

És sostenible el model sanitari a Catalunya?

VICENTE ORTÚN I JAUME PUIG-JUNOY

Universitat Pompeu Fabra
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

ABSTRACT

The analysis of health systems sustainability goes far beyond the mere computation of the financial resources that would be required in the coming years. The article starts pinpointing the strong and weak aspects of the Catalan Health System, both regarding inputs and outcomes. Secondly, since more health care is not always better health, the conditions for the desirability of the health system growth, from a social welfare point of view, are stated. Finally, in the third part, the requirements for financial sustainability in Catalonia are discussed and the available alternatives for the improvement of public financing (more output with the same resources; more output with more resources; establishment of priorities and efficiency improvements) are explained. Among these alternatives, the authors focus especially on the reform of the method of financing the Regional Authority and on the reform of the present cost-sharing mechanisms.

La situació actual del sistema sanitari a Catalunya, com la de bona part dels sistemes sanitaris europeus basats en l'accés universal i en el finançament majoritari mitjançant impostos, no solament es caracteritza per la preocupació pel seu cost creixent, en tant que despesa pública. La sanitat catalana ha de donar resposta també a: una població que disposa cada vegada de més informació i que és més exigent quant a la qualitat dels serveis; uns professionals sanitaris que s'enfronten a una allau de nous procediments diagnòstics i terapèutics cada vegada més cars amb escasses eines de gestió i d'avaluació; i uns dubtes creixents sobre l'adequació dels serveis que es presten i sobre la seva pròpia organització.

En aquest article, i abans de parlar de sostenibilitat pròpiament dita, es revisarà el que és fins i tot previ i més important: la desitjabilitat de més recursos per a la sanitat una vegada revisades les llums i ombres més destacades del sistema sanitari a Catalunya. La sostenibilitat s'abordarà en dues etapes: una de compartida amb la resta d'Espanya —i en general amb països amb un cert desenvolupament de l'estat del benestar— i una altra d'específica en relació amb la situació autonòmica.

LLUMS I OMBRES DEL SISTEMA SANITARI A CATALUNYA

Els resultats i el nivell d'eficiència aparent del sistema sanitari a Catalunya són més aviat elevats, si bé això s'ha aconseguit fent virtut de la necessitat: es produeix a costa d'un cert grau de frustració o demanda insatisfeta en les aspiracions de serveis sanitaris d'una societat amb el nivell de renda de la catalana, i per la força de la quasi prohibició estatal de la diferenciació autonòmica en els nivells de despesa per càpita (Puig-Junoy, 2003).

Els resultats globals del sistema sanitari català són aparentment bastant bons ja que presenten uns indicadors tradicionals d'estat de salut que se situen entre els millors dels països occidentals. En l'informe de l'Organització Mundial de la Salut de l'any 2000 (OMS, 2000), el sistema sanitari espanyol ocupa un dels primers llocs, entre el número 3 i el número 8, en el rànquing d'eficiència dels sistemes sanitaris de 191 països en els anys 1993-97 (Evans

et al, 2001). Si bé el mètode emprat per l'OMS per fer aquesta ordenació dels països resulta bastant poc fiable, no seria pas arriscat afirmar que el sistema sanitari català se situaria fins i tot en una posició encara lleugerament millor que l'espanyola i, per tant, en els primers llocs del rànquing.

L'any 2001, l'esperança de vida de la població catalana en néixer era de 80,09 anys, i de 23,39 anys a l'edat de 60 anys. L'esperança de vida catalana en néixer només es troba lleugerament superada, entre els països de l'OCDE, per Islàndia, el Japó, i Suïssa (OCDE, 2004). Un indicador una mica més acurat com és l'esperança de vida lliure d'incapacitat situa Catalunya en valors equivalents a la mitjana espanyola, malgrat una esperança de vida superior, a causa d'una major presència de població amb discapacitats: el 1999, la proporció de població entre 6 i 64 anys amb alguna discapacitat a Catalunya és un 4,9% superior a la de la resta de l'Estat.

La mortalitat infantil presenta també una tendència positiva i és notablement inferior a la mitjana espanyola. El nombre de nascuts vius morts per 1000 nascuts vius a Catalunya s'ha reduït de 10,3 el 1980 fins a 3,20 el 2001, mentre que a Espanya en aquest darrer any va ser de 4,10, un 28% superior. Quant a la mortalitat perinatal (morts fetals després de la vint-i-vuitena setmana de gestació i també morts neonatals produïdes durant la primera setmana de vida com a percentatge del total de nascuts vius), millor indicador de l'impacte dels serveis sanitaris, la situació catalana també és força favorable: s'ha reduït des de 8,8 el 1985 fins a 4,5 el 2001, i s'ha situat en nivells molt semblants a les xifres espanyoles. La comparació internacional en mortalitat perinatal també resulta molt favorable per a Catalunya: dins l'OCDE, només Finlàndia i la República Txeca presenten una taxa de mortalitat perinatal inferior a la catalana.

Les diferències de Catalunya amb Espanya pel que fa als factors determinants i als problemes de salut són més aviat petites i el que es dirà a continuació és aplicable també a Catalunya. En el si de l'OCDE, Espanya ocupa les següents posicions segons els estudis més recents (Conference Board of Canada, 2004):

- 2^a posició en estat de salut (mortalitat infantil, esperança de vida, esperança de vida lliure de discapacitat, salut percebuda...),
- 3^a posició en indicadors particulars de l'estat de salut (mortalitat per ictus, infart agut de miocardi, càncer de pulmó...),
- 17^a posició en factors de risc aliens al sistema sanitari: elevats índexs de massa corporal, de consum de tabac i alcohol, d'accidents de circulació...,
- 21^a posició en innovació. Per exemple, Espanya inverteix l'1,4% del seu PNB en tecnologia de la informació mentre que la mitjana de la Unió Europea (15 països) és del 2,04%.

Entre les ombres, convé esmentar que en general a Espanya la política sanitària ha estat un joc de suma zero (escó que un perd, escó que un altre guanya), la qual cosa ha dificultat que s'arribés a un «Pacte de Toledo» sanitari malgrat el consens existent, a grans trets, sobre la necessitat de:

- Promoure una certa competència per comparació entre centres sanitaris, sense necessitat d'establir un mercat.
- Millorar la transparència dels processos decisoris i fer públiques les informacions existents, tipus conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària, o central de balanços.
- Evolucionar cap a formes d'atenció més integrades entre els esglaons primari, especialitzat, mental, sociosanitari i social per tal de millorar l'abordatge de les malalties cròniques.
- Invertir en tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), particularment aptes per a un sector que gestiona essencialment informació. Les TCI poden disminuir errades, facilitar la coordinació, sostenir algorismes de decisió clínica i programes de gestió de malalties i permetre informar al pacient per tal de facilitar les seves decisions.

— Flexibilitzar les formes de gestió amb totes les dificultats que representa no tant el Dret Administratiu com els interessos corporatius que entenen que la defensa de l'estat del benestar passa per millorar el benestar dels qui treballen per a l'Estat.

DESITJABILITAT DEL SISTEMA SANITARI

Els serveis sanitaris han d'analitzar-se segons la seva contribució a la salut i al benestar de les persones i poblacions. La dificultat és precisar quina part de les millores són atribuïbles als serveis sanitaris i quina part a d'altres factors com ara estils de vida, entorn o millores socioeconòmiques. Els estudis disponibles (Cutler, 2004; Ortún *et al.*, 2004) mostren una clara contribució positiva, en mitjana, de les intervencions sanitàries a la salut de la població, especialment durant les últimes cinc dècades als Estats Units (les tres últimes a Espanya). Aquesta contribució és clarament més positiva per a algunes malalties (cardiovasculars) que per a d'altres (càncers).

Les prestacions sanitàries són desitjables sempre que els beneficis superin els costos socials. Hi ha tres tipus de beneficis de les prestacions sanitàries:

1) El valor que la millora té en la quantitat i qualitat de vida de l'individu afectat. Aquest és el benefici primari i més important.

2) L'impacte dels canvis en l'estat de salut en la situació financera d'altres persones de la societat. Externalitat positiva si un millor tractament de la depressió reintegra abans una persona a la seva feina. Externalitat negativa si la millora en supervivència origina més despeses.

3) L'impacte dels canvis en l'estat de salut en la salut dels altres. Impacte positiu quan en vacunar-se es contribueix a la immunitat comunitària. Impacte negatiu quan es contribueix —amb un antibiòtic per una infecció viral— a pujar les ja destacades resistències bacterianes.

Les dades disponibles indiquen que, en mitjana, la despesa sanitària queda compensada pel valor de la quantitat i qualitat de vida guanyada (Tunstal-Pedoe *et al.*, 2000; Cutler, 2004).

La valoració de la quantitat i qualitat de vida guanyada a través de la disposició a pagar permet afirmar que, des de 1950, als Estats Units, cada dòlar gastat en intervencions sanitàries n'ha produït 4. Cada dòlar emprat en canvis saludables en estils de vida n'ha produït 30.

Allò que, de mitjana, la despesa sanitària hagi contribuït clarament al benestar social és totalment compatible amb:

1. Que la despesa addicional en sanitat sovint no aportï res. Pensem que, a mesura que s'amplia la taxa d'utilització d'un procediment, la seva efectivitat marginal va disminuint.

2. La presència d'una escletxa enorme entre el que s'està aconseguint amb els recursos i tecnologia a l'abast i el que es podria aconseguir amb aquests recursos. En terminologia econòmica parlariem d'una realitat allunyada de la frontera de possibilitats de producció. En terminologia sanitària, d'un abisme de qualitat entre efectivitat i eficàcia (IOM, 2000; Ortún, 2003). Aquesta escletxa és originada per tres factors:

— Subutilització quan els recursos s'empren de forma subòptima. Persones que es podrien beneficiar no ho fan (trombolítics o administració d'àcid acetilsalílic en pacients amb infart agut de miocardi).

— Sobreutilització quan resulta perjudicial (una endarterectomia de caròtida que provoqués més ictus que no pas n'evités).

— Mala utilització o utilització inadequada, que inclou les actuacions iatrogèniques i les errades (administració de lidocaina en l'infart agut de miocardi contra l'evidència que la descarta).

SOSTENIBILITAT DEL SISTEMA SANITARI

Amb la disposició a pagar dels individus pel guany d'un any de vida ajustat per qualitat no hi ha cap problema de sostenibilitat per a aquells que tenen renda i riquesa suficients. No hi ha problemes de sostenibilitat amb la demanda solvent: es tracta més aviat de mantenir un sistema on l'accés depengui de la necessitat, la qual cosa implica finançament impositiu. El que importa és la disposició social a pagar.

I abans de fer projeccions de necessitats de despesa en un futur proper convé recordar estilitzadament alguns fets:

1. El finançament impositiu de la sanitat constitueix més una resposta a una fallida de mercat (impossibilitat d'un mercat d'asseguradores en competència per una prestació en què el 5% dels usuaris representen més del 50% de la despesa d'un any) que no pas una expressió de preocupació per l'equitat.

2. Es creu que uns impostos més elevats per finançar despeses socials redueixen la productivitat, però és una creença que no té cap fonament ni a les estadístiques ni a la història (Lindert, 2004). La despesa social finançada amb impostos no ha perjudicat els incentius ni el creixement econòmic. Els països amb estat de benestar més desenvolupat s'han beneficiat dels costos administratius més petits de l'universalisme i han controlat els incentius contraproductius a través de:

- Una combinació d'impostos poc progressiva (regressiva en el marge) i afavoridora del creixement (impostos sobre rendes de treball, sobre consum i sobre substàncies additives).
- Unes prestacions que no desestimulin ni la responsabilitat individual ni la necessitat de treballar.
- Sotmetre's a la disciplina de la competència internacional en unes economies molt obertes.

3. La discussió sobre els avantatges i inconvenients de la redistribució a través de l'Estat té segles d'antiguitat i resulta ingenu pensar que els fets contundents al seu favor posaran punt i final al debat. Aquest continuarà i els països continuaran els seus recorreguts condicionats per la seva història i ideologia: diferent entre Suïssa i Suècia, per exemple.

La projecció de la despesa sanitària pública a Espanya pel que fa al PIB (Puig-Junoy, 2004) indica que en 10 anys es requerirà, molt probablement, una assignació superior a l'actual en 0,2-0,5 punts de PIB. En l'escenari base, la despesa sanitària pública augmentaria des del 5,46% del PIB l'any 2003 fins arribar al 5,7% l'any 2013, tot experimentant un augment de 0,24 punts del PIB en aquests deu anys. En l'escenari expansiu, la proporció del PIB destinada a finançar la despesa sanitària pública augmentaria en 0,53 punts.

Això implica que, sense alterar la pressió fiscal actual, caldria dedicar fins a una cinquena part de l'augment de la recaptació a sanitat.

La sostenibilitat, per tant, ha de plantejar-se una vegada que la societat està convençuda de la desitjabilitat de les prestacions sanitàries i constitueix més un problema polític —de mantenir una disposició social a pagar per les prestacions socials— que atorgui a la sanitat finançada públicament la prioritat que requereix perquè augmenti el seu pes al PIB.

Són nombroses les actuacions sobre ingressos i despeses públics que poden afavorir la sostenibilitat *política* d'un sistema nacional de salut (SNS). Ens equivocariem greument si penséssim només estretament en ingressos i despeses (encara que també ho farem). Però abans convé afirmar que:

1. Allò important no és la quantitat que es gasta sinó com es gasta. I aquí les consideracions clíniques i sanitàries són determinants.

2. La sostenibilitat política depèn del grau de transparència en els processos socials que porten a l'establiment de prioritats; en aquest apartat Catalunya està encara molt lluny de ser transparent. No cal anar al vergonyós, i massa aviat oblidat, episodi de la compra de «butlles» a mitjans de comunicació selectes —més de 3 euros per català i any per part de l'anterior Govern— per poder «pecar» impunement, n'hi ha prou d'observar la realitat quotidiana: són molt més accessibles les dades de les empreses privades que les dels organismes públics.

3. La planificació i regulació sanitàries han ser independents de les patronals (encara que sense patrons) i de les corporacions que confonen estat del benestar amb benestar dels qui treballen per a l'Estat.

Pel que fa a *ingressos públics*, els impostos sobre la renda (IRPF i impost sobre societats), sobre el consum en general (IVA) i sobre consums específics (impostos especials) representen més del 90% dels impostos. Quina possibilitat hi ha d'augmentar la recaptació procedent d'aquests tributs?

L'IVA és un impost relativament harmonitzat subjecte a directiva europea. En els impostos especials, bàsicament alcohol, tabac i hidrocarburs, existeix marge de maniobra.

L'IRPF ha anat evolucionant cap a un impost discriminatori segons l'origen de les rendes: les del treball possiblement superin el 80% del total (diem probablement perquè aquestes dades han estat curiosament guardades). A banda de treball, a l'IRPF li queda guanyos patrimonials i activitats econòmiques. Els guanyos patrimonials tributen a un tipus més baix que les rendes del treball, la qual cosa no constitueix cap originalitat ja que d'altres països europeus tracten encara més favorablement les plusvàlues financeres. Recordi's que el capital es deslocalitza amb un clic de ratolí. I pel que fa a la capacitat recaptadora de les activitats econòmiques (professionals, empresarials, agrícoles, ramaderes i forestals) a l'IRPF, serveixi com a mostra una dada apareguda a la premsa als anys noranta: els rendiments declarats pels seus titulars eren, de mitjana, inferiors als del propis assalariats.

Queda com a marge d'actuació important per al sistema fiscal espanyol l'economia oculta (que inclou la criminal) estimada en més d'un 20% del PIB. En la lluita contra el frau fiscal es requereixen reformes legals en les figures impositives i en els procediments tributaris per tancar les vies d'elusió fiscal, així com una administració fiscal amb les energies i el convenciment necessari per aplicar-les. Les reformes necessiten un consens parlamentari més difícil d'obtenir com més progressiva es pretén que sigui la reforma. Convé recordar aquí la lliçó dels països amb estats del benestar més desenvolupats en què essencialment els «pobres financen els pobres» (Sánchez, 2004).

LA SOSTENIBILITAT FINANCERA A CATALUNYA

El finançament del sistema sanitari català s'ha trobat fortament condicionat per: les limitacions del sistema de finançament autonòmic diferenciat per a la sanitat, el qual s'ha caracteritzat fins a l'any 2001 per la quasi igualtat en despesa per persona amb la mitjana espanyola; una proporció del PIB destinada a finançar la sanitat pública molt inferior a la de països i regions de renda comparable a la catalana; i per un sobreesforç en forma de doble cobertura asseguradora i finançament privat.

El procés de descentralització de la gestió dels serveis sanitaris públics a les comunitats autònomes iniciat l'any 1981 no ha estat completat fins a l'any 2002. La descentralització completa dels serveis sanitaris coincideix amb l'adopció d'un nou sistema de finançament autonòmic que suposa canvis importants respecte del sistema vigent fins a aquell any. Els canvis més importants que ha introduït el nou sistema de finançament autonòmic a partir de l'any 2002 es troben descrits a Ruiz-Huerta i Granado (2003) i Puig-Junoy i Rovira (2004).

Si observem el nivell de despesa pública catalana en sanitat per càpita i en relació amb el nostre PIB ens trobem amb una situació que ofereix pocs dubtes (López-Casasnovas, 2001):

— Quan es compara Catalunya amb regions europees amb renda per càpita similar s'observa com, en termes absoluts, la despesa per càpita d'aquestes regions se situa molt per damunt del nivell de Catalunya; per exemple, dues regions amb una renda per càpita pràcticament igual a la catalana com són Roine-Alps i Úmbria disposen, respectivament, d'una capacitat financera d'un 49,4% i d'un 25,5% per sobre de Catalunya.

— Quan es compara el nivell de despesa pública per càpita a Catalunya amb el que li correspondria si tingués la despesa tendencial que tenen o han tingut els altres països amb el nostre nivell de renda (norma europea), s'observa que l'any 1997 tenim un nivell de despesa que només equival al 61,4% del que ens correspondria en funció del nostre nivell de desenvolupament socioeconòmic.

— Les polítiques concretes per a la millora del finançament públic, mantenint el nivell d'equitat desitjable en el SNS, poden ser diverses i no és l'objectiu d'aquest article abordar-ne el detall. No obstant això, lluny de la pretensió d'establir conclusions sinó més aviat amb la intenció d'obrir finestres per a la necessària ventilació de la discussió sobre les reformes necessàries del finançament sanitari espanyol, descrivim de manera breu dues línies d'evolució en relació amb les fonts de finançament, sense cap ànim d'exhaustivitat, i sense oblidar la perspectiva de la necessitat de sotmetre les propostes polítiques al contrast de l'evidència:

- Els canvis en el sistema de finançament autonòmic mitjançant un augment de la capacitat normativa de les comunitats autònomes i la creació d'impostos o recàrrecs finalistes afectats al finançament de la sanitat (fer més amb més recursos públics);
- I la reforma i ampliació de la participació de l'usuari en el cost dels medicaments mitjançant copagaments de baixa intensitat i de copagaments evitables i relacionats amb l'efectivitat dels medicaments (fer més amb una mica més de recursos privats).

Reforma del sistema de finançament autonòmic (fer més amb més recursos públics). La revisió de la situació del finançament sanitari descentralitzat en els sistemes comparats presentada per Ruiz-Huerta i Granada (2003) assenyala dos tipus de polítiques presents en sistemes com el canadenc i l'italià. Un primer tipus de mesures consisteix a establir un sistema de garanties sovint sustentat en el manteniment d'una participació significativa en el finançament per part del govern federal o central, com a mecanisme de supervisió i de control del sistema (i també com una manera de compartir el risc financer entre nivells de govern). Un altre grup de mesures consisteix a buscar ingressos complementaris per assegurar la suficiència del sistema sanitari. Una alternativa d'aquest tipus, a més de la dels copagaments, es troba en els recursos tributaris complementaris o fins i tot en impostos específics per garantir la suficiència de la despesa sanitària. Alguns països han proposat l'aplicació d'impostos afectats al finançament de la sanitat (Itàlia i Canadà).

Ruiz-Huerta i Granada (2003) proposen la reforma del sistema de finançament autonòmic espanyol en la línia d'obtenir ingressos complementaris destinats al finançament sanitari. Algunes de les propostes concretes són les següents:

- L'estudi de fórmules d'establiment d'un impost específic per al finançament de la sanitat, en la línia de les proposades en el sistema comparat.
- L'augment de la capacitat normativa de les comunitats autònomes en la imposició indirecta sobre la producció i venda de begudes alcohòliques i tabac, considerant l'eventual aplicació d'impostos sobre la venda minorista.
- Alcohol i tabac són consums més relacionats amb la salut que els hidrocarburs. Les fórmules concretes poden anar des d'un tram autonòmic en els impostos especials fins a un nou impost finalista sobre la venda minorista de begudes alcohòliques o de tabac.

La utilització d'impostos de caràcter finalista per al finançament de la sanitat, tot i que s'ha utilitzat poques vegades, ofereix alguns avantatges. En primer lloc, es tracta d'una manera

de relacionar el servei rebut pels ciutadans amb el que paguen (acostament al principi del benefici). En segon lloc, la imposició afectada a un servei públic millora la transparència i visibilitat del cost dels serveis públics. La resistència dels contribuents a l'augment de la pressió fiscal és menor quan saben a què es destinaran els increments en la recaptació. A Canadà, quan es pregunta als contribuents si serien favorables a un augment d'un punt en la tarifa de l'impost sobre la renda per ajudar a finançar el conjunt del sector públic, només el 40% hi està d'acord; no obstant això, si se'ls pregunta si estarien a favor en el cas que els recursos addicionals es destinessin al SNS, llavors el 80% es mostra favorable (Rode i Rushton, 2002).

Reforma de la participació de l'usuari en el cost dels medicaments (fer més amb més recursos privats). Els medicaments constitueixen un recurs molt important i d'ús intensiu en el SNS. A Catalunya, la despesa farmacèutica representa gairebé una quarta part de la despesa sanitària pública. D'altra banda, els medicaments representen també el recurs més inflacionari, amb taxes de creixement anual al voltant del 10%. De fet, la despesa en medicaments dispensats en les oficines de farmàcia, sense tenir en compte els medicaments hospitalaris, ha absorbit al voltant del 40% de l'augment del conjunt de la despesa sanitària pública els darrers anys.

L'únic sistema de copagament que s'aplica actualment en el sistema sanitari espanyol és el que afecta els medicaments i és manifestament millorable. Convindria reformar i definir alternatives a l'obsolet sistema de copagament dels medicaments vigent en l'actualitat ja que el sistema actual no contribueix a millorar l'eficiència (excés de consum), existeixen seriosos dubtes sobre la seva equitat (igualtat d'accés als medicaments per a una mateixa necessitat) i tampoc no contribueix a assegurar la viabilitat del finançament dels medicaments en el SNS (Puig-Junoy i Llop, 2004).

La participació del pacient en el cost dels medicaments hauria de tenir com a objectiu principal el d'afavorir la consciència de cost en el pacient (i en el prescriptor) sense penalitzar la igualtat d'accés a un tractament efectiu per a una mateixa necessitat ni l'estat de salut dels individus. L'evidència empírica aconsella no concedir un paper preponderant al preu pagat pel pacient en el control de la despesa en medicaments.

A la majoria de països de la UE existeixen copagaments per als medicaments, però en cap d'ells són l'instrument de finançament privilegiat per garantir la viabilitat del sistema sanitari. No es poden esperar, doncs, estalvis gaire importants de l'aplicació de copagaments, especialment si es considera la necessitat d'establir exempcions. La desitjabilitat i impacte d'un sistema de copagaments per als medicaments cal posar-la també en relació amb les decisions de participació de l'usuari en el cost d'altres serveis sanitaris que poden resultar substitutius o complementaris.

Copagaments obligatoris d'un import moderat (de baixa intensitat) poden ser suficients per augmentar la responsabilitat individual i desincentivar el sobreconsum en aquella part que s'origina en les decisions dels pacients. En canvi, l'aplicació de copagaments obligatoris elevats (d'alta intensitat), amb moltes exempcions per atenuar els efectes negatius en els grups de població més vulnerables, pot resultar complexa i costosa.

Un sistema de copagaments sobre els medicaments de baixa intensitat, que discrimini entre individus en funció de la seva capacitat econòmica i segons l'efectivitat dels tractaments, pot contribuir a la racionalització del consum i a la viabilitat del finançament públic dels medicaments sense sotmetre a risc la salut dels individus. Alguns dels requeriments per tal que un sistema de copagament no es converteixi en un «impost sobre els malalts» sinó en un instrument de racionalització dels medicaments són els següents: (a) que sigui de baixa intensitat (quantia que representi una proporció petita de la renda individual o familiar); (b) que discrimini i sigui molt selectiu a identificar aquells individus realment més desfavorits; i (c) que no afecti l'accés o la continuïtat dels tractaments més necessaris i de major efectivitat clínica.

A títol merament il·lustratiu, una entre les possibles reformes de l'actual sistema de copagament, coherent amb les recomanacions anteriors, podria consistir en l'aplicació paral·lela de dos nivells diferents de participació del pacient en el cost dels medicaments. Un primer nivell

de copagament obligatori, de baixa intensitat i que afectaria la majoria dels individus avui exempts. I un segon nivell, de caràcter quasi-evitable, que podria resultar no obligatori, relacionat amb l'efectivitat i la relació cost-efectivitat dels medicaments (Willison, 2002). Aquest segon nivell, en la mesura que sigui quasi-evitable, admetria amb facilitat possibilitats de gestió descentralitzada.

El primer nivell de copagament podria ser obligatori i uniforme, i prendre la forma d'una quantitat fixa per prescripció (per exemple, 2 euros), amb la possibilitat d'ajustar pel nombre i mida dels envasos de major grandària i menor cost quan això sigui adequat per al tractament. L'objectiu bàsic d'aquesta aportació obligatòria de baixa intensitat seria la de crear «consciència de cost» i ajudar a reduir el sobreconsum induït pel propi pacient o pel metge que avui no té incentius quan considera el cost de la prescripció. Aquest tipus de copagament podria ser aportat per tota la població amb dos tipus d'exempcions: una per a les rendes realment molt baixes, i una altra que establís un límit superior a l'aportació individual o familiar per període de temps.

Resulta possible dissenyar un sistema addicional de copagament que sigui quasi-evitable (no obligatori) i relacionat amb l'efectivitat i la relació cost-efectivitat dels medicaments. Aquest segon nivell de copagament tindria caràcter universal, però seria quasi-evitable atenent les preferències individuals. Aquest segon nivell de copagament es pot instrumentar a través d'un sistema de preus de referència, diferent de l'actual (limitat a l'equivalència química), i basat en l'equivalència farmacològica, o bé en un sistema de copagaments diferencials. Aquest copagament s'orienta més a incentivar que el pacient (i el seu prescriptor) triï aquells medicaments amb major efectivitat i millor relació cost/efectivitat. És a dir, pretén sobretot sensibilitzar el pacient respecte del valor del medicament.

El criteri d'agrupació dels medicaments en un sistema de preus de referència amb equivalència farmacològica (per exemple, tots els inhibidors de la bomba de protons) suposa assignar una mateixa disposició màxima a pagar (preu de referència) per a tots els medicaments del mateix grup. En la mesura que el pagament sigui evitable, això implica que sempre es pugui optar per un medicament del mateix grup amb efectivitat similar i que no suposi copagament addicional. Per exemple, el pacient pot optar per la prescripció d'un medicament més car que correspon a una forma de presentació i/o administració més còmoda per a ell, però ha de suportar la diferència entre el preu de referència i el preu de venda d'aquest producte. El preu de referència per a tots els medicaments del mateix grup pot ser únic per a tots o bé, fent servir informació sobre el valor social de les diferències que existeixen entre ells obtinguda d'estudis d'avaluació econòmica, es poden establir nivells diferents en funció del valor addicional.

Una altra alternativa per al disseny d'aquest segon nivell de copagament es troba en l'aplicació de copagaments diferencials. La idea bàsica en el disseny de copagaments diferencials es fonamenta en la classificació dels medicaments en diferents grups o nivells en funció de la seva efectivitat però també de la seva relació cost-efectivitat. D'aquesta manera, per exemple i a títol il·lustratiu, s'estableix un copagament nul o molt reduït per a medicaments considerats essencials, barats i molt efectius (la majoria d'ells amb la patent ja expirada); un copagament moderat per a medicaments de marca que es consideren preferencials (aportació destacable a la millora de l'estat de salut a un preu considerat raonable pel finançador); i un copagament més elevat per als medicaments de marca considerats no preferencials. El nombre de grups de medicaments pot ser variable i un sistema com aquest admet que el copagament sigui de quantia fixa o també que sigui establert com a proporció del preu de venda. El copagament diferencial esdevé quasi-evitable sempre que en un grup amb copagament inferior el pacient disposi d'un tractament efectiu.

D'altra banda, un dels avantatges addicionals dels copagaments diferencials és que fomenta la competència entre substituïts terapèutics per tal de ser inclosos en els grups de copagament més baix i que facilita la negociació descentralitzada de preus (descomptes) dels finançadors amb la indústria farmacèutica.

Referències bibliogràfiques

- Conference Board of Canada. Challenging health care sustainability. Understanding health system performance of leading countries (2004). Accessible a <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Conference Board 2.pdf> el 15 de juliol del 2004.
- CUTLER D., *Your money or your life?*, Oxford University Press, 2004.
- EVANS, D. B.; A. TANDON; C. J. L. MURRAY; J. A. LAUER, «Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis», *British Medical Journal*, 2001; 323: 307-10.
- INSTITUTE OF MEDICINE, *Crossing the quality chasm. A new health system for the XXIst century*, Washington: National Academy Press, 2001.
- LINDERT, P., *Growing public. Social spending and economic growth since the eighteenth century*, Cambridge University Press, 2004.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G., *La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2001.
- OCDE, *Health Data File*, París, 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra: OMS, 2000.
- ORTÚN, V. (dir.), *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Barcelona: Masson, 2003.
- ORTÚN, V., R. MENEU, S. PEIRÓ, «El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud». dins J Puig (dir.), *¿Más recursos para la salud?*, Barcelona: Masson, 2004.
- PUIG-JUNOY J., «La sanitat a Catalunya avui: entre l'incrementalisme i la prioritització». dins *Catalunya, societat massa limitada*, Barcelona: Angle Editorial, 2003, pàgines 240-259.
- PUIG-JUNOY, J., «Alternativas para la financiación del gasto en servicios sanitarios», dins J Puig (dir.), *¿Más recursos para la salud?*, Barcelona: Masson, 2004.
- PUIG-JUNOY, J., J. LLOP, «Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos», *Documento de Trabajo 50/2004*, Fundación Alternativas, Madrid.
- PUIG-JUNOY, J., J. ROVIRA, «Issues raised by the impact of tax reforms and regional devolution of health-care financing in Spain, 1996-2002», *Environment and Planning C: Government and Policy* 2004, 22: 453-464.
- RODE, M. i M. RUSHTON, «Options for raising revenue for health care», *Discussion Paper No. 9.*, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
- RUIZ-HUERTA, J. i O. GRANADO, «La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica», *Documento de Trabajo 31/2003*, Fundación Alternativas.
- SÁNCHEZ LÓPEZ, J., «Más impuestos y transferencias a los necesitados no reducen la productividad: cabe financiar públicamente la expansión del gasto sanitario», *Gestión Clínica y Sanitaria* 2004; 21, en premsa, <http://www.iiss.es/gcs/>
- TUNSTAL-PEDOE, H. et al., «Estimation of contribution of changes in coronary care to improve survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO Monica Project Populations», *Lancet*, 2000; 355: 688-700.
- WILLISON, D. J., «More of the same is not enough», *Healthcare Papers*, 3(1). 47-55, 2002.