

Informe Resum:

Trobada amb l'Expert

*'El paper de l'assegurament sanitari i de la
medicina privada en els sistemes públics de salut'*

Guillem López i Casasnovas

12 de març de 2008

Restaurant ÀTIC
La Rambla Barcelona
De 13:30 a 16:30

camfic

B.Salut

Patrocinador/Sponsor

Grup de Gestió CAMFiC

L'EXPERT

Guillem López i Casasnovas

Nascut a Ciutadella de Menorca l'any 1955. Casat, tres fills. Llicenciat en Ciències Econòmiques (Premi Extraordinari, 1978) i Llicenciat en Dret (1979) per la Universitat de Barcelona, va obtenir el seu doctorat en Economia Pública per la Universitat de York (Regne Unit, Ph.D. 1984).

Ha estat professor a la Universitat de Barcelona, *visiting scholar* al *Institute of Social and Economic Research* (R.U.), *Univ. de Sussex* i a la *Graduate School of Business* en la *Univ. de Stanford* (EE.UU.).

Des de juny de 1992 és Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Entre 1994 i 1997 ha estat Vicerector d'Economia i Relacions Internacionals de la Universitat Pompeu Fabra i Degà de la Fac. de C. Econòmiques i Empresarials; el 1996 crea i dirigeix fins recentment el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Actualment, a més a més és Conseller del Banc d'Espanya.

'El paper de l'assegurament sanitari i de la medicina privada en els sistemes públics de salut'

Més enllà de la teoria, com diem, els desenvolupaments argumentals sobre l'assegurament sanitari i la medicina privada apareixen sovint mal 'traduits' en els àmbits de la política sanitària, tenyits de prejudicis polítics i tabús: Així pel que fa a quina cobertura s'ha de garantir públicament, amb quins criteris d'inclusió, què convé deixar a la responsabilitat privada i què a la pública, amb quin nivell de regulació i coercitivitat, quin nivell de compatibilitat professional se li ha d'exigir a la pràctica pública i a la privada, com s'ha d'integrar la cobertura privada quan la pública es transfereix en l'exercici de la seva gestió també a l'assegurador o proveïdor privat (conveniat públicament), etc.

Sol preocupar també l'equitat del desenvolupament de l'assegurament privat i de la medicina privada; així, del que s'adquireixi privadament a través de la cobertura de prestacions complementàries que el sector públic no ofereix, serveis que poden ser concurrents o duplicats als públics, però amb components assistencials específics, en la part hotelera..., o completament diferenciats. En definitiva, des de l'equitat sol preocupar qui compra assegurances i per què ho fa, i fins a quin punt això el permet irresponsabilitzar-se de l'evolució del desenvolupament del sistema sanitari públic. Per exemple, cal entendre com a algú amb cobertura sanitària pública suficientment extensiva, per quina raó li pot interessar assegurar-se doblement per determinades prestacions sanitàries? o, entre els assegurats, hi trobem només els més rics o també els relativament més malalts?, o als qui s'identifiquen majorment com a tals per l'autopercepció que tenen més que per la seva condició objectiva?, o potser són els més hipocondríacs o els més adversos a les conseqüències de la malaltia?.

Temes tots els anteriors que es poden considerar rellevants en el camp de la política sanitària i que es reflecteixen en les valoracions que puguem fer després sobre l'eficiència assignativa i l'equitat d'accés i consum dels serveis sanitaris (ja siguin públics, privats o ambdós alhora). Son punts del debat els efectes dels abusos (*moral hazard*) derivats de l'assegurament i els instruments per a minorar-los, la irresponsabilització dels proveïdors a l'ineficiència sistèmica de qui decideix no n'és conscient de les conseqüències financeres de la decisió, entre finançadors i usuaris en les consideracions de cost efectivitat de l'assistència, o com els diferents asseguraments fan que ciutadans amb problemes de salut similars difereixin en la utilització que realitzen dels serveis mèdics, o dels costos o barreres d'accés que hi interfereixen i com això incideix en l'equitat dels sistemes públics i en el control de la despesa.

A partir de l'anàlisi anterior, es podrien debatre qüestions tals com si té o no lògica subvencionar la compra d'assegurança sanitària privada o la mateixa despesa privada feta directament pel malalt. I és que la valoració que en resulta d'aquells propòsits varia d'acord amb la constatació o no de, (i) el pes que tenen entre els que s'asseguren aquells que mostren una utilització més elevada pel fet de tenir pitjor salut tot i ésser, potser enllun cas, relativament pobres; (ii) el grau en el que la cobertura privada estalvia en general utilització d'una oferta d'altra manera pública per part dels més benestants, que així eviten el sistema públic, o (iii) amb la constatació de que la doble cobertura no substitueix efectivament utilització 'necessària', sinó simplement genera moltes més visites considerades 'innecessàries' (resultants de l'abús 'moral' i el baix cost d'accés). Veiem doncs que la literatura requereix abans de fer prescripcions de política sanitària un important grau d'estudi empíric i del cas concret i amb el manteniment

d'un ancoratge important dels components més normatius i estructurals de la combinació de l'assegurament públic i privat per a la millora del benestar conjunt.

Sense aquests dos elements, teòric genèric i empíric del cas concret, el tema del paper de la sanitat i l'assegurament privat es polaritzen en un debat ideològic en el que els prejudicis polítics enfosqueixen la racionalitat econòmica. A la recerca d'aquest balanç es dirigeix la part substantiva del present text.

Una visió renovada del paper del sector públic a la sanitat

Ben cert que la història i el registre de la inèrcia marca molt la plausibilitat de qualsevol canvi en la direcció d'alguna de les experiències esmentades, o de l'anàlisi més teòrica de la racionalitat col·lectiva. De manera que les reinvençions i els *big-bangs* tenen poca justificació a les polítiques públiques si es vol que aquestes siguin efectives. Aquest és el cas particularment d'aquells aspectes relatius a la intervenció pública a l'àmbit de la salut. La població s'acostuma a una determinada presència pública, a una determinada manera de proveir els serveis, i no resulta fàcil després canviar-ne les percepcions ni les pràctiques, generant en conseqüència una dependència de solc molt gran tant a la gestió com a les futures rectificacions d'aquella mateixa intervenció. Val la pena però que ens parem a analitzar les raons de la intervenció pública a la sanitat. Com és sabut, excepte en algun petit component, l'assistència sanitària no constitueix un bé públic, en el sentit que no configura un bé o servei de 'consum no rival' al que no li sigui aplicable 'el principi d'exclusió'. Res de tot això passa en els serveis sanitaris, en els que tenim llistes d'espera, cues a l'ambulatori, amb cost de temps i altres costos d'oportunitat, i a vegades directament la vigència de preus. Només en algunes matèries de salut pública, recerca o sanitat exterior (que suposen menys d'un 10% del pressupost de despesa) hi trobem components de béns públics (vacunes) o quasi públics (externalitats de la protecció sanitària, alimentària, higiene, educació sanitària). De manera que si hem d'argumentar la justificació de la intervenció pública a la sanitat haurem de buscar altres camps argumentals diferents als de la fallida de mercat. Dos són òbviament possibles: els de l'equitat i el de la millora de l'eficiència, a partir d'una intervenció pública. En el primer terreny, estem davant un camp obert a la interpretació social, ja que es basaria en conceptes de justícia social com la igualació d'oportunitats, accés efectiu als serveis o als seus resultats, amb distinta combinació de responsabilitats públiques i privades, tal com hem analitzat a un altre document d'aquesta Fundació. Son conceptes que tenen una càrrega ideològica important, i que per tant els han de concretar qui tenen legitimitat per fer-ho. Aquest no és altra, en democràcia, que els parlaments. Ells són els qui legislen sobre la provisió d'aquests serveis; serveis als que es reconeixen mèrits especials que els fa preferents socialment i així necessitats de tutela (parafrasejant els qualificatius que els hi atribueix R. Musgrave a la Teoria de la Hisenda Pública). La Llei General de Sanitat n'és un exemple –tal com veurem més endavant– de la mateixa manera que ho és la Llei de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya o la Llei d'Ordenació General del Sistema Educatiu, d'aquest marc de intervenció. Com s'ha d'entendre, per exemple, la igualtat d'accés, o la provisió d'autonomia funcional independentment de la capacitat financera de la persona dependent? Doncs tal com ho especifiqui la Llei corresponent i els seus reglaments. Notis que això configura uns recursos d'intervenció, no normatius sinó positius, no estructurals (que valguin arreu de països i circumstàncies) sinó conjunturals ideològics, resultat d'una valoració social que canvia en el temps amb les ideologies, com la pot fer canviar també una diferent percepció a partir de l'evidència empírica sobre el seu grau d'efectivitat (per exemple, arrel de comparar alternatives d'adequació entre mitjans i objectius de intervenció pública entre provisió pública i privada). Aquí, cara a la gestió, sempre compta el responsable públic amb la càrrega de mostrar la seva

bondat respecte de les alternatives en disputa (la sanitat privada en assegurament i prestació de serveis pugna per la demanda), a diferència del cas dels bens públics en els que el mercat, sense poder excloure dels consum cobrant per exemple un preu, no hi té interès.

Una argumentació diferent podria resultar de la identificació d'aspectes normatius teòrics que a través dels teoremes de l'economia del benestar servissin per a identificar supòsits d'intervenció, generadors de situacions pareto superiors –és a dir que permeten millores de benestar a determinats col·lectius, sense perjudicar el benestar d'altres. Si aquest fos el cas, serien innecessàries interpretacions ideològiques de naturalesa redistributiva: si tots milloressin sense que ningú empitjorés gràcies a la intervenció pública, no hi hauria dubte que la intervenció valdria la pena. Al marge dels àmbits ja assenyalats dels supòsits de les externalitats o dels bens públics ja comentats, que representen una part minoritària en el pressupost de despesa en salut (vigilància mediambiental, educació per a la salut, salubritat pública, sanitat de fronteres, etc...) alguns autors han derivat un supòsit de millora paretiana a partir de la intervenció per a l'assegurament obligatori en un únic pool de risc entre col·lectius de baix i alt risc sota una pòlissa comunitària. Es tractaria d'evitar que altrament la selecció adversa de l'assegurament voluntari acabés 'depredant' el mercat per aquells de risc baix, però també adversos al risc, i que no troben oferta de cobertura sanitària ja que a les primes mitjanes vigents només els d'alt risc trobarien convenient assegurar-se. De manera que subsidiar els d'alt risc en un tram determinat de la cobertura per a que revelessin la seva natura i que possibiliti ser complementada per una assegurança complementària específica a la seva condició, que no es confongués amb la dels altres, seria superior. Això faria convenient per als de baix risc aquesta mena de subsidiació transversal, que els millorés en el seu conjunt –l'altre col·lectiu no estaria pitjor amb la subsidiació-, en la que tots haurien d'estar interessats tot i que ningú en concret tindria incentius a liderar-la. L'òptim del comportament 'free-rider' seria aquí esperar que ho faci un altre, ja que una volta feta la subsidiació, aquesta beneficiaria a tots sense possibilitat d'exclusió. D'aquí la necessitat de forçar coactivament l'obligatorietat d'un tram (no tot) de l'assegurament col·lectiu a prima comunitària (que no vol dir gratuïta), de manera limitada (no universal) i necessàriament a completar amb una oferta asseguradora complementària diferenciada per a ambdós col·lectius.

La prospectiva de l'assegurament sanitari en el context de sistemes públics de salut.

Colombo i Tapay, en un recent estudi de l'OCDE (*Private Health Insurance in OECD Countries: The benefits and costs for individuals and Health Systems* OECD Working Papers, 15, 2004) elaboren un reflexió sobre la naturalesa i problemàtica de l'assegurament sanitari privat a partir de l'experiència contrastable de l'observació de la realitat. Del seu treball val la pena destacar-ne alguns extrems.

1- El context en el que s'insereix l'assegurament és molt important cara a jugar les seves virtualitats: per a un país pobre, en el que predomina el pagament directe *out-of-pocket*, el que s'instauri un règim d'assegurança ni que sigui privat, és un avenç social gens menyspreable, ja que això potser de fet la única forma d'accés als serveis factible; per exemple, quan l'estat no té capacitat recaptatòria, donada una fiscalitat sobre la renda elusiva que requereix d'un control del que no es disposa, i la única tributació possible, sobre el comerç, sol fer que sigui pitjor el remei que la malaltia. En canvi, per a un país ric, amb efectivitat diagnòstica i terapèutica bàsicament garantida, comptar amb assegurament privat pot ser una

vàlvula d'escapament per a que tota la tensió financera del creixement de la despesa sanitària no pressioni exclusivament sobre la fiscalitat. Aquesta cautela és particularment rellevant vista la naturalesa regressiva que pot acabar adoptant el creixement de la fiscalitat, i més encara quan s'utilitza, per a fer front a despeses no sempre justificables en la seva efectivitat o cost-eficiència, poden acabar fent, de nou, el remei més car que la malaltia.

Així mateix pel que fa a la carència que pot mostrar un sistema d'un dispositiu públic sobre la geografia o en un moment determinat del temps, i que l'establiment de l'assegurança pot servir per activar en la seva vessant d'oferta privada, que no genera costos enfonsats per al sector públic i permet conveniar l'accés a un primer nivell de serveis assistencials. O quan es vol prioritzar un continu assistencial sanitari-social (per exemple davant una forta empenta dels guariments de dependència i envelliment) i hi ha carència de recursos públics suficients.

2- De l'observació anterior en resulta una observació empírica general entre països en diferents nivells de desenvolupament, d'escassa o nul·la relació entre (i) una major renda per càpita i més assegurança privada; (ii) més despesa sanitària privada per càpita i més pes en assegurança; (iii) més despesa en assegurança i més pes de la despesa privada sobre la total, ja en referents PIB o poblacionals, ja en referents estàtics (de nivells) o dinàmics (de taxes de creixement). De manera similar els prejudicis s'han de prendre amb precaucions. Es sol dir que un major pes de l'assegurança privada fa més regressiu el finançament de la sanitat. Però això de nou depèn de l'alternativa amb la que es compari (impostos indirectes, sobre les bases imposables dels consums addictius, amb exclusions de prestacions per reducció de finançament, etc.)

3- La interacció de l'assegurança privada amb un sistema finançat públicament acaba essent decisiva per a jutjar les conseqüències sobre el benestar (costos i beneficis) de l'assegurança sanitària privada. Així, en la naturalesa substitutiva de l'assegurança privada respecte de la pública, amb diferents graus de voluntarietat, amb o sense finançament coactiu associat; o en el seu caràcter complementari, articuladament o no respecte d'on no arriba la cobertura pública, o amb duplicitat de cobertures per manca de qualitat percebuda en els serveis públics. Així mateix és important valorar el grau prevalent de pràctica dual dels professionals en els dos sectors, diferències en els sistemes de pagament per les activitats realitzades i, avui també, de responsabilitats mèdiques associades (són els professionals sanitaris pagats privatament per acte mèdic, empleats de les asseguradores, auxiliars de la seva activitat, personal lliberal contractat externament, amb distint estabilitat del seu vincle laboral, etc.).

4- Tenir presents i correctament considerats els factors històrics, idiosincràtics, les inèrcies.. és tant o més important que el dissenys de polítiques sanitàries en abstracte. I és que darrera de l'assistència sanitària hi ha béns de creença o d'experimentació que s'expressen en la lleialtat amb la que es desplega a la relació metge-pacient, tot i ser tenyida d'una important asimetria d'informació.

Les experiències són així heterogènies i depenen de cultures d'un pretès universalisme respecte d'un catàleg que enregistra més entrades en la llista de cobertura pública de modus explícit que sortides, de la naturalesa del proveïdor, ja sigui a dintre d'una tradició mutual, corporativa o mercantil; tradició de medicina liberal o assalariada, fiscalment subsidiada o d'activitat en exclusivitat i compatibilitat prohibida.

5- A dintre d'un país, la demanda d'assegurança privada està vinculada en general a la renda personal, als 'dèficits' del sistema públic (amb caràcter complementari i

quan no dona prou satisfacció als usuaris, o suplementari quan el sector públic ni tant sols subministra els serveis), i a la protecció d'algunes empreses envers dels seus treballadors, com si d'una prestació de benefici en espècie més es tractés (a EE.UU. i Canadà en un 90%, el 60% a Holanda i el 50% a França s tracta d'assegurances col·lectives). Tipus, durada i extensió de llistes d'espera (en què i per quant temps), valoracions de tractaments inadequats, major aspiració a elegir metge, hospital, modalitat de tractament, contingut de prestacions i àmbit assistencial en solen ser causes desencadenants de la valoració privada.

6- En cap sistema s'observa una competència forta entre ens asseguradors privats ni en preus ni en qualitat. Existeix comunment una tendència a la concentració empresarial i a l'establiment d'acords inter-empresarials per a evitar duplicitats sobre el territori. En general, els desenvolupaments empresarials en el sector són escassos, i si hi són, no hi ha costum d'exhibir-los. Les regulacions són més aviat poc sofisticades i poc transparents (en general, molta lletra petita, reclamacions que al final s'accepten en funció de les pressions exercides, por d'escàndols mediàtics, períodes de carència que no comptabilitzen el temps cobert a altres entitats (*portability* de drets), escassa comunicació d'informació creuada entre entitats...

7- L'assegurança sanitària privada augmenta l'oferta de serveis, i amb bastant probabilitat incrementa també la demanda (efecte 'oferta inductora de demanda' i per l'abús moral de l'assegurats), i en absència de regulació, pot crear una estructura de doble nivell amb diferents portes d'entrada al sistema, que a vegades no empitjora en si mateix l'equitat d'accés, però visualitza més els conflictes a l'assignació de recursos (cosa que pot preocupar en distinta mesura als governs segons el seu ideari polític).

8- La regulació pública de l'assegurança sanitària privada sembla del tot necessària en tots els sistemes en els que hi és present (*pool* de riscos obligatoris mínims, ratis de solvència..) Però l'excés de regulació (estandardització de paquets assistencials, primes comunitàries, increments de preus regulats no diferenciats...) desvirtua els beneficis potencials d'un assegurament sanitari que es vulgui eficient (diferenciació en qualitats, innovació i flexibilitat en cobertures, capacitat de resposta, participació òptima en costos...).

9- En conjunt, l'assegurança sanitària privada ha detret escassament la pressió de costos dels sistemes públics pel que fa a la seva despesa, tot i que sí millora en el seu finançament, i més aviat, entre els països de l'OCDE ha servit per a augmentar en el temps la despesa sanitària total. Aquest sembla ser el cas en particular de règims en els que són importants les despeses fiscals per a la despesa en assegurament privat (com en el cas d'EE.UU., Austràlia o Irlanda).

10- Els costos de transacció, sobre tot en el cas de pagadors múltiples, inclosos aquí els d'administració, màrqueting, subscripció de pòlisses i reclamacions, semblen cada cop més importants i es llegeixen malament en el sector de professionals sanitaris. En realitat, el que passa és que com a mínim aquests es fan explícits i es contrasten amb els més opacs de l'assegurança pública.

11- Excepte en alguns casos aïllats, les companyies asseguradores sanitàries privades poden exhibir molt escassos desenvolupaments de millores de cost-efectivitat (guies clíniques, gestió de medicaments, d'integració assistencial o consideració global d'episodis morbids). No semblen existir incentius clars a competir i tendeixen a preservar un status quo que no s'allunya massa del poder regulatori (en part 'capturat'). En general, el sector encobreix tantes grans oportunitats com riscos. Com que el que una prestació no la cobreixi el sistema

públic en cap lloc democràtic equival a que resti prohibida, tenir un sector assegurador privat ben endreçat i de funcionament eficient és de valor per al propi sector públic i genera benestar per a tots aquells ciutadans que voluntàriament subscriuen les seves pòlisses. Ambdós arguments estan en el nucli de la necessitat d'estudi i millora d'aquest important sector d'activitat econòmica.

12- En un recent treball del NBER Glazer i McGuire (Contending with Risk selection in competitive health insurance markets, sept del 2005) discuteixen la mateixa necessitat, i en el seu cas les bondats (pros i contres) dels esforços per ajustar riscos, a la vista dels instruments a l'abast del regulador. Aquelles suposades bondats resten dependents de factors tals com si la qualitat és identificable i singularitzable en un contracte ; el grau de coneixement dels costos per assegurat que te el regulador (fora de l'assegurador); el manteniment de registre obert o tancat d'assegurament; la capacitat d'entrar i sortir del mercat per part dels ens asseguradors; la capacitat dels consumidors d'observar la qualitat dels plans, i el grau de subsidiació transversal entre serveis que resta implícit a l'ajustament poblacional per risc conjunt (de consum general dels serveis), entre els aspectes més fonamentats. No es pot donar per fet doncs l'optimalitat de la política de l'ajustament per riscos per càpita sense tenir coneixement del compliment de cadascuna de les hipòtesis o circumstàncies anteriors a la realitat en que l'ajustament potencial, per a evitar la selecció de riscos, s'aplica. Un factor més de complexitat que ens posa en guàrdia respecte de suposades solucions senzilles o valorades només sobre la base estadística de la seva capacitat predictiva.

FUNCIONS DELS SISTEMES DE SALUT I LES RESPOSTES ORGANITZATIVES SANITÀRIES

Les respostes públiques al paper del sector públic i del sector privat a la sanitat, a la vista mateixa de l'organització del dispositiu sanitari per a l'abordatge dels problemes de salut han estat, d'una banda, la creació d'un servei nacional de salut, un sistema d'assegurament sanitari social i la regulació pública de l'assistència sanitària privada.

Pel que fa al servei nacional de salut, tal com descriuen les mateixes paraules, es tracta de la configuració d'un servei / nacional / de salut; servei com si d'un servei administratiu més es tractés, 'nacional' per l'aspiració uniformadora enfront de l'entramat de proveïdors de salut, i amb pretensió d'inter-sectorialitat amb altres sectors que els de salut, no sempre ratificada per la realitat de les polítiques. A això s'ha contraposat en altres països la consolidació d'un sistema / d'assegurament / social, entenent sistema com engranatge davant la diversitat de proveïdors i heterogeneïtat d'individus, de formes d'assegurament, d'estratègies asseguradores (menú de contractes...), donada la obvietat de prestacions sanitàries limitades que s'han de regir amb criteris de cobertura i selecció de proveïdors, i social, per l'exigència de primes comunitàries (no individuals, no actuàries, no ajustades al risc) al fundar-se en criteris de solidaritat (el no usuari en favor del pacient).

Aquesta clarificació ha de permetre atorgar una lògica diferent implícita a cadascuna de les funcions bàsiques d'un sistema sanitari avançat respecte del que han de fer els seus agents més rellevants. Ens estem referint al rol dels diversos agents pel que fa a les funcions de planificació sanitària, finançament, assegurament, compra i subministra o producció dels serveis. Cadascuna d'aquestes funcions és distingible almenys en dos paràmetres bàsics: el pes dels components polítics i del dels tècnics en els que es fonamenten, i així en la lògica de la seva racionalitat a l'hora de prendre decisions: així, a la necessitat de

prioritzar en sentit primari (o de determinació de la capacitat disponible) o en el nivell secundari (és a dir, entre alternatives, prenent la capacitat com donada). Podríem gairebé establir un gradient pel que fa a aquells valors polítics i tècnics, des de la planificació i el finançament (amb continguts molt més polítics) fins a la producció de serveis (més tècnics, més propers a la gestió i a la seva avaluació econòmic-financera). De manera similar, podem veure el gradient a les conseqüències - costos i beneficis- associats a la prioritització, en clau molt més política la funció planificadora de propensió al 'sí', i menys a la necessària i freqüent opció gestora del subministre, en el que no és estrany el 'no'.

Entenem aquí per **planificació** el desplegament del dispositiu assistencial funcional i geogràficament (pla de serveis) al serveis d'uns objectius, concretats en un pla de salut que manté una estratègia definida per al seu assoliment (per exemple, estalviant innecessàries morts prematures i sanitàriament evitables, reduint els anys de vida perduts ajustats per la qualitat de vida, vista la càrrega social de la malaltia, etc.). El component tècnic en aquesta funció de planificació és innegable, però té a veure amb el discurs epidemiològic i de salut comunitària, i desitjablement en els aspectes logístics ingenierils organitzatius sobre el territori i en el respecte a la continuïtat assistencial, la longitudinalitat i els esforços de prevenció. Però en això hi juguen les externalitats i components propis de béns públics de consum no rival (contaminació atmosfèrica..) i inaplicabilitat del principi d'exclusió (vacunes...) que li donen la dimensió de fallida de mercat. L'eficiència en aquest camp té sovint costos en matèria d'equitat, i viceversa.

Així, és ben sabut que a les funcions assistencials (per exemple en ubicació de centres comarcals a isocrones d'accés determinades), els trade-offs no tenen resolució tècnica senzilla, de manera que en un exercici d'avaluació per a aquests efectes requereix una innegable consideració política en el que s'entén per efectivitat (garantir l'equitat d'accés, un cost per mort evitada que no superi un determinat llindar, etc.

Distinta és la composició dels vectors polítics i tècnics a la funció de **finançament**. Ben segur que aquí els elements polítics reben una important ponderació (preus versus tributs, copagaments versus exclusions...), tot i que de nou no són menyspreables en el seu contingut els aspectes tècnics (incidència final d'impostos i cotitzacions socials, efecte moderador o purament recaptatori de taxes i preus, definició de clàusules financeres tècniques de trasllat de risc...), però aquí, altre cop, el pes de la valoració política en la disjuntiva eficiència (excés de gravamen per al bon funcionament de l'economia)- equitat (aversió a la desigualtat, solidaritat i funcions de benestar social) és sens dubte clau.

El gradient polític disminueix quan analitzem aspectes associables a la funció **d'assegurament** i la lògica de l'actuació dels agents que l'han de fer operativa (mutualisme públic, assegurament privat concertat, els serveis regionals de salut configurats sota aquesta noció). Això inclou la definició de la cartera de serveis, l'abast de la cobertura seguint consideracions de prioritització segons principis de cost-efectivitat, pool mínim d'assegurament i re-assegurament per a garantir un trasllat de risc creïble als seus destinataris, implantació de tècniques de tractament de la selecció adversa, de la selecció de riscos i d'amortiguament de l'abús moral, clàusules de 'stop loss' de co-pagaments i franquícies, períodes de carència i responsabilitats d'usuaris en el bon ús del sistema. Etc. Sens dubte que existeix component polític en la major part d'aquelles decisions també, però prèviament a elles hi ha una capacitat tècnica sens dubte també aquí major.

En línies similars en el que pertoca a la funció de **compra de serveis**, com a gestió descentralitzada o delegada de la funció asseguradora, sobre la base de la determinació

de les condicions contractuals de la compra dels serveis (d'acord amb la planificació salut/ disposició de serveis, dels mecanismes financers establerts per garantir estructura versus afavorir la competència en la realització d'activitat, i en el contingut i tipus de les prestacions cobertes). De manera similar podríem dir en els aspectes tècnics lligats a la selecció de proveïdors, acreditació de la seva oferta, gestió de la demanda (amb de màrqueting si escau de consums i expectatives), revisió d'utilització, determinació de sistemes de pagament a nivell meso institucional o al micro de proveïdors, ajustaments per 'case-mix' (complexitat/ especialització...) i un llarg etc.

I finalment, molt més tècnica que política és la funció vinculada a la **producció o subministrament dels serveis**, entesa aquesta com l'organització concreta de la producció, fixació de polítiques de compra, d'implementació de tecnologies, formació en capacitats, polítiques de incentivació personal, de recursos humans, segona opinió, de gestió de estocs...

La separació, identificació i recerca de racionalitat pròpia en l'assignació de cadascuna d'aquestes funcions afavoreix buscar l'organització que millor encabeix a cadascun dels agents pel que fa a capacitacions tècniques necessàries i en el grau d'aïllament (segons gradients comentats) de la influència política explícita en la funció respectiva, evitant així remetre al graó més institucional-polític aquelles decisions que son bàsicament de gestió i que requereixen sovint una negativa en la valoració dels costos d'oportunitat de les alternatives contemplades.

L'anterior visió permet ubicar l'assegurament privat en el rol de gestió, substitutiu (sota finançament públic) i/o complementari a l'assegurament públic –com discutirem més endavant-, i a la iniciativa assistencial privada en el rol del subministrament sota formes de contractació externa a dintre del mateix sistema públic o de manera alternativa a aquest a la vista de les seves mancances. Això requereix un estudi de l'oferta en la seva potencial adequació a la demanda observada en el sector de guariments de salut, tal com veurem a continuació.

ELS POSICIONAMENTS DEL SECTOR PRIVAT EN SANITAT. OPORTUNITATS I REPTES

La consideració dels interessos i aspiracions de la demanda en el disseny de les respostes institucionals pel costat de l'oferta no sempre sembla tenir-se en compte, tot i el comentat a partir del teorema de Rotschild Stiglitz . Això és així malgrat que en un context social desenvolupat en el qual els tractaments diagnòstics i terapèutics de les intervencions mèdiques incorporen garanties comunes d'efectivitat, els aspectes utilitaristes i propis del consumerisme hi haurien de ser especialment presents.

La preocupació per introduir nous marges d'elecció en sistemes sanitaris s'inseriria en les coordenades següents:

1- en l'àmbit de l'assegurament, (i) entre assegurar-se o no (amb diferent grau d'obligatorietat, per col·lectius i tipus de prestacions); (ii) amb participació o no d'asseguradores privades en la seva oferta, a elecció sota idèntic finançament públic; (iii) segons els marges en els beneficis coberts (entre el mínim obligatori i el component complementari), i (iv) a la vista de la correspondència que s'estableixi entre prima i grau de cobertura (o la seva inversa, això és, el grau de subsidiació transversal coactiva entre col·lectius, implícit en el mecanisme de finançament).

Són també referents d'elecció **2- per a l'usuari**, en la provisió, en (i) l'elecció sobre el primer contacte exercit amb el proveïdor, centre assistencial, especialista en el centre, o metge de capçalera responsable per a un conjunt ampli de contingències. I pel que pertoca als aspectes relatius al tractament (ii) en la possibilitat mateixa de rebutjar o no un tractament, elecció entre modalitats d'un mateix tractament, en la forma concreta d'assistència, en les facilitats hoteleres associades i/o en el temps d'espera.

D'anterior perspectiva ajuda a definir un **paper** potencial **del sector privat en un sistema sanitari públic** en els eixos següents: (i) sobre la base de l'oferta del que el sector públic no subministra o el subministra a qualitat inferior a d'acceptable per a determinats grups de població; o (ii) actuant per compte del sector públic (franquícies privades de prestacions públicament finançades), complementant si escau allò que se situï fora del catàleg públic.

En el que pertoca a aquells aspectes que el sector públic no subministra o subministra a qualitat inferior, es podrien considerar punts forts del posicionament privat en aquesta opció: a) la major especificitat empresarial que permet, i que resulta més fàcilment gestionable que els derivats de la major complexitat clínica en la que es basa la seva alternativa (de l'assegurament substitutiu amb gestió de tots els serveis); b) la possibilitat que ofereix d'organitzar una producció més orientada als serveis, sobre la base d'una major prestació directa (enfrent de l'alternativa d'assegurament complet i gestió de riscos i sinistralitat globals per a tots els serveis, tal com requereix el rol substitutiu, amb així uns majors costos de transacció), i c) essent tot el procés concretament per al màrqueting propi del posicionament del sector privat en qüestions de 'qualitat' percebuda i de tendència, en general, a organitzar el seu subministrament com activitat complementària a cost marginal, en pràctica dels seus professionals sovint dual amb la pública.

Pel que es refereix als punts febles d'aquesta opció, cabria destacar a) la major dependència al que vincula el futur de l'oferta pública (menys previsible en la seva evolució) i el de les condicions de treball dels seus professionals (en el diferent grau de compatibilitat entre els sectors sanitaris públic i privat); b) una previsible elasticitat preu més elevada i elasticitat renda del seu consum (i així de sensibilitat a les conjuntures econòmiques), i c) la necessitat d'instrumentar incentius majorment explícits (monetaris), comptant menys els implícits (associats al que es coneix en la literatura pel 'job enrichment' i el 'job enlargement'; això és, a millors continguts en l'acompliment laboral de l'activitat realitzada i de sentir-se part d'un conjunt més ampli en el que s'inscriu l'aportació laboral del professional, clarament menys importants en aquest rol complementari.

Alternativament, si ens referim a l'opció **substitutiva** de l'actuació del sector privat per compte del sector públic (franquícies privades de prestacions públicament finançades), complementant, a més, si escau allò que se situï fora de catàleg, són punts forts d'aquest posicionament a) un cost d'elecció inicial (públic/ privat) neutral per a l'usuari (no sent penalitzat l'accés a l'oferta privada com pagament addicional) per a poder fer efectiva aquesta opció, i conseqüentment, b) resultant sobre aquesta alternativa més fàcilment articulable una prestació complementària que descongestioni l'actual pressió de l'universalisme públic per a tot tipus de cobertura; mentre que entre els punts febles, cabria destacar, al marge dels ja esmentats en el punt anterior, a) que l'abast concret d'aquesta opció quedaria a l'albur de la comprensió –és a dir, del major o menor abast de la definició- del catàleg públic, i b) generant previsiblement una major dificultat organitzativa (ple fet de requerir la construcció d'una xarxa completa de proveïdors o d'intermediació

en la compra de serveis de centres públics) i de gestió (tractant-se d'un assegurament amb finançament a prima comunitària de difícil ajustament al risc poblacional si no s'acompanyés efectivament de regulació de pools mínims de riscos, reassegurança o sistema d'igualació de primes.

Són factors comuns, generadors d'incertesa en ambdós casos, l'evolució que puguin seguir les organitzacions públiques oferint des de les seves mateixes instal·lacions prestacions privades, destacant aquí el debat de supòsits en els quals s'incorre en competència deslleial, ja sigui pel fet de suportar un menor cost marginal públic versus cost mig privat, en la decisió de contractar externament o produir directament, en un horitzó temporal donat, ja sigui per la menor o major exigència d'exclusivitat en el treball dels professionals en el sistema públic respecte al privat (que afecta la quantia de la 'retribució marginal' privada' enfront del 'salari mig' públic).

Avaluant l' interfaç públic -privat a la sanitat

L'argumentació bàsica subjacent en l'estudi dels efectes de les diferents alternatives organitzatives, d'estructuració i finançament dels sistemes de salut seria la relativa a si són compatibles les pretensions del que es decideix políticament, en principi en d'interès col·lectiu, amb la lògica empresarial de la persecució de l'excedent econòmic, atorgant un major pes al sector privat. Això ens remet a la qüestió genèrica del paper de d'interès 'públic i del privat' en sanitat, de la qual són els seus referents teòrics (d'àmbit majorment conjuntural), la justificació mateixa fora de la 'fallida de mercat', de la decisió en favor d'una provisió pública de béns privats preferents, i segons l'evidència empírica de l'eficiència relativa (més enllà del prejudici ideològic) que pugui existir en un esquema de provisió pública amb producció directa o a través de producció privada concertada.

En el marc dels vectors de d'interès 'privat a l'esfera pública', i de d'interès 'públic en l'esfera privada' : són possibles com a mínim les següents aproximacions, (i) anàlisi dels acords per a finançar nova inversió en equipaments en el dispositiu públic via col·laboracions públic-privades (*public-private partnerships* o la inicialment denominada *public finance initiative*); (ii) la prestació de serveis en règim de propietat diferenciada de la pública estricta (via per exemple, entitats de professionals o noves formes consorciades de proveïdors sobre base territorial), (iii) la pròpia empresarialització a la gestió privada de les institucions públiques (sota formes jurídiques del tipus consorcis, fundacions, societats limitades), (iv) la contractació del subministre de serveis (concertació externa, contractes de gestió delegada, fórmules de leasing, etc.), (v) el règim d'incompatibilitats prevalent per als professionals, en pràctica privada i pública (del que resulta indissociable de l'anàlisi del sistema retributiu públic), i (vi) la utilització mateixa del dispositiu públic amb finalitats mercantils privades.

Tot això s'inscriu en unes noves coordenades de finançament i despesa que inclourien valoracions amb implicacions en el finançament del sistema sanitari en el seu conjunt (composició pagaments directes d'usuaris, assegurats, contribuents, i al llarg del temps, per la substitució de finançament de capital per finançament corrent).

L'ASSEGURAMENT SANITARI COM A SECTOR ECONÒMIC

De la informació disponible sabem que l'assegurança mèdica privada, representa en els països de la OECD en terme mitjà solament al voltant 6% de despesa sanitària total de la salut, però ocupa un paper important en certs grups de la població a Alemanya i els Països Baixos, i en la major part de la població no major als Estats Units, on el 2004 l'assegurança mèdica privada va suposar el 37% de despesa sanitària total. A França i Canadà, les assegurances privades cobreixen entre 10 i el 15% de la despesa sanitària total, proporcionant una cobertura opcional, fet que sobta en un sistema públic amb cobertura universal. Les fonts privades tendeixen a ocupar un paper molt més important en el pagament de productes farmacèutics que en el pagament de l'hospitalització o les cures ambulatories; la raó pot estar en que els medicaments estan poc coberts en els sistemes de finançament. Però hi ha grans variacions en els països de la OECD. Al 2004, la cobertura pública menor era la de Mèxic (el 12%), seguida dels Estats Units (el 24%), Polònia (el 37%) i Canadà (el 38%). Per comparança, més de dos terços de la despesa en medicaments va ser finançat per fonts públiques a Àustria, França, Alemanya, Espanya i Suècia.

A casa nostra, i més enllà de les dades quantitatives per a Catalunya vistes abans (el número d'assegurats o de primes recaptades només és una part de la rendibilitat de les companyies, l'altra és la sinistralitat o els costos), per a un analista extern, la salut del sector assegurador en general no es pot considerar boiant. Almenys a la vista dels seus ràtios de sinistralitat amb pagaments de beneficis respecte de primes del 90% en termes mitjans. La tendència és similar a molts altres països europeus, amb la pitjor situació a Alemanya (el 122% el 2004 com a conseqüència del procés d'envelliment) i per sota de 100 però amb xifres elevades per al cas de Bèlgica i Eslovènia (aquest amb creixements reiterats de dos dígits –el 15% l'any 2004). Aquesta situació l'aixopluga el sector amb la realització de provisions i en alguns casos elevant les primes anuals (els darrers cinc anys entre el 6 i el 9%). Això té repercussions en el número d'assegurats, que en general creix amb molta dificultat, afectada la subscripció de pòlisses d'elasticitat preu i elasticitat renda elevades. Dit això, aquests valors difereixen entre col·lectius, i a aquests veuen referides les companyies les seves despeses i beneficis. De manera que en absència de primes actuàries 'justes', amb presència de prima col·lectiva i subsidiació històrica entre col·lectius (donada sovint la naturalesa no sempre *for profit* de les companyies), les re-col·locacions de carteres, amb pèrdua de determinats col·lectius (persones grans ja sigui per defunció o resultat de les seves elasticitats) i la incorporació d'altres (les pòlisses d'empresa de les abans considerades per la Seguretat Social 'empreses col·laboradores'), fins i tot a igual recaptació i/o nombre d'assegurats, pot coadjuvar al procés de millora i sanejament. Ambdós factors són importants a Catalunya, ja que el nostre país compta amb una important presència de treballadors autònoms que fins els 90s no estaven plena i legalment inclosos als règims d'assistència sanitària de la Seguretat Social de manera que havien de buscar l'assegurament substitutiu pel seu compte (en règim optatiu similar al que es deixà posteriorment a les grans empreses que es constituïssin com a col·laboradores de la Seguretat Social) a canvi de veure reduïdes les seves cotitzacions. Ja des del mutualisme o l'assegurança purament privada, aquests catalans varen desenvolupar vincles de lleialtat mèdics i institucionals (tractant-se l'assistència d'un bé de creença i experimentació en un context d'informació asimètrica entre malalt i metge), que després de la universalització s'ha acostumat a mantenir el pagament addicional complet més enllà del dret que els assisteixi com a contribuents d'accedir a la prestació pública.

Aquest règim concurrent, voluntari de doble cobertura, està més desenvolupat a Catalunya, com si d'un 'peatge' social més es tractés, ja sigui per fer front (com fou en el passat) a les insuficiències de l'extensió de la cobertura pública, com en el present vistes les aspiracions a una millor qualitat (ni que sigui en rapidesa i confort hotel·ler).

En aquest sentit, M Vera (ob cit.) fa una anàlisi de la utilització de serveis sanitaris en el sistema sanitari català. En particular, s'analiza la influència dels incentius que proporcionen les assegurances sanitàries privades sobre la utilització de serveis sanitaris.

També estudia l'existència de selecció adversa en el mercat d'assegurances sanitàries privades. A Catalunya, aquells que tenen doble cobertura (gaudeixen alhora d'una assegurança sanitària privada i de la cobertura pública) poden fàcilment visitar un metge especialista sense permís del metge general o llistes d'espera. És tracta de veure com aquests incentius no financers poden influir en el consum de serveis sanitaris. La teoria de la selecció adversa suggereix que les persones que compren una assegurança sanitària privada són aquells que esperen realitzar un alt nombre de visites a l'especialista. Aquesta hipòtesi condueix a considerar la doble cobertura com una variable endògena. De no tenir-se en compte aquesta endogeneïtat es podrien obtenir estimacions inconsistentes que sobreestimessin la influència dels incentius en el consum de serveis sanitaris⁹. Es troba que els incentius proporcionats per les assegurances sanitàries privades incrementen el nombre de visites a l'especialista al voltant d'un 27%, per al grup de persones que no són cap de família. L'endogeneïtat de la doble cobertura resulta rellevant per al grup de caps de família.

Fet aquest reconeixement, cal valorar però que previsiblement aquesta forma d'assegurament està afectada d'una relativament elevada elasticitat renda, tractant-se dels autònoms a l'etapa anterior al 2004, un col·lectiu previsiblement més envellit i així més sensible a la disminució de renda que sol comportar la jubilació. En qualsevol cas, per al conjunt del col·lectiu subscrit, es tracta d'una prestació complementària d'elevada elasticitat preu, ja que es tracta d'una prestació concurrent a la pública i de naturalesa complementària (molt sensible a les variacions de la qualitat d'una prestació pública, que almenys en termes de despesa ha anat incrementat pes en el temps). Cal afegir alhora, que l'elasticitat preu de la demanda dels més grans es pot reduir amb l'edat, donada la previsible major utilització que s'associarà a aquella cobertura mantenint la resta de coses iguals, o simplement pel fet que haver mantingut l'afiliació en el temps eximeix de períodes de carència o estalvia creixements discrecionals de la prima per part de la companyia asseguradora. En aquest sentit es podria considerar l'existència d'una certa selecció adversa, no en el fet d'assegurar-se en si mateix, sinó en el manteniment al llarg del temps.

Notis que segons la última ESCA, el 24.7% dels catalans manifestaven que a més de la cobertura pública accedien per afiliació a una mútua voluntària o asseguradora privada (que representaven el mateix any 635 milions d'euros en ingressos) i que es feien efectius en serveis majorment d'atenció especialitzada tot i que no d'elevada complexitat.

Existeix aquí una incoherència ben detectada entre alguns analistes que tendeixen, per una banda, a menystenir la contribució de la prestació coberta per l'assegurament privat i concurrent a la pública pel que fa a l'efectivitat terapèutica objectivable dels tractaments, considerant que es tracta simplement d'aspectes banals d'utilitat hotel·lera, sense transcendència en els estats de salut dels individus. Per altra banda però, conclouen posteriorment que les diferències d'utilització resultants constitueixen una desigualtat intolerable que s'hauria d'evitar (tot i que

no incidirien en els resultats de salut dels usuaris). L'argument és curiós si més no, i a aquest es contraposa fàcilment la consideració de que l'alternativa complementària sobre els anteriors paràmetres alleugereix ni que sigui només parcialment la utilització pública, i en la mesura que és voluntari configura una solució pareto-superior per la que ningú hi perd (objectivament, si exclouem òbviament l'enveja) i algú hi guanya. A l'argument del seu paper com alleugeridor de la pressió sobre la utilització privada s'hi associa el clam a favor de la desgravació fiscal d'aquesta despesa en assegurança privada, amb valoració distinta per aquells que pensen que incentiva la sobre utilització en aspectes no essencials de l'assistència sanitària i en aquest sentit no tutelables o protegibles amb despeses fiscals.

Qüestió diferent és la lògica de no permetre, com succeeix a l'actualitat, altre deducció que no sigui per assegurament col·lectiu d'empresa. Abans la deducció es permetia sobre la quota de qualsevol modalitat de despesa sanitària privada que hagués pogut realitzar l'individu. Amb la reforma de l'IRPF de 1999 desapareix aquesta desgravació que queda substituïda per la inclusió d'aquestes despeses com a deduïbles en la base de l'impost de societats, restant altrament exentes de còmput com a renda en espècie del IRPF per al perceptor. Això reconduïx la pressió per la subscripció cap a primes col·lectives d'empresa (en aquest sentit s'afavoreix la deducció d'una prima més social) limitant-la a aquesta modalitat tant sols de despesa privada (frenant alguns abusos observats anteriorment). Però treu àmbits de llibertat individual i té efectes sobre l'equitat en la mesura que no tots els treballadors tenen poder de negociació per a fer efectius cara a les seves empreses aquells beneficis en espècie subsidiats.

Val a dir que els continguts d'aquests paquets coberts de manera privada és previsiblement força diferent al públic, i heterogeni en el temps. En el conjunt dels dos accessos, malgrat el major cost que suporten, aquests col·lectius mostren una major satisfacció amb el funcionament del sistema sanitari en el seu conjunt que la resta amb cobertura pública únicament.

Dues consideracions addicionals es poden incorporar en aquest punt: la primera, que l'assegurança sanitària pot ser contemplada com a una part d'una cistella asseguradora més complerta, de manera que la salut sigui per a les companyies una entrada indirecta a assegurances més rendibles com la de la llar o la de vida, produint-se aquí certa subsidiació creuada. En segon lloc, el tipus de cobertura importa en la composició del negoci assegurador: des de la substitutiva (tipus Muface) a la complementària tradicional (quan pitjor sigui la qualitat percebuda de la cobertura pública millor per a aquesta forma privada d'assegurament), i a més distingint aquí entre la complementària concurrent amb altres prestacions públiques (com en el cas de la pediatria o l'obstetrícia, que actuarien com a benchmark inferior) o no concurrents (fora de la cobertura pública, com podria ser avui la salut bucodental dels adults).

En tots aquests casos, la cobertura privada, total o parcialment relacionada amb la prestació pública, és una important plataforma per a desenvolupar-hi a sobre seu noves prestacions que singularment representen beneficis més directes, o modalitats que amb el temps passen a ser més atractives (des de les entitats d'assegurança lliure amb llista tancada cap a les de règim obert, i fins i tot assegurança de simple rescabament). Es tractaria així de 'envoltar' cistelles de prestacions i exercir una discriminació de tarifes de manera, per exemple, que per sobre de la pòlissa Muface amb prima pública menys rendible s'hi pugui construir una prima complementària (per ex. Previassa-oro) que permeti lliure elecció de quadre mèdic, l'extensió a tractaments no coberts al conveni Muface o realitzats a altres països.

Pensem a més que a alguns països com el nostre, en el que el *'moonlighting'*, pràctica dual o compatibilitat pública/privada és sovint la norma, la indústria privada prestadora d'alguns d'aquells serveis tarifica a preu 'mig' quan el cost que suporta de determinats fungibles (medicaments, algunes proves o pròtesis) i sobre tot de les mans dels professionals en alguns casos és poc més que un 'marginal' que alguns altres costos en bona part els suporta el sector públic. Això explica que quan una institució pública comença a realitzar activitat privada addicional a l'activitat que té demandada i finançada per l'assegurador públic, el sector privat ho vegi com a una amenaça a la seva viabilitat per la pèrdua de professionals que estan disposats a treballar en aquestes noves condicions.

A MANERA DE CLOENDA: LA SITUACIO COMPARADA, LA GESTIO DEL CANVI I LES TRANSFORMACIONS DELS SISTEMES SANITARIS

De l'anàlisi comparativa efectuada en podem derivar una sèrie de conclusions a manera de resum. Les principals tendències que s'observen en el sistema comparat dels països occidentals desenvolupats passen pels eixos següents:

1- Existeix una certa tendència a la universalització de les cobertures, almenys en alguns dels seus components més bàsics. Això fa reposicionar parcialment l'assegurament privat cap a la gestió de les pòlisses públiques de manera substitutiva a la provisió asseguradora pública, mantenint el finançament d'aquest, per a complementar després voluntàriament amb prestacions de cobertura addicional (així a Bèlgica l'any 1998 per als autònoms i per a riscos determinats; a França el 2000, i a Holanda el 2006), i vinculat a la condició de ciutadà i no a la de treballador), o fent obligatori directament l'assegurament per al conjunt de la població. Irlanda i Alemanya (tot i que aquest en procés de canvi) serien en cert sentit anomalies encara dins d'aquest panorama, i essent els desocupats els qui acaben tenint, per les distintes vies, una cobertura més fràgil (Wörz et al, *Euro Observer*, vol 8, 2, 2006 pàg 2). Tot aquest procés s'acompanya d'un major cribatge de la demanda a través de l'atenció primària, sigui qui sigui qui gestiona l'assegurament; un major domini del finançament públic, però que no exclou les parcel·les de participació privada en costos; amb cobertura de prestacions cada cop més explícita a les que s'accedeix segons criteri de necessitat interpretada per una mena de 'broker' o intermediari de salut, agent pretesament perfecte del principal o pacient.

2- La tendència és a explicitar de cada cop més les prestacions que no entren que les que sí entren. Regne Unit i Anglaterra en particular lideren aquest exercici a favor de allò més explícit. De cada cop la tria és més estricta. A Holanda, la part més curativa i amb eficàcia validada; al NHS anglès, a través del NICE, en alguns casos, obertament a la vista del cost-efectivitat dels tractaments. El que no entra en el paquet estàndard no es prohibeix; simplement es deixa de reemborsar.

3- La participació en costos dels usuaris és present en tots els països i si alguna tendència s'observa és a augmentar i no a disminuir. Ben cert que hi ha col·lectius exents i altres mecanismes de protecció (clàusules stop-loss), pagaments de butxaca màxims mensuals o anuals,, deduccions fiscals (a Holanda principalment) i cobertura de prestacions complementàries pels grups de menor renda finançada directament pel sector públic (França des del 2003). Remarcat lo anterior, val a dir que la participació en costos de l'usuari tendeix a ser uniforme (només Itàlia intenta fer-la selectiva tant lligant-la a la renda com permetent una de cada vegada més desigualtat regional: avui 10 de les 21 regions no requereixen copagament en medicaments).

4- Les barreres d'accés continuen presents: les geogràfiques (vinculades a la proximitat) les organitzatives (llistes d'espera i arbitratge interterritorial) i les d'utilització (vinculades a l'educació, estatus socioeconòmic, influència, ..). És probable en aquest sentit que l'equitat d'accés s'hagi de redefinir cap a paràmetres menys ambiciosos ja que el seu esforç desvia l'atenció d'altres fites dels sistemes sanitaris, essent aquest de difícil assoliment i fins i tot potser no convenient si no es vincula satisfactoriament a les responsabilitats individuals.

5- Existeixen dubtes en temes regulatoris sobre l'abast de la legislació europea a les coordinades d'afavoriment per la via legal d'un mercat únic i a l'hora mantenir la política de competència, pel que fa a controls sobre estandardització de productes, cobertures i control de preus. En principi sembla que aquests no són ja possibles excepte que l'assegurança privada faci al país un paper d'alternativa completa o parcial a l'assegurança obligatòria. Si aquest és el cas, segons la directiva a l'art. 54.2 es podria regular en matèria de registre obert (contra la discriminació, en favor del 'open enrolment'), les primes comunitàries (pooling obligatori), cobertures al llarg de la vida de l'assegurat, l'estandardització mínima de la part de l'assegurança que s'inclou en el paquet obligatori, amb prestacions i cobertura a prima màxima, preus garantits, així com forçar la participació en esquemes de perequació de riscos (esquemes de 'compensació de pèrdues) i a mantenir una operativa per a l'assegurança sanitària similar a la mantinguda per a l'assegurança de vida. És especialment rellevant en aquest sentit observar els ajustaments fets pel mercat assegurador holandès, alemany i irlandès.

Tant a Holanda com a Alemanya, les provisions contra la selecció de riscos (bàsicament contra gent gran i crònics) s'han fet servir per a garantir cobertures a un preu 'affordable' a través d'obligatorietat d'assegurança de cicle vital, pool obligatori de riscos, paquets mínims i preus garantits, en els segments de mercats substitutius als estatutaris. A Irlanda, les provisions públiques inclouen la prima comunitària, el registre obert i esquemes d'igualació de riscos a través d'una institució regulatòria independent del propi Ministeri de Salut¹⁶. Tema també controvertit per a la competència és el tractament de despeses fiscals atorgat a algunes o totes les formes d'assegurança privada. Avui la Comissió sembla que permet aquestes deduccions a l'impost de societats sens dubte per a les formes de provisió sense ànim de lucre, que s'estén de manera implícita pel moment cap a associacions mutualistes i empreses asseguradores comercials privades.

6- Això fa més que mai necessària la clarificació del paper de l'assegurança sanitària privada en esquemes de provisió pública, ja en el seu nivell (i) substitutiu (per a persones explícitament excloses de la cobertura obligatòria, a qui es permet un 'opting out' vist el seu nivell de renda que fa innecessària una tutela pública, com és el cas d'Alemanya i fins el gener del 2007 també a Holanda); (ii) complementari, respecte de serveis exclosos (com per exemple els dentals i formes de tractament alternatius a la medicina tradicional) o només coberts parcialment (que comporten co-pagaments d'usuaris); i (iii) suplementari, a efectes d'incrementar la capacitat d'elecció de proveïdor i/o la rapidesa d'accés als serveis sanitaris. Es consideraria que només per a l'assegurança complementària que va més enllà dels paquets 'estatutaris' públics es consideraria com a no apropiada la regulació abans comentada (Directiva Bolkestein 2003). En tot cas, no existeix una interpretació única sobre el que s'ha d'entendre per alternativa completa o parcial al sistema obligatori en el sentit que recull avui la directiva.

En tots els supòsits financers anteriors resulta crucial el que pugui suposar la gestió del canvi respecte de la situació actual. Suposat que es coneix la direcció en la que es vol transformar el sistema, això implica sensibilitat en la gestió del canvi.

En aquest sentit, és hora de reconèixer algunes fal·làcies en els que estem instal·lats (fora del discurs polític en favor del realisme i la re-direcció de focus d'atenció de l'anàlisi, a la vista que 1- la pretesa igualtat d'accés a l'assistència sanitària - no és factible (hi han factors insuperables –diferències en cultura sanitària, educació, renda, treball..., i en aquest sentit, és millor identificar-los i 'comportar-los' que no lluitar amb ells des de dins del sistema sanitari quan està clar que depenen de factors aliens). Més encara, potser fins i tot l'assoliment d'aquest objectiu no sigui ni desitjable (accés igual a tot, independentment de l'esforç, sense contreure duris i responsabilitats..) i en tot cas mai possiblement serà assolible (privilegis d'accés, connexions..., tal com remarcava Janos Kornai a la Conferència Europea de Economia de la Salut a Budapest el juliol del 2006). En favor del realisme en l'anàlisi, convindria acceptar que el fet que un sistema sigui públic no fa desaparèixer l'excident: si no és 'for profit', serà per quelcom altre motiu. Excident n'hi ha sempre en tota activitat: serà més o menys transparent –i així fiscalitzable en democràcia- (diners –més- o beneficis en espècie –menys transparent) i els seus beneficiaris més o menys identificats (accionistes, metges empresaris, professionals, buròcrates, també de més a menys). De manera que el fet que no s'identifiquin interessos crematístics a la prestació no fa que siguin els interessos dels malalts els qui acabin essent preservats. A més, cal reconèixer que la competència horitzontal entre proveïdors aïllats, tals com l'han entesa fins el moment a la realitat alguns, des d'una perspectiva empresarial en el sistema sanitari públic no funciona: tant grans són els costos fixos 'enfonsats' que tothom hi deixa la pell en la protecció dels seus comptes de resultats (marginalitats, subvencions d'explotació), en detriment d'altres valors necessaris (la prevenció, coordinar l'assistència entre centres i nivells, reduir activitat innecessària...). Tot el qual seria esperable donis de la racionalitat empresarial i clínica a la vegada és, si el cas, esquemes verticals sobre el territori, integrats - ni que sigui virtualment- per a no perdre el sentit del propietat i la bona gestió dels actius, i sota formis de finançament de base poblacional i de pagament per resultats. Finalment, val la pena adonar-se de l'escassa o nul·la acceptabilitat política en la societat, de l'obertura de finançament privat mitjançant pagaments directes no regulats; la qual cosa no impedeix, si és vol, que s'articuli aquest finançament fora del moment d'accés als propis serveis, requerint per part de qui gestioni l'assegurament, una 'pòlissa' complementària de base comunitària (addicional a la prima pública construïda sobre la base del catàleg públic). D'aquí la importància de fer-ho donis de la nova descentralització territorial i amb conceptes d'uniformitat i cohesió social prou flexibles en una societat moderna. Vista la importància de les tasques pendents, s'imposa la conveniència d'un gradualisme i radicalisme selectiu com a estratègies d'implementació de canvis, contra reformes parcials inconsistentes.

Anotem per últim que existeix desacord dels analistes en dos temes importants: 1- entre els economistes que abans de parlar de despesa identifiquin les pèrdues de benestar d'aixecar impostos (l'excés de gravamen vinculat a una imposició distorsionadora de l'eficiència econòmica) i els que ignorin o mai computin els costos dels recursos públics; i 2- entre els qui presumeixen que tot finançament amb impostos (sense precisar fonts de renda ni nivells de compliment fiscal) és sempre més equitatiu que una disminució de despesa, deixar fora prestacions o introduir copagaments, i els qui pensen el contrari.

Les mesures necessàries pel tipus de canvi aquí esmentat, en el re-encaix del sector sanitari privat en els sistemes sanitaris de base pública, avui no són articulables exclusivament des de la pròpia reforma del sector públic, sinó que exigeixen una major involucració privada. Aquesta passa per participar en la gestió sanitària (no només de l'equipament a construir, no només de l'assegurament

complementari o alternatiu), sinó també en la gestió interessada d'equipaments públics, i en la gestió de l'assegurament públic descentralitzat en els territoris, i amb la creació d'una 'pòlissa' complementària de base poblacional (addicional a la prima pública i que es construiria sobre aquella base), a partir d'un renovat esforç d'eficiència en provisió conjunta respecte de la despesa avui ja compromesa), basada en (i) la integració assistencial de proveïdors (cosa que vindria afavorida per un finançament capítatiu, a complementar privadament sobre base territorial si així es vol), a través d'un adequat trasllat de risc del finançador al proveïdor, que incentivi la racionalitat de les decisions, i (ii) canvis en el status dels proveïdors i institucions sanitàries, a favor de la diversitat organitzativa, l'experimentació i l'emulació de les millors pràctiques. D' aquí la importància de la descentralització territorial en la gestió de l'assegurament, i de la desconcentració organitzativa, com a part de la solució per possibilitar un complement financer, subsidiat o no fiscalment, respecte de la prima pública bàsica.

En aquests nous contextos la solidaritat del sistema s'assentaria en la definició de la cobertura bàsica a preu taxat, en la progressivitat derivada de les subvencions i de les despeses fiscals que es poguessin implementar, el manteniment d'un assegurament complementari a prima comunitària i l'afavoriment de pòlisses col·lectives d'accés no restringible. Aquest canvi tindria efectes addicionals en la descompressió de les finances públiques, davant incidències de pressupost equilibrat dubtoses. En general i més enllà de les especificitats del sistema actual, es tractaria de repensar el sector sanitari (públic i privat) des de l'òptica global del sistema de salut¹⁷. Això s'hauria d'acompanyar d'una estratègia de finançament diferent, retribuïnt als agents no per ésser (graú i nivell), estar (estatutari o laboral), o 'fer' sinó per 'aconseguir' en atenció als seus resultats assolits, i obrint noves esferes de finançament privat, que coordinada a la pública general, oferís millor garantia per a la sostenibilitat del sistema sanitari.