

FULLS

ECONÒMICS

DEL SISTEMA SANITARI

Número 36 Maig 2002

**La sostenibilitat
del sistema sanitari**



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Consell de redacció

President
JOSEP PRAT
Director
MIGUEL ARGENTE
Membres
SALVADOR DOY
ROSER FERNÁNDEZ
M. JOSÉ ÀLVAREZ

Coordinació i redacció

ROSER FERNÁNDEZ
VICTÒRIA PETANÀS

Col·laboració

MIQUEL ARGENTE
DEPARTAMENT D'ECONOMIA, FINANCES I PLANIFICACIÓ
CARLES MURILLO
EUGENIO M. RECIO
MIQUEL VILARDELL

Edició

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

© GENERALITAT DE CATALUNYA
DEPARTAMENT DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL

Distribució

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL
Edifici Olímpia
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Telèfon 93 403 85 85

ISSN

0214-7998

1a. edició

Barcelona, maig de 2002

Tiratge

5.500 exemplars

El Departament de Sanitat i Seguretat Social no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Coordinació editorial

C i C

Disseny i realització gràfica

ORTEGA I PALAU, S.L.
Rambla de Catalunya, 14, 4t. 1a.
08007 Barcelona

Impressió

GRÀFIQUES VIKING, SA.

Dipòsit legal

B - 30015/89

SUMARI

▶ EDITORIAL	3
▶ ENTORN ECONÒMIC L'evolució de l'economia catalana, pel Departament d'Economia, Finances i Planificació	4
▶ ESPECIAL FINANÇAMENT El nou sistema de finançament de la sanitat a partir de l'any 2002, per Miquel Argente	6
▶ QÜESTIÓ DE FONDS La sostenibilitat de l'estat de benestar, per Eugenio M. Recio	9
▶ PÀGINES DE GESTIÓ Evolució de les fonts de finançament de la sanitat pública i anàlisi comparada de la contribució dels ciutadans en els països del nostre entorn, per Carles Murillo	16
▶ COL·LABORACIÓ Les alternatives per a la sanitat del futur, pel Dr. Miquel Vilardell	21
▶ ACTUALITAT	23

La sostenibilitat en un sistema de protecció social esdevé una de les qüestions de debat d'actualitat en la major part de països del nostre entorn.

Tothom reconeix que l'equitat del sistema d'universalització d'accés a les prestacions socials és una fita indiscutible. Universalització que, sens perjudici de la forma de provisió, pública o privada, se sustenta fonamentalment en el finançament públic. Precisament aquest fet i la necessitat de reduir el dèficit públic ens obliguen a analitzar els avantatges i les limitacions dels sistemes de protecció social actuals, amb l'objectiu de garantir l'equitat del sistema sanitari, però també la seva sostenibilitat.

Aquest número de *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* pretén oferir elements de reflexió sobre la sostenibilitat del sistema sanitari basada en el coneixement de la realitat dels països del nostre entorn i de la realitat del sistema sanitari del nostre país.

En la "Qüestió de fons", Eugenio Recio, des del convenciment que el que interessa l'opinió pública no és tant saber si hi haurà més o menys intervenció de l'Estat en els serveis de protecció social, sinó si aquests serveis es podran continuar oferint i en quines condicions es podran oferir, en primer lloc, analitza les causes per les quals es pot dubtar que l'estat del benestar actual es pugui mantenir, i, en segon lloc, exposa les tendències de les reformes que predominen en els països europeus amb sistemes de protecció social més avançats per poder assegurar aquesta sostenibilitat.

En l'apartat "Pàgines de gestió", Carles Murillo ens introdueix la reflexió que en un entorn d'increment de la demanda de serveis sanitaris, sembla del tot inviable la política de més i millor per a tothom sense excepció i, a més, sense un preu estimable. Aquesta premissa ens porta a debatre dues qüestions: d'una banda, l'abast del que podríem anomenar *responsabilitat en la salut individual i col·lectiva*, i, de l'altra, l'abast o les limitacions en el que anomenem *garantia de cobertura pública*.

Després d'analitzar mesures de control de la despesa en quatre àmbits: des de la demanda, des de l'oferta, des del finançament i des de l'organització i la gestió, Murillo arriba a la conclusió que més demanda de prestacions i de qualitat de l'assistència rebuda, juntament amb una resistència política a l'augment de la pressió fiscal i una valoració negativa a la posada en funcionament de mesures de participació directa dels ciutadans en el finançament de la despesa, ens porten a una equació sense solució possible i raonable.

I això ens obliga a incorporar en el nostre debat, entre altres conceptes, els de *prioritzar i disponibilitat per pagar*, i també la necessitat de revisar les expectatives sobre els resultats de l'assistència que té la població.

En l'apartat "Col·laboració", Miquel Vilardell reconeix els grans avenços que hi ha hagut els darrers anys en el sistema sanitari del nostre país, en termes d'equitat, d'eficiència i de qualitat, però alhora fa un repàs dels grans reptes de la sanitat del futur. Entre aquests reptes ens parla de la necessitat de buscar noves fórmules per millorar l'eficiència i l'eficàcia de la gestió sanitària, de la transparència de la informació sobre els resultats i la qualitat dels serveis intercentres, del paper que pot tenir l'assegurament privat en un sistema de protecció social, de la necessitat d'adaptar els serveis als estils de vida dels ciutadans i de recuperar la relació entre els metges i els usuaris com a nucli central del sistema, de la possibilitat que els professionals, de manera coordinada i interdisciplinària, assumeixin la gestió d'aspectes clínics, de la importància de l'educació sanitària, de la incorporació de les noves tecnologies de la informació i de la recerca en biomedicina.

En aquest número també s'inclou un apartat especial sobre el nou sistema de finançament de la sanitat a partir de l'any 2002 a l'Estat espanyol, que, en el cas concret de la sanitat, incorpora canvis importants, els quals, des del punt de vista de la suficiència, l'autonomia financera i la solidaritat, han de permetre garantir també la sostenibilitat del sistema sanitari.

Després de fer un repàs sobre totes aquestes qüestions que hom públicament coneix i reconeix com a reptes de l'actual sistema sanitari de cobertura pública la pregunta que es planteja és: a partir de quins compromisos, individuals i col·lectius, es poden començar a prendre decisions? Possiblement això depèn de la maduresa de la nostra societat, de la valentia de superar la demagògia en el debat polític amb tots els agents sobre la necessitat de prioritzar la destinació d'uns recursos públics limitats i de buscar mecanismes alternatius que, tot garantint l'equitat, permetin garantir alhora la sostenibilitat del sistema. Aquest és un debat que requereix arribar a acords que no són gens fàcils, però que són inevitables si el que volem és preservar un sistema de protecció social del qual tothom se senti coresponsable.

**Direcció General
de Programació Econòmica**
Departament d'Economia
i Finances

L'evolució de l'economia catalana

L'any 2001 s'ha caracteritzat a escala internacional per un procés de desacceleració que ha tingut per principals protagonistes l'economia dels Estats Units i de la Unió Europea. Els atemptats de l'onze de setembre varen precipitar aquest procés. L'economia catalana no ha estat aliena a aquesta dinàmica i tanca l'exercici 2001 amb un creixement mitjà d'un 2,5%, taxa que si bé és inferior a l'obtinguda l'exercici anterior, continua sent superior a la del conjunt de la Unió Europea (1,6%).

L'evolució de l'economia catalana durant l'any 2001 s'ha desaccelerat, igual com la de la gran majoria de països del seu entorn. Amb tot, els resultats anuals estimats per l'Institut d'Estadística de Catalunya situen el creixement econòmic d'aquest any en un 2,5%, taxa que, si bé es inferior a l'obtinguda l'exercici anterior (3,7%), continua sent superior a la del conjunt de la Unió Europea (1,6%) i una mica inferior a l'estatal 2,8%.

La dinàmica de l'evolució trimestral en el decurs del 2001 palesa aquest procés de desacceleració, que evoluciona des d'un creixement d'un 2,8% el primer trimestre, a un 2,5% el segon, un 2,4% el tercer i, finalment, un 2,2% el quart trimestre. L'alentiment del ritme de l'economia s'estén al primer trimestre d'enguany, per bé que diversos indicadors d'activitat comencen a mostrar un redreçament que s'espera que s'anirà refermant a mesura que ho vagi fent l'economia europea. Tant la Comissió Europea, com el Fons Monetari Internacional han revisat a l'alça les seves previsions de creixement per a la Unió Europea durant el mes d'abril, dins un context de millora de la situació econòmica mundial i, principalment, de l'economia americana.

La influència de l'entorn internacional ha estat molt present en la dinàmica de l'economia catalana l'any 2001, cosa que es palesa especialment en l'evolució de les exportacions: en la segona meitat de l'any van tenir una forta desacceleració, després dels resultats extraordinaris dels primers sis mesos de l'any. Aquesta dinàmica té una relació directa amb el deteriorament de l'economia internacional, que es va precipitar arran dels atemptats de l'onze de setembre del 2001.

Des del vessant de l'oferta, la dinàmica del sector industrial és la que va palesar els resultats més de-

bils l'any 2001, bàsicament com a conseqüència de l'empitjorament del mercat exterior. El sector va créixer una mitjana anual d'un 1,4%, si bé va acabar el darrer trimestre amb un creixement de tan sols dues dècimes, després de començar el primer trimestre amb un increment d'un 2,5%.

Les estimacions de l'Idescat per a l'any 2001 mostren el sector de la construcció com un dels més dinàmics (conjuntament amb el sector de serveis), amb un increment del valor afegit brut del sector d'un 3,3%, el mateix resultat obtingut l'exercici del 2000. El diagnòstic de la situació del sector mostra l'increment de l'obra civil arran de l'important impuls de la inversió pública a Catalunya; per la seva banda, el cicle expansiu de l'obra nova en habitatge es va debilitant, encara que es manté dins un nivell elevat.

Els resultats agregats del sector de serveis de l'any 2001, també amb un fort dinamisme sectorial, mostren un creixement d'un 3,3%, és a dir, només quatre dècimes per sota dels resultats obtinguts l'any 2000. El perfil de l'activitat s'ha mantingut molt estable, amb una lleugera punta fins al 3,5% en el darrer trimestre.

Finalment, el sector agrari i pesquer mostra una evolució negativa, amb una reducció del valor afegit a preus bàsics d'un 7,5%. Aquests resultats són producte d'una reducció de les produccions finals agrícoles i ramaderes. En termes físics, la producció final agrària es redueix en un 2,7%, mentre que les despeses de fora del sector tan sols ho fan en un 0,9%. Pel que fa als productes agrícoles, es redueixen les produccions físiques de cereals, cítrics, most de raïm i vi i, sobretot, la collita d'oli d'oliva; d'altra banda, s'incrementen la resta de produccions: hortalisses, fruita fresca i fruita seca. Pel que fa al sector ramader, la producció agregada es redueix en un 1,3%. Aquesta reducció de la producció es concentra en el boví i en el porcí. Els efectes de les diverses crisis sanitàries van afectar les produccions de boví al principi de l'exercici i els diversos brots de pesta porcina clàssica van tenir un efecte limitat en les produccions l'any 2001, si bé els efectes es faran notar més al llarg d'aquest 2002. Malgrat els resultats adversos del valor real del VAB, l'evolució dels preus i de les subvencions d'explotació ha permès millorar la renda agrària del sector fins a un 11,3%.

Des de la perspectiva de la demanda, les estimacions dels resultats del 2001 mostren un alentiment generalitzat dels diversos components en re-

Taula 1. Evolució del producte interior brut a Catalunya

	% variació interanual					
	2000		2001			
	Total any	Total any	I trim	II trim	III trim	IV trim
Agricultura	5,4	- 7,5	- 4,4	- 8,1	- 9,4	- 8,0
Indústria	3,9	1,4	2,5	1,9	1,1	0,2
Construcció	3,3	3,3	2,2	3,1	4,0	4,1
Serveis	3,7	3,3	3,3	3,2	3,3	3,5
PIB pm	3,7	2,5	2,8	2,5	2,4	2,2

Font: Idescat.

lació amb l'any anterior. Destaca, sobretot, l'atenuació del dinamisme del consum de les llars i el comportament molt menys expansiu de les exportacions de béns i serveis. Tanmateix, el perfil temporal d'aquests dos agregats en mostra la diferent incidència recent. En el cas del consum privat de les llars, l'evolució dels tres trimestres darrers es manté estable, amb un creixement de l'entorn del 2,5%. En canvi, la dinàmica de les exportacions de béns i serveis palesa una desacceleració important la segona meitat de l'any, molt afectada per la crisi internacional d'aquests darrers mesos i pel fort augment que havien experimentat les exportacions un any abans. L'entorn internacional advers explica també el comportament recessiu de les inversions en béns d'equipaments, les quals reflecteixen la contenció inversora que genera la incertesa d'expectatives. Sortosament, el panorama internacional ja ha començat, aquests primers mesos d'enguany, a mostrar signes clars de millora, tal com han reconegut els principals organismes internacionals, cosa que revertirà en la millora d'expectatives, i cal esperar que també en la dinàmica dels nostres mercats exteriors. De moment, no es disposa de prou dades d'aquests primers mesos per poder confirmar aquests supòsits, encara que els resultats estimats des de l'àmbit de l'oferta abonem aquests pronòstics.

Els indicadors de la dinàmica empresarial reflecteixen l'alentiment del volum de negoci en els comptes de les empreses que col·laboren en la mostra d'empreses de Catalunya de la Central de Balanços del Banc d'Espanya. Malgrat aquesta desacceleració de l'activitat, la contenció d'alguns costos com els d'aprovisionament i l'inici de la incidència d'aquesta contenció amb la d'altres costos, com els financers, han evitat el deteriorament de les taxes de rendibilitat i el palanquejament, que tan sols decauen molt lleument en el conjunt de l'exercici. Aquests resultats posen de manifest que l'empresa catalana continua gaudint d'una prima de risc a la inversió productiva de més d'un 4%, que pot estimular-ne la represa tan bon punt es consolidi la millora d'expectatives, cosa cada vegada més versemblant.

En l'àmbit del mercat de treball, l'ocupació laboral ha continuat avançant amb un increment del nombre d'afiliats a la Seguretat Social l'any 2001 d'un 3,7%. El creixement relatiu més elevat es produeix en el sector de la construcció, que registra un 6,1% més d'afiliats que l'any 2000; el segueixen el de serveis, amb un 4,7%, i els resultats més baixos, amb un 0,6%, els té el sector industrial.

L'evolució de l'atur registrat s'ha anat deteriorant, amb un creixement del nombre d'aturats inscrits en les oficines de treball de mitjan 2001 ençà, dinàmica que es manté durant els tres primers mesos d'enguany. Tanmateix, atesa l'evolució positiva de l'ocupació que assenyala l'augment del nombre d'afiliats a la Seguretat Social, l'evolució de l'atur registrat sembla que respon a un increment del volum de població activa, ja que el nombre de llocs de treball continua creixent.

Taula 2. Evolució del producte interior brut a Catalunya

Cicle-tendència	Preus constants de 1995.					
			Percentatge de variació interanual			
	2000	2001	2001			
	Total anual	Total anual	I trim	II trim	III trim	IV trim
PIB pm	3,7	2,5	2,8	2,5	2,4	2,2
Components de la demanda						
Demanda interna	3,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
Despesa en consum de les llars ¹	3,7	2,6	2,9	2,6	2,5	2,5
Despesa en consum administracions públiques	3,6	3,2	3,0	3,2	3,3	3,2
Formació bruta de capital ²	2,5	1,7	1,2	1,6	2,0	2,0
Béns d'equipament i altres	2,1	-1,3	-0,8	-1,5	-1,7	-1,3
Construcció	4,8	3,7	3,0	3,6	4,2	4,1
Saldo exterior ³	0,4	0,1	0,4	0,2	0,0	-0,2
Saldo amb l'estranger ³	0,5	-0,3	1,1	0,0	-1,1	-1,4
Exportacions de béns i serveis	13,0	6,2	13,7	8,9	3,4	-0,3
Importacions de béns i serveis	9,7	6,0	9,0	7,4	5,3	2,5

1. Inclou la despesa en consum de les institucions sense finalitat lucrativa al servei de les llars.

2. Inclou la variació d'existències.

3. Aportació al creixement.

Font: Idescat.

Dins el capítol de preus, l'any 2001 es va caracteritzar per una primera part amb un nivell d'inflació força elevat (4% en mitjana), que es va anar moderant gràcies, sobretot, a la contenció dels preus del petroli, i va acabar el mes de desembre amb una taxa interanual d'un 2,8%. Els tres primers mesos d'enguany la taxa d'inflació es manté estabilitzada en un 3,1%, després dels importants canvis metodològics introduïts en el seguiment dels preus de consum el mes de gener, els quals impedeixen establir comparacions amb la dinàmica anterior.

Finalment, i pel que fa a l'evolució salarial, els resultats del 2001 van ser més moderats del que inicialment s'esperava, malgrat que en els darrers mesos de l'any els salaris reprenen una trajectòria alcista. Segons les dades sobre la negociació col·lectiva proporcionades pel Departament de Treball, la tarifa salarial mitjana pactada el 2001, amb vigència per al conjunt de l'any després d'aplicar-hi les clàusules de revisió de preus, és d'un 3,79%. Sembla que els primers mesos d'enguany s'ha reprès la moderació de les tarifes pactades en els convenis signats, amb un increment fins, al mes de març, d'un 2,75%.

Article elaborat en data 23 de maig de 2002

Miquel Argente
Director de l'Àrea de Recursos
del Servei Català de la Salut

El nou sistema de finançament de la sanitat a partir de l'any 2002

L'any 2001 va finalitzar el model de finançament sanitari vigent per al període 1998-2001. A més, la implantació del nou sistema de finançament sanitari per als propers anys coincideix en el temps amb la revisió del model de finançament general de les comunitats autònomes. En aquest article s'exposen exclusivament els punts bàsics i les implicacions principals del nou model de finançament vigent a partir del 2002 pel que fa a l'àmbit sanitari i que comporta canvis molt importants en relació amb la tònica existent fins ara. Els canvis més destacables són la inclusió, per primer cop, de la sanitat en el sistema general de finançament i el canvi d'un model de finançament per la via de la despesa a un model de finançament per la via dels ingressos, amb l'increment consegüent de coresponsabilitat fiscal que això significa.

1. Antecedents

El model de finançament de la sanitat ha evolucionat significativament des de l'inici dels traspassos de la sanitat a les comunitats autònomes. Des de l'any 1981, en què es van produir les primeres transferències a Catalunya, fins a l'any 1993, en què es va plantejar la necessitat d'una reforma profunda, es va mantenir un sistema sanitari basat en el cost efectiu de la despesa vinculada a l'Insalud, amb les mancances consegüents que això va comportar, fonamentalment per problemes d'insuficiències dels pressupostos inicials i liquidats. Van aparèixer tensions pressupostàries, la qual cosa va provocar la necessitat d'adoptar mesures extraordinàries per recuperar l'equilibri pressupostari. Així, de l'any 1986 al 1993, es van fer operacions de sanejament a tot l'Estat per més d'un bilió de pessetes. A més, es va donar una gran heterogeneïtat als criteris d'assignació dels recursos entre les comunitats autònomes en funció del moment en què es van produir els traspassos.

No és fins al període 1994-1997 que es plantejà un model quadriennal més estable i racional, basat en el repartiment per càpita. Es va homogeneïtzar l'assignació dels recursos de les comunitats autònomes de règim comú, tot establint un concepte únic de població protegida. Com a criteri d'evolució dels recursos es va limitar per primera vegada el creixement del pressupost sanitari al creixement del PIB nominal de l'Estat.

En aquest període 1994-1997, cal assenyalar el protagonisme creixent que va significar el finançament de la sanitat per la via dels impostos i la disminució paral·lela dels recursos aportats per la via de les cotitzacions socials (Pacte de Toledo, 1995). Aquest darrer model va comportar un avenç evident respecte a situacions anteriors però no va aconseguir pal·liar la insuficiència de recursos del sector, fonamentalment perquè la base de partida del model era insuficient i perquè el creixement del consum sanitari evoluciona per damunt del creixement de la producció.

Al final d'aquest període es va generalitzar l'opinió de reformar el model amb profunditat per millorar essencialment la suficiència de recursos. Amb

aquest plantejament es va aprovar un nou sistema de finançament per al període 1998-2001. Les novetats respecte al model anterior van ser la de partir d'una base de càlcul segons la liquidació de l'any 1997 afegint-hi 75.000 milions de pessetes. Així mateix, la distribució territorial es va dur a terme en un 98% dels recursos segons la població protegida, i per al 2% restant es va crear un fons per recollir la compensació per la pèrdua de població, la compensació per l'atenció als malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes i per cobrir costos de docència i recerca.

És evident que es van detectar limitacions importants en l'acord de finançament sanitari vigent per al període 1998-2001. A la vista del PIB esperat per als propers exercicis, tot considerant l'increment de la despesa sanitària esperat com a conseqüència de l'increment de la demanda de serveis sanitaris, produït per l'efecte de l'envelliment de la població i de l'atenció de nous col·lectius (immigrants) i per l'aparició de nous medicaments i de noves tecnologies, ha permès preveure que el sector públic de la sanitat tindria problemes per mantenir l'equilibri pressupostari amb un escenari de creixement de la despesa sanitària pública basat en el PIB nominal.

Aquest model tampoc no facilitava que es pogués completar el procés de descentralització dels serveis sanitaris a totes les comunitats autònomes, i tampoc que s'introduís més coresponsabilitat financera de les comunitats autònomes amb serveis transferits.

2. El nou model de finançament

El període que s'inicia a partir de l'any 2002 té un valor afegit ja que és el primer cop que coincideix el final de la vigència de l'acord de finançament general de les comunitats autònomes amb el replantejament del model de finançament sanitari. Simultàniament, el Govern de l'Estat ha transferit les competències de sanitat a totes les comunitats autònomes que encara no les havien rebut.

Aquest fet obre una nova perspectiva, especialment pel que fa al finançament de la sanitat.

Així, en el nou model de finançament general de les comunitats autònomes de règim comú que es planteja a partir de l'any 2002 s'han inclòs per primer cop

Finançament de la sanitat

Fons general — 75% Població protegida
24,5% Envel·liment
0,5% Insularitat

Fons específics — Desplaçaments
Control Inc. temporal

Fons de suficiència: mínim dotació 1999

Assignacions d'anivellament

Garanties d'evolució: ITE i PIB nominal

Lleialtat institucional

la sanitat i els serveis socials en l'import total de recursos per finançar les competències comunes, però amb algunes característiques específiques. D'aquesta manera, la sanitat ja no es finançarà per la seva participació en el pressupost de despesa de l'Insalud sinó que el seu pressupost anirà relacionat amb els ingressos tributaris de la comunitat autònoma en què té competència i quedarà protegit amb la garantia d'un nivell de recursos mínim.

Els principis bàsics del nou model de finançament de la sanitat es poden exposar analitzant els diferents fons que el componen:

Fons general

La xifra base de partida per a tot l'SNS és la despesa liquidada del 1999, però distribuïda entre comunitats autònomes d'acord amb els criteris i les ponderacions següents:

- Població protegida del 1999, ponderada al 75%.
- Població més gran de seixanta-cinc anys, amb una ponderació del 24,5%.
- Insularitat, que pondera el 0,5%.

El sistema sanitari obliga les comunitats autònomes a destinar a la gestió de l'assistència sanitària de la Seguretat Social, com a mínim, una quantitat igual a la resultant segons l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE).

A més, durant els tres primers anys (del 2002 al 2004) el model fixa una xifra inicial de recursos per a la sanitat i garanteix que l'evolució mínima del finançament serà la del PIB nominal a preus de mercat.

Fons específics

— Fons del Programa d'estalvi en incapacitat temporal

Es dota un fons de 240,40 milions d'euros (40.000 milions de pessetes), que es rebrà en funció de l'assoliment d'objectius en relació amb la prestació econòmica d'incapacitat temporal. La distribució d'aquest fons és en funció de la població protegida i els objectius s'han de fixar, com en l'acord anterior, mitjançant un conveni.

— Fons de cohesió sanitària

El Ministeri de Sanitat i Consum ha de desenvolupar un procediment que permeti la compensació de

la facturació corresponent a malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes, de països de la Unió Europea o de països que tenen conveni d'assistència recíproca.

— Altres fons: assignacions d'anivellament

Aquestes assignacions tenen com a objectiu garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals. Es consideren dins aquesta qualificació els serveis educatius i els serveis sanitaris.

Aquest concepte pretén garantir que si es produeix una desviació de més de tres punts respecte a la mitjana de l'Estat (quant al percentatge de població protegida, en el cas de la sanitat), l'Estat i la comunitat autònoma han d'analitzar quines possibles solucions es poden adoptar, un cop tingut en compte el finançament global de la comunitat autònoma. En els pressupostos generals de l'Estat s'ha d'habilitar una dotació anual per atendre aquesta assignació d'anivellament.

Amb això, el percentatge de participació per a Catalunya es distribueix de la manera següent: un 16,99% (és a dir, un 75% del pressupost) de població protegida. El factor d'envelliment participa en el 17,06% (amb un pes del 24,5% del pressupost). Catalunya, és clar, no participa en el factor d'insularitat (que representa un 0,5% del pressupost). Amb tot, el percentatge mitjà és del 16,92%

Millores del nou model de finançament

Respecte als darrers models de finançament de la sanitat, aquest darrer conté millores apreciables relacionades directament amb els fons destinats a sanitat i indirectament amb la millora del finançament general. Les més destacades són:

- El model lliga l'evolució de la despesa sanitària pública a l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) com una garantia de mínims. Els recursos de què disposaran les comunitats autònomes dependran de la seva pròpia capacitat fiscal, amb la qual cosa la relació entre l'evolució de la despesa sanitària i la de la renda per càpita tindrà el suport, des del punt de vista del finançament, de la capacitat fiscal sobre la riquesa generada en el mateix territori de la comunitat autònoma.
- Més autonomia financera, ja que ara els ingressos dependran més dels impostos recaptats a Catalunya i menys de les transferències de l'Estat. La Generalitat participarà en onze dels tretze impostos que paguem els catalans.
- A més, hi haurà més capacitat normativa de la Generalitat sobre els impostos.
- Un finançament més ampli, amb nous recursos d'ingressos i ampliació d'altres ingressos existents. Els ingressos estan formats per:
 - Taxes dels serveis traspassats (el 100% de les taxes sobre el joc).
 - Els tributs cedits (patrimoni, successions i donacions, i transmissions patrimonials i actes jurídics documentats).

- El 33% de la tarifa autonòmica de l'IRPF.
- El 35% de l'impost sobre el valor afegit.
- El 40% sobre els impostos especials sobre l'alcohol, el tabac i els hidrocarburs.
- El 100% dels impostos sobre l'energia (electricitat) i matriculació de vehicles.

3. Els traspessos dels serveis sanitaris a les comunitats autònomes

En concordança amb l'aplicació del nou model, el Govern de l'Estat va tancar, a final de *desembre del 2001*, el traspàs dels serveis sanitaris a les deu comunitats autònomes que encara no els gestionaven.

L'Insalud traspassarà 140.000 funcionaris —juntament amb 83 hospitals, que sumen 35.000 llits— a les autonomies d'Aragó, Astúries, Extremadura, les Illes Balears, Castella - la Manxa, Castella i Lleó, Madrid, Cantàbria, la Rioja i Múrcia.

L'assumpció de responsabilitats sanitàries de les comunitats autònomes no és un fet espontani sinó que obeeix a un conjunt de principis legals que ja eren inclosos en les primeres normatives democràtiques. La Constitució espanyola, la Llei general de sanitat i els estatuts d'autonomia de cada comunitat autònoma ja estableixen en la seva reglamentació inicial aquests traspessos de competències en matèria sanitària.

La Constitució espanyola reserva a l'Estat la competència exclusiva en matèria de legislació bàsica i règim econòmic de la Seguretat Social, sens perjudici de l'execució dels seus serveis a càrrec de les comunitats autònomes. També es reconeix a l'Estat la competència en matèria de sanitat exterior, bases i coordinació general de la sanitat i legislació sobre productes farmacèutics.

Per la seva banda, els estatuts d'autonomia de les comunitats autònomes, en general, assenyalen la correspondència a cada comunitat autònoma del desenvolupament legislatiu i l'execució en matèria de sanitat i higiene, dels centres sanitaris i hospitalaris públics i la coordinació hospitalària, en general, i la gestió de l'assistència sanitària de la Seguretat Social. També els correspon la funció executiva en matèria de productes farmacèutics i la competència en matèria de fundacions que actuen en la comunitat autònoma.

Finalment, la Llei general de sanitat crea el Sistema Nacional de Salut com a conjunt dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i dels serveis de salut de les comunitats autònomes, coordinats convenientment, i estableix, en concret, que els centres sanitaris de la Seguretat Social queden integrats en el servei de salut de la comunitat autònoma en els casos en què aquesta hagi assumit competències en matèria d'assistència sanitària de la Seguretat Social d'acord amb el seu Estatut.

4. Conclusió

L'any 2002 es produeix un canvi molt important en el finançament de les comunitats autònomes, a

conseqüència més important del qual, per a la sanitat, és la integració del finançament en el sistema de finançament general de les comunitats autònomes.

Quins avantatges s'espera obtenir del nou sistema de finançament? Quins haurien de ser els principis d'un bon sistema de finançament dels governs autònoms?

La visió del finançament no es pot analitzar ja només des del punt de vista de la sanitat sinó que cal entendre'l en el concepte global del finançament de les comunitats autònomes. En conseqüència, la valoració dels diversos principis pot ser esbiaixada. Però, en tot cas, des del punt de vista ampli del govern d'una comunitat autònoma, és més positiu tenir més grau d'autonomia financera, és a dir que sigui el parlament de cada comunitat el que tingui la capacitat de decisió i no pas el Congrés dels Diputats.

La coresponsabilitat fiscal és un principi lògic si estem convençuts de la viabilitat de l'estat autonòmic. Una de les conseqüències més positives d'aquesta és el fet que la relació entre la recaptació d'impostos i els serveis que es presten està molt més ajustada, malgrat la dificultat de percepció que en poden tenir els ciutadans.

D'altra banda, el nou model té prou mecanismes per a garantir la solidaritat amb les comunitats autònomes que no poden generar suficients recursos per finançar els serveis que presten.

En un àmbit més concret, hi ha una sèrie de punts significatius en el nou acord de finançament de les comunitats autònomes que afecten directament o indirectament la sanitat i que cal fer ressaltar. En primer lloc, la integració de la sanitat al finançament general de les comunitats autònomes comporta un increment de l'autonomia financera d'aquestes. També ha possibilitat la transferència de la sanitat a la resta de comunitats i pot donar més capacitat financera per a la sanitat si l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) està per sobre de l'evolució del PIB nominal.

Cal subratllar que és un sistema de finançament per la via dels ingressos que proporciona més autonomia financera a les comunitats autònomes amb l'increment del nombre de tributs cedits o amb participació d'aquestes en el percentatge dels impostos globals, com ja hem assenyalat anteriorment. Per tant, deixa de tenir sentit l'expressió «despesa general en l'àmbit de l'Estat».

Finalment, un punt important ha estat la fixació d'una despesa sanitària mínima a les comunitats autònomes: que la despesa sanitària evolucioni com la part estatal dels impostos cedits del total d'impostos.

Tot plegat, caldrà veure com l'evolució temporal del model exerceix realment la capacitat de generar recursos suficients per a la sostenibilitat del sistema sanitari públic. La perspectiva és esperançadora si considerem que el finançament per impostos recaptats per la Generalitat de Catalunya passa del 33% al 86% del pressupost.

La sostenibilitat de l'estat de benestar

Eugenio M. Recio

Catedràtic d'Economia d'ESADE

A fi d'analitzar la sostenibilitat de l'estat del benestar (EB), en la primera part d'aquest treball s'exposen les causes per les quals es pot dubtar que l'estat del benestar actual es pugui mantenir. Amb aquesta finalitat s'estudien els processos del pas de les economies nacionals a l'obertura del mercat global, els criteris per a l'economia monetària i fiscal de la Unió Econòmica i Monetària i els canvis en els elements fonamentals del mercat de treball. A continuació, en la segona part, s'enumeren les tendències de les reformes que predominen en els països europeus amb sistemes de protecció social més avançats per poder assegurar aquesta sostenibilitat, que es redueixen fonamentalment a aconseguir un finançament mixt, públic i privat, en determinades àrees de protecció, a afavorir la reintegració a la vida laboral i la consciència de la necessitat de treballar, finalment, s'aclareixen les apories aparents, que apareixen en alguns països en els quals es tendeix a universalitzar les prestacions i, alhora, s'exigeixen proves de la necessitat de l'ajut i es fan retalls en algunes despeses quan simultàniament s'amplien amb nous tipus de prestacions.

1. Introducció

Com que el sistema sanitari és un dels components de l'estat del benestar (EB), cal conèixer *quina és la sostenibilitat de l'estat del benestar en general*, a fi de poder aprofundir més en els aspectes particulars de la sostenibilitat del sistema sanitari.

Emprem el concepte d'estat del benestar en l'accepció corrent que se li dona en els mitjans no especialitzats,¹ perquè el que interessa a l'opinió pública no és tant saber si hi haurà més o menys intervenció de l'Estat en els serveis de protecció social sinó si aquests serveis es podran continuar oferint i en quines condicions es poden oferir, malgrat els canvis que es produeixen en l'entorn socioeconòmic.

Per tant, tractem, en general, de les prestacions socials per a la gent gran, la salut, l'atur i les càrregues familiars. Primer comencem explicant els *motius pels quals és justificat que ens preguntem per la sostenibilitat de l'estat del benestar*, i després exposem el que els *països amb sistemes de protecció social més desenvolupats fan per poder-lo mantenir*.

2. Motius per posar en qüestió la sostenibilitat de l'estat del benestar

Des de la meitat de la dècada dels anys setanta, es pot considerar que a Europa comença una nova etapa en el desenvolupament dels sistemes de protecció social, els quals havien experimentat una expansió notable, quantitativa i qualitativa, d'ençà de la fi de la Segona Guerra Mundial.

La recessió econòmica, provocada per la primera crisi del petroli, va aconsellar fer retalls en les despeses socials, tant en els sistemes amb orientació bismarckiana com en els que s'inspiren en Beveridge.² Els canvis profunds que es van produir des de llavors en la política, en l'entorn socioeconòmic mundial i en el desenvolupament tecnològic: aparició d'un atur massiu i estructural en els països industrialitzats,³ expansió de les empreses multina-

cionals, caiguda del mur de Berlín i desaparició de la Unió Soviètica, progrés de les rondes liberalitzadores del comerç internacional i la seva institucionalització en l'Organització Mundial del Comerç (OMC), avenços en el procés de consolidació de la Unió Europea (UE) i creació de la Unió Econòmica i Monetària (UEM), progressos en l'electrònica i en la informàtica amb la gran revolució de les telecomunicacions i altres molts canvis que s'hi podrien afegir, ens han situat en un context molt diferent del que va permetre la fase triomfal de l'expansió dels sistemes de protecció social a Europa, malgrat els canvis en l'evolució demogràfica, que ja en alguns països, en aquella època, van començar a almarar.

Per poder entendre millor la gravetat d'aquests desafiaments, que s'han anat intensificant en la darrera dècada, resumim, en els fenòmens que considerem més significatius, els processos que justifiquen que ens preguntem sobre la sostenibilitat dels sistemes de protecció social en el món en què vivim. Analitzem, doncs, les *conseqüències de la competència en un mercat globalitzat per a la sostenibilitat de l'estat del benestar, els problemes que plantegen als països comunitaris els criteris que constitueixen els fonaments de la UEM i, finalment, la situació del mercat de treball en els seus aspectes diversos: nivell d'ocupació i noves formes d'aquesta, evolució demogràfica i canvis en l'actitud davant el treball*.

2.1 La globalització i els sistemes de protecció social

Amb el terme *globalització* creiem que s'expressa significativament una de les circumstàncies que fan més diferent l'entorn socioeconòmic actual d'aquell que va permetre el desenvolupament dels sistemes de protecció social d'ençà dels seus orígens fins a l'època del seu màxim esplendor.

En aquesta anàlisi ens interessa considerar que la globalització pretén que hi hagi un mercat lliure mundial, en el qual puguin competir els béns produïts en qualsevol país i que els factors productius, capital i treball, tinguin llibertat de moviments per poder-se

establir en qualsevol mercat. El fenomen de la globalització significa, doncs, la generalització de l'activitat multinacional de les empreses, representa la culminació de les rondes de liberalització del comerç i ha estat possible gràcies al desenvolupament de les noves tecnologies.

Naturalment, el model «ideal» descrit és molt lluny de ser una realitat, però no ens interessa tant aturar-nos a denunciar tots els abusos que es cometen a l'emparrà d'aquest plantejament, com veure els efectes que poden tenir les seves realitzacions, més o menys conformes amb el model, en els sistemes de protecció social.

La globalització comporta el pas d'economies més o menys tancades a una economia més o menys oberta, segons els processos de liberalització acordats en el si de l'OMC. Aquest canvi és substancial per a la qüestió que ens ocupa⁴ perquè *els sistemes de protecció social han nascut i s'han desenvolupat dins els límits dels mercats nacionals* i els efectes dels costos socials, que afectarien la competitivitat dels productes de cada país en el mercat exterior, es podien compensar subvencionant els productes de fabricació nacional, i també amb les barreres duaneres de diferents tipus amb les quals s'encarrien els productes d'importació i, en canvi, s'abaratien les exportacions, es podia, a més, manipular el tipus de canvi i s'aplicaven altres mesures monetàries per a cada país sobirà en l'àmbit del seu propi mercat.

Quant al fet que amb la liberalització dels mercats havien de desaparèixer aquestes formes de proteccionisme i, per tant, els costos socials de la producció podien variar en un ventall que abraçaria des de països amb costos socials nuls, o gairebé nuls, fins als que tenen estàndards de protecció social alts, és fàcil comprendre la dificultat que crea la globalització per competir en mercats oberts.

Els països amb costos de protecció social alts acusen els que gairebé no tenen despesa en aquest concepte de *dúmping social*, tècnica ben coneguda per algunes empreses multinacionals, que emplacen els seus centres de producció en els països en vies de desenvolupament (PVD), amb la finalitat d'aconseguir un avantatge competitiu davant les empreses del seu propi país o d'altres països industrialitzats que no poden eludir les càrregues socials.

A fi d'evitar aquestes desigualtats en el mercat global, els països amb sistemes avançats de benestar social demanen que s'exigeixi als països en vies de desenvolupament un mínim de protecció social per als seus treballadors, és a dir, consideren que *la política social també ha de trencar els límits dels mercats nacionals perquè sigui present en el mercat global*, però els països en vies de desenvolupament s'hi oposen perquè diuen —i en alguns casos no els falta raó— que és una nova forma de *proteccionisme* dels països industrialitzats.

Amb el que acabem d'exposar creiem que queda prou clar *un dels seriosos motius pels quals es pot dubtar de la sostenibilitat de la protecció social en un mercat globalitzat*. En competir els productes, també entren en competència els sistemes de pro-

tecció social, i la tendència dels països que gasten més en aquests sistemes serà la de reduir-ne els costos mentre no pensin que les despeses que s'estalvien per aquest concepte se'ls poden tornar en contra i augmentar, per culpa del risc de perdre la pau social i la motivació dels treballadors. Els països amb poca protecció social, alhora, procuraran mantenir els costos baixos, o fins i tot reduir-los més, si no fos que tenen por que augmenti la conflictivitat social pels processos d'aculturació, cada vegada més intensos per les facilitats de comunicació que permeten les noves tecnologies.

2.2 El cas particular dels països de la Unió Europea

La qüestió del cost de la protecció social no solament és un factor que amenaça la sostenibilitat del sistema a causa de les repercussions que té en la competitivitat del mercat global, sinó també *pels seus efectes en el sistema fiscal i monetari del mateix mercat nacional*.

El problema afecta particularment els països que formen part de la Unió Europea perquè des dels orígens, i sobretot des que el Tractat de Maastricht va dissenyar el model de la Unió Econòmica i Monetària, s'ha exigint a tots els països membres una disciplina monetària i fiscal, inspirada en el model de l'economia social de mercat⁵ que ha estat tan eficaç per a la prosperitat econòmica de la República Federal d'Alemanya.

Pel que fa a la qüestió de la protecció social, comporta que s'ha de finançar per la via dels impostos finalistes, és a dir, per les cotitzacions socials, o pels impostos generals del pressupost públic, i *no pas mitjançant el recurs del dèficit públic*, que acabaria sent finançat amb emissió de deute públic, principalment exterior, o amb l'instrument de la creació de diner, anomenat també, sarcàsticament, «vassallatge», encara menys ortodox per les conseqüències inflacionistes que comporta, a les quals hem estat tan acostumats a Espanya fins que vam entrar a la Unió Europea cap a la meitat dels anys vuitanta.

A *Bèlgica*, per exemple, actualment hi ha un debat sobre la seguretat social⁶ a causa de les limitacions que s'han d'imposar a la despesa pública i a l'endeutament, i a *França*⁷ es reconeix que, en les darreres dècades, el sistema de protecció social ha hagut d'afrontar restriccions pressupostàries.

El risc per a la sostenibilitat del sistema, en el marc comunitari de l'ortodòxia monetària i fiscal, està en el fet que davant la tendència de l'augment de la despesa en protecció social per la pressió amb la finalitat de millorar les prestacions, per l'envelliment de la població —problema que preocupa expressament a *Dinamarca*⁸—, per la situació de l'atur i per l'ampliació a noves àrees que necessiten protecció, *l'única manera d'aconseguir recursos per al finançament d'aquesta despesa és augmentar la càrrega de les cotitzacions socials en els sistemes bismarckians, o incrementar la càrrega impositiva general en els sistemes inspirats en Beveridge o en els sistemes mixtos*. Encara que a

Espanya encara som lluny del que comporta aquesta càrrega en termes del PIB,⁹ no per aquest fet deixen de sentir-se'n els efectes, ja sigui en la disminució de la rendibilitat de les empreses, o en la desmotivació dels treballadors en veure com se'ls van reduint els ingressos, o en el descontentament dels ciutadans en general davant l'augment del preu dels carburants per la introducció d'un impost nou per finançar les despeses sanitàries. Aquests efectes apareixen encara amb molta més intensitat en països com *Alemanya*, que té un dels sistemes de protecció social més generosos del món ¹⁰ i que, per intentar mantenir criteris ortodoxos en el finançament de la despesa social, pel que fa a la càrrega social que tenen els ciutadans alemanys, ha arribat a uns límits difícilment superables.

La conclusió de tot el que hem exposat en aquest segon apartat és que aquí també hi ha *un canvi important de circumstàncies en relació amb les que hi havia en les fases de la creació i l'expansió de la protecció social, canvi que justifica que, objectivament, es pugui dubtar de la sostenibilitat del sistema*, si no s'hi introdueixen reformes per poder adaptar-lo al nou entorn.

2.3 La situació del mercat de treball

En aquest apartat ens referim als canvis que ha experimentat el mercat de treball dels països industrialitzats en les dècades darreres, els quals, ja que tenen *un caràcter més estructural que no pas conjuntural*, poden representar una veritable amenaça a la sostenibilitat dels diferents sistemes de protecció social.

Com que el mercat de treball és un fenomen complex, tractem els aspectes principals en què s'han produït aquests canvis. Podem parlar, doncs, d'*una nova estructura de la demanda de treball*, per tal com les col·locacions que ofereixen les empreses tendeixen cada vegada menys a ser per un temps indefinit, i fins i tot són de jornades a temps parcial, i, a més, van apareixent noves àrees de treball amb activitats que tenen poc a veure amb el treball tradicional de les fàbriques industrials.¹¹

Per la banda de l'oferta de la població que cerca treball hi ha un canvi estructural molt important que és degut al descens de la natalitat en els països més desenvolupats i a l'envelliment de les seves piràmides de població, alhora que augmenta l'activitat de la població femenina i que es generalitzen els fluxos migratoris procedents dels països en vies de desenvolupament, que poden compensar, en part, la manca de població activa autòctona.

El desequilibri quantitatiu i qualitatiu que hi ha entre aquesta oferta heterogènia i la demanda no menys singular ha portat a *situacions d'atur* que en alguns moments s'ha qualificat d'estructural, a causa de l'estalvi de treball humà que aconseguixen els alts nivells de productivitat que permeten les noves tecnologies, però que també és degut al fenomen oposat de la pèrdua de competitivitat dels productes d'alguns països en els mercats globals, que pot tenir la causa, com hem vist, en l'alt nivell de les seves despeses socials.¹²

Els sistemes de protecció social que es van desenvolupar en èpoques en què les economies gairebé tenien una situació d'ocupació plena, gràcies als llocs de treball que el sector industrial en expansió necessitava cobrir, i que coincidien amb piràmides de població que en el segment central de població activa encara no patien les conseqüències de la caiguda de la taxa de natalitat, difícilment es podran mantenir si no s'adapten a les característiques d'un entorn tan diferent.

3. Reformes a fi de garantir la sostenibilitat de l'estat del benestar

A partir dels esdeveniments descrits com a amenaces a la sostenibilitat dels sistemes de protecció social, ara tractem de les tendències que apareixen en alguns països, amb els sistemes més desenvolupats, per adaptar-los a les noves circumstàncies.

Per entendre bé el significat de les diverses tendències cal recordar que, com hem dit al començament, partim de dos models diferents, el de Bismarck, que tracta de *mantenir les rendes de treball* davant les diverses contingències que es poden presentar en la vida laboral, mitjançant un mecanisme d'assegurament públic, i el model de Beveridge, que pretén garantir que *tots els ciutadans tinguin els recursos necessaris per a una subsistència digna*, i per això proposa que s'estableixi una prestació fixa universal, finançada amb el pressupost públic.

En termes generals, podem dir que una de les tendències que es poden constatar en els sistemes europeus de protecció social és precisament la *convergència de tots dos models*, que per si mateixos ja són prou complexos, perquè històricament s'han anat formant per al·luvió de diferents mesures, la qual cosa ha creat costos suplementaris d'organització. Malgrat aquestes complexitats, es pot entreveure una tendència a combinar *una prestació fixa universal, que cobreixi els mínims existencials, amb un suplement bismarckià basat principalment en la participació en el mercat de treball*. Les reformes, per això, no es limiten a fer retalls directes en la despesa social, reduint l'import de determinades prestacions, com s'ha fet expressament a Irlanda, el Regne Unit i els Països Baixos, i es farà a Alemanya. La despesa pública s'intenta rebaixar amb altres mesures indirectes com les que ara exposarem. Paradoxalment, les reformes inclouen també l'ampliació de la cobertura de determinats riscos socials, que abans no s'havien tingut en compte.

3.1 Tendència cap a una responsabilitat de finançament mixt, públic i privat

Quan parlem d'un sistema mixt de finançament públic i privat, podem caure en l'error de considerar que només és públic el finançament que es porta a terme amb els impostos generals del pressupost públic, com passa, per exemple, a *Dinamarca*, exclouent els impostos finalistes de les cotitzacions socials, que procedeixen d'empresaris i treballadors. Tanmateix, la contraposició pot ser interes-

sant davant el problema de la sostenibilitat perquè, com ja hem dit abans, mentre que les *cotitzacions socials amenacen la sostenibilitat per raó dels costos laborals*, la protecció social finançada totalment o parcialment pels impostos generals pot dificultar la prosperitat econòmica a causa del pes excessiu de la càrrega impositiva, que s'imposa als ciutadans, o per les dificultats de finançar el dèficit pressupostari.

Una altra dificultat que pot crear confusió sobre el significat del finançament mixt prové del fet que el finançament privat, que pot completar el finançament públic amb plans de pensions d'empreses o individuals, o la possibilitat —que en alguns països es concedeix a les empreses— de contractar assegurances privades per cobrir el risc de les despeses per malaltia o accidents de llurs treballadors, comporten unes normes legals molt precises i un control públic, com passa als Països Baixos, i per aquest motiu hi ha qui dubta que, encara que sigui una opció voluntària, es pugui parlar d'un finançament diferent del públic.¹³

L'experiència que demostra que les possibilitats de l'Estat no són il·limitades i que en la seva activitat a favor del benestar dels ciutadans hi ha mancances, com les que han donat lloc a la justificada intervenció social per compensar les mancances del mercat,¹⁴ ha permès el desenvolupament d'un cos de *doctrina que proposa un equilibri entre els principis fonamentals de la solidaritat* (preferència de la protecció col·lectiva) i la subsidiarietat (preferència de l'autoprotecció) i ha tingut com a resultat les diverses formes de complementar el finançament públic amb fons privats.

Als Països Baixos, els darrers quatre anys, el Govern ha estudiat totes les branques de la Seguretat Social per trobar-hi noves oportunitats d'ampliar-hi la participació privada. Aquesta participació en algunes branques, com la de les pensions, té una llarga tradició, ja que des de la llei general de l'assegurança de la vellesa (AOW) de 1956, hi ha tres nivells per assegurar els ingressos en el període de la vellesa: un primer nivell, d'un mínim social finançat per l'Estat; un altre que correspon a *fons col·lectius d'empreses o gremis professionals*, molt estesos entre la població, de caràcter voluntari, que es negocien entre els treballadors i els empresaris, sovint en els convenis col·lectius, i un tercer nivell que és cobert per *plans de pensions individuals*.

Com a noves formes per ampliar la participació privada, s'ha aprovat una llei de sanitat i s'han introduït canvis en l'assegurança per incapacitat (WAO), de manera que es reconeix als empresaris la facultat d'assumir per si mateixos el risc de llurs treballadors, i triar companyies d'assegurances privades. Amb aquestes mesures, a part de l'aspecte financer, també s'ha volgut estimular els empresaris a contribuir a reduir l'absentisme laboral, tot vigilat amb més atenció les condicions de treball que podrien arribar a afavorir-lo.

En aquests casos de participació de les assegurances privades, la llei estableix les condicions per

a l'operativa de les companyies privades, que, a més, estan sotmeses al control públic, per la qual cosa, com ja hem dit, hi ha qui considera que és una privatització bastant poc significativa.

Al Regne Unit, l'any 1986, el Partit Conservador va concedir als empresaris l'autorització de fer-se responsables, si llurs treballadors ho acceptaven, de la part complementària de les pensions públiques, l'anomenada «State Earnings-Related Pension Scheme» (SERPS),¹⁵ i ha tingut una difusió tan important que avui es considera que afecta la meitat dels treballadors, és a dir més d'onze milions de persones.

El mateix passa als Països Baixos, que l'Estat regula aquesta protecció social privada per garantir els interessos dels beneficiaris i minimitzar el risc financer.

França, en regular el sistema actual de pensions, mitjançant una llei de 1994, va afegir als règims obligatoris, el de base i el complementari, de finançament públic, un altre règim suplementari voluntari per a grups professionals. El 1997 es va aprovar, a més, una altra llei sobre plans d'estalvi i pensió, que introdueix un sistema voluntari de capitalització, encara sense substituir els règims públics de la llei anterior. Aquesta llei representa un pas més cap al finançament privat del que ja es va fer el 1995 amb la llei de sanitat, que va obrir la porta perquè es pogués sortir de les institucions públiques i es pogués recórrer al mercat com a institució complementària de la protecció social.

El Consell Assessor del Govern Federal d'Alemanya i diverses institucions d'investigació fa anys que han manifestat dubtes sobre la possibilitat de mantenir en el futur el sistema actual de protecció social, i fins i tot dubten que aquest manteniment sigui desitjable.¹⁶ Per això s'han proposat reformes, sobretot per a l'assegurança de pensions i la de malaltia. El Govern de la Unió Democristiana (CDU) va donar els primers passos per a un nou ordre de la sanitat, orientat cap a la competència i amb la intenció d'apropar-se a l'anomenat «principi d'equivalència», amb més participació dels pacients en les despeses sanitàries.

Quant a les pensions, l'actual Govern alemany de coalició entre els socialdemòcrates i els verds va aconseguir que, el primer semestre del 2001, les cambres legislatives aprovessin una reforma que els governs anteriors ja havien intentat dur a terme. La reforma estableix que a partir de l'any 2030 les cotitzacions d'empresaris i treballadors no poden pujar més del 22% del salari brut, augment inevitable, sobre l'actual nivell del 19,1%, per l'evolució demogràfica. També estimula, amb ajuts directes o desgravacions fiscals, el fet que els particulars subscriguin un pla privat de pensions, de manera que, cap a aquesta data, es pugui mantenir una relació del 67% entre la pensió global i el darrer salari net percebut durant la vida activa (actualment aquesta proporció és del 70%). Això comportaria que a partir d'ara s'ha de fer una aportació del 4% del salari brut a aquests plans individuals, i que

l'Estat garanteix, malgrat les fluctuacions monetàries i la volatilitat del mercat de capitals, que quan la persona arribi a la jubilació podrà rescatar, com a mínim, el capital invertit. Alhora, la reforma prescriu les condicions que han de complir les companyies d'assegurances en la inversió d'aquests fons.

Es calcula que aquest sistema portarà a l'Estat alemany un volum anual d'estalvi de 60.000 milions de marcs (30.677 milions d'euros), malgrat que el foment dels plans privats li costarà uns 20.000 milions (10.225 milions d'euros).

A *Bèlgica*, els treballadors que han tingut ingressos alts han de recórrer a assegurances privades si volen que la pensió els permeti mantenir el nivell de vida.¹⁷

Dinamarca, que és un dels pocs països que finança la protecció social gairebé totalment amb els impostos generals del pressupost públic, i no es fa plantejaments de canviar-ho, malgrat tot l'Estat afavoreix els fons privats de pensions per tal que la gent gran pugui tenir condicions de vida més favorables.

En aquestes reformes d'incorporació del sector privat al finançament de la protecció social, especialment en les pensiones, *Itàlia* és un cas singular. La reforma del sistema de pensions que va aconseguir portar endavant, el 1995, el cap del Govern Dini no implica, en principi, tot i que no l'exclou, un complement d'assegurança privat per millorar l'import de la pensió sinó una nova fórmula per al càlcul de la pensió en la qual es dona més pes a l'aportació personal. Es manté el «repartiment» com a model de finançament però s'aproxima al de capitalització ja que la base per calcular la renda individual són les aportacions capitalitzades de cada assegurat. Es parla, doncs, d'una aproximació a l'assegurança privada perquè, en aquesta, les primes que aporten els assegurats són les que determinen la pensió, però es manté la diferència fonamental del finançament que és pròpia del sistema de repartiment. Amb aquest canvi es passa, d'alguna manera, d'un sistema redistributiu a un de contributiu, en el qual el principal és el que s'ha aportat en concepte de cotitzacions socials durant la vida activa, i així es reforça el principi d'equivalència.

Com que, amb el nou sistema, *Itàlia* pretén clarament reduir l'import de les pensions públiques, també s'han aprovat altres lleis a fi d'afavorir la creació de suplementos, mitjançant plans de pensions privats voluntaris.

3.2 Afavorir la reintegració a la vida laboral i la responsabilitat de treballar

Des de principi dels anys noranta, la reintegració a la vida laboral dels beneficiaris de la protecció social s'ha considerat un instrument important per garantir la sostenibilitat del sistema.

A Europa hi ha motius sòlids per sospitar que la seguretat social ha contribuït a la persistència de l'atur per tal com les prestacions per atur han pogut influir en la desmotivació i en la pèrdua de responsabilitat pel que fa al deure de treballar.¹⁸ Per això, en tots els models que es proposen en els diversos

països per adaptar la seguretat social a les noves circumstàncies de l'entorn apareix una combinació de protecció dels aturats i de forts estímuls perquè es reintegrin al treball. Així es busca un equilibri entre el dret al treball i l'obligació de treballar, i es posa un *èmfasi especial en l'obligació*, de manera que en les anomenades *polítiques actives del mercat de treball (PAMT)* s'inclou sempre algun tipus de pressió o coerció:

Es redueix el nivell de les prestacions d'atur o

a) S'hi fa més difícil l'accés a fi d'estimular que hom accepti les feines que se li ofereixen, com veurem que s'ha fet als Països Baixos.

b) Es fa més atractiu el treball amb bonificacions fiscals, que es concedeixen als treballadors o a les empreses per tal que contractin treballadors menys preparats, com passa a Alemanya.

c) S'ofereixen noves formes de treball (ocupació a temps parcial, treball temporal), bé perquè les persones que tenen poques possibilitats d'accedir al mercat de treball regular, entre les quals es poden incloure les que pateixen certes discapacitats, no caiguin en l'exclusió, o bé perquè les que tenen altres responsabilitats que no tenen a veure amb el mercat de treball, com tenir cura dels fills o de persones grans o discapacitades, no perdin la possibilitat i l'hàbit d'un treball remunerat.

d) I, finalment, s'adapten les condicions per accedir als beneficis de la seguretat social, de manera que les persones que tenen formes atípiques d'ocupació no siguin, per aquest motiu, excloses de les prestacions per malaltia, accidents i pensions.

A *Dinamarca*, per exemple, la prestació d'atur, que, excepcionalment, és una assegurança finançada per les aportacions dels treballadors i dels empleats, té un termini de duració de quatre anys, però només en el primer any no s'exigeixen uns requisits especials per cobrar-la. A partir del segon any i els dos anys següents s'entra en el que se'n diu la fase d'«activació», és a dir que les persones que reben la prestació d'atur *estan obligades a buscar feina activament* i han d'estar disposades a acceptar qualsevol lloc de treball raonable que els ofereixi l'oficina de col·locació. Les persones més grans de vint-i-cinc anys que no troben en aquesta oferta una oportunitat de treball han d'acceptar l'anomenat *pool job* és a dir, un període d'aprenentatge que les capaciti per a les ofertes de treball disponibles. Amb aquestes mesures s'intenta, doncs, evitar l'abús que representa percebre prestacions d'atur quan en realitat es pot trobar feina, i s'intenta que hi hagi més participació dels ciutadans en el benestar social, d'acord amb el principi de subsidiarietat.

Als *Països Baixos* s'ha comprovat que la reintegració al mercat de treball pot resultar un procés complex. En el model que va consensuar el Govern amb els agents socials l'any 1980 es va augmentar el llindar d'exigències per poder començar a ser beneficiari de l'assegurança d'atur i es va fer més fàcil la sortida del sistema. A fi de millorar l'ocupació es va flexibilitzar el mercat de treball i es va reduir

el nivell de les prestacions d'atur per incloure les persones parades a buscar feina.

Aquestes estratègies van tenir èxit ja que el nivell d'ocupació va augmentar notablement en termes quantitius, però no va passar el mateix pel que fa als aspectes socials d'afavorir la reintegració laboral.¹⁹ Els treballadors amb limitacions físiques o mentals van tenir més dificultats per trobar un lloc de treball i mantenir-lo, perquè la privatització voluntària, que es va introduir a les assegurances per malaltia i per incapacitat, com s'ha explicat a l'apartat anterior, va fer que els empresaris fossin més refractaris a contractar o a renovar indefinidament els contractes a persones amb poca salut o a persones discapacitades, per culpa del risc financer que aquesta contractació els pot comportar.

Aquesta experiència ha fet palès que la reforma també necessita adaptar la protecció social als tipus de feina que poden fer determinats grups de persones per poder fer efectiva l'obligació de treballar, i evitar, d'aquesta manera, que siguin condemnades a la marginació que implica no poder fer una feina remunerada, amb el malbaratament de capital humà subsegüent.

Al *Regne Unit*, la reforma conservadora de la protecció social, que es va aprovar l'any 1980, pretenia incentivar les persones que estaven a l'atur a buscar una feina remunerada, per a la qual cosa es va eliminar el suplement que tractava d'aproximar les prestacions d'atur als ingressos que hom tenia quan treballava. En introduir una subvenció a les persones que buscaven feina, segons la *Jobseekers Act* de 1995, va quedar diluït el caràcter social de l'assegurança d'atur, però, malgrat tot, el Govern laborista actual ha ratificat aquesta política en el seu controvertit programa de la «tercera via».

A *Alemanya*, en el dictamen del Consell Assessor del Govern Federal, que ja hem esmentat, es fa esment exprés de les conseqüències que tenen les prestacions altes de l'assegurança d'atur en la motivació al treball dels ciutadans, i per això proposa adaptar el sistema perquè s'estimuli les persones parades a trobar feina ràpidament, encara que això les obligui a canviar d'activitat i de residència. El Consell justifica la seva proposta amb el raonament que la persona que accepta una nova ocupació, encara que sigui en condicions professionalment desfavorables, demostra que és *responsable* davant la societat, considerada com un tot; contribueix a fer *més eficient el potencial productiu*, i no abusa de la solidaritat dels altres. Responsabilitat que també aquests ciutadans davant les seves famílies respectives i es demostren a si mateixos, en no renunciar a l'exercici de la seva pròpia activitat, i, com a conseqüència, evitar que la seva preparació i la seva capacitat quedin obsolets.²⁰

Els experts que investiguen sobre aquestes qüestions proposen, com a mesura concreta, que se substitueixi el subsidi a les persones aturades per subvencions a les empreses amb la finalitat que contractin aquestes persones, ja que, per a les mateixes persones interessades i per a la societat, sembla que *subvencionar l'ocupació és millor que*

subvencionar l'atur, com, de fet, passa amb les prestacions dels models vigents d'assegurances d'atur.²¹

3.3 Tendències aparentment contradictòries: universalització i proves de necessitat, retalls d'unes despeses i ampliació d'unes altres despeses

Els canvis en les formes actuals d'ocupació, descrits a l'apartat anterior (ocupació regular i estable en jornada plena i per temps indefinit o ocupació irregular, per un temps limitat, ocupació en jornada parcial, autoocupació, etc.); la finalitat dels diversos models de protecció social, a què ens hem referit abans i, en conseqüència, la manera de calcular les prestacions: segons el que cadascú hagi aportat en la vida laboral activa, prestacions fixes iguals per a tothom o basades en proves sobre necessitats, i, finalment, la naturalesa diferent de les contingències que s'asseguren, expliquen les contradiccions aparents que es poden trobar en les tendències amb què alguns països tracten de garantir la sostenibilitat de la protecció social.

Una qüestió important pel que fa a això és la *universalització de les prestacions i les proves de necessitat*. En gran part dels països europeus hi ha una clara tendència cap a les *prestacions bàsiques universals* (model Beveridge), que reemplacin o substitueixin les prestacions relacionades amb el que cadascú hagi aportat, en el cas de les cotitzacions obligatòries (model Bismarck), o amb els ingressos en algunes formes de l'assegurança d'atur.

El *Regne Unit*, cap a la meitat dels anys quaranta, va desenvolupar un model de prestacions fixes per a tots els ciutadans, d'acord amb les propostes de Beveridge. El 1977 es va apropar més al concepte bismarckià en introduir en les pensions el complement del SERPS i, finalment, el 1980, com que, per manca de recursos, no va poder mantenir l'augment de les pensions al nivell dels ingressos dels treballadors actius, va augmentar el nombre de prestacions que es fixaven d'acord amb la *prova de necessitats* a fi d'evitar que augmentessin les situacions de pobresa.²²

A *França*, la renda mínima d'inserció (RMI), que es dona a les persones que no han pogut complir les condicions per poder tenir accés a les prestacions de la Seguretat Social, és el primer pas per a un canvi profund que s'ha plantejat en el seu sistema de protecció social. Malgrat el seu nivell baix, la renda mínima d'inserció es un instrument important en la lluita contra la pobresa i té una significació més rellevant, ja que hi ha qui considera que proposa un canvi *en els elements fonamentals del contracte social*. Atès que el dret al treball no es pot garantir a tothom, la manera d'assegurar el dret als ingressos necessaris per a la subsistència i els béns fonamentals, com la salut i l'habitatge, ha de ser *universalitzar la protecció social, i, en endavant, basar-se més en la ciutadania que no pas en la participació en el mercat de treball*.

A *Alemanya*, com a França, també la qüestió d'una *seguretat social bàsica per a tots els ciutadans és*

un dels temes de debat actuals i es considera que la manera de garantir una renda mínima a les persones que no han tingut una vida laboral regular podria ser una pensió bàsica o un impost negatiu sobre la renda²³.

També a *Bèlgica* unes reformes recents han deslligat les prestacions d'atur del criteri de l'assegurança i han establert una prestació fixa i universal.

L'altre grup de les tendències contradictòries resulta dels *retalls* que s'han anat fent les dues dècades darreres en les despeses de la seguretat social a Europa i *els augments* que la inclusió de la cobertura de nous riscos socials ha comportat.

A *Itàlia*, per exemple, amb la reforma de 1995, alhora que es van retallar algunes pensions es van crear nous ajuts per a mares soles. *Irlanda*, *Grècia*, i també *Espanya*, estan en un procés d'establir unes prestacions per a determinats grups socials que a la resta de països comunitaris ja estaven establertes. Al *Regne Unit* s'han creat ajuts per a les persones que no poden treballar fora de la llar perquè han de tenir cura dels fills o d'altres persones que en depenen, com és el cas de persones grans o discapacitades. A *Alemanya*, el 1994, es va introduir una nova modalitat d'assegurança obligatòria d'assistència a la pròpia llar (*Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*) per a persones soles que no es poden valer per elles mateixes.

Aquests exemples ens demostren que, malgrat la crisi econòmica que a partir de 1970 ha obligat a emprendre reformes perquè els sistemes de protecció social continuïn essent sostenibles, no s'ha fet la vista grossa a les noves necessitats que han anat apareixent al llarg d'aquest temps.

Notes

1. S'explica l'origen del concepte d'*estat del benestar* (EB) i les seves ambigüitats en la publicació del Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya, *L'estat del benestar*, estudi dut a terme per un equip de professors d'ESADE, 1996 (en endavant, GENERALITAT, 1996), pàgs. 17-20.
2. Sobre el desenvolupament històric dels models de Bismarck i Beveridge, a més de la referència de la nota anterior, es pot consultar: VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET (edits.) *Social security and solidarity in the european union, facts, evaluations and perspectives*, 2000 (en endavant, VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000), pàgs. 1-4.
3. La problemàtica de l'atur estructural actual s'exposa a M. FÉREZ, A. GÜELL i altres. *El trabajo en el futuro*, 1997.
4. B. Greve al·ludeix als problemes que planteja la Unió Europea al sistema de protecció social de Dinamarca a VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 47.
5. Es parla sobre l'economia social de mercat a GENERALITAT 1996 pàg. 24 i seg. i 31 i seg. i W. KLEIN (edit.) *Soziale Marktwirtschaft. Ein Modell für Europa*.
6. VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 11.
7. D.GREINER EN VAN VUGT J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 63.
8. Els problemes que planteja l'evolució demogràfica a Dinamarca, els exposa B. Greve en el text citat a la nota 4.
9. Segons el Boletín de Estadísticas resumidas de EUROSTAT-SE-EPROS, maig de 1999, les despeses de protecció social a Espanya el 1996 representaven el 22,4% del PIB, i la mitjana de l'Europa dels Quinze era el 28,7%.
10. SACHVERSTÄNDIGENRAT, JAHRESGUTACHTEN 1996/97, pàg. 224.
11. DELSEN, I., N. VAN GESTEL i J. P. A. VAN VUGT: *European integration: current problems and future scenarios* en VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 243.

12. A GENERALITAT 1996, pàgs. 531 i següents, s'ha analitzat la relació entre atur i despeses socials, i a les conclusions (pàg. 547) apareix la diversitat de resultats dels estudis empírics sobre aquesta relació.
13. I. ASSCHER-VONK i altres, en VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 150.
14. Els conceptes de mancances de l'Estat i del mercat s'exposen a RECIO, E. M. «La educación en la moderna concepción del estado del bienestar», Papers ESADE, núm. 168, març 2000, pàgs. 5-7.
15. La concepció i l'evolució del SERPS estan explicades per R. TORNABELL a GENERALITAT 1996, pàgs. 265 i seg. i 326 i seg.
16. SACHVERSTÄNDIGENRAT, JAHRESGUTACHTEN 1996/97, paràg. 378.
17. M. VERHUE EN VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 33-34.
18. Informació d'estudis empírics sobre l'influx de la protecció social en la desincentivació per al treball es pot trobar a GENERALITAT, 1996, pàg. 553 i seg.
19. I. ASSCHER-VONK i ALTRES a VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 162.
20. E. M. RECIO en «Los nuevos retos del sistema de la Seguridad Social en el siglo XXI y su financiación», *Revista Econòmica de Catalunya*, núm. 43.
21. Una informació més detallada en què es compara el model alemany amb l'espanyol i s'analitzen les dificultades que pot tenir aquest plantejament s'ha exposat en la publicació *L'estat del benestar i el mercat de treball*, Generalitat de Catalunya, 1997, pàg. 84-88.
22. H. REED i S. DEAKIN a VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET, 2000, pàg. 219.
23. Les formes diverses i la problemàtica d'una renda mínima són tractades a H. FEIST: *Zur Reform des Sozialstaats im Zeitalter der Globalisierung*, a D. AUFDERHEIDE i M. DABROWSKI (edits.) *Internationaler Wettbewerb- nationale Sozialpolitik?*, pàg. 231 i seg.

Referències bibliogràfiques

- AUFDERHEIDE, D. i M. DABROWSKI (edits.) (2000): *Internationaler Wettbewerb-Nationale Sozialpolitik?* Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven der Globalisierung, Duncker & Humblot, Berlín.
- FÉREZ, M., A. GÜELL i ALTRES (1997) *El trabajo en el futuro*. Edic. Deusto, Bilbao.
- GENERALITAT (1996) *L'estat del benestar*. Estudi dut a terme per un equip de professors d'ESADE, coordinat pel professor Eugenio Recio. Generalitat de Catalunya, Col·lecció «Textos i Documents» núm. 14, Barcelona.
- GENERALITAT (1997) *L'estat del benestar i el mercat de treball*. Estudi dut a terme per un equip de professors d'ESADE. Generalitat de Catalunya. Col·lecció «Textos i Documents» núm. 17, Barcelona.
- KLEIN, W. S. PARASKEWOPOULOS i H. WINTER (edits.) (1994) *Soziale Marktwirtschaft. Ein Modell für Europa*, Duncker & Humblot, Berlín.
- RECIO, E. M. (2000) «La educación en la moderna concepción del estado del bienestar». Papers ESADE núm. 168, Barcelona.
- RECIO, E. M. (2002) «Los nuevos retos del sistema de la Seguridad Social en el siglo XXI y su financiación», *Revista Econòmica de Catalunya*, núm. 43.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. 1996/97, Poetschen Verlag, Stuttgart.
- VAN VUGT, J. P. A. i J. M. PEET (edits.) (2000) *Social security and solidarity in the european union. Facts, evaluations and perspectives*. Physica-Verlag Heidelberg.
- VAN VUGT, J. P. A., L. DELSEN i N. VAN GESTEL (2002). *European integration and european social security. From problems to opportunities*, *Revista Econòmica de Catalunya*, núm. 43.
- WAGNER, G. (1998) *Zentrale Aufgaben beim Um- und Ausbau der Gefahrenvorsorge. Ein Versuch, die Vertragstheorie und die Theorie des Markts- und Staatsversagens für die Sozialpolitik nutzbar zu machen*, a *Reform de Sozialstaats II*, Theoretische, institutionelle und empirische Aspekte, edit. R.Hauser. Duncker & Humblot Verlag, Berlín.

Carles Murillo

Departament de Ciències
Experimentals i de la Salut.
Centre de Recerca en Economia
i Salut (CRES).
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Evolució de les fonts de finançament de la sanitat pública i anàlisi comparada de la contribució dels ciutadans en els països del nostre entorn

La pressió dels augments de la despesa sanitària sobre el funcionament dels sistemes de salut, en la pràctica totalitat dels països del nostre entorn, fa indispensable l'anàlisi d'alguns elements clau com ara l'abast de les cobertures i les fonts de finançament. En l'article es revisa l'evidència empírica relativa a les fórmules emprades per al control de la despesa, tant des de la perspectiva d'actuacions sobre la demanda com de les que actuen sobre l'oferta i l'organització dels sistemes. La despesa privada ha guanyat terreny en la majoria dels casos analitzats, mentre que la despesa pública es finança majoritàriament per la via dels impostos. La llibertat d'elecció dels proveïdors és un principi que, en general, es manté, per bé que hi incorpora algunes condicions. La participació dels usuaris en el cost de la prestació sanitària està absolutament estesa en el consum de medicaments i amb graus de desenvolupament diferents en l'atenció primària i l'especialitzada.

1. Introducció

L'augment de la despesa sanitària ha estat una realitat constatada a casa nostra i també a la major part de països del món occidental. Els analistes han tractat de descriure i quantificar els factors d'impuls de la despesa. Hi ha un ampli acord en el fet d'atribuir a l'estructura demogràfica i de morbimortalitat una part important de les repercussions en la despesa total, de la mateixa manera que els avenços de la tecnologia apunten com una altra de les causes dels augments de la despesa. La demanda i l'oferta resulten identificades, però les fórmules d'organització, gestió i finançament dels proveïdors no s'escapen de la cerca d'arguments explicatius. Els fets —l'aparició i la gravetat de la malaltia, la necessitat d'un diagnòstic, el mateix diagnòstic i el resultat dels tractaments— i les decisions —dels proveïdors i dels usuaris— estan sotmesos a un grau d'incertesa considerable que, d'altra banda, és el principi que justifica l'existència dels contractes d'assegurament. La disminució d'aquesta incertesa exigeix respostes organitzatives, clíniques i econòmiques, que tenen un cost evident. L'avaluació conjunta dels costos i dels beneficis esdevé un procés lent i feixuc, però, a la vegada, és imprescindible per al guiatge racional de la presa de decisions.

El control de la despesa, la reducció de costos en la provisió dels serveis sanitaris i la racionalització de les activitats dins el sistema —l'eliminació de l'ús indegut de les prestacions o la reducció de les conseqüències dels errors mèdics— no són tasques senzilles ni resten exemptes de costos afegits, però esdevenen necessàries en termes d'efectivitat i de qualitat en la prestació del servei. Un problema plural exigeix arguments i solucions ordenats i plurals, és a dir que impliquen haver de prioritzar entre alternatives diferents¹.

El que sembla del tot inviable és la política de més i millor per a tothom sense excepció² i, a més, sense preu estimable. Donar suport a reivindicacions com l'esmentada exigiria deixar de donar resposta

a altres necessitats, com ara la seguretat ciutadana, les infraestructures, la defensa del medi ambient o l'educació i la recerca. El dilema comporta, des del punt de vista de les conseqüències en matèria de salut, dos tipus de qüestions. La primera va lligada al pes dels diferents arguments en la producció de la salut individual i col·lectiva. Els arguments o factors explicatius poden respondre als resultats de la provisió de serveis sanitaris, i també a altres formes de millora de l'estat de salut, i impliquen decisions polítiques i també clíniques³. La segona qüestió es refereix a la necessitat de definir les prestacions que el sistema públic finança i de decidir si han de tenir un abast universal o limitat. En aquest darrer cas, cal especificar els elements condicionants i el llinar que garanteix la cobertura pública.

2. El control de la despesa

Les mesures relatives al control de la despesa es poden referir a qualsevol dels quatre aspectes següents:

a) *Actuacions sobre la demanda.* Dins aquest apartat hi ha les mesures de participació dels consumidors en el cost de la prestació en qualsevol de les seves modalitats, és a dir participar-hi amb un import fix —abans de la prestació del servei o del consum del producte—, una participació que consisteix en una proporció del cost total o té altres modalitats, com ara les franquícies; l'establiment de llinars de despesa màxima feta en un període determinat de temps; l'exclusió, per raó de renda, dels plans d'assegurament públic; el descompte per poca utilització del servei, o els obstacles que poden impedir fer ús dels serveis a causa de l'existència de llistes d'espera.

b) *Limitacions en l'oferta de serveis.* Les actuacions sobre l'oferta presenten també un ventall prou ampli de possibilitats: des de la reducció del nombre de personal o d'equipaments i infraestructures, passant per la substitució d'un tipus

Aquest treball ha estat finançat pel Ministeri de Ciència i Tecnologia (projecte SEC 2000-1187).

Agraïeix la col·laboració de Julieta Corral en la recerca de les dades.

d'atenció més costosa per una altra de menys cost unitari, és a dir, la substitució d'una part de l'atenció especialitzada per l'atenció ambulatoria, fins a l'estratègia d'incorporar elements de competència entre plans d'assegurament o entre proveïdors per obtenir una reducció de preus.

c) *El finançament de la despesa constitueix una nova oportunitat d'intervenció.* En aquest apartat es poden considerar tant les fórmules de pagament als proveïdors dels serveis sanitaris des de les entitats finançadores de la despesa pública, com els règims de concert amb les institucions privades que presten serveis als afiliats als plans d'assegurament públic. La decisió dels ens finançadors de la despesa de fer la distribució dels fons amb una perspectiva no històrica ha representat un gran pas en la possibilitat de racionalitzar les actuacions del proveïdors. L'exigència de pensar en un pressupost realista a fi de garantir una base de finançament raonable no és res més que permetre la disposició futura d'elements de control de la gestió de la despesa —i també dels ingressos— de les entitats que presten els serveis sanitaris. Una segona perspectiva del finançament és la que té a veure amb la distribució entre finançament públic i privat. Pel que fa al finançament públic, la panoràmica dels diferents països de l'entorn s'ha anat modificant des de models purs, en els quals la despesa pública es finançava bé per la modalitat de les contribucions als fons de la seguretat social, bé per la via impositiva, a models mixtos⁴. El finançament privat comporta, a la vegada, els pagaments directes dels usuaris dels serveis sanitaris i els pagaments indirectes a les asseguradores privades que fan la funció de mediació pròpia dels contractes d'assegurança de béns i serveis.

d) *L'organització i la gestió del sistema i de les seves institucions és la quarta modalitat d'actuació sobre la despesa.* Les reformes que han dut a terme la majoria de països del món occidental i dels països de l'Est d'Europa i de les economies en procés de desenvolupament en els continents americà, asiàtic i africà insisteixen en els problemes de finançament. Els canvis en els models purs i l'aparició de models combinats han estat prou descrits en diversos estudis. Una lectura atenta de les finalitats d'aquests canvis i de les reformes ens permet valorar la transcendència que té per a la viabilitat dels sistemes el fet de trobar un equilibri just entre les fórmules de finançament i la part de la despesa que correspon a la responsabilitat financera del sistema públic.

Des d'un altre punt de vista, més global i no tan centrat en els serveis sanitaris, els tipus d'actuacions poden ser de caire polític o clínic. Una actuació fonamentada en l'enfocament de la política de salut intenta donar resposta a problemes que es defineixen al voltant de l'objectiu final de millora de la salut de la població i, en aquest sentit, pivoten sobre qüestions que no necessàriament són responsabilitat de les organitzacions sanitàries. Les polítiques intersectorials relatives a problemàtiques

que, com les mesures de prevenció dels accidents laborals, dels accidents a la llar o de circulació i les condicions dels habitatges, són exemples d'aquest enfocament. Les actuacions clíniques es refereixen a la millora dels resultats de les decisions dels professionals sanitaris i cerquen l'augment de l'efectivitat dels diagnòstics i els tractaments. Les guies, els protocols i les vies clíniques constitueixen l'exponent més clar d'aquest segon tipus de mesures.

3. Evidència empírica

S'espera que les mesures condicionants de l'accés dels usuaris al sistema de provisió dels serveis sanitaris tinguin efectes que es puguin traduir en una disminució de la utilització d'aquests serveis. Incorporar barreres en l'accés gratuït es pot fer tant pel camí de desincentius econòmics —els preus— com per raons de contingut i de naturalesa de la utilització. Si els efectes es limiten a l'eliminació del sistema dels usos no justificats o no necessaris, aleshores les mesures de control es justifiquen tant des del punt de vista clínic com des del punt de vista de les seves repercussions econòmiques. Hi ha, però, prou evidència empírica per tenir en compte l'aparició d'efectes adversos que no suprimeixen l'ús del servei sinó que, senzillament, el traslladen, i així endarrereixen la concreció d'una necessitat en demanda efectiva a altres nivells assistencials (una visita no realitzada al metge en un centre de salut que més endavant es converteix en una visita a un servei d'urgències, una hospitalització o un tractament més agressiu pel fet del retard en el diagnòstic, per exemple). L'estat de salut i la traducció econòmica de l'atenció sanitària queden, òbviament, afectats per la decisió.

Un enfocament alternatiu de l'adopció de mesures de limitació de la demanda és el que afavoreix el desplaçament de les fonts de finançament de manera que part dels consums públics acabin sent finançats directament per les famílies. La participació en el cost dels serveis —*cost sharing*— n'és el principal exponent. L'evidència mostra altres possibilitats, menys freqüents, com és l'exclusió de la cobertura pública de col·lectius d'individus per raons de renda o de tipus d'activitat laboral (els treballadors autònoms o els directius d'empreses). En qualsevol d'aquests casos, com s'ha plantejat a Alemanya i a Holanda, es tracta de transferir la responsabilitat del finançament a grups de persones amb prou capacitat financera perquè es puguin fer càrrec de les despeses sobrevingudes per mitjà d'altres mecanismes, com els contractes d'assegurament privat o els pagaments directes. La crítica a la posada en marxa de les mesures d'exclusió a causa de superar una certa capacitat adquisitiva se centra en la debilitat⁵ importada pel sistema públic, en el sentit de la mancança d'equitat (solidaritat) pel fet que s'elimina una font important de recursos que, atesa la relació positiva que hi ha entre l'estat de salut i la renda, contribuiria a finançar les prestacions per als més desfavorits.

Alemanya i alguns països de l'Europa de l'Est han introduït un sistema importat del món de les assegurances en altres rams, segons els qual menys utilització significa menys contribució futura al sistema. El principi té beneficis per a les persones que utilitzen poc els serveis sanitaris però no té en compte que aquesta utilització no és exclusiva de conductes no saludables i té una gran relació amb situacions de mala salut adquirides o generades d'una manera involuntària.

Pel que fa referència a les actuacions limitatives de l'oferta de recursos, l'establiment de sostres presupostaris ha estat la més emprada en el països del nostre entorn. Pràcticament tots els països de la Unió Europea han establert algun tipus de limitacions al creixement de l'oferta com a procediment limitatiu de la despesa. La determinació d'un mecanisme de definició del ritme de creixement de la despesa sanitària, sotmesa a les variacions en la renda, respon a un objectiu de dimensió en els augments, però cal que tingui el suport d'una capacitat impositiva de magnitud similar i adaptada a les exigències comunitàries en matèria d'estabilitat⁶. Cal entendre que les variacions en la renda guien les possibilitats de creixement de la despesa però no necessàriament de la part corresponent a la despesa pública. Dit d'una altra manera, el fet que el nivell de renda sigui una guia dels creixements de la despesa pública és un fet diferenciat de les decisions que les administracions prenguin en relació amb la forma del seu finançament. Hi ha, però, una tendència prou generalitzada cap als sistemes públics finançats per impostos.

S'han establert limitacions per a la reducció de personal, com les barreres d'accés als estudis per obtenir les titulacions exigibles per a la pràctica mèdica; o limitacions per a la reducció d'establiments i de recursos físics, com la disminució de centres, llits o equips, com a conseqüència de polítiques d'incentius que discriminen les inversions, com en el cas de Bèlgica, o de substitució de la finalitat assistencial d'alguns centres, com en el cas del Regne Unit, d'Holanda, d'Irlanda, de França i també d'Espanya.

4. Finançament de la despesa

El finançament de la despesa sanitària es distribueix, segons els països i els sistemes emprats per la prestació de l'assistència, entre fonts públiques i fonts privades. La tendència observada apunta cap a un augment de la despesa privada. Dins els capítols de despesa pública i privada trobem, a la vegada, procedències diverses. El sector públic, bé sigui amb recursos de naturalesa jurídica pública o de naturalesa jurídica privada, afronta les despeses generades amb els fons generats per les contribucions directes d'empresaris i treballadors o, alternativament, per la via impositiva. Els ingressos generals de les hisendes públiques es distribueixen d'acord amb els criteris establerts pels responsables polítics entre diferents partides de despesa. Els efectes distributius de la despesa finançada mitjançant impostos permeten l'establiment de procediments que afavoreixen el manteniment i la millora del principi d'equitat en el sentit del finançament, és a dir que contribueixen més al

Taula 1. Característiques de la cobertura obligatòria

Països	Abast poblacional de la cobertura obligatòria	Atenció primària		Atenció hospitalària		Farmàcia
		Lliure elec.	Gratuïtat	Lliure elec.	Gratuïtat	Gratuïtat
Alemanya	Assalariats, aturats, pensionistes i voluntaris	Sí ⁴	Sí ⁴	Sí ⁴	No ¹	No ¹
Àustria	Assalariats, aturats, pensionistes (limitació s. renda)	Sí ⁴	No ¹	Sí ⁴	No ¹	No ¹
Bèlgica	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí	No ^{1 i 2}	Sí	No ^{1 i 2}	No ^{1 i 2}
Dinamarca	Residents	Sí ³	Sí ³	Sí ³	Sí ³	No ^{1 i 2}
Espanya	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ⁴	Sí	Sí	Sí	No ¹
Finlàndia	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ⁴	No ^{1 i 2}	Sí	No ¹	No ²
França	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí	No ^{1 i 2}	Sí	No ¹	No ^{1 i 2}
Grècia	Assalariats, aturats, pensionistes	No	Sí	Sí ⁴	Sí ⁴	No ¹
Holanda	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ⁴	Sí	Sí ⁴	Sí ⁴	No ¹
Irlanda	Residents	Sí ³	Sí	Sí	Sí ³	Sí ³
Itàlia	Residents	Sí ⁴	Sí	Sí	No ¹	No ¹
Portugal	Residents	Sí	Sí	Sí ⁴	Sí ⁴	No ¹
Regne Unit	Residents	Sí	Sí	Sí ⁴	Sí	No ¹
Suècia	Residents	Sí	No ¹	Sí	No ^{1 i 2}	No ¹

1. Pagament per acte mèdic o episodi.

2. Reemborsament de part de la despesa efectuada segons una base tarifada.

3. Dues modalitats: a) elecció limitada i gratuïta dels metges o els hospitals de l'àrea (a Dinamarca dues visites i hospitalitzacions derivades pel metge generalista); b) elecció total i pagament del cost de la visita (sols una part del cost en les visites a Dinamarca i de les hospitalitzacions a Irlanda).

4. Limitada.

finançament del sistema les famílies que tenen més ingressos, independentment de l'estat de salut dels seus components.

En parlar del finançament privat, cal fer la distinció entre la finalitat de la despesa i l'alternativa de consum. D'una banda, les famílies gasten en consum de béns i serveis sanitaris amb un pagament directe per cada acte mèdic o cada prestació de serveis. Les prestacions poden ser incloses a les llistes d'atencions cobertes i garantides pel sistema públic (finançades, totalment o parcialment, d'una manera gratuïta) o, al contrari, poden no ser incloses en la cobertura pública. En el primer cas hi ha una coincidència en les formes de prestació i, en conseqüència, en la forma de finançament de la prestació: els ciutadans poden triar, lliurement, entre un proveïdor públic —i obtenir la prestació gratuïta— o un proveïdor privat, fet que es tradueix en un pagament *ad-hoc*.

Els ciutadans, per cobrir contingències futures pel que fa a la salut, poden, a més, subscriure un contracte amb una entitat asseguradora privada. En un sistema sanitari com el nostre, l'assegurament privat és un acte voluntari, llevat del cas d'algunes empreses que ja ho tenen inclòs en la relació laboral i contractual establerta amb els treballadors, que significa un pagament afegit a la contribució amb impostos. L'assegurat privat té, però, la possibilitat d'escollir entre l'entitat privada i la pública en el cas de cada acte mèdic. Aquesta no és la tònica de funcionament d'altres sistemes sanitaris en els quals els ciutadans i les seves famílies estan acollits a un únic pla d'assegurament o, en definitiva, poden triar de pagar un sol cop pel seu pla d'assegurament. Finalment, cal considerar també el finançament de la despesa sanitària pel procediment de pagament directe de la prestació en el moment que aquesta es duu a terme.

La despesa sanitària finançada per la via impositiva s'ha mantingut en la major part de països de l'entorn que ja anaven adoptant esquemes de recaptació de fons des de feia temps. En el cas del sistema sanitari públic espanyol, el finançament fet per les contribucions dels empresaris i els treballadors ha donat pas a un sistema finançat majoritàriament pels impostos (aproximadament el 85% de la despesa pública).

El pes de la despesa privada sobre el conjunt de la despesa sanitària en els països europeus ha disminuït, en termes generals, en el període comprès entre 1970 i 1990. Aquesta tendència s'ha trencat en la darrera dècada (amb l'excepció d'Holanda i Irlanda) com a conseqüència, molt probablement, del fet que, per bé que les despeses socials continuen tenint un paper important en les prioritats de les administracions públiques, els arguments a favor que no és possible cobrir-ho tot i a tothom han impulsat més participació, selectiva o no, de les fonts de finançament privat. Les assegurances privades constitueixen, en el conjunt de la despesa privada, una partida quantitativament important tan sols en els casos de França, amb el 55,6%, i d'Holanda, amb el 55,7%, de tota la despesa pri-

vada. Els sistemes sanitaris privats a Alemanya i a Àustria financen aproximadament una de cada quatre unitats monetàries mitjançant les aportacions de les famílies a entitats d'assegurança privada. En qualsevol cas, com ja esmentàvem al principi, les comparacions s'han d'ajustar per l'efecte de l'abast de les cobertures i no es poden fer d'una manera simple i immediata.

Trobem, però, dues circumstàncies de coincidència generalitzada: la lleugera tendència creixent de la despesa privada en el conjunt de la despesa sanitària i l'augment del finançament que se suporta en el règim impositiu con a font principal dels recursos públics. Es tracta de dues respostes a necessitats de finançament creixent, a causa dels canvis demogràfics i de l'augment de la intensitat de les prestacions, que són els màxims responsables de l'increment de l'exigència financera en un entorn caracteritzat per un ritme de creixement econòmic relativament acompassat entre països i amb la necessitat de reduir el dèficit públic i de controlar la pressió fiscal. Més demanda de prestacions i de la qualitat de l'assistència rebuda, juntament amb una resistència política a l'augment de la pressió fiscal i la valoració negativa a la posada en funcionament de certes mesures de participació directa dels ciutadans en el finançament de la despesa és una equació sense solució possible i raonable, especialment en una època en què l'acompanyament dels augments de la despesa sanitària al creixement de l'economia es pot veure compromès en èpoques baixes del cicle econòmic.

La resposta ha de passar necessàriament per una combinació d'accions de característiques diverses.

Taula 2. Despesa sanitària privada (en percentatge sobre la despesa sanitària total)

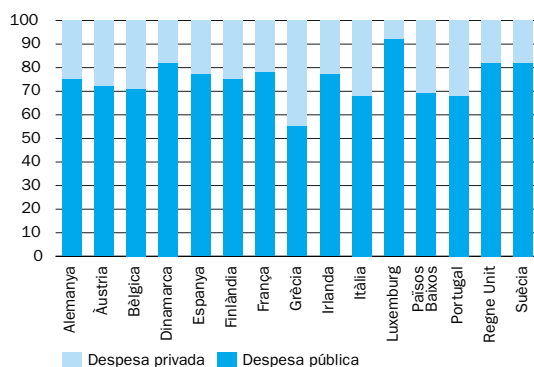
	1970	1980	1990	1999
Alemanya	27,2	21,3	23,8	24,2 *
Àustria	37,0	31,2	26,5	27,9
Bèlgica	n. d.	n. d.	25,5	28,7
Dinamarca	n. d.	12,2	17,3	17,8
Espanya	34,6	20,1	21,3	23,1 *
Finlàndia	26,2	21,0	19,1	24,3
França	25,3	21,2	21,8	21,9
Grècia	57,4	44,4	37,3	43,7 *
Irlanda	18,3	18,4	28,3	23,2 *
Itàlia	13,1	19,5	21,9	32,7 *
Luxemburg	11,1	7,2	6,9	7,1
Holanda	n. d.	30,8	32,3	31,5
Portugal	41,0	35,7	34,5	33,1 *
Regne Unit	13,0	10,6	15,7	16,7
Suècia	14,0	7,5	10,1	16,2 *

(*) dades corresponents a 1998.

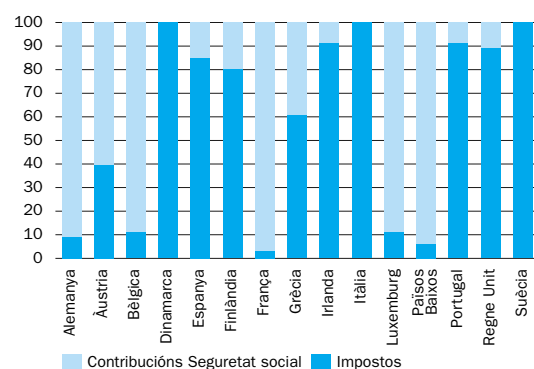
n. d.: no es disposa de dades.

Font: ECO-SALUT. OCDE 2001.

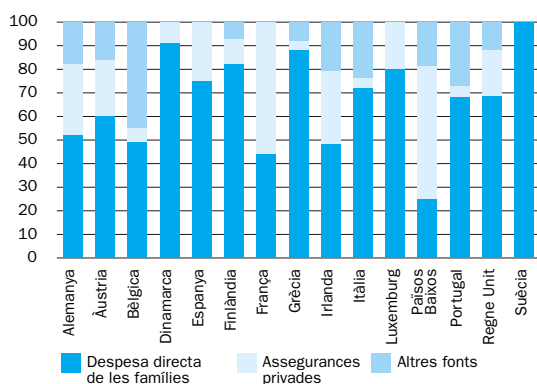
Gràfic 1. Composició de la despesa sanitària. Any 1999



Gràfic 2. Despesa sanitària pública segons la font de finançament. Any 1999



Gràfic 3. Despesa sanitària privada segons la font de finançament. Any 1999



Garantir l'eficiència en la prestació sanitària significa el bon ús dels recursos existents i l'eliminació de les prestacions no justificades o realitzades en un punt del sistema que no pertoca, tant des del punt de vista assistencial com organitzatiu. Les implicacions que aquesta idea té sobre el disseny organitzatiu i, especialment, de la coordinació de nivells són contundents. La correcció de les insuficiències específiques⁷ —territorials, temàtiques o de tipus de pacients— aconsella valorar d'una manera conjunta les necessitats de finançament i la destinació dels recursos existents: prioritació, disponibilitat per pagar, expectatives de la població sobre els resultats de l'assistència i distribució territorial dels recursos són alguns dels elements clau en la discussió.

Notes

1. REVUELTA, G.: "Introducción", dins *Sostenibilidad del Sistema Sanitario*, pàg. 9-22, Fundación Privada Vila Casas. Opinión Quiral. Medicina, Comunicación y Sociedad, Barcelona, 2001.
2. ORTÚN, V. "¿Todo, para todos, de la mejor calidad?", dins *Sostenibilidad del Sistema Sanitario*, pàg. 31-38, Fundación Privada Vila Casas. Opinión Quiral. Medicina, Comunicación y Sociedad, Barcelona, 2001.
3. ORTÚN, V. 2001, *op. cit.*
4. RICO, A; BUSSE, R. "Sistemas i reformes sanitaris a Europa". *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, pàg. 6-16, nº 34, 2000.
5. SALTMAN, R B I FIGUERAS, J.: *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, núm. 72, World Health Organization, Europe, Copenhagen, 1997.
6. LÓPEZ CASASNOVAS, G. *et al.*: *El control sanitario del gasto público*, Barcelona, Springer-Verlag Ibérica. 2001.
7. PUIG, J.: "¿Son suficientes los impuestos para financiar el Sistema Nacional de Salud?" Editorial de *Gaceta Sanitaria*. Vol. 14 núm. 4, pàg. 261-263. 2002.

Les alternatives per a la sanitat del futur

El desenvolupament que s'ha produït els últims anys en els diversos nivells d'atenció sanitària ha provocat canvis en els processos assistencials, juntament amb un alt grau de qualitat. Així, en l'atenció especialitzada hi ha hagut un augment de la capacitat diagnòstica i terapèutica i s'han reduït les estades en els hospitals. L'atenció primària de salut també ha augmentat la capacitat de resolució i els serveis sociosanitaris s'han incrementat de manera considerable.

Dr. Miquel Vilardell

Catedràtic de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

Cap del Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Malgrat tot, el sector sanitari pot caure en un declivi si no es van introduint reformes tant en el sistema de finançament com en l'organització. Cal garantir la continuïtat en l'atenció dels processos i la coordinació entre els diferents nivells i serveis.

És evident que el sistema sanitari té un dèficit presupostari malgrat la implantació del nou sistema de finançament. Factors com el demogràfic, les malalties emergents, les noves tecnologies i els canvis en el perfil dels usuaris del sistema sanitari fan que hi hagi una preocupació pel cost sanitari públic i creix la necessitat d'adequar-lo als recursos presupostaris disponibles.

Si aquests recursos són limitats, i no és possible finançar la despesa amb dèficit públic, caldrà millorar l'eficiència econòmica de la despesa sanitària pública, i mantenir, alhora, l'eficiència dels indicadors de salut. Per tant, caldrà buscar noves fórmules per millorar l'eficiència i l'eficàcia de la gestió sanitària.

El model públic es fonamenta en la garantia de la universalitat i l'equitat en l'accés a les prestacions sanitàries. Caldrà introduir-hi elements de competència i de competitivitat, i això obligarà probablement a tenir un mercat regulat, amb una separació clara de funcions entre el finançament, la compra i la provisió. Segur que en el futur els proveïdors públics hauran de competir amb les fundacions i els consorcis. Aquesta ha estat una de les causes de l'«empresarialització» pública. Cal assenyalar que la funció de compra haurà de finançar la de provisió de serveis, sigui quina sigui la naturalesa jurídica dels proveïdors. Això conduirà a haver de donar més autonomia de gestió als centres, per mitjà de la figura del contracte programa.

Aquest procés de competitivitat comporta l'existència d'una transparència absoluta de la informació, ja que cal fer comparacions per conèixer les dades intercentres sobre la qualitat i l'eficiència del servei.

S'ha parlat molt de la necessitat de participació dels usuaris en el cost dels serveis, l'anomenat «copagament», a fi d'intentar racionalitzar la demanda, però aquest no s'ha dut a terme en el nostre àmbit a causa de les dificultats que aquesta aplicació comporta, ja que pot ser que hi hagi usuaris amb cobertura sanitària que tinguin dificultat per fer-se càrrec de la part que els correspondria d'aquest copagament.

Amb la finalitat de fer més eficient el sistema, s'han iniciat noves fórmules en la gestió de centres d'atenció primària, i s'ha donat aquesta gestió als mateixos professionals, en un sistema de finançament capítatiu, traslladant-los el risc, és a dir la variació de costos que es produeixen en l'atenció dels beneficiaris assignats. La capitació s'hauria de poder ajustar al risc previsible, però fer aquest ajustament és molt difícil en el camp sanitari.

El sistema d'assegurament privat tindran el seu lloc en el nostre entorn, també competiran en la prestació de serveis sanitaris, i seran un ajut complementari del sistema públic. Per això caldrà desenvolupar mesures de desgravació fiscal i, probablement, en el futur hi haurà noves fórmules que permetran l'elecció d'un sistema de provisió de serveis sanitaris (públics i privats) tots ells coberts per un assegurement públic.

Els serveis sanitaris s'hauran de modificar per poder donar una atenció més personalitzada tot respectant la confidencialitat i l'autonomia en la presa de decisions, ja que els ciutadans no es conformen amb el fet de tenir dret a una atenció pública, sinó que requereixen adaptacions a les formes de prestació en el sentit que siguin més adequades al seu estil de vida, és a dir, que donin més valor al temps, a la personalització i a la confortabilitat de l'atenció i, sobretot, a la transparència del sistema sanitari. Cada vegada més, els ciutadans volen tenir accés a la informació, volen saber on es presta una atenció sanitària més bona i qui la presta, volen participar, com a usuaris, en el control del sistema... Demanen una organització oberta a la participació formal i compromesa dels ciutadans i dels seus representants. El nostre sistema dona resposta a aquestes inquietuds però cal continuar millorant el sistema a fi de garantir els drets dels assegurats: l'equitat, l'accessibilitat, l'atenció personalitzada, la informació i l'elecció de facultatius.

Cal recuperar com a nucli central del sistema la relació entre el metge i l'usuari i cal donar la possibilitat que els professionals assumeixin la gestió d'aspectes clínics.

Si la satisfacció dels usuaris és important i aquesta es relaciona amb la qualitat dels serveis prestats, és igualment important la satisfacció dels professionals, entre els quals a vegades es fa palès un cert desencís. Aquest és un punt sobre el qual cal reflexionar. Factors que influeixen en aquest de-

sencís són les expectatives personals, els incentius econòmics, i la manca d'una promoció professional veritable i d'una formació continuada estructurada. Ens hem de plantejar noves formes d'incentivació econòmica, fonamentades en la dedicació i el grau de responsabilitat, que ens conduïren a noves fórmules de formació professional basades en els resultats de l'activitat avaluada. Això requereix una política de recursos humans que tracti d'eliminar elements d'insatisfacció i faci més propers els objectius de l'organització als professionals. La formació continuada els ha de ser facilitada en recursos i en temps, ja que la qualitat de l'acte mèdic està en relació amb la competència dels professionals, i per a això hi ha d'haver una formació continuada, amb avaluació, facilitada per l'organització.

L'actuació dels professionals s'ha de basar, sempre que sigui possible, en l'evidència científica, per la qual cosa cal que la seva actuació es basi en protocols clínics consensuats i avaluats per tal d'evitar la variabilitat en la pràctica clínica. Aquests protocols, a més de millorar la qualitat de l'atenció, redueixen la despesa per tal com eviten de fer proves innecessàries.

Cal la participació de les institucions sanitàries, dels col·legis professionals, de les universitats i dels consells d'especialitats mèdiques en la definició de les competències dels professionals sanitaris, i també en el nombre d'aquests professionals necessari en cada moment, en els estudis de previsió de futur, alhora que s'ha de vetllar pel control d'aquesta competència i plantejar-se la necessitat d'un tipus de recertificació consensuat amb els professionals.

Els professionals hauran de fer un treball interdisciplinari per tal de consensuar els objectius que cal aconseguir i el lideratge dels equips. Per a això caldrà que en les universitats es fomenti el treball en equip, la docència pel que fa a la resolució de casos i el treball basat en l'evidència científica.

La coordinació entre els diversos professionals ha de millorar dia a dia, sobretot la que cal que es produeixi entre els diferents nivells d'atenció. Això vol dir fomentar la comunicació entre ells, per a la qual cosa avui disposem de nous elements que ho faciliten, com ara les tecnologies digitals.

Si el nucli central del sistema és la relació entre el metge i l'usuari, cal que l'usuari estigui ben informat sobre el sistema sanitari i tingui una bona educació sanitària. Les noves tecnologies permeten tenir a l'abast molta informació i de molt bona qualitat, però aquest fet no pressuposa necessàriament una bona formació, ja que molta d'aquesta informació no ha passat cap control d'experts i podria tenir greus errors mèdics. Per això, caldrà gestionar aquesta informació que arriba a l'usuari i disposar d'un sistema de relacions electròniques entre administracions, institucions sanitàries i ciutadans.

Hem apuntat alguns aspectes dels professionals i els usuaris, però és important també que aquesta relació es doni dins el marc d'una organització que

ha de tenir la capacitat d'adaptació als canvis que es produeixen constantment en l'àmbit sanitari. Per tot això cal millorar l'atenció continuada urgent, incrementar noves unitats i nous models d'atenció com l'hospitalització de dia, l'atenció domiciliària, la millora dels serveis d'urgències extrahospitalaris, la revisió de models organitzatius interns en els hospitals, i, sobretot, en aquests canvis, tenir molt en compte la participació dels professionals.

Aquesta capacitat d'adaptació de les organitzacions sanitàries es demostrarà en el futur immediat perquè caldrà fer front a l'envelliment de la població i a l'atenció sanitària a ciutadans de la Unió Europea i a ciutadans extracomunitaris immigrants. Caldrà pensar com fer la provisió d'assistència a totes aquestes persones i fer prevaldre els seus drets per damunt dels problemes administratius que plantejarà la nova situació. Per al control de qualitat de l'atenció s'haurà de disposar d'una agència d'avaluació de les institucions sanitàries que avaluï la qualitat dels serveis prestats i els resultats de les actuacions mèdiques.

Per donar una bona qualitat assistencial cal fer recerca en biomedicina. L'assistència i la recerca estan interrelacionades. Cal identificar i ordenar els recursos que el sistema sanitari públic inverteix en recerca en ciències de la salut i incrementar-los en les àrees de recerca en les quals som competitiu a escala internacional, i avaluar-ne periòdicament els resultats, especialment la qualitat. A més, s'ha d'incentivar la transferència d'aquests resultats a la pràctica clínica, ja que estem entre els deu països amb més producció en publicacions biomèdiques, però no en patents. S'ha d'incentivar la recerca aplicada, per a la qual cosa calen dotacions de fons que permetin la contractació de personal investigador.

Totes aquestes reflexions tenen la finalitat d'intentar millorar l'eficàcia i l'eficiència de nostre sistema sanitari, la satisfacció dels usuaris i dels professionals sanitaris. Crec que a Catalunya tenim un bon sistema de salut, però cal tenir-ne cura i fer els canvis adequats per adaptar-lo a les necessitats actuals i evitar que se'ns posi malalt.

Referències bibliogràfiques

- IBERN P. "La concentración en los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo". *Gaceta Sanitaria* 1995.
- ANDERSEN CONSULTING. El futuro de la sociedad en Europa. Informe de resultados para España. 1993.
- MANTON KG; TOLLEY HD; VERTREES JC. "Controlling risk in capitation payment. Multivariate definitions of risk groups". *Medical Care* 1989; 27: 259-272.
- THORPE KE. "The health system in transition: case, costs and coverage. *Journal of Health Politics, Policy* 1997; 22: 339-361.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. Les reformes sanitàries en el marc de la globalització econòmica social a Europa". *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1998; 32: 25-26.
- PALM W. Movement of patients within the european vision. Libros ponencias FOSBA 2000 .

ESTAT ESPANYOL

Aprovació dels pressupostos generals de l'Estat per a l'any 2002

Els pressupostos generals de l'Estat per al 2002 són els primers que són expressats en euros. Des de l'1 de gener, l'euro passa a ser l'única moneda de l'Estat i de la resta de països de la Unió Monetària Europea a tots els efectes.

Pel que fa a aquests primers pressupostos de l'euro, cal recordar la importància extraordinària de la nova moneda en la definició de polítiques econòmiques d'estabilitat en tots els països europeus.

La característica principal dels pressupostos generals de l'Estat per a l'any 2002, però, és la produïda per la traducció pressupostària del nou sistema de finançament autonòmic. S'obre una nova etapa en l'estructura financera del sector públic, que es correspon amb la darrera fase del procés de descentralització política i administrativa iniciat fa un quart de segle. El nou sistema de finançament autonòmic comporta un repartiment diferent dels ingressos i les despeses entre l'Administració de l'Estat i les comunitats autònomes. El canvi afecta d'una manera significativa els pressupostos d'enguany, que culminen el procés de traspàs de competències en matèria de sanitat a les comunitats que encara no les havien assumit.

El pressupost consolidat de despeses en operacions no financeres per a l'any 2002 puja a 202.697,48 milions d'euros, la qual cosa significa un 29,5% del PIB previst per a aquest exercici. La quantia total d'aquestes despeses ha disminuït un 2,3% respecte a l'exercici anterior, com a conseqüència de la incorporació del nou acord de finançament de les comunitats autònomes, que integra, a més del finançament de les competències comunes, el finançament de la gestió sanitària i els serveis socials de la Seguretat Social transferits.

La prestació sanitària continua ocupant un lloc prioritari en les àrees de la despesa pública. A aquests efectes, les dotacions pressupostàries per a l'any 2002 es determinen aplicant l'acord de finançament de les comunitats autònomes, el qual integra tant el finançament de les competències comunes com el de l'assistència sanitària i dels serveis socials de la Seguretat Social, en blocs diferenciats, amb els seus propis criteris d'assignació de recursos entre les comunitats autònomes i les fonts financeres.

En aquest apartat s'inclouen les despeses derivades de l'assistència sanitària dispensada per l'Institut Nacional de la Salut (Insalud), en el vessant de gestió directa; per l'Institut Social de la Marina, i per les mútues d'accidents de treball i malalties professionals, organismes integrats en el sistema de la Seguretat Social. Conté, així mateix, les despeses corresponents a les institucions incloses en el mutualisme administratiu (Muface, Isfas i Mugeju) i l'assistència hospitalària del Ministeri de Defensa.

En els pressupostos generals de l'Estat per al 2002, el pressupost de la Seguretat Social creix un 8,4%

El pressupost de la Seguretat Social incorpora per a l'exercici del 2002 un superàvit del voltant del 0,5% del PIB, que serà destinat, en part, a incrementar el fons per a pensions.

A partir de l'any 2002, s'inicia una nova etapa, en què cal abordar, d'una manera gradual i sens perjudici per a la sostenibilitat financera del sistema de Seguretat Social a mitjà i a llarg termini, la materialització i el compliment dels acords en matèria de prestacions econòmiques (Acord per a la millora i el desenvolupament del sistema de protecció social), i en matèria de serveis socials i sanitaris.

En aquest darrer àmbit de serveis socials i sanitaris, el pressupost per al 2002 rep la influència de l'Acord sobre el nou sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú.

Així, el pressupost de recursos no financers de la Seguretat Social per a l'any 2002 incorpora una disminució d'un 12% respecte al 2001, com a conseqüència de l'aplicació del nou acord de finançament de les comunitats autònomes.

La font principal de finançament apareix sota l'epígraf de «cotitzacions socials», amb un volum, per al 2002, de 67.214,98 milions d'euros i un increment respecte a l'exercici del 2001 d'un 8,4%, la qual cosa permet finançar un 80,6% del pressupost total de despeses.

El pressupost consolidat de despeses de la Seguretat Social per a l'any 2002 arriba als 83.375,08 milions d'euros, xifra que representa un 12,1% del PIB estimat per a aquest exercici.

El passat 27 de juliol de 2001 es va aprovar el nou sistema de finançament de les comunitats autònomes

En el nou model de finançament general de les comunitats autònomes de règim comú que es planteja a partir de l'any 2002 (Acord del Consell de Política Fiscal i Financera del 27 de juliol del 2001) s'han inclòs per primer cop la sanitat i els serveis socials en l'import total de recursos per a finançar les competències comunes. La sanitat ja no és finançada per la seva participació en el pressupost de despesa de l'Insalud, sinó que el seu pressupost va relacionat amb els ingressos tributaris de la comunitat autònoma en què té competència i és protegit per una norma de mínims.

Així, el finançament de la sanitat en el nou acord de finançament de les comunitats autònomes és integrat pels següents fons:

- Un fons general. La xifra base de partida per a tot el Sistema Nacional de Salut (SNS) és la despesa liquidada de l'any 1999, però distribuïda entre comunitats autònomes d'acord amb els criteris i les ponderacions següents: població protegida (xifra de població de 1999), un 75%; envelliment de la població (més grans de seixanta-cinc anys), un 24,5%, i insularitat, un 0,5%. El model fixa una

xifra inicial de recursos per a la sanitat i garanteix —durant els tres primers anys (2002-2004)— que l'evolució mínima serà la del PIB nominal a preus de mercat.

- Una sèrie de fons específics. El primer d'aquests és el Fons del Programa d'estalvi per incapacitat temporal, per al qual es dota un fons de 240,40 milions d'euros (40.000 milions de pessetes), del qual les comunitats autònomes gaudiran en funció de l'assoliment d'objectius en relació amb la prestació econòmica per incapacitat temporal. Un segon fons específic és el Fons de cohesió sanitària, a fi de compensar la facturació corresponent a malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes, de països de la Unió Europea o de països que tenen conveni d'assistència recíproca. Un tercer fons és el Fons de suficiència, que és el que s'ha generat amb la diferència, positiva o negativa, entre les necessitats totals de finançament de cada comunitat autònoma i el valor dels recursos financers del sistema. Té, doncs, com a finalitat cobrir la diferència entre les necessitats de despesa de cada comunitat autònoma i la seva capacitat fiscal en l'any base del sistema (1999).

També es creen unes assignacions d'anivellament, amb l'objectiu de garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals. Es consideren dins d'aquesta qualificació els serveis educatius i els serveis sanitaris.

S'aprova el traspàs dels serveis sanitaris a les comunitats autònomes que fins ara gestionava l'Insalud

El Govern de l'Estat va tancar a final de desembre de l'any 2001 el traspàs dels serveis sanitaris a les deu comunitats autònomes que encara no en tenen la gestió. El cost de la transferència és del voltant dels 10.217 milions d'euros.

La Constitució espanyola, la Llei general de sanitat i els estatuts d'autonomia de cada comunitat autònoma ja establien aquests traspàsos de competències en matèria sanitària.

En conjunt, l'Insalud traspasarà 140.000 funcionaris —juntament amb 83 hospitals, que sumen 35.000 llits— a les autonomies d'Aragó, Astúries, Extremadura, les Illes Balears, Castella - la Manxa, Castella i Lleó, Madrid, Cantàbria, la Rioja i Múrcia.

Es publica el Reial decret 1098/2001, del 12 d'octubre, pel qual s'aprova el Reglament general de la Llei de contractes de les administracions públiques

Després de l'aprovació de la Llei 13/1995, del 18 de maig, de contractes de les administracions públiques (LCAP), les successives lleis de pressupostos i les d'acompanyament l'han anat modificant. L'any 2000 es va publicar el Reial decret legislatiu 2/2000, del 16 de juny, pel qual s'aprovà el text refós de la LCAP. Aquest text feia necessària l'adaptació de l'antic reglament de la Llei de contractes de l'Estat, per la qual cosa, amb data 12 d'octubre de 2001, es va promulgar el Reial decret 1098/2001, que aprova el Reglament general de la LCAP.

Així, els contractes que signin les administracions públiques amb persones naturals o jurídiques s'han d'ajustar als preceptes de la Llei de contractes de les administracions públiques, del nou Reglament i de les seves disposicions complementàries.

El primer lloc, el Reglament desplega els preceptes de la Llei de contractes de les administracions públiques, com és el cas de la composició de les juntes de contractació i la contribució al finançament dels contractes per diversos òrgans interessats; de la matèria de classificació i, en particular, de la composició de les comissions de classificació, classificació d'unions temporals d'empresaris i producció d'efectes generals per a les classificacions atorgades per comunitats autònomes, etcètera.

En segon lloc, el Reglament incorpora determinats preceptes de les directives comunitàries sobre contractació pública, com, per exemple, els relatius a la publicitat potestativa en el *Diari Oficial de les Comunitats Europees* i l'import dels contractes de subministrament i serveis que, com que no requereixen una norma amb rang de llei, s'incorporen ara a aquest Reglament.

El nou Reglament completa, així, el marc normatiu de la contractació pública.

CATALUNYA

El passat 29 de desembre de 2001 es va aprovar el pressupost de la Generalitat de Catalunya per a l'any 2002

El pressupost de la Generalitat per l'any 2002 incorpora innovacions importants. No és un pressupost de continuïtat, sinó que obre una nova etapa de govern des de la perspectiva pressupostària que es reflecteix en la política d'ingressos i en la política de despeses.

En primer lloc, és el pressupost de l'euro. Aquest canvi no és solament un canvi monetari formal en el qual ja no s'expressen les magnituds pessetes sinó en euros, sinó que també obliga a consolidar i enfortir unes determinades prioritats de la política de despesa. A més, el pressupost per a l'any 2002 és el primer que es debat sota el nou model de finançament i des de la perspectiva de la despesa. Aquest pressupost dóna un pas important en l'increment de la despesa social. Bona part de l'increment de recursos que rebrà la Generalitat gràcies al nou model de finançament va destinada a les despeses de sanitat, d'ensenyament, de justícia i de cultura, que són les prioritats dels pressupostos 2002.

Respecte a l'any 2001, la distribució del pressupost consolidat del sector públic administratiu entre despeses corrents, de capital i financeres no canvia d'una manera rellevant: les despeses corrents representen el 85,8%, amb un import de 12.906,7 milions d'euros; les despeses de capital, un 9,7%, amb 1.456,11 milions d'euros, i les despeses financeres, un 4,5%, amb 673,7 milions d'euros.

L'aplicació del nou acord de finançament de les comunitats autònomes per a l'any 2002 ha significat

un increment important dels ingressos de la Generalitat. D'altra banda, l'assoliment de la situació de dèficit zero prevista per a l'any 2001 permet alliberar uns recursos, que fins ara eren destinats a minorar el dèficit, cap a la prestació de serveis i cap a la inversió. En conjunt, comporta un augment en les dotacions de recursos destinades a nodrir les polítiques de despesa corresponents.

Les prioritats on es concentra l'esforç pressupostari de la Generalitat per a l'any 2002 són aquestes tres: la despesa dels departaments de caràcter social; la recerca, i el foment de l'activitat econòmica i les inversions.

La despesa dels departaments de caràcter social prevista per a l'any 2002 és de 8.967 milions d'euros, 811 milions d'euros més que els pressupostats per a l'any 2001.

Per a l'exercici del 2002, el pressupost destinat a sanitat és de 5.101 milions d'euros, amb un increment de 397 milions d'euros respecte a l'exercici del 2001.

El pressupost del Departament de Sanitat i Seguretat Social per al 2002 té un creixement del 9,3% respecte al pressupost del 2001

El pressupost del Departament de Sanitat i Seguretat Social per al 2002 és d'un import de 5.101 milions d'euros (848.785 milions de pessetes), xifra que representa més d'una tercera part (34,4%) del pressupost global de la Generalitat. Això significa un increment global del 9,3% respecte al pressupost inicial de l'any 2001, i és l'increment més important del pressupost sanitari des de l'any 1993.

L'any 2002, el Govern de Catalunya destinarà a la sanitat 821,79 euros per càpita (136.735 pessetes), és a dir, 70,20 euros (11.680 pessetes) més que l'any 2001. Aquest creixement del pressupost és el resultat de l'aplicació del nou acord de finançament de les comunitats autònomes.

Del pressupost consolidat de despeses del Servei Català de la Salut i de l'Institut Català de la Salut per al 2002, un 97,98% es destina a operacions corrents; un 2%, a operacions de capital, i un 0,02%, a operacions financeres.

Atenent la classificació funcional del pressupost consolidat de despeses, l'atenció especialitzada representa un 50,86%; l'atenció primària de salut, un 45,85%, i les despeses financeres, juntament amb les d'administració general de l'assistència sanitària, un 3,29%.

Cal destacar, per la importància que tenen, les dotacions per a concerts (39,16%), les despeses de receptes mèdiques - farmàcia (24,17%) i les despeses de personal (23,46%).

Es publica el Decret 345/2001, del 24 de desembre, mitjançant el qual es regula l'establiment dels convenis i els contractes de gestió de serveis sanitaris

L'antic Decret pel qual es regula l'establiment dels convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut va ser declarat nul pel Tribunal Superior de Justícia de Cata-

lunya, a causa de defectes formals en la tramitació, motiu pel qual s'ha tramitat un nou projecte de decret que inclou la modificació de la durada màxima dels convenis i els contractes del Servei Català de la Salut.

Es traspassen les competències de la Generalitat de Catalunya al Consell General de la Vall d'Aran en matèria de sanitat.

El Ple de la Comissió de Govern Generalitat - Consell General de la Vall d'Aran, en data 11 de desembre de 2001, va adoptar un acord sobre el traspàs de competències en matèria de sanitat.

Aquest acord de traspàs pretén fer possible una gestió més immediata de les atribucions que afecten directament els interessos del territori aranès en l'àmbit de la salut i conjugar-la amb el model sanitari de la LOSC, i també amb el Pla de salut de Catalunya, com a instrument indicatiu i marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria sanitària.

Així doncs, en virtut del Decret 354/2001, del 18 de setembre, es traspassen al Consell General de la Vall d'Aran les funcions i els serveis sanitaris, i també recursos per cobrir-los.

L'Institut Català de la Salut modifica l'estructura orgànica

Amb el temps ha esdevingut exclusiva del Servei Català de la Salut la funció d'assegurar i garantir les prestacions del sistema sanitari públic. La provisió queda oberta, en canvi, a les diferents institucions, públiques o privades, que aportin una oferta adequada, en qualitat i cost, als objectius del sistema sanitari, en un marc de competència regulada. Així, d'acord amb aquest plantejament, el funcionament del sistema d'assistència reflecteix la separació entre la funció de contractació dels serveis sanitaris i la de provisió d'aquests.

L'Institut Català de la Salut ha anat adaptant progressivament el seu marc de gestió per tal de poder operar com la resta de proveïdors del sistema.

Complint el marc normatiu vigent i sense alterar-ne la naturalesa jurídica, el Decret 276/2001, del 23 d'octubre, de reestructuració de l'Institut Català de la Salut, concreta les fórmules organitzatives necessàries per a la consecució de la finalitat perseguida, que és la d'avançar en la transformació de l'Institut Català de la Salut per tal que tingui una estructura més àgil, competitiva i capaç d'adaptar-se als constants canvis sociodemogràfics, epidemiològics i tecnològics i a les noves necessitats de salut i de serveis de la població que n'és usuària.

Reestructuració del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social és l'ens finançador i responsable d'establir el marc referencial de totes les actuacions públiques sanitàries, i en aquest context, la Direcció General de Recursos Sanitaris és l'encarregada de les funcions d'ordenació de l'atenció farmacèutica i d'avaluació i inspecció dels recursos sanitaris.

Per raons d'eficàcia en la gestió, s'han redefinit les competències de determinats òrgans de la Direcció General de Recursos Sanitaris, i, amb l'objectiu de racionalitzar i millorar les funcions atribuïdes a la Secció de Seguiment i Avaluació de Programes de la Direcció General de Salut Pública i també els programes de medicina preventiva i promoció de la salut, s'ha atribuït a aquesta Secció la gestió dels recursos econòmics, amb l'anàlisi i el control de les despeses, funcions que fins ara eren atribuïdes a la Secció de Gestió Administrativa i Assumptes Jurídics.

Cal remarcar que, amb aquesta reestructuració, la unitat operativa Centre de Reconeixements i Avaluació Mèdica (CRAM) ara passa a dependre funcionalment de la Direcció General de Recursos Sanitaris, sens perjudici de l'adaptació a l'estructura establerta pel Decret abans esmentat.

Es modifiquen els plans especials de comptabilitat pública de l'Institut Català de la Salut i del Servei Català de la Salut

La Resolució de data 28 de novembre de 1997 i la de data 27 de setembre de 1999 van aprovar, respectivament, el Pla especial de comptabilitat pública de l'Institut Català de la Salut i el Pla especial de comptabilitat pública del Servei Català de la Salut.

Els treballs destinats a aplicar correctament els dits plans van evidenciar la necessitat d'adequar diversos comptes a la realitat actual, cosa que es formalitza amb la Resolució del 13 de juny de 2001. Amb aquesta resolució també se suprimeixen alguns comptes —que no són operatius en els plans esmentats— de les partides del balanç i del compte del resultat economicopatrimonial, en el qual figuren per un error material.

Publicació de les tarifes i els preus dels diferents serveis sanitaris del Servei Català de la Salut per a l'any 2001. La normativa més rellevant és la següent:

— L'Ordre de 13 de novembre de 2001, per la qual es fixen les tarifes màximes per al servei de transport sanitari realitzat per les entitats convingudes o contractades pel Servei Català de la Salut.

A proposta del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut i d'acord amb el que disposa la LOSC, es van fixar aquestes tarifes en la forma i amb la quantia determinades segons les zones geogràfiques, amb una atenció especial a les definides com a zones aïllades i/o d'accés difícil.

— Ordre de 24 d'agost de 2001, per la qual es determinen per a l'any 2001 els preus unitaris i els valors restants a què es refereix l'article 5 del Decret 179/1997, del 22 de juliol, amb què s'estableixen les modalitats de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut.

Cal destacar que es fixa el preu unitari mitjà de l'alta hospitalària modulada per estructura i per complexitat, i també els preus unitaris de la consulta externa, de la urgència, de la cirurgia menor am-

bulatòria, de l'hospital de dia i de les tarifes corresponents a tècniques, tractaments i procediments específics i diagnòstics diversos.

— Amb l'Ordre de 25 de juny de 2001 es van fixar per a l'any 2001 els valors de les unitats de pagament per a la contraprestació dels serveis duts a terme pels centres sociosanitaris en el marc del programa Vida als Anys.

Els valors per a l'any 2001 de les unitats bàsiques de pagament es refereixen a l'activitat de:

- Estada llarga
- Estada mitjana
- Convalescència
- Cures pal·liatives
- Activitat d'atenció a malalts de sida en situació terminal
- Activitat d'hospitalització de dia
- Activitat dels equips de suport a l'atenció primària i als centres hospitalaris

— Amb l'Ordre de 27 de juny de 2001 es van fixar per a l'any 2001 les tarifes corresponents als serveis d'hospitalització i rehabilitació d'atenció psiquiàtrica i salut mental realitzats pels centres i els establiments sanitaris amb conveni o contracte amb el Servei Català de la Salut, ens les àmbits d'hospitalització total, hospitalització parcial i servei de rehabilitació.

— L'Ordre de 27 de juny de 2001 va aprovar les tarifes màximes per als serveis de rehabilitació funcional ambulatoria i domiciliària realitzats pels centres i els establiments sanitaris amb conveni o contracte amb el Servei Català de la Salut.

Els serveis de rehabilitació funcional ambulatoria extrahospitalària inclouen la tipificació del tractament i la tarifa que s'ha d'aplicar als serveis de rehabilitació funcional ambulatoria extrahospitalària, tot considerant les característiques geogràfiques i demogràfiques de l'àmbit de prestació del servei, la dispersió de la població, la distància entre nuclis, el nombre d'habitants i l'estructura per edats.

Així mateix, es va incrementar un 3% la contraprestació econòmica vigent dels serveis d'oxigenoteràpia a domicili, monitoratge a domicili i ventilació mecànica a domicili contractats pel Servei Català de la Salut, els quals van ser adjudicats per les resolucions respectives del director del Servei Català de la Salut del 20 d'abril de 1998.

Inici de la utilització de la targeta sanitària a les farmàcies de Barcelona

D'ençà de l'1 d'octubre de 2001 la targeta sanitària individual (TSI) és el document d'identificació obligatori en la dispensació de medicaments amb recepta del Servei Català de la Salut. El programa pilot d'implantació de la TSI es va iniciar en tretze municipis de Catalunya, posteriorment s'ha estès a les vuit regions sanitàries i, finalment, a la ciutat de Barcelona.

PUBLICACIONS FULLS ECONÒMICS DEL SISTEMA SANITARI

► Fulls Econòmics del Sistema Sanitari

- Revista



► Monografies

- 1 • La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
- 2 • La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública en el marc del Servei Català de la Salut: finançament i gestió
- 3 • El sector de la Sanitat com a sector de serveis
- 4 • El sector econòmic de la sanitat i Maastricht
- 5 • El repte actual de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya: la qualitat és cosa de tots



► Col·lecció "Els llibres de Fulls Econòmics"

- Institut Català de la Salut. Pressupost 1989. Avantprojecte
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1990
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1991
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1992
- Estudi del sistema de finançament autònom de la sanitat
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1993
- Estudi del valor afegit del sector de la sanitat i la seva relació amb altres branques d'activitat a Catalunya
- Creixement, ocupació i tecnologia en el sector hospitalari espanyol
- L'eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats
- Anàlisi de la producció i els costos en un hospital de malalts aguts
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1994
- Anàlisi econòmica de la sanitat
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1995
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1997
- El pressupost sanitari 1998
- El pressupost sanitari 1999
- El pressupost sanitari 2000
- La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades
- La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris
- El pressupost sanitari 2001
- El pressupost sanitari 2002



► Informes

- 1 • El Servei Català de la Salut i la nova organització de l'assistència sanitària pública a Catalunya
- 2 • La població, el consum de serveis i l'organització sanitària: opcions per a la millora en l'assignació dels recursos
- 3 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut
- 4 • La reordenació de la rehabilitació a Catalunya
- 5 • La transició dels serveis sanitaris públics universals als sistemes nacionals d'assegurament
- 6 • L'afectació d'impostos especials al finançament del sistema sanitari
- 7 • Relacions organitzatives en el Servei Català de la Salut
- 8 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1993-1997
- 9 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1997-1999



Aquestes publicacions les podeu trobar a les llibreries de la Generalitat:

- Rambla dels Estudis, 118
08002 Barcelona
Teléfono 93 302 64 62
- Gran Via de Jaume I, 38
17001 Girona
Teléfono 972 22 72 67
- Rambla d'Aragó, 43
25003 Lleida
Teléfono 973 28 19 30
- Llibreria Blanquerna
Serrano, 1
28001 Madrid
Teléfono 91 431 00 22
- Plaça de Joan Payrà, 7
Perpinyà
Teléfono 00 33 468 343 374



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

www.gencat.net/catsalut

