



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Col·lecció Health Policy Papers

2019 – 11

**ELS REPTES DE FUTUR DEL SECTOR SANITARI.
LA PROVISIÓ PÚBLICA DES DE LA CONCERTACIÓ
SANITÀRIA.**

Guillem López i Casasnovas

Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

La Col·lecció Policy Papers, engloba una sèrie d'articles, en Economia de la Salut i Política Sanitària, realitzats i seleccionats per investigadors del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF) a l'empareda del suport incondicionat per conveni amb l'Obra Social "la Caixa".

"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, Juny 2019

ELS REPTES DE FUTUR DEL SECTOR SANITARI. LA PROVISIÓ PÚBLICA DES DE LA CONCERTACIÓ SANITÀRIA.

Guillem Lopez i Casanovas Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

INTRODUCCIÓ

EL SISTEMA SANITARI CATALÀ I L'ESPANYOL. TRETS DISTINTIUS

El sistema sanitari públic català i espanyol suposa, a CAT, el 5% del PIB català, mentre que és 6% ESP (un 7% a la Unió Europea 15 estats UE15). Pel que fa a la privada les xifres son del 2.2% a CAT i el 1.8% a ESP (el referent UE-15 és del 2.3 % del PIB).

PROVISIÓ PÚBLICA

Per nivells: despesa capítativa (gràfic adjunt), euros per càpita, totals i procedents del finançament autonòmic (FA). A la mitjana CAT/ESP en FA; un 5% superior aproximadament en la total respecte de ESP(recursos públics procedent de corporacions locals i altres). De manera similar per la privada, un 38% per sobre de la despesa capítativa privada mitjana ESP.

Segons participació: En despesa pública un 70% de la despesa total a CAT (78% a ESP), finançada per pressupostos al 94% (un poc per sota que la mitjana ESP) i gestionada per la Generalitat en un 86%.

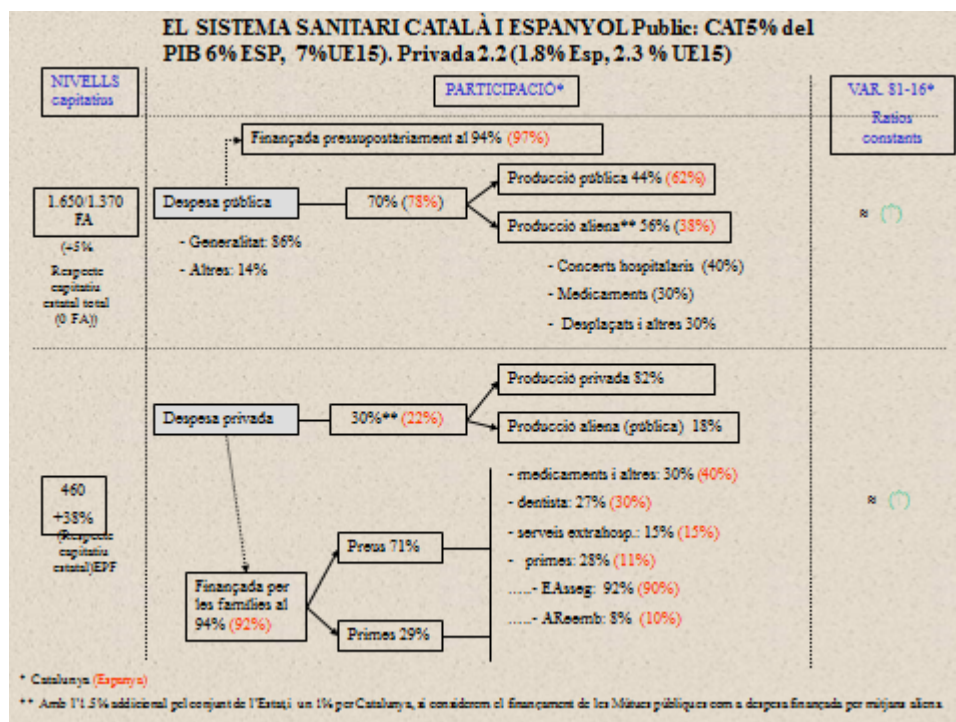
Segons producció: en mitjans propis un 44% (quasi dos terços de la mitjana ESP) essent la resta producció aliena (comptabilitzant aquí els concerts –hospitalaris en particular- i els medicaments comprats amb finançament públic en percentatge 40 i 30% respectivament de la xifra anterior.

En general, l'evolució d'aquest nivell de provisió pública es pot considerar majorment constant.

PROVISIÓ PRIVADA

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

Quadre 1



Font: El.laboració pròpia a través de múltiples informacions amb data 2028 o al seu entorn.

Per a valorar-ne el futur, i més enllà de les qüestions de conjuntura econòmica i financera, hem de tenir en compte algunes coses puntuals: (i) La dificultat del moment, quan el que està naixent és coetani a allò que no acaba de morir; (ii) la necessitat d'afrontar la innovació, repensada fora de la *black box* convencional dels sistemes heretats; (iii) els més que probables temors al canvi, tants reals com interessats, sota una forta contaminació política; (iv) el reconeixement de que cal garantir la solvència del sistema, amb adaptació a les necessitats canviants, més enllà de la sostenibilitat financera (que sempre conté un element més polític i conjuntural); (v) identificar correctament l'empenta que a la despesa sanitària li dona el desenvolupament econòmic i social, amb

impacte en el creixement de despesa sanitària total i en diferent mesura al finançament públic d'acord amb les seves respectives elasticitats; (vi) el mirall que ofereix la comparativa de sistemes en provisió i despesa des d'Espanya a la OCDE, Unió Europea, UE dels 10 o 15 països més desenvolupats o països UE que han optat per un sistema tipus NHS o Servei nacional de salut, i en particular, de Catalunya dintre de l'estat espanyol vist el seu grau de desenvolupament, idiosincràsia i peculiaritats de la seva estructura.

Per altra banda, altres aspectes a tenir en compte són els següents: (i) Cal una decisió primària si el que es vol és millorar el finançament sanitari o ancorar millor la despesa pública, i si el primer es pot obrir i finançament privat en tot cas a racionalitzar i complementar; (ii) repensar el copagament en les dues seves finalitats, ja com a tiquet moderador per a reduir despesa estimada com a innecessària o augmentar ingressos per la mà de l'usuari dels serveis; (iii) en tots els casos, reforçar els operatius; és a dir què, qui i com prioritzar i així ordenar racionalment els serveis des d'uns responsables públics que han 'agencializat' prèvia i consensuadament els procediments, que compten amb professionals 'primàriament centrats' i 'involucrats' al tot assistencial. Tot lo anterior hauria de permetre actuacions macro, meso i micro amb incentius alineats correctament, amb la millora de la governança com a comodí cara a mantenir la brúixola de *l'oikos-nomeia* del sistema sanitari, i així posar en valor la sanitat en el quadre macroeconòmic del país

COMUNS DENOMINADORS

Els principals comuns denominadors de la visió anterior són: 1-Contra la idea que el nou és sempre millor. 2-Creure que si és més car és que ho val. 3-Que més és sempre és millor 4- des del temor de 'malament si fas' (*do*), 'dolent si no fas' (*not do*), a diferents ulls de professional i jutgador. Convé contrastar els anteriors prejudicis reconeixent la rellevància de la confiança personal en els guariments de la salut, a 'dir' (aconsellar) més que a 'fer' directament. Es tracta d'una mena de funció de intermediaris o *brokers* del sistema de salut, en professionals que mantenen el seu valor amb els anys . Finalment tal com hem dit cal emfasitzar la importància de la solvència estructural del sistema per sobre de la sostenibilitat financera conjuntural, i entendre la gestió de la utilització en serveis universalistes, en clau de progressivitat social. S'han de solucionar els problemes de salut dels ciutadans a través d'un sistema sanitari financerament sostenible. Per fer això, hem de tenir en compte alguns conceptes bàsics: *oikos nomeia* com a referent de guies, normes o criteris per a manejar allò més propi, essent eficient -mostrant satisfacció

amb el que es fa- amb uns costos de oportunitat raonables on se identifica correctament allò eludible i ineludible, en gestió (en referència als costos /beneficis marginals).

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

REPASSEM UNA MICA DE TEORÍA

Alternatives d'estructuració dels serveis a la vista de com s'organitza la demanda (files) i com l'oferta (columnes). A cada cel.la de combinació es caracteritza la situació de funcionament amb la que la provisió opera, i a sota les possibilitats de reforma potencial. La concertació es concreta en la columna lateral dreta.

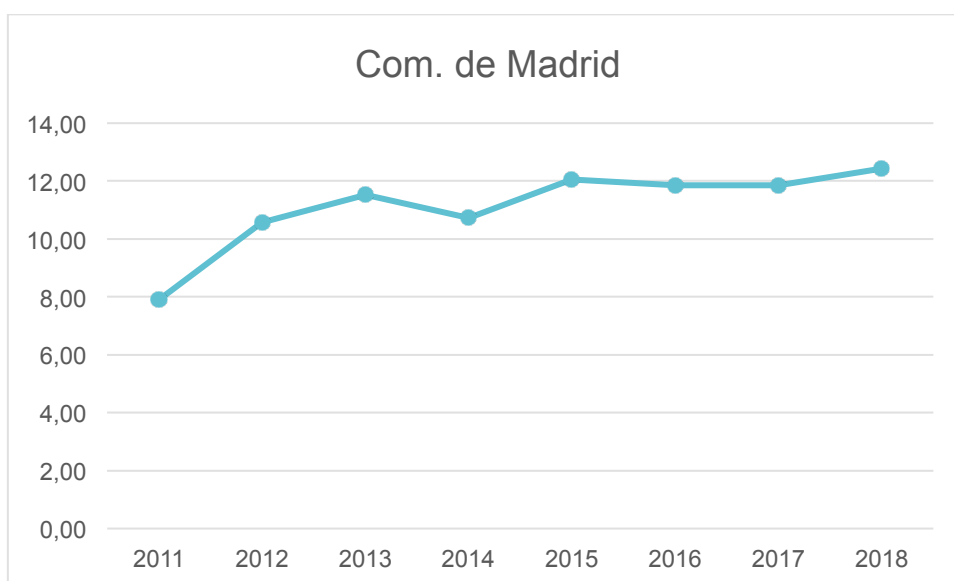
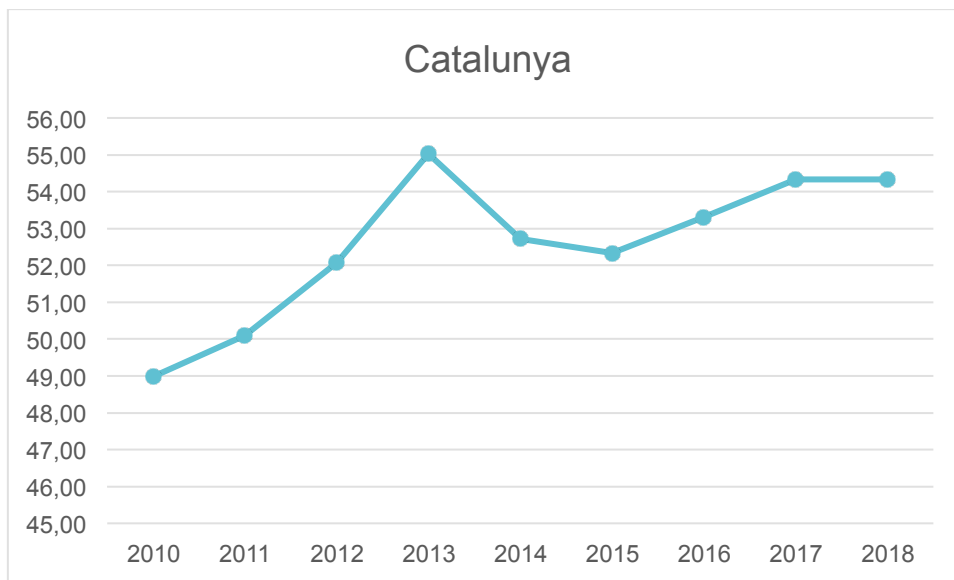
Quadre 2. Provisió i producció de serveis públics

| <i>Qui proveeix el servei (decideix, responsabilitza i finança)</i> | <i>Qui produeix el servei</i> | |
|---|---|--|
| | <i>La institució pública exclusivament</i> | <i>La institució pública i privada</i> |
| <i>Per decisió directa de l'autoritat pública</i> | Provisió i producció pública | Provisió pública amb producció pública i privada |
| Caracterització | Model burocràtic Jerarquia Centres de cost Pressupostos globals Autoritat "Lleialtat" | Competència simulada dirigida Establiment de franquícies Finançament segons activitat Restriccions d'entrada Impugnabilitat limitada Poder de mercat |
| Possibilitats de reforma | Avaluació per comparació (tornejos, <i>benchmarking</i>) | Licitacions obertes Contractes de base pressupostària |
| <i>Indirectament com a conseqüència de l'elecció de l'usuari</i> | Model de competència pública | Competència simulada dirigida descentralitzada |
| Caracterització | Mercat restringit Finançament segons elecció "Veu" (vals limitats als productors públics) | Mercat regulat Finançament segueix a l'elecció "Veu" i "Sortida -Exit" Restriccions d'entrada: acreditació |
| Possibilitats de reforma | Introducció d'elements contributius (<i>bonus/malus</i> o pagaments complementaris) | Introducció d'elements contributius, complementaris, substitutius i alternatius |

Font: G. López-Casasnovas (Gestió Publica. Ariel 1995)

QUÈ DIUEN LES DADES

De la informació disponible (IDIS, 2019) s'ha calculat el pes de la concertació sanitària per tots els conceptes (no només l'assistencial o la hospitalària sola) dintre del total de la despesa sanitària pública per a testar la hipòtesi primer, (i) si la tendència era o no creixent en el temps; (ii) si la major concertació es reflectia en una major o menor despesa sanitària pública per càpita, i (iii) si la concertació recollia una preferència més pròpia de CC.AA. de renda alta, sota el supòsit que la flexibilitat o l'elecció de proveïdor era una mena de bé de luxe.



Els resultats mostren (i) una certa diversitat, amb nivells molt baixos excepte en el cas de Catalunya, amb xifres als voltants del 50% pel conjunt de modalitats i en una menor escala a Madrid (12%). (ii) La tendència és creixent a Múrcia a Aragó, Comunitat Valenciana i Madrid. (iii) La correlació simple entre el pes de la concertació i la despesa pública total per càpita mostra un signe negatiu (hipòtesi d'estalvi de costos) que es manté per els vuit anys analitzats, però sense significativitat estadística per estendre el resultat fora de la mostra analitzada. (iv) De manera similar pel que fa a la significativitat estadística en el cas de pes de la concertació i el PIB per càpita. El signe és positiu com podríem esperar però no estadísticament significatiu.

UNA PRIMERA APROXIMACIÓ ECONOMÈTRICA

Enlloc d'analitzar les correlacions com hem fet a l'apartat anterior, any a any hem procedit a compondre les observacions en panell i estimar un model d'efectes fixes en el que la variable dependent és la despesa sanitària pública per càpita sota el supòsit que aquest s'associa en positiu a un major PIB per càpita i negativament (hipòtesi de major eficiència en costos unitaris per hora treballada i per les condicions laborals de la plantilla), per aquelles CC.AA. que tenen una quota major en despesa de concertació.

Efectivament, tot i la cautela que provoca a l'estimació la presència de Catalunya i Madrid, els dos grans *outliers* de la mostra, els signes són clars i estadísticament significatius als intervals convencionals de confiança en tots els casos.

model.fixed effects

```
plm(GPS.pc ~ Gasto.concertado.publico% + PIB.pc, data=despesa.sanitat,
index=c("CA.Variables"), model="within")
```

summary of the oneway (individual) effect Within Model

```
plm(formula = GPS.pc ~ Gasto.concertado.publico + PIB.pc, data = despesa.sanitat,
model = "within", index = c("CA.Variables"))
```

Unbalanced Panel: n = 17, T = 3-9, N = 138

Residuals:

| <i>Min.</i> | <i>1st Qu.</i> | <i>Median</i> | <i>3rd Qu.</i> | <i>Max.</i> |
|-------------|----------------|---------------|----------------|-------------|
| -118.2273 | -32.5194 | 3.8772 | 33.1585 | 224.6847 |

Coefficients:

| | <i>Estimate</i> | <i>Std. Error</i> | <i>t-value</i> | <i>Pr(> t)</i> |
|---|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------------|
| <i>Gasto.concertada publica (%)</i> | -32.6539545 | 5.901731 | -5.5329 | 1.901e-07 *** |
| <i>PIB.pc</i> | 0.0457777 | 0.0038253 | 11.9672 | 2.2e-16 *** |
| <i>Total Sum of Squares:</i> | 889220 | <i>Residual Sum of Squares:</i> | 369830 | <i>R-Squared:</i> 0.5841 |
| <i>Adj. R-Squared: 0.52119 F-statistic: 83.5621 on 2 and 119 DF, p-value: < 2.22e-16</i> | | | | |

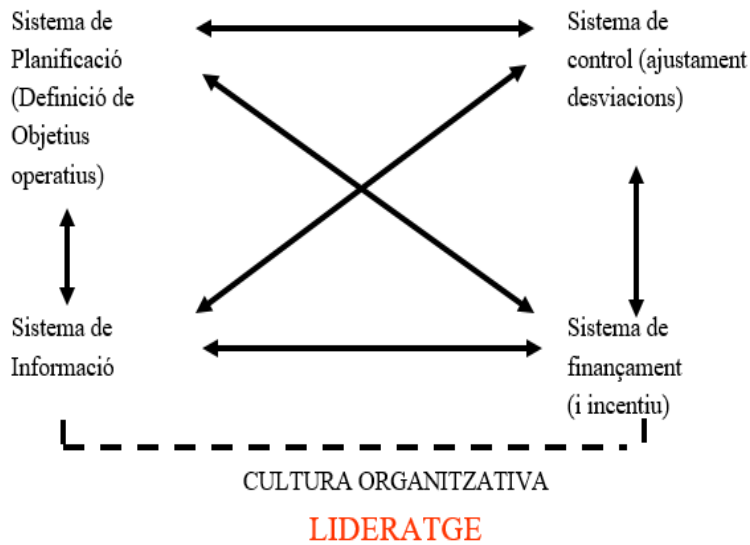
ACORDS I DESACORDS GESTIÓ PÚBLICA-GESTIÓ PRIVADA

Fetes les salvetats anteriors, existeixen un conjunt de similituds i diferències entre les diferents maneres de gestionar en el binomi públic-privat. Així, en gestió estratègica privada ('for profit'), sovint es tracta d'explotar avantatges competitius a partir de satisfer la demanda com a una mena de necessitat revelada. Fora d'aquella motivació cal precisar si no és amb ànim de lucre 'something else' ha de ser-ne motivació. Notem a més que el Marketing el que permet és fer aflorar demanda mentre que en la gestió privada a vegades el 'Demarketing' el que intenta es desaccelerar la demanda pel que sigui de innecessària i àdhuc iatrogènica. Això força a les innovacions de gestió pública mantenir un equilibri de interessos (col·lectius/individuals) en la seqüència que es mou entre lo necessari/eficaç/efectiu/eficient/responsabilitat individual (i en aquesta última opció sense el 'bon samarità que seguint la regla del 'rescat' trenqui l'anterior arbre de decisió de polítiques.

Fetes les precisions anteriors, cal estructurar les organitzacions a partir dels seus sistemes de planificació, informació, control i finançament. El gràfic adjunt incorpora el missatge que l'estructura organitzativa està ben fundada si interrelaciona els anteriors sistemes de modus incentiu-compatible.

Gràfic 1

DISENY ESTRATEGIC DE LES ORGANITZACIONS (HAX, MAJLUF)



L'ESTIGMA DE LA PRIVATITZACIÓ

Moltes de les reformes de les organitzacions públiques sembla invalidar-se des de l'amenaça de la privatització. Què vol dir però privatitzar un servei públic?. Des del teorema de Rothschild- Stiglitz. Aquesta no és altra que permetre el *opting out*. Es clar que aquest límit no el sobrepassa cap de les anteriors alternatives. En tot cas, el clam de la privatització s'envolta d'arguments relatius a l'interès social, públic (administratiu), ciutadà, del pacient i/o del professional. Això genera confusions, com la que assenyala Nicholas Barr, entre els treballadors de l'estat de benestar i el benestar dels treballadors de l'Estat. O Beatriz Gonzalez quan afirma que 'el finançament públic avui redistribueix recursos no tant entre rics i pobres com, sobre tot, ho fa entre la resta de la societat envers als professionals públics'. O finalment, quan Vicente Ortun denuncia 'On si no es pot trobar més privatització que en les places en "propietat" del personal estatutari'?

L'EXCEDENT

I és que excedent n'hi ha sempre en tota activitat econòmica. La qüestió és qui i com s'apropia d'aquest excedent i en raó de què. En la mesura que se li dona transparència, la visualització genera anticossos i reaccions no sempre racionals tal com ha remarcat

Joseph Stiglitz en el seu pas pel consell assessor del president Clinton. En tot cas transparentar ha de permetre conèixer, així regular, avaluar, controlar en el seu cas i aprendre.

PROVISIÓ PÚBLICA EN ESPÈCIE, AMB PRODUCCIÓ PÚBLICA O CONCERTADA

CONTRACTAR EXTERNAMENT O PRODUIR (CAPÍTOL II VS. CAPÍTOL I)

A la decisió de integrar o externalitzar cal recordar que produir requereix sempre d'una política de personal, de rendes, de plantilles, de incentius... I una política de compres de inputs. Per altra banda, concertar permet més autonomia per al finançador, però amb més costos de transacció associats a la contractació. En general, convé la concertació quan els actius afectats no son específics a la raó de ser de la organització, hom compta amb un mercat proveïdor estable, es reconeixen costos de transacció baixos, i sense oportunisme pre o post contractual que contamina els acords.

LES TARIFES I ELS SERVEIS:

Els preus per l'activitat concertada son intrínsecs a les formes de concertació, essent els seus pretesos referents el cost de la provisió. Per aquest exercici no es senzill passa de cost a preu sense comptabilitat de costos ni informació suficient. Requereix a més acceptar que els preus han de ser dinàmics davant de situacions canviants, essent guia els costos d'oportunitat variables en situació de infra o de sobre-utilització. La perspectiva del proveïdor sol ser en aquest sentit diferent a la del finançador, marcada en aquest darrer cas per la diferència entre cost marginal i cost mig i en general la del que els pressupostos poden suportar a partir de marcs legals i financers estables.

ALGORITMES DE DECISIÓ

Els algoritmes de decisió conseqüents amb les estructures d'organització poden ser *normatius* (s'ha de fer així ja des de categories establertes o intuïcions personals o reputacionals) o *empírics*. Per als primers, el paper de la propietat i/o la pressió per l'eficiència son remarcables, i és més rellevant si la motivació intrínseca compta poc o el capital humà pesa menys. Notem que a vegades identifiquem una concertació quan es tracta en realitat d'una franquícia (es manté la jerarquia interna del franquiciador). En tot cas, per a valorar la concertació en competència no es poden obviar les possibles conseqüències: Així, un *tendering* limitat en el curt termini, un mercat poc 'contestable', l'existència de protecció corporativa contra la 'impugnabilitat'. Aquesta protecció permet en tot cas menys oportunisme quan la reputació importa

En aquestes decisions, l'especificitat de l'actiu compta i molt: Rellevància, externalitats econòmiques i socials juguen de manera diferent, per exemple, en el binomi Educació o Salut, tal com és fàcil constatar.

Finalment, remarquem que sovint els costos de transacció i de seguiment dels contractes depenen de la complexitat de l'actiu, però son aminorables si es permeten graus d'elecció en camps admissibles que no qüestionin aquella especificitat.

Els algorismes empírics (sense RCTs o assajos aleatoris controlats), requereixen benchmarkings amb comparacions contextuals força complexes, tal com s'opera des dels nomenats 'controls sintètics', dobles diferències i *matchings*). Els criteris no son però resolubles genèricament, ni per estudis simples –per exemple de costos relatius, especialment quan tes tasques concertades exigeixen tant pro activitat com son de naturalesa reactives.

L'avaluació conseqüent resta així diferenciada segons existeixi presència o no de alternativa de producció pública, i els condicionants derivats de la regulació d'acompanyament (restriccions).

L'INTERFAÇ PRODUCCIÓ PÚBLICA PRÒPIA/CONCERTADA

Per a finalitzar i en resum, es mantenen com a consideracions subjacents a aquest debat: 1-El valor que la societat vulgui atorgar a la diversitat; 2- en quina mesura aquesta manera d'entendre la flexibilització (amb la concertació) evita una dialització més radical 'públic' contra 'privat'; 3- com es formulin les diferents estratègies segons la posició que es doni a l'interfaç públic/privat ja sigui alternativa, complementaria o substitutiva; i 4- els marges de gestió privada admissibles en un sistema públic, i que acabin marcant així els límits de la concertació.

Darrers Títols de la Col·lecció Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-10_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; "**Physical activity and mental health: a systematic review**". Col·lecció Health Policy Papers 2019-09_HH_LM_MH_MS.

López-Casasnovas, G; "**Los CAR-Ts Como síntoma**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-08_GL.

López-Casasnovas, G; "**La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-07_GL.

López-Casasnovas, G. "**Futuribles per al nostre sistema de salut**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-06_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futuro de la formación y la investigación en economía de la salud**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-05_GL.

López-Casasnovas, G. "**El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-04_GL.

López-Casasnovas, G. "**Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-03_GL.

López-Casasnovas, G. "**Nous reptes per a la gestió pública**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-02_GL.

López-Casasnovas, G. "**A vueltas con los umbrales de coste efectividad**" Col·lecció Health Policy Papers 2019-01_GL.

López-Casasnovas, G. "**Envejecimiento y bienestar. Macroeconomía y programas de acompañamiento: pensiones salud y dependencia. Retos: la sostenibilidad financiera**" Col·lecció Health Policy Papers 2018-11_GL.

López-Casasnovas, G. "**El medicamento: ¿Vale lo que cuesta? ¿Cuesta lo que vale?**" Col·lecció Health Policy Papers 2018-10_GL.

López-Casasnovas, G. "**Aproximació a l'atenció primària des de la perspectiva de l'economia de la salut per apalancaments positius i per evitar frustracions**" Col·lecció Health Policy Papers 2018-09_GL.

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

