



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



**Health Policy Papers Collection
2025 – 3**

**MUFACE A LA CRUÏLLA I L'APARICIÓ DE NOVES DESIGUALTATS EN
SALUT**

Guillem Lopez i Casasnovas

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra (UPF)

The Health Policy Papers Collection includes a range of articles on Health Economics and Health Policy carried out and selected by researchers from the Centre for Research in Health and Economics of the Pompeu Fabra University (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Enero 2025

MUFACE A LA CRUÏLLA I L'APARICIÓ DE NOVES DESIGUALTATS EN SALUT

Guillem Lopez i Casasnovas

Catedràtic d'Economia a la Universitat Pompeu Fabra (UPF), director del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) i membre de la Barcelona School of Economics

MUFACE

Escric aquest text al tercer assalt (licitació) d'un combat que fa temps que dura, sense saber si un dels contrincants tirarà la tovalla o si buscarà allargar els *rounds*, tot esperant guanyar per punts (increment futur de primes ofertes, i reemborsament de pèrdues del passat). No tinc dubtes de les múltiples pressions sobre les asseguradores privades fins ara 'conveniades' per MUFACE que poden estar rebent, a hores d'ara, per part del Ministeri, temorós davant l'amenaça d'una vaga de funcionaris. Pel que sabem de moment, d'entre les asseguradores, DKV, que forma part d'una gran multinacional alemanya, ja ha comunicat sense embuts als seus afiliats que ho deixa; ADESLAS (Mutua Madrileña i la Caixa -sempre la Caixa!...-), amb més 'cromos' a negociar, podria finalment acceptar un nou assalt; i ASISA, com a cooperativa, pot tenir major predisposició a acceptar un nou acord per part dels seus proveïdors i professionals. Aviat se sabrà.

MUFACE és una antigalla, una rèmora de quan els funcionaris estaven mal pagats, no tenien cobertura de seguretat social, i per als qui calia oferir prebendes per integrar-los en un sistema de repartiment. D'aquí que al 'paquet' de les noves cobertures s'oferissin beneficis en espècie; recordeu que també als pensionistes, a falta d'una millor pensió, se'ls dona medicaments gratuïts! D'entre els privilegis, la possibilitat d'optar, sense cost pel mutualista, entre asseguradora pública o privada per a les prestacions sanitàries. Una capacitat que, certament, està fora de l'emparedament constitucional per a la resta d'espanyols. Una prerrogativa defensada ara a capa i espasa pels sindicats de la funció pública, tot i fruit d'unes condicions retributives i d'estabilitat que ja voldrien tenir molts altres treballadors.

A l'Estat, el Conveni de MUFACE li ha anat bé, ja que amb l'elecció majoritària a favor de la prestació privada s'estalvia la diferència entre la prima pagada a les asseguradores i el major cost del sistema públic. A canvi, ha mantingut una regulació molt laxa, deixant que les asseguradores privades busquessin la rendibilitat que no donava la prima en els pagaments addicionals per prestacions marginals, més enllà de les *conveniades* (lliure elecció de quadres mèdics, reemborsaments, prestacions addicionals). Alguns afiliats, no molts, voluntàriament han seguit aquesta estratègia. A més, les asseguradores sota conveni han tingut un poder de contractació de serveis privats elevat per mor de volum que els permetia pressionar a la baixa el pagament a proveïdors i professionals, tot i les queixes d'aquests. Quan uns i altres han dit prou a primes no actualitzades i a pagaments deficients als metges, s'ha instal·lat la idea que el sistema no dona més de si. Al sector sanitari privat comencen a veure's cues de 'mufaces', diferenciades de les 'de pagament'. També sembla constatable que a les asseguradores privades que es desenganxaren

del sistema en el seu dia, optant per pòlisses complementàries i no substitutives de la pública, no els ha anat del tot malament, amb una rendibilitat a l'entorn del 6%; especialment a Comunitats benestants. Les pòlisses rendibles són, avui, les modulades per edat, centrades en l'accessibilitat ambulatoria i en proves de diagnòstic que la tecnologia ha anat abaratint (a diferència dels tractaments, els preus dels quals no deixen d'augmentar), tot mantenint un cert *glamour* en els equipaments i un menor temps d'espera que a la pública.

Si es produeix un KO tècnic del sistema MUFACE, ben segur que les corporacions públiques diran que poden acollir aquell milió llarg d'antics beneficiaris privats amb els recursos avui entregats a les asseguradores privades; o, probablement, amb més recursos, que políticament es reclamaran. El problema, al meu entendre, és que el sistema sanitari públic, tal com funciona actualment, pot efectivament 'fagocitar' qualsevol augment de recursos sense que millori massa l'activitat assistencial, ni s'eviti un augment significatiu de les llistes d'espera; tals són conseqüències de la pressió per nous tractaments que rep el sector, i de les queixes d'uns professionals públics 'cremats', amb un malestar fins al moment apaivagat per una regulació laxa de la compatibilització de la pràctica privada. En tot cas, malgrat que s'allargui el sistema amb noves licitacions, davant el *noqueig* a aquesta col·laboració publico-privada, exemple fins ara dels famosos vals (*vouchers*) que tant ens agraden als acadèmics, crec que MUFACE té els dies comptats. L'estructura demogràfica de l'assegurament privat està més envellida que la del públic. Sense poder seleccionar negativament aquells qui suposen un major risc, les asseguradores se la juguen a fer menys atractius els serveis per a certs col·lectius, o a l'accés a grans patologies en el territori. I això té poc futur.

Si el regulador, a més, dificulta l'opció entre assegurament públic o privat, avui massa fàcil i irresponsable, i exigeix el manteniment -si no de per vida, almenys per un grapat d'anys- de la decisió presa, és probable que el mutualista informat vulgui garantir-se la prestació pública. I, si té prou diners, ja pagarà l'assegurança complementària de la qual parlava abans. I amb les proves de diagnòstic a la mà, podrà reclamar tractament públic, com a ciutadà que és. Un tema diferent és la inequitat que pot suposar que, amb un diagnòstic de la privada, un ciutadà pugui accedir directament als tractaments públics, d'acord amb la seva gravetat.

LES NOVES DESIGUALTATS EN SALUT

Anticipant-me al previsible final del sistema de protecció sanitària de funcionaris MUFACE tal com l'hem conegut, marcat per la lliure elecció entre assegurament privat i assegurament general propi de la seguretat social (avui CATSALUT, a casa nostra), voldria identificar l'emergència d'un nou problema que afecta les desigualtats en salut. Es tracta d'un fet ja observat, però que la sortida de funcionaris del *règim MUFACE* cap a l'assegurament públic pot agreujar en gran mesura.

En efecte, és sabut que per diferents raons (carències en el funcionament del sistema públic, major disposició a pagar per guariments de salut en societats més desenvolupades) s'ha anat estenent al nostre país la cobertura privada, complementària de la pública a la qual tots tenim dret com a ciutadans. Les pòlisses complementàries cobreixen ja gairebé el 40% de la ciutadania, i amb la sortida de funcionaris del règim privat és probable que aquest percentatge es vegi

ampliat. De fet, ja fa temps vaig avançar que el fet que cada cop menys asseguradores privades acceptessin 'convenir' sota finançament públic les seves prestacions, substitutives de les generals, n'era un símptoma. I es podria deure al fet que haguessin descobert que era millor negoci la complementarietat, oferint allò que no ofereix el CATSALUT segons l'estàndard desitjat per la població, més que no pas les pòlisses per sobre de la prima pública que, altrament, podien oferir les asseguradores que signaven conveni als seus beneficiaris. Tant és així que, fins i tot, una pujada significativa ara de la prima pagada per la mutualitat pública no ha evitat la seva migració definitiva del Conveni.

Una població, per tant, acostumada a la utilització privada de les prestacions cobertes pública i mutualment, amb cost zero per a les seves butxaques, està ja començant a rebre invitacions a subscriure noves pòlisses independents de les públiques. Es tracta de cobertures parcials d'aquelles coses que són majorment de valoració subjectiva (evitar cues d'ambulatori, rebre serveis de preferència o d'immediatesa davant les angoixes derivades d'estar en llistes d'espera) i que per a les asseguradores tenen marges de rendibilitat més elevats que els tractaments més costosos, medicaments inclosos, amb càrrec a l'assistència pública.

D'aquesta manera, un fet certament incipient pot esdevenir prevalent: ciutadans que porten proves de diagnòstic fetes des de la privada, saltant-se les llistes d'espera públiques corresponents (de la primària a l'especialista, i d'aquest a la prova diagnòstica), per posicionar-se a l'espera de tractament, ara sí, des de l'assistència pública.

Dos temes sorgeixen d'aquesta nova situació, amb cert calat. Fins a quin punt, primer, un pacient pot exigir que totes les proves fetes fora de l'assistència pública siguin incorporades (datades, escanejades) pel metge de la primària, entrant-les a 'La Meva Salut'. Segon, com, des d'un punt de vista ètic, s'ha de valorar el fet de saltar-se la llista d'espera per diagnòstic (sovint la més angoixosa) per entrar a la de tractament. Efectivament, hom pot al·legar que la utilització del dispositiu privat previ al tractament públic ha alleugerit el problema mateix d'accés a l'assistència pública i als tests diagnòstics, alliberant així llista d'espera pública. Un argument similar a aquell que s'escota quan es parla d'introduir deduccions fiscals per la despesa sanitària privada, per mor d'alliberar despesa pública. Sobre aquestes qüestions, un pronunciament al respecte per part dels comitès d'ètica del país estaria bé.

He criticat sovint que la fixació en els copagaments, que no deixen de ser taxes regulades que paguen els usuaris -tal com passa a les universitats- per a un millor finançament públic, hagi negligit altres elements més substantius de les desigualtats socials; aparenta allò de buscar les claus sota el fanal, tot i haver-les perdut en un altre lloc. També he remarcat la indecisió sobre què ha de fer el sistema públic amb aquelles prestacions que són efectives, però inassumibles pel seu elevat cost pels pressupostos públics en cada conjuntura financera; quedant fora de catàleg, suposen un copagament del cent per cent per a l'accés només de qui pugui assumir-ho.

La falta de debat sobre aquests temes pot portar a una erosió desordenada del sistema sanitari, mancat de finançament i en què les parts busquen salvar-se, cadascú, pel seu compte, renunciant a qüestions bàsiques d'una major cohesió social.

Últims títols de la collecció Health Policy Papers

López-Casasnovas, G.; **"Verdades reveladas sobre el gasto público y sanitario"** Health Policy Papers Collection 2025-2_GL

López-Casasnovas, G.; **"Cincuenta años de Economía de la Salud"** Health Policy Papers Collection 2025-1_GL

Fuster Casanovas, A.; **"Impacte de la COVID-19 en la detecció i gestió de la depressió i trastorns de l'estat d'ànim a l'atenció primària de Catalunya: reptes i oportunitats per la transformació digital"** Health Policy Papers Collection 2024-19_AF

Castaño Riera, E.; **"El Relato: IX Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía: competencia, transparencia e innovación en el sector farma"** Health Policy Papers Collection 2024-18_EC

López-Casasnovas, G.; **"El futuro de MUFACE"** Health Policy Papers Collection 2024-17_GL

López-Casasnovas, G.; **"Per què costa tant reformar l'Administració Pública. El cas de la sanitat"** Health Policy Papers Collection 2024-16_GL

López-Casasnovas, G.; **"El valor de l'assessorament en la política sanitària"** Health Policy Papers Collection 2024-15_GL

López-Casasnovas, G.; **"Predir i personalitzar l'assistència sanitària: cost i finançament"** Health Policy Papers Collection 2024-14_GL

López-Casasnovas, G.; **"La transformació social a l'era de la informació: Intel·ligència artificial, economia digital i finançament de la tecno-medicina"** Health Policy Papers Collection 2024- 13_GL

López-Casasnovas, G., Sabater Mezquita, R., Martínez Lacoba, R., Merino Pinto, G.; **"La salut mental a Catalunya. Alguns aspectes econòmics"** Health Policy Papers Collection 2024-12_GL_RS_RM_GM

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

Últims títols de la collecció Policy Papers

López-Casasnovas, G.; **"Una nova via de finançament autonòmic"** Policy Papers Collection 2024- 11_GL

López-Casasnovas, G.; **"Els models basats en les 'necessitats' de despesa"** Policy Papers Collection 2024-10_GL

López-Casasnovas, G.; **"Un vot particular per a una proposta de finançament autonòmic"** Policy Papers Collection 2024-9_GL

<https://www.upf.edu/web/cres/policy-papers>