disponible suggereix que els copagaments no tenen cap capacitat per a contenir la despesa sanitària, sobretot la despesa global a llarg termini. És possible que es pugui reduir el creixement de la despesa en una àrea concreta i durant un curt espai de temps, però tenint en compte la substitució d'uns serveis per uns altres (a vegades més cars), la poca durada del seu impacte dissuasori i la possibilitat de contractar assegurances complementàries per a cobrir els copagaments, la despesa sanitària total a llarg termini s'ha mostrat absolutament resistent a les mesures de coparticipació de l'usuari en els costos. Per tant, els copagaments cal que siguin visualitzats a llarg termini com un sistema d'ordenació de la demanda més que no de reducció de la despesa.

D'acord amb González López-Valcárcel, B. (2007), la manca d'evidència sòlida sobre l'impacte de les fórmules de copagament en els resultats de salut obliga a basar les propostes en la lògica especulativa, en l'anàlisi teòrica dels efectes esperats, i en el sentit comú. Algunes recomanacions sobre "què evitar" i "què fer", es basen en arguments científics sòlids, però teòrics:

- La intensitat de l'efecte del copagament sobre la salut dependrà de l'elasticitat-preu i l'elasticitat-renda de la demanda (que canvien els patrons d'utilització dels serveis) i de la intensitat de la relació causal entre utilització i salut, és a dir, del grau de necessitat i/o efectivitat de la prestació sanitària.
- No obstant, la incertesa sobre l'efectivitat de les prestacions i tractaments, i les divergències al respecte entre diferents "escoles" mèdiques, actua com un potent amplificador de la relació entre copagaments i salut. També hi ha evidència empírica de variabilitat en la utilització de recursos per metges individuals ("estils de pràctica").

- Allà on la utilització inadequada dels serveis és induïda per la oferta i/o el rol del pacient en la demanda és dèbil, l'establiment d'un sistema adequat d'incentius als proveïdors sembla una mesura més raonable que no pas la imposició de copagaments als pacients. Per poder avançar en aquesta línia, cal invertir en recerca per tal de reduir la incertesa sobre l'efectivitat de les diferents prestacions, podent així determinar la millor pràctica clínica basada en l'evidència. A llarg termini, la millor arma contra la utilització inapropiada és reduir la incertesa i amb ella, la variabilitat en la pràctica clínica.
- Els programes de cribatge cost-efectius han de quedar exempts de copagament per a les persones de la població diana. Les prestacions sanitàries personals que impliquen externalitats positives (vacunes) han de quedar també exemtes de copagament.
- Cal trobar l'equilibri entre generalització i excepcionalitat del copagament. Com més gran sigui l'excepcionalitat, més difícil serà de gestionar. Cal tenir en compte, a més, els costos de transacció associats a la implementació de fórmules de copagament (reorganització administrativa, infraestructura de gestió de cobraments, etc.)
- En qualsevol cas, el sistema ha de garantir que els pacients més vulnerables poden afrontar el pagament, i que no es limita l'ús de procediments i serveis efectius.
- Cal tenir en compte la interconnexió entre els diferents serveis i prestacions, i els efectes de substitució que es produiran si es distorsionen els preus relatius imposant copagaments a uns serveis i eximint-ne uns altres.
- A priori, no hi ha objecció a l'establiment de copagaments voluntaris de prestacions complementàries o "extres" que no afecten a la salut sinó a dimensions de comoditat o rapidesa (en serveis no essencials), els quals poden portar a una millora paretiana en la qual ningú perd i algú hi guanya.
- Es podrien imposar petits copagaments per a serveis d'alta freqüència, com per exemple l'euro per consulta, però haurien de contemplar-se certes excepcions per evitar la infrautilització dels grups més vulnerables. És possible que un copagament molt baix no desincentivés el consum innecessari, suportant costos d'administració i recaptació superiors als beneficis obtinguts.

És evident que el potencial efecte advers del copagament sobre l'equitat és el que més preocupa en el debat sanitari. Wagstaff, Doorslaer *et al.*, (1999) ressalten la regressivitat dels pagaments efectuats directament pel pacient (*out-of-pocket payments*) en el context dels sistemes sanitaris europeus. És a dir, l'evidència apunta que les rentes baixes contribueixen proporcionalment més que les rentes altes. No obstant, el grau de regressivitat pot veure's agreujat o disminuït depenent del tracte fiscal que tinguin aquests pagaments directes. Per exemple, a Finlàndia, es va estimar que l'augment dels copagaments entre 1990 i 1994 fou regressiu, però com que aquest augment havia estat compensat per l'abolició del subsidi fiscal a les despeses directes per malaltia, el grau de regressivitat dels pagaments directes s'havia mantingut constant.

Tot i ser una qüestió important, Rodríguez (2007) planteja que la pregunta clau pot no ser aquesta (la inequitat que pugui associar-se a un determinat sistema de copagament), sinó si la fórmula de copagament és més o menys inequitable que altres formes alternatives de finançar la sanitat (p.ex. deduccions fiscals, augment de la pressió fiscal per via de la imposició indirecta, etc.). Per tant, es

podria afirmar que el copagament és regressiu en relació a l'Impost sobre la Renda, però no així si l'increment de la despesa sanitària es finança amb l'impost sobre el consum.

Un dels principals frens a la introducció de majors copagaments al sistema sanitari (més enllà dels ja heretats de l'antic sistema de seguretat social, en prestacions farmacèutiques i ortoprotèsiques) és l'opinió pública i, per tant, l'impacte polític de la qüestió. Tal i com mostra el Barometro Sanitario de l'any 2005, l'opinió pública està en contra de la introducció de majors copagaments en sanitat. No obstant aquest fet, i el cost polític associat a la mesura des del punt de vista de l'opinió pública, l'impacte és probablement molt menor que l'efecte directe i indirecte sobre l'economia de l'augment d'impostos necessari per a compensar el dèficit sanitari. Sense els efectes positius que tindria la introducció de mecanismes de copagament (la reducció en la despesa i el lleu augment en els ingressos), l'alternativa serà incrementar altres impostos per a fer front a la despesa.

## 2.2 Optimitzar l'oferta en qualitat i cost

### Finançament selectiu de noves prestacions lligat a criteris de cost-efectivitat i cost-utilitat

Donada la importància de la innovació terapèutica i tecnològica en termes tant de despesa com de resultats en salut, cal potenciar i reforçar el rol de les agències d'avaluació de prestacions i tecnologia mèdica, per tal de sostenir la implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques en criteris de cost-efectivitat i cost-utilitat de les mateixes. Aquesta estratègia de finançament selectiu es troba fortament arrelada en països com el Regne Unit, a través del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). Catalunya va crear la seva pròpia Agència l'any 1994 (AATRM) i ha posat en marxa diferents estudis de cost-efectivitat d'algunes prestacions, alguns d'ells juntament amb agències d'altres Comunitats Autònomes i la *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III*.

Hi ha altres mesures paral·leles necessàries per a optimitzar la despesa en tecnologies sanitàries:

- Canvis organitzatius per tal de millorar el procés en la planificació de les compres de tecnologia sanitària, i especialment el procés d'autorització i planificació en el seu ús.
- Col·laboració entre la indústria i els professionals sanitaris, en la definició dels criteris d'utilització que permetin un ús eficient de la tecnologia, desenvolupant guies clíniques i guies d'utilització.

En el marc del Sistema Nacional de Salut, les Comunitats Autònomes hauran de tenir especial precaució a l'hora de definir la seva cartera complementària de serveis, tant en la definició de prestacions com de les tècniques i tecnologies incloses en aquestes, analitzant les noves fonts d'obtenció dels recursos necessaris per al finançament d'aquests serveis addicionals. En aquest sentit, cal dir que el 86,2% dels ciutadans considera que les CCAA haurien de posar-se d'acord a l'hora d'introduir noves prestacions (Barómetro Sanitario, comparativa 1995-2008)

### Millores en la gestió

El canvi cap a una major autonomia de gestió ha estat especialment notable en el camp de la salut i especialment en els països amb sistemes integrats, com ara Espanya, que progressivament s'han descentralitzat. Això ha generat la diversificació de les estratègies per abordar la gestió de l'atenció sanitària (models de concessió privada com Madrid o València, de subcontractació o contractació

pública com al País Basc o Catalunya). Tots aquests casos han suposat algunes millores d'eficiència assolides a través de la flexibilitat, com també mostren Docteur i Oxley (2003) en el seu estudi comparat a nivell europeu, tot i que amb un increment de la diversitat i una sensació de pèrdua de cohesió interterritorial.

Cal dir que, des del punt vista estrictament conjuntural, afrontar una crisi econòmica amb un model de compra de serveis sanitaris permet suavitzar l'impacte sobre les finances públiques compartint part de l'endeutament i de la tensió financera amb els proveïdors de serveis. Malauradament, a la crisi actual, després de la implementació de la normativa SEC-95, tan sols una quarta part dels proveïdors del sistema sanitari català no consoliden les seves finances amb les de la Generalitat. El model de compra, però, encara manté algunes avantatges –com el model de personal laboral– que permeten una major flexibilitat i agilitat en la presa de mesures enfront la crisi.

### **Compres i logística**

Les polítiques de compra agregada permeten assolir millors preus i millor gestió de les contractacions i els estocs. A mode d'exemple il·lustratiu, la creació d'una Associació d'Interès Econòmic per a la gestió logística de les compres entre l'Institut Català de la Salut i el Banc de Sang i Teixits, ha permès un estalvi constant anual del 2,5% ponderat, la unificació de preus i les condicions de subministrament a tots els centres, i la disminució de l'estoc. Els centres associats al Consorci Hospitalari de Catalunya han creat també el Servei Agregat de Contractacions Administratives, que ha permès la reducció dels preus de les adquisicions, sense haver estès la seva activitat cap al camp de la logística.

La gestió d'estocs dins els centres sanitaris és també un terreny on hi ha molta feina a fer. La revolució en aquest camp passa per les noves tecnologies de la informació i la robòtica, essent la capacitat d'estalvi en caducitats molt important.

### **Identificació i optimització del destí del finançament**

Un part important de la despesa sanitària no es tradueix directament en prestació directa a l'usuari. Hi ha dos destinacions principals de la despesa que cal identificar per separat i sotmetre a un anàlisi diferenciat de cost-efectivitat: la despesa en docència i la despesa en recerca. Si bé aquests dos tipus de despesa obtenen fonts alternatives de finançament, el gruix principal prové del pressupost sanitari. L'estat espanyol necessita un canvi de model productiu incrementant la inversió en la producció de béns i serveis d'alt valor afegit. És per això que la recerca i la docència en biotecnologia i biomedicina són dos sectors clau en aquest canvi tecnològic. No obstant, cal tenir clar que aquesta part de la despesa sanitària cal que posi en valor la seva activitat. El nivell de patents i d'*espin off* en relació al nivell de despesa, així com la qualitat de la recerca biomèdica a Catalunya (i en general, a l'estat espanyol) és molt baix, i caldria reforçar amb polítiques públiques de suport aquesta continuació del procés.

Tot i això, és molt difícil separar els diferents components de la despesa sanitària. Actualment, l'Institut Català de la Salut està fent un esforç per identificar l'impacte sobre la despesa de tota la recerca i la docència que es realitza a la seva institució, i així posar en valor aquestes activitats en la creació de valor afegit a l'economia i com a factor de creixement econòmic. Això pot permetre, també, prendre decisions sobre la prioritització del destí de la despesa pública. La internacionalització d'aquestes activitats i, per tant, també l'increment de les fonts de finançament externes és clau per a la consolidació i justificació d'aquesta inversió.

### **2.3 Assegurar una estructura del sistema i un model de finançament sostenibles**

Cada societat genera uns valors de solidaritat i justícia social diferents que la porten a donar senyals sobre el concepte d'equitat que reclama al seu sistema sanitari. Aquest concepte d'equitat i la seva capacitat econòmica com a país és el que marca la definició de la seva capsa de salut. Cada sistema de salut defineix com repartir la seva capacitat de finançament disponible per al sistema sanitari. En virtut d'això, ha de decidir quin tamany de cadascuna de les dimensions de control de l'accés desitja: cobertura poblacional, cartera de serveis, participació en el finançament.

La primera de les dimensions implica triar entre la cobertura universal (com en el cas espanyol), o permetre que determinats grups quedin fora, bé sigui de forma voluntària (les rendes altes reben desgravació parcial per la contractació d'assegurança sanitària privada substitutiva i perden dret a la cobertura pública), o involuntària (els no cotitzants, per motius de renda o no treball assalariat en queden fora, com era el cas del sistema de seguretat social espanyol).

En relació a la cartera de serveis, sol ser un dels mecanismes habituals per a limitar la despesa en aquells sistemes de cobertura universal. La cartera, a l'estat espanyol, està definida pel Reial Decret 1030/2006, i exclou com a grans grups: la majoria de prestacions odontològiques, els tractaments de balneoteràpia, la cirurgia estètica per raons d'imatge, i alguns grups de medicaments (definites en una altra normativa). En aquest àmbit, el més important és restringir la incorporació de noves prestacions sota criteris, o llistats, de cost-efectivitat preestablerts. En casos com el del Regne Unit, s'ha fixat un cost màxim per any de vida guanyat amb la nova prestació, per sobre de la qual es considera que una prestació no es cost-efectiva, i no s'indica al sistema públic.

Finalment, la participació en el finançament és la més utilitzada en aquells sistemes que han començat finançant parcialment el sistema sanitari i, per tant, mantenen part del finançament individual. Quan l'origen és el contrari, com el cas espanyol, resulta molt difícil implementar el copagament, tot i la garantia que té el ciutadà que aquells fons van al sistema sanitari, a diferència del que passa amb els impostos generalistes.

#### **Potenciar el rol i la capacitat resolutiva del nivell d'atenció primària**

Els usuaris del sistema sanitari públic busquen la resolutivitat del seu problema i per tant, tot i els resultats que es puguin assolir a través de l'educació sanitària, aquests aniran al nivell d'atenció que resolgui el seu problema amb menys temps i molèsties. Es per això que la freqüentació de les urgències hospitalàries en entorns rurals és molt menor que en entorns urbans. I pel mateix motiu cal que s'incrementi el poder de resolució de l'atenció primària, mitjançant més tecnologia diagnòstica, i la seva coordinació amb l'atenció especialitzada. Això pot ajudar a reduir la freqüentació hospitalària i la despesa en estructura i tecnologia més cara.

#### **Sistema de finançament en base poblacional**

L'any 2002, Catalunya va implantar una prova pilot per a un sistema d'assignació de recursos en base poblacional (per càpita) amb l'objectiu d'avançar en el model d'integració assistencial que garantis la continuïtat del procés assistencial. El desenvolupament gradual de l'experiència va permetre que, l'any 2006, la població coberta per proveïdors finançats en base capitativa arribés a uns 3.450.000 habitants.



Aquest sistema potencia un espai de comunicació entre els diferents nivells assistencials que permet millorar no tan sols els resultats en salut, sinó també els resultats econòmics per la reducció de duplicitats (en proves diagnòstiques i tractaments terapèutics). El sistema permet reduir l'estructura instal·lada per un major coneixement mutu dels dispositius de diferents nivells assistencials, i per la possibilitat per part de l'asseguradora (Servei Català de la Salut) de transferir riscos (i incentius) compartits entre els proveïdors (prescripció induïda del metge especialista cap al de primària, despeses derivades de malalts crònics descompensats, nivell de promoció i prevenció de la salut al territori, etc.).

En el cas català, l'experiència ha aportat millores significatives en la coordinació entre nivells, i un efecte substitutiu entre nivells, frenant les urgències hospitalàries, i contenint la freqüentació, el consum farmacèutic, i altres prestacions.

### **Sistema d'incentius als professionals sanitaris**

El sector sanitari ha estat especialment intens en la introducció d'incentius salarials a la qualitat i l'eficiència (carrera professional i direcció per objectius o DPO).

Des de l'any 2003, els metges d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut tenen un sistema de retribució variable per compliment d'objectius (DPO). Aquest sistema es basa en la definició d'objectius i l'avaluació continuada del seu compliment, i busca que cada professional orienti la seva activitat als objectius estratègics de la organització. Els resultats obtinguts mostren nivells molt alts (entre el 60% i el 90%) incloent un 77% de compliment pressupostari, i un 67% dels objectius de prescripció farmacèutica. També els metges dels hospitals de l'ICS tenen un sistema de DPO, en aquest cas als objectius d'activitat, i s'hi afegeixen objectius de qualitat, innovació organitzativa, i reducció de despeses. En relació a aquest últim objectiu, des de la seva implementació s'ha aconseguit reduir al voltant d'un 10% la compra de productes intermedis, suposant un estalvi de despesa sobre el 3%.

També la xarxa concertada utilitza els sistemes de DPO i altres sistemes de valoració professional. De fet, l'últim conveni de l'any 2006 va potenciar aquests mecanismes i pretén estendre'ls a altres professionals sanitaris, en especial la infermeria.

Finalment, cal dir que la majoria de centres de la xarxa concertada tenen incentius pels directius. En gairebé tots els casos una part d'aquests objectius està relacionada amb els resultats econòmics. Aquest és un senyal més de la proximitat dels centres concertats al model empresarial del sector privat que permet introduir incentius a l'eficiència.

### **3. Conclusions**

Algunes idees força com a conclusió d'aquest article es sintetitzen en les propostes següents:

- Les polítiques públiques de l'Estat del Benestar han de contribuir, com la resta, a la contenció de la despesa pública per a fer front a la part de la caiguda dels ingressos que el deute públic no pugui mantenir.
- Les mesures correctores no poden ser tan sols financeres com, per exemple, ajornant pagaments a proveïdors, per l'efecte multiplicador sobre una economia en crisi que això genera.

- A curt termini, la major contenció s'ha de centrar en la reducció del consum de productes sanitaris, especialment en aquells d'origen multinacional i especialment en aquells de baixa relació cost-efectivitat.
- A curt termini, en cas d'haver de prioritzar, cal centrar els esforços de manteniment del temps en llista d'espera en aquelles patologies amb un major risc vital (diagnòstic precoç del càncer,) i en aquells tractaments amb una relació cost-efectivitat més alta, com pot ser el control de les malalties cròniques.
- El sector salut, com la majoria del sector serveis, dedica al voltant del 70% de la seva despesa als recursos humans. Per tant, la mesura a curt termini amb major impacte serà sempre aquella que tingui en compte aquest component. Els professionals sanitaris han recuperat als últims convenis i acords (en el cas de l'ICS) la posició adquisitiva relativa que els pertocava; és per això que ara estan en una bona posició relativa per tal de contribuir a la supervivència financera de les organitzacions proveïdores. D'altra banda, el model productiu de l'assistència a l'estat espanyol està basat en una utilització intensiva dels metges, molt per sobre del de la resta de països europeus. El canvi en aquest model productiu ha de permetre no tan sols adequar els recursos a les necessitats assistencials, sinó també reduir la despesa sanitària.
- L'evidència mostra que la introducció de copagaments per sota del 25% del cost té una elasticitat sobre la despesa sanitària significatiu i que, a curt termini, l'impacte és important. Els sostres de copagament anual poden garantir un baix impacte sobre l'equitat. L'actual copagament del 0% dels pensionistes és inequitatiu. Per tant, cal introduir un copagament a aquest col·lectiu, que pot ser menor que el dels actius, amb un sostre anual i descomptat de les pensions, a partir d'un determinat llindar, tot i tenint en compte les rendes del patrimoni i evitant, així, impactes sobre les rendes mitges baixes i baixes. La nova agència tributària catalana hi pot jugar un paper important.
- A nivell conjuntural, a l'article s'han recollit diferents mesures que poden tenir un impacte en la contenció de la despesa sanitària (coparticipació financera de l'usuari, contenció de la cobertura de prestacions de baixa relació cost-efectivitat, corresponsabilitat de proveïdors i professionals, i valorització de les activitats no directament assistencials, com la recerca i la docència). Catalunya té un gran marge de temps fins que no assoleixi el nivell de despesa d'altres països (+1% del PIB, o uns 300 euros addicionals per càpita). No obstant, caldrà aprofitar aquest temps per a implementar les mesures anteriorment citades o bé per a anar decidint com a societat quina de les dimensions de la despesa volem limitar.

## Bibliografia

- Argenté, M. (2007). Una revisión de las medidas de racionalización del gasto sanitario público aplicadas en Catalunya. *Presupuesto y Gasto Público* 49/2007: 163-177. Instituto de Estudios Fiscales.
- Asociación de Economía de la Salud, *Aportacions al diagnòstic sobre el SNS espanyol per a un Pacte per la Sanitat* (2008)
- Bandrés Moliné, E., *Tendències actuals de la despesa sanitària a Espanya*. Universitat de Saragossa (2006).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2008). Barómetro del Sistema Sanitario. CIS.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2009). Memòria d'Entitats d'Assegurança Lliure. Barcelona.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", OECD Health Working Papers, No. 9, OECD publishing, © OECD. doi:10.1787/865047648066
- FEDEA-McKinsey, *Impulsar un canvi possible en el sistema sanitari* (2009)  
[Disponible a: [www.cambioposible.es/sanidad](http://www.cambioposible.es/sanidad)]
- Finkelstein, EA, Fiebelkorn, IC, Wang, G. State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research* 2004;12(1):18–24.
- González López-Valcárcel, B. *Què sabem de l'impacte dels copagaments en atenció sanitària sobre la salut?* A Puig-Junoy, J. (coord.), *La corresponsabilitat individual en el finançament públic de l'atenció sanitària*. Informes FRC Núm.1. Fundació Rafael Campalans (2007)
- Guillem López. Co-payments in European Health Care Systems: the Spanish Approach. Paris. Mimeo.
- Ministeri de Sanitat i Consum i Ministeri d'Economia i Hisenda. *Segon Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària*. Institut d'Estudis Fiscals (2007).
- Ministeri de Sanitat i Consum, *Avanç de les dades 2002-2007 de l'Estadística de la Despesa Sanitària* (2009).
- Newhouse JP. Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*. 1992;6:3:3-21.
- Newhouse JP. An iconoclastic view of health cost containment. *Health Affairs*. 1993;12 Supplement:152-171.
- OCDE Health Data (2009). OECD. Paris.
- Puig-Junoy, J., *Tensions actuals i futures sobre el benestar sanitari. A la recerca del necessari equilibri entre el desitjable i el sostenible*. Papers de la Fundació/148. Fundació Rafael Campalans (2007).
- Rodríguez, M. *Els copagaments en atenció mèdica i el seu impacte sobre la utilització, la despesa i l'equitat*. A Puig-Junoy, J. (coord.), *La corresponsabilitat individual en el finançament públic de l'atenció sanitària*. Informes FRC Núm.1. Fundació Rafael Campalans (2007)
- Tur Prats, A. i Planas Miret, I., *Un panorama de la contribució financera de l'usuari sanitari a Europa*. A Puig-Junoy, J. (coord.), *La corresponsabilitat individual en el finançament públic de l'atenció sanitària*. Informes FRC Núm.1. Fundació Rafael Campalans (2007)