

IV. ASPECTES ECONÒMICS

12. ESTUDI I PROPOSTES SOBRE LA DESPESA SANITÀRIA

CARME SANS, economista
(Barcelona)

SUMARI

1. Introducció
2. Estudi de la despesa en l'actual oferta sanitària
3. L'eficàcia en l'assignació de recursos.
4. El sistema de finançament
5. El Servei Nacional de la Salut

1. Introducció

En l'actualitat i a nivell mundial és obert un debat sobre els efectes reals del considerable augment sanitari que es constata sobre els nivells de salut. En els països desenvolupats s'està produint un estancament en el descens de la mortalitat i en el creixement de l'esperança de vida que ha estat interpretat per alguns autors com la constatació del fracàs de la medicina moderna. Sembla, però, una interpretació precipitada aquesta inferència: en les taxes de mortalitat influeixen variables no mèdiques i que podrien agrupar-se sota el concepte de mode de vida de les societats desenvolupades i competitives.

Els pocs treballs que s'han realitzat en el sentit d'intentar separar i mesurar la influència de la variable consum mèdic i les variables del mode de vida sobre la mortalitat semblen arribar a la conclusió de la importància decisiva del mode de vida. D'altra part, el nivell sanitari no queda resumit amb la taxa de mortalitat i d'esperança de vida sinó que també cal tenir en compte la manera com es viuen i se superen les malalties. Les necessitats humanes tenen una evolució històrica, i així la nostra civilització ha imposat una reducció al límit de tolerància a la malaltia i al sofriment. Consegüentment s'ha desenvolupat la medicina de la vellesa, les atencions als malalts crònics i als invàlids, la medicina preventiva, el diagnòstic precoç, etc. El progrés de la tècnica mèdica és un altre element que cal afegir a les causes de l'augment del consum mèdic. Aquí caldria separar

els augments de despeses que tenen com a causa un millorament real, sigui tècnic, científic o de qualitat de la vida, i els augments de despeses provocats per una organització sanitària irracional.

En grans línies pot afirmar-se que, a un determinat nivell de desenvolupament, on més medicina privada hi ha i on, per tant, menys s'ha avançat en la planificació sanitària més dificultats hi ha per a un millorament real de la situació sanitària general. I l'existència de més o menys medicina privada i de més o menys planificació sanitària està en funció de les coordenades generals polítiques, econòmiques i socials. En aquest sentit és molt clar l'exemple dels Estats Units, país amb una alta renda per càpita i amb un alt nivell de desenvolupament de la tècnica mèdica, però amb un nivell d'atenció sanitària per al conjunt de la població molt inferior a la que es dona en els països nòrdics o a Gran Bretanya.

En el cas concret de Catalunya, el quadre sanitari es pot resumir en els següents i principals punts: nocivitat en les condicions de treball; deteriorament de la «salut urbana» degut a la manca de zones verdes, als habitatges insalubres, a la desnutrició, etc.; falta de solució als problemes dels vells; falta d'informació sanitària; desigualtats en l'assistència mèdica: de qualitat per a les capes socials altes, que solucionen el problema mèdic acudint al metge privat o a la clínica privada; deficient per als treballadors que costegen l'assistència mèdica a través de la S. S. i, en no ser degudament atesos a la S. S., han d'acudir a més al metge particular (conductes, assegurances privades, etc.) perquè solucioni llurs problemes; nombre insuficient de llits hospitalaris, etc.

Aquest «buit sanitari» pesa fonamentalment sobre la classe obrera i la petita burgesia i és el resultat del desenvolupament de l'estructura sanitària en la més pura anarquia, sense cap tipus de planificació per a satisfer les necessitats de la població, adequant-se a les pressions de grups industrials o de grups de poder. El resultat ha estat una oferta sanitària *insuficient, desequilibrada i molt cara*.

2. Estudi de la despesa en l'actual oferta sanitària

En l'encariment de la sanitat participen nombrosos elements entre els quals cal destacar:

a) La indústria farmacèutica, que té un paper especialment important en l'elevació dels costos sanitaris. Les irregularitats són moltes. Per exemple, el nombre desorbitat d'especialitats, que l'any 1969 eren 19.000, quan resulta que 8.000 són innecessaries, 2.800 no es consumeixen i es concentra el 70 % del consum total en 1.062 especialitats.¹ Un altre exemple són les grans diferències de preu que s'observen per a productes similars. Un

1. *Actualidad Económica*, 23-8-69.

tercer exemple, les importacions, per laboratoris estrangers introduïts al nostre país, d'una sèrie de productes a preus molt superiors als vigents en el mercat internacional. Un quart exemple són les pràctiques comercials fraudulentess, etc.

Un dels resultats és que els preus farmacèutics experimenten importants increments, molt superiors als d'altres països:

	1958	1967
USA	100	94,4
Itàlia	100	85,6
Regne Unit	100	102,6
Espanya	100	130,6

FONT: OCDE «Industrie Chimique 1968».

Una de les conclusions seria doncs que la indústria farmacèutica té molt més camp lliure que en qualsevol altre lloc per a imposar les seves condicions oligopolístiques.

b) La total absència de medicina preventiva i d'informació sanitària de la població permet que apareguin una sèrie de malalties que després caldrà curar, quan el cost d'aquesta curació es podria estalviar si existissin els serveis adequats de medicina preventiva i d'informació sanitària de la població.

c) El fet que el nombre d'accidents i malalties del treball sigui molt més alt que a la resta d'Europa també contribueix a incrementar el cost sanitari. Cal també afegir-hi el problema de l'absentisme laboral que s'amaga sota la forma de baixes per malaltia en realitat injustificades.

d) La diversitat d'òrgans de decisió en matèria sanitària i ensems l'enorme centralització que es dona en molts d'ells porta a la duplicitat i dispersió de l'administració i dels mitjans disponibles, amb el consegüent encariment.

Només dins la S. S. es donen 15 o 16 règims especials i una multitud d'organismes gestors (mutualitats laborals, patronals, etc.). A més de la S. S. tenen competència en matèria de sanitat diversos ministeris, l'administració local, mútues privades i la medicina privada.

e) Cal tenir present que en la despesa sanitària total entren també els beneficis de tots els ens privats que ofereixen serveis sanitaris, capítol especialment elevat a Catalunya, on predomina la solució privada als problemes sanitaris. Per exemple, el 60 % dels llits hospitalaris de la 5.^a Regió Hospitalària (Catalunya + Illes) pertanyen al sector privat, percentatge molt més elevat que a la resta de l'Estat espanyol (30 %) o a Europa.

f) El pressupost de la S. S. per a l'any 1976 és de 648.692 milions de pessetes, dels quals 200.000 milions són per a sanitat. La importància d'aquestes xifres és evident si tenim en compte que el Pressupost General

de l'Estat per aquest mateix any és de 785.000 milions de pessetes, de les quals es dediquen a sanitat 16.000 milions.

D'altra banda, la població protegida per la S. S. és quasi el 80 % de la població total.

En conseqüència, l'estudi de l'actuació sanitària de la S. S. té un especial relleu, tant per la importància financera com pel gran nombre de persones afectades.

f 1) La S. S. és finançada, a través de diferents mecanismes, pels treballadors. Formalment 1/6 part de la cotització la paga el treballador i les 5/6 parts restants l'empresa. Però cal tenir en compte que per a l'empresa és un cost més de personal a repercutir en el preu final. En definitiva la cotització de la S. S. en les seves 5/6 parts té un comportament semblant al d'un impost indirecte, que paguen els consumidors finals —la majoria també treballadors—.

f 2) La S. S. ha anat acumulant importants superàvits, que l'any 1971 representaven 185.000 milions de pessetes: 87.000 milions invertits en cartera de valors i 68.500 milions en comptes corrents.²

f 3) La S. S., en estar molt centralitzada i disposar de diferents òrgans de gestió, té una administració molt lenta, molt burocràtica, amb moltes duplicitats i per tant excessivament cara.

Aquesta S. S., en no ésser controlada pels usuaris, ja que respon a esquemes autoritaris i feixistes, serveix de fet a una sèrie d'interessos econòmics i polítics sense tenir en compte els autèntics interessos dels seus usuaris que a més són els qui la financen.

f 4) L'«Assistència Sanitària de la S. S.» es dedica exclusivament a l'assistència curativa, que es concreta en medicina extrahospitalària, medicina hospitalària i una petita contribució a la rehabilitació. La funció curativa que s'ha assignat la S. S. no és tampoc completa —falta l'assistència als malalts crònics, als invàlids, als dèbils mentals, etc. La S. S. no s'ha plantejat mai l'organització d'un servei sanitari *unitari*, és a dir, integrant tots els aspectes sanitaris bàsics: prevenció, curació, rehabilitació i educació sanitària de la població.

f 5) La política hospitalària s'ha concretat durant molts anys en la construcció de grans hospitals —Residències— que a més d'ingovernables —tant per la dimensió gegant com per la falta de gestió democràtica— allunyen l'assistència mèdica dels llocs de residència dels malalts. Falten molts més llits hospitalaris, però aquests dèficits s'hauran de cobrir amb una orientació molt diferent.

L'oferta hospitalària de la S. S. es concreta en les següents xifres: ³ del conjunt de fons de finançament que tenen els hospitals de Catalunya +

2. Joaquim VERGÉS dins «La Sanidad, hoy», Ed. Avance.

3. Centro Información y Documentación de Catalunya, enquesta elaborada l'any 1970.

Illes, la S. S. ha aportat el 40 %. Amb aquesta quantitat s'han pagat el 19 % de les estades hospitalàries. És a dir, la S. S. no cobreix els serveis hospitalaris en la proporció adequada, puix que té protegida quasi tota la població. A més, els serveis hospitalaris que ofereix són àdhuc més cars que els oferts per altres organismes, en els quals s'ha d'incloure la iniciativa privada, que lògicament ha de rebre uns beneficis.

Si a tot això afegim que el nombre de personal per llit, per al conjunt de tot Espanya, és més alt que el recomanat per l'O. M. S. (1,27 a la S. S.; 0,8 segons l'O.M.S.), caldrà arribar a la conclusió que en la S. S. el grau d'ineficàcia en l'assignació de recursos és molt alt.

f 6) En la medicina extrahospitalària de la S. S., aspecte fonamental en tota organització sanitària, és on es dona en una major mesura el caos assistencial. L'any 1971 a Catalunya la S. S. tenia contractats 4.390 metges a 2 hores el dia, enfront de 864 a plena dedicació. Els 4.390 metges són els que cobreixen l'assistència extrahospitalària però amb una dedicació tan reduïda que el resultat és una assistència de molt baixa qualitat. La situació actual d'un metge que en 1 hora visita 40 o 50 malalts ha portat a substituir la relació metge-malalt per una pràctica administrativa que s'identifica amb una prescripció farmacèutica o amb una pura formalitat per anar a l'hospital sense cap justificació real. El consumisme mèdic —més visites, més anàlisis, més radiografies, més medicaments— és l'efecte i alhora la causa de l'accentuació d'aquesta despersonalització de la prestació sanitària.

Aquest consumisme mèdic es reflecteix en l'increment de la despesa per individu en medicaments que ha crescut extraordinàriament i molt per damunt dels altres països. Cal tenir en compte, però, la incidència dels increments de preus, que ja s'ha vist abans que són importants.

Increment de la despesa/individu en
medicaments en el període 64-68 (%)

Itàlia	146
Alemanya	120
França	98
Gran Bretanya	53
Espanya	306

FONT: «Cambio social y crisis sanitaria», Ed. Ayuso.

f 7) Com a resultat dels alts preus farmacèutics, del consumisme mèdic i de l'alt grau d'ineficàcia de l'organització mèdica, la despesa farmacèutica de la S. S. assoleix unes cotes altíssimes. En la comparació de la despesa sanitària per a l'any 1971 del National Health Service anglès, de l'INAM (principal mutua italiana) i de la S. S. espanyola apareix:

% de despesa farmacèutica
respecte al total 1971

NHS	10
INAM	20
S. S.	51,5

La S. S. està servint i molt clarament els interessos de les indústries farmacèutiques, fins a uns nivells inconcebibles. Més si tenim en compte que tant a Gran Bretanya, com a Itàlia, com a Espanya operen les mateixes multinacionals.

f 8) La mateixa concepció de la S. S. ha fet impossible una política de regionalització sanitària. Durant tots aquests anys s'ha anat a la construcció d'uns pocs hospitals monstres amb un objectiu purament demagògic, puix que al costat s'ha donat la total desatenció de tots els altres aspectes sanitaris.

3. L'eficàcia en l'assignació de recursos

Si bé és veritat que el dèficit sanitari és importantíssim, també és veritat que si sols es tractava de reduir-lo conservant l'esquema sanitari actual que acabem d'analitzar, el cost seria absolutament desorbitat. Es faria per tant inassolible l'objectiu d'aconseguir un nivell adequat d'assistència sanitària en igualtat de condicions per a tots els ciutadans. En conseqüència, la superació de l'actual dèficit sanitari sols pot aconseguir-se *canviant el model de prestació sanitària*, de manera que la despesa relativa sigui inferior, i així tenir la possibilitat real d'anar cobrint el dèficit sanitari actual en tots els seus aspectes —prevenció, curació, rehabilitació i educació sanitària de la població—.

Els principals punts sobre els quals caldria actuar per a posar en marxa aquesta transformació radical serien:

- 1) Disminució importantíssima de la despesa farmacèutica, amb un control de preus i qualitats sobre la indústria farmacèutica.
- 2) Reorganització de la medicina extrahospitalària de la S. S. L'elevació dels estàndards dels serveis mèdics extrahospitalaris permetria de contenir molt l'increment del cost hospitalari. En l'actualitat molts malalts van a l'hospital perquè no han estat atesos degudament i a temps. Tota l'estructura sanitària hauria de girar al voltant d'una medicina preventiva i de primer nivell de curació d'alta qualitat.
- 3) Disminució del cost relatiu hospitalari de la S. S., de manera que l'increment imprescindible d'hospitals no vagi acompanyat d'increments igualment elevats dels costos. Seria necessària la descon-

centració de personal sanitari, la descentralització i el control democràtic de la gestió i el control de qualitat hospitalària per part de metges i d'altre personal sanitari. En resum, la democratització de la decisió i del control, que faria molt més eficients els serveis hospitalaris.

- 4) Anar cap a la unitat dels serveis sanitaris, tot posant fi a la duplictat de tot tipus. Això implicaria una disminució del cost sanitari.
- 5) Elaboració d'un programa immediat de millorament del nivell de salut, que incidiria en les condicions de nocivitat i les causes de morbiditat:
 - Actuació del sector públic per a millorar la salut pública, amb mesures de millorament de les condicions higièniques de les zones rurals i dels barris urbans i amb mesures per a disminuir la contaminació atmosfèrica i de les costes.
 - Programes d'educació sanitària de les mares, que permetran que el nombre de malalties infantils disminueixi considerablement.
 - Dedicar molta atenció a l'assistència als vells.
 - Reestructuració de l'assistència als malalts crònics, als invàlids, als dèbils mentals, etc. En la majoria d'aquests casos les solucions són encara a nivell privat i per tant prohibitives per als treballadors i llurs familiars, que veuen com, després d'estar cotitzant a la S. S., aquesta no els soluciona el problema.
- 6) Disminució dels accidents de treball, posant tots els mitjans possibles per a millorar les condicions de treball. Alhora caldrà efectuar un efectiu control sobre les baixes de malaltia amb l'objectiu de reduir la xifra actual, qüestió que va intrínsecament lligada a la millora de les condicions de vida i de treball. Evidentment només si els treballadors disposen d'un sindicat autèntic de classe es pot pensar en avançar en aquest terreny.
- 7) Millorar els estàndards de la sanitat pública de manera que vagi restant terreny a la iniciativa privada, amb l'objectiu que el capítol «beneficis privats», en anar disminuint, influeixi en una disminució del cost sanitari total.

4. El sistema de finançament

La S. S. funciona en la actualitat com una immensa mútua on la població protegida en canvi d'unes quotes rep determinades prestacions sanitàries. Si per diferents circumstàncies no es paguen les quotes, tampoc no es té dret a rebre cap dels serveis de la S. S. És a dir, les prestacions sanitàries de la S. S. no responen a un *dret social de tots els ciutadans*. Aquest

dret és representat per una organització sanitària radicalment diferent que es concreta en el Servei Nacional de la Salut, finançat fonamentalment pels pressupostos públics i que dóna uns serveis iguals per a *tota* la població.

En la nostra situació el pas d'un tipus d'assistència a l'altra requereix una sèrie de reformes profundes.⁴

Una etapa inicial —que pressuposa unes reformes polítiques de trenca-ment democràtic i la formació d'un govern provisional— consistiria a fer una sèrie de transformacions en la S.S. relativament senzilles: descentra-lització i democratització de la gestió, revisió de les actuals cotitzacions socials, augmentar la participació de les subvencions públiques, liquidació de les inversions en valors i d'altres tipus, i demanar préstecs a llarg termini al sector creditici oficial.

Una segona etapa —que pressuposa la prèvia realització d'una reforma fiscal progressiva i descentralitzada i l'existència d'una societat democrà-tica— permetria d'anar suprimint gradualment les cotitzacions pel finan-çament a través dels pressupostos públics.

5. El Servei Nacional de la Salut

Els canvis tant en el model de prestació sanitària com en el model de finançament donen urgència a la necessitat de planificar la sanitat com a única forma de garantir una distribució racional dels recursos. Tanmateix, bé que les grans línies de la planificació sanitària hagin d'ésser marcades a nivell nacional, l'experiència internacional demostra que el millor procediment per a l'èxit d'aquesta planificació és la *regionalització sanitària*. Les autoritats sanitàries de cada Regió Sanitària coneixen molt bé les necessi-tats locals i, per tant, poden, millor que ningú, fer desaparèixer les dupli-citats de serveis o indicar quins són els serveis deficitaris.

És una planificació, centralitzada pel que fa a la unitat dels mètodes i dels conceptes sanitaris fonamentals, i fortament descentralitzada pel que fa a les activitats executives i operatives. A Catalunya voldria dir crear una Conselleria de Salut Pública de la Generalitat d'on sorgirien les directrius generals, i a més la creació de Consells de Salut a diferents nivells —regional i social— per al control de gestió i per al finançament de determinades despeses. Caldria estudiar la distribució del finançament i de les despeses sanitàries entre les àrees de la Conselleria de la Salut, dels Consells de Salut regionals i dels Consells de Salut locals.

La literatura internacional sobre mètodes i tècniques de regionalització sanitària encara no és massa extensa. En la pràctica, on més endavant s'ha portat aquesta regionalització ha estat als països socialistes i en alguns països capitalistes, principalment Gran Bretanya i Suècia.

4. Serra d'Or, gener 1976.

Aquí a Catalunya hi ha el precedent del Pla de Regionalització elaborat per la Conselleria de Salut Pública i d'Assistència Social de la Generalitat.

En l'actualitat no existeix cap tipus de pla de regionalització. Ja hem vist com la política sanitària franquista s'ha concretat, a través de la S. S., en una assistència fraccionada i on s'ha donat prioritat als aspectes més aparatosos i demagògics. S'ha tractat d'anar inaugurant de tant en tant enormes «Residències», però això enmig d'un greu buit sanitari. En cap moment la S. S. no s'ha plantejat la necessitat d'integrar ni de racionalitzar la sanitat del país.

L'any 1970 la Diputació de Barcelona va encarregar un estudi sobre la planificació sanitària a Catalunya que va ésser realitzat per Aragó, Artigas, Muntaner Pascual i Soler Durall. Els objectius són tan limitats, per tal como estan dins les coordenades polítiques del moment, que el treball no arriba ni a ésser una proposta d'autèntica regionalització sanitària. Els temes del canvi de model de finançament o de prestació sanitària ni es toquen.

A «Serra d'Or» del mes de gener de 1976 ha aparegut un esbós de regionalització sanitària per a Catalunya realitzat per Acarín, Espasa, Sans i Vergés, que es basa en un context polític democràtic i d'autonomia. Es postula com a organització idònia un Servei Nacional de la Salut.

És evident que la transformació de l'actual caos sanitari en un Servei Nacional de la Salut implica una transformació radical, per tal com suposaria una organització sanitària *unitària* —tant en el sentit d'incloure tots els aspectes sanitaris com en el de fer desaparèixer les duplicitats de serveis—, amb una *base territorial* —regionalització sanitària—, on es *posa l'accent sobre la medicina preventiva i en la medicina de primer nivell* —l'hospital passaria a ser una part reduïda però altament especialitzada i qualificada dins el conjunt sanitari—, amb un *finançament a través dels pressupostos públics* un cop realitzada la reforma fiscal i amb una *gestió democràtica i molt descentralitzada*.