



## El control del cost de la medicina pública

# Dèficit (pseudo) sanitari

Dos de cada tres euros de despesa de més responen a factors en què la gestió pot influir

JAUME  
Puig-Junoy



El dèficit pressupostari atribuït a la sanitat catalana és només el resultat visible d'uns pressupostos inicials bastant inferiors a les necessitats històriques i ineludibles de despesa, de l'elevada especialització sanitària dels pressupostos autonòmics i del maltractament acumulat al qual el sistema de finançament autonòmic l'ha sotmès, que no ha estat compensat adequadament durant una dècada per un impuls demogràfic molt fort i asimètric (molta més població i més persones grans). La despesa pública per persona protegida a Catalunya és inferior a la mitjana de la resta de comunitats i equival al 68% de la de la Rioja o al 85% de la de Cantàbria (xifres del 2007).

En realitat, la caiguda brusca dels ingressos públics ha deixat al descobert una inèrcia generalitzada d'augment de la despesa sanitària en l'última dècada molt superior al PIB, que no era sostenible ni en l'època de bonança econòmica i que només troba coartada parcial en els canvis demogràfics per a un de cada tres euros de més despesa.

Dos de cada tres euros de més despesa sanitària es deuen a factors sobre els quals la gestió i l'organització dels serveis poden influir: es deuen al fet que cada any els mateixos usuaris de totes les edats freqüenten més els centres de salut, van a buscar més medicaments a la farmàcia i ingressen més en hospitals; i que als centres sanitaris se'ls diag-

nostica amb més proves diagnòstiques, i més cares, i se'ls tracta amb més medicaments i tecnologies mèdiques molt més cares.

Això no té res a veure amb l'envelliment, passa en totes les edats. Tampoc es justifica pels resultats en salut: no per anar més al metge estem més sans (més aviat és la prova de tot el contrari), ni hi ha evidència que per acumular proves diagnòstiques innecessàries o inapropiades, o per farcir-nos de fàrmacs reductors del colesterol o d'antiulcerosos molt més cars, haguem de viure més.

S'han de mitigar dos problemes principals: l'absència de criteris de cobertura de prestacions i de compra de serveis sanitaris basats en resultats en salut; i la falta de coresponsabilitat financera de gairebé tots els agents implicats.

**NO ES POT** resoldre aquests problemes de forma eficient amb mesures ràpides, però ineficaces (elevat cost en salut), de regulació financera *cega* que redueixen de forma unilateral el preu de tots els medicaments nous sigui quina sigui la seva contribució a la millora de la salut, mentre segueix augmentant de forma galopant el nombre de receptes per persona, o eliminant les últimes prestacions adoptades equiparant *recent a menys necessari*, o suprimint la cobertura de vacants o baixes laborals als hospitals o centres de salut.

En canvi, podria ser més útil començar per mesures que actuïn en les tres direccions següents, fent més gestionables aquests dos terços de l'augment de la despesa. En primer lloc, seguir l'exemple de països com el Regne Unit, Alemanya, Holanda i Suècia, i sotmetre la pre-



NUJALART

## S'ha de mitigar l'absència de criteris de cobertura i la falta de coresponsabilitat

sa de decisions sobre innovacions sanitàries al filtre d'agències independents i comitès d'experts per defensar el valor de les innovacions eficaces i efectives, i assegurar que els limitats recursos disponibles es destinen a tractaments que valen el que costen.

En segon lloc, fomentar la coresponsabilització de pacients, prescriptors i indústria, basada en el coneixement científic. La respon-

sabilització de la indústria, mitjançant contractes de risc compartit (si no és eficaç, no hi ha pagament) fins a demostrar l'efectivitat dels nous medicaments o tecnologies. La responsabilització dels pacients, redistribuint el copagament farmacèutic actual cap a copagaments evitables (no pagar més pel mateix i, si el pacient ho desitja, que pagui la diferència de preu), i diferencials (com més necessari i cost-efectiu, menor copagament), dels quals quedarien exempts només els realment més pobres. I la dels prescriptors, afavorint adequar la pràctica clínica al coneixement científic i reduint les variacions injustificades.

I, EN TERCER lloc, pagant per resultats en salut: pagar més per tenir els pacients sans que per tenir més descompensacions de pacients crònics o més reingressos per complicacions després d'una intervenció quirúrgica o per excessos en la cirurgia electiva; pagar més per visites resolutives que per anar passant-se el pacient entre professionals sense resoldre el seu problema de salut. Això requereix integrar els pressupostos compartimentats entre nivells assistencials (primària, especialitzada, sociosanitària, farmàcia) mitjançant un finançament fix preestablert per tota l'atenció d'una persona segons les seves característiques (riscos) que ajudi a veure el cost integral de l'atenció a un pacient, limitant la visió parcial i fragmentada que avui caracteritza i encobreix la falta de resolució clínica. ■

Departament d'Economia de la UPF i Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).