



Jornades d'Estudis de la Salut de Montgofre.
**Sostenibilitat i Solvència dels sistemes
sanitaris en la reforma dels estats de
benestar**

Menorca 3 i 4 de Juny del 2016

Guillem López Casasnovas
CRES- Univ. Pompeu Fabra

Los 'árboles y el bosque': Reglas para un buen sistema sanitario

- Calidad de la asistencia e información sobre la efectividad, comprensiva y al alcance de todos.
- Costes de transacción y producción mínimos.
- Motivación a la eficiencia de los profesionales a una buena praxis (no a inducir actividad 'per se').
- Aminorar el 'moral hazard' (abuso) intrínseco a todo seguro.
- Mercado completo (sin selección de riesgos).
- Prima comunitaria (y no actuarial según riesgo)
- Integración de servicios que evite pérdidas y duplicidades.

Los valores subyacentes

- Transparencia en priorización? (racionalizar, racionar...) Los costes de oportunidad social
- Clarificar el objetivo: maximizar salud? Esperanza de vida media? IMIPSEs? AVACs?
- Responsabilidad individual/ colectiva: Buen padre de familia/ Roemer
- Alcance del paternalismo, libertario?

(...)

- -Rol último en K social: del *fairness* a la igualdad
- -Políticos y técnicos: Sostenibilidad y solvencia
- -Pauta de desarrollo: *Preston/ Engel/ Baumol/Deaton*.
- -*A nivel micro*: Responsabilidad individual. Pero, nature o nurture?
- -*A nivel macro*: Renta, riqueza, bienestar. No saciabilidad?

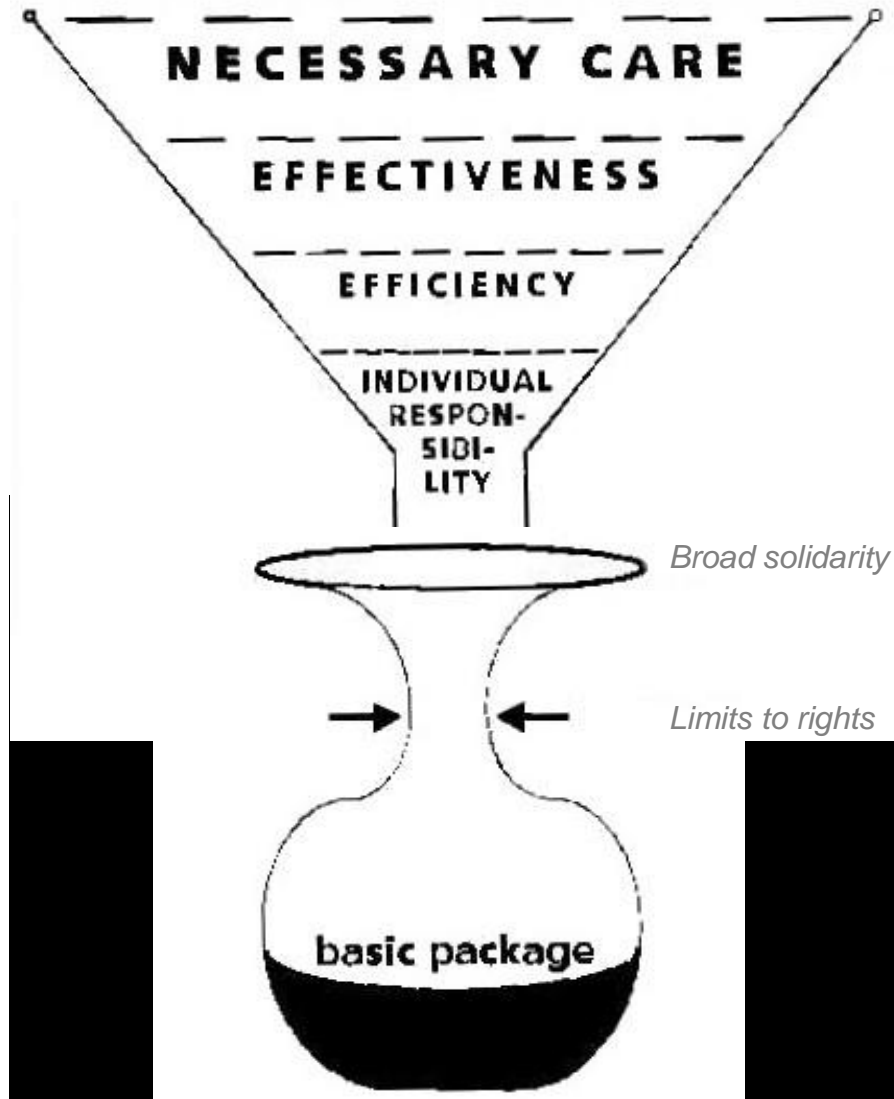
EXAMPLE: Criteria for priority setting

- **Government Committee on Choices in Health Care (1991), or the Dutch ‘Dunning’ report**
- **4 criteria:**
 - **Necessary care → Political**
 - **Effectiveness → Technical**
 - **Cost-effectiveness → Technical**
 - **Own responsibility → Political**

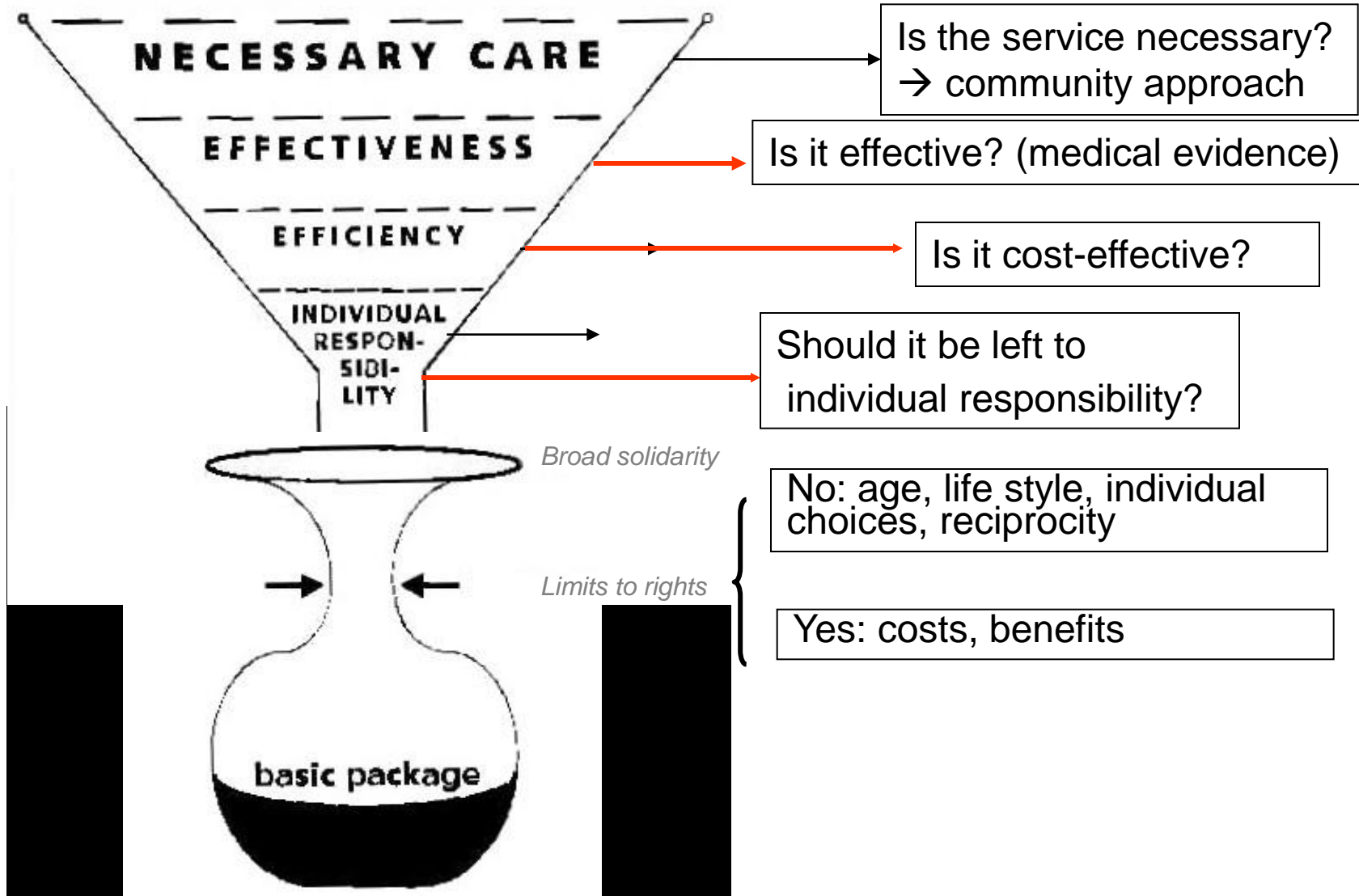
NECESSARY CARE

- Three approaches:
 1. Individual: necessity = individual demand.
 2. Medical approach: doctors establish necessity.
 3. Community approach: which care is necessary from the point of view of the community?

Dunning's funnel

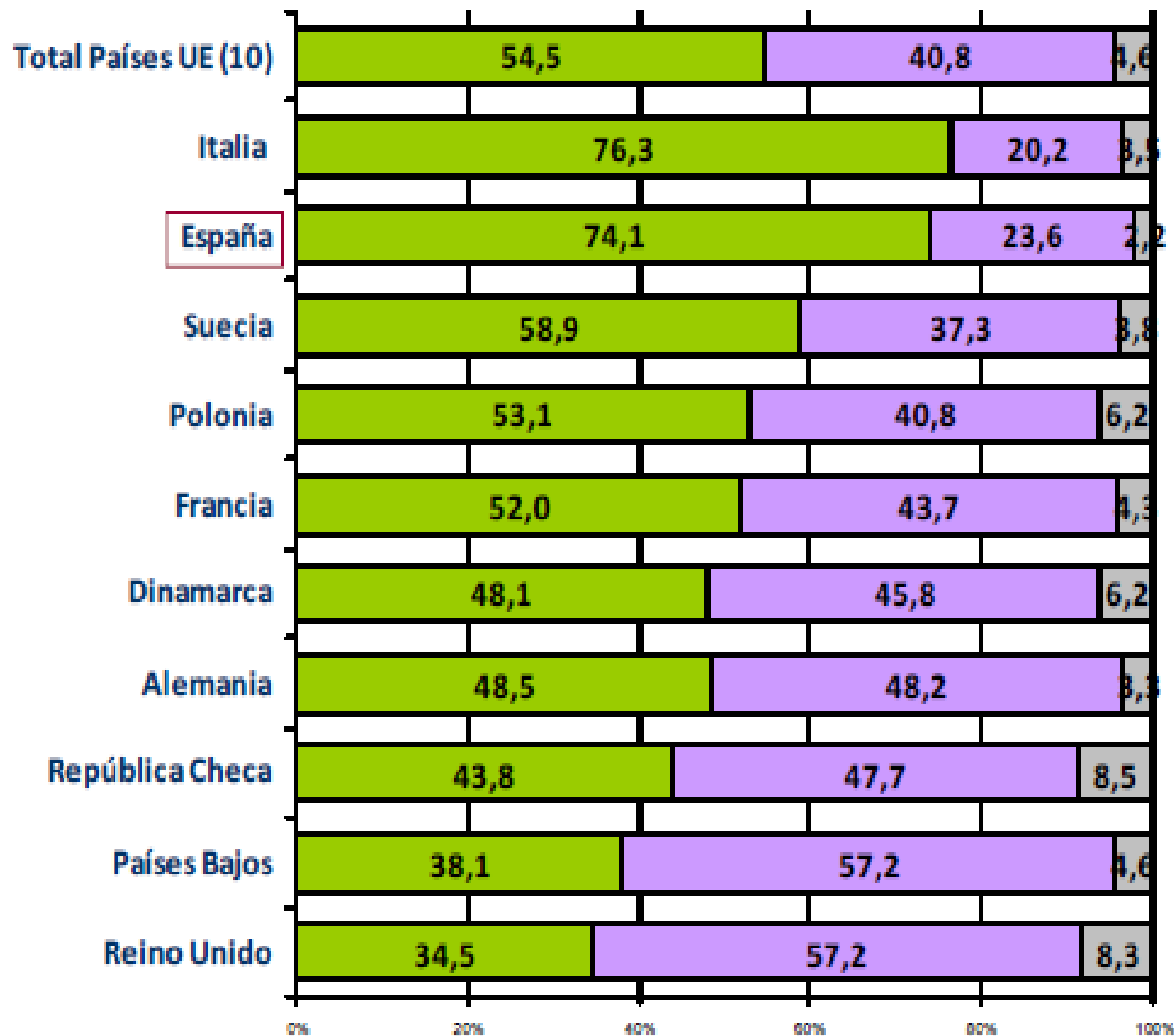


- Criteria 2 and 3 emphasized desire for an explicit rational approach, coinciding with HTA
- Criteria 1 and 4 explicated the political choices of deciding whether a (cost-effective) intervention had to be paid for collectively



VALORES *ESPAÑA*: LAS RESPONSABILIDADES

¿Cuál de las siguientes frases se acerca más a su opinión? Base: total de casos



■ El Estado debe tener la responsabilidad principal a la hora de asegurar que todos los ciudadanos puedan gozar de un nivel de vida digno

■ Cada persona debe ser el responsable principal a la hora de asegurar su propio nivel de vida

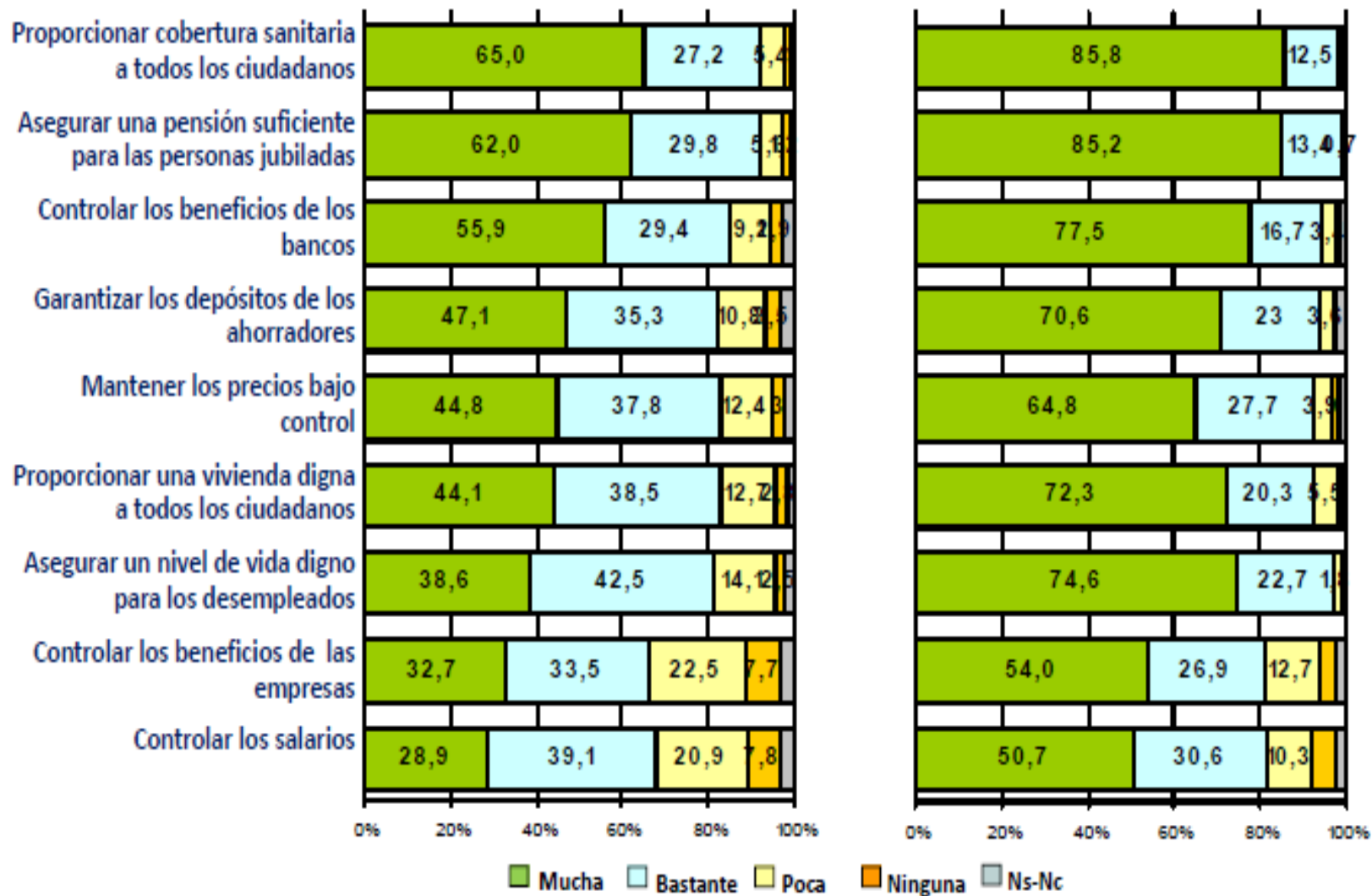
■ Ns-Nc

AMBITOS DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA

¿Cree usted que el Estado debe tener ninguna, poca, bastante o mucha responsabilidad a la hora de...? Base: total de casos

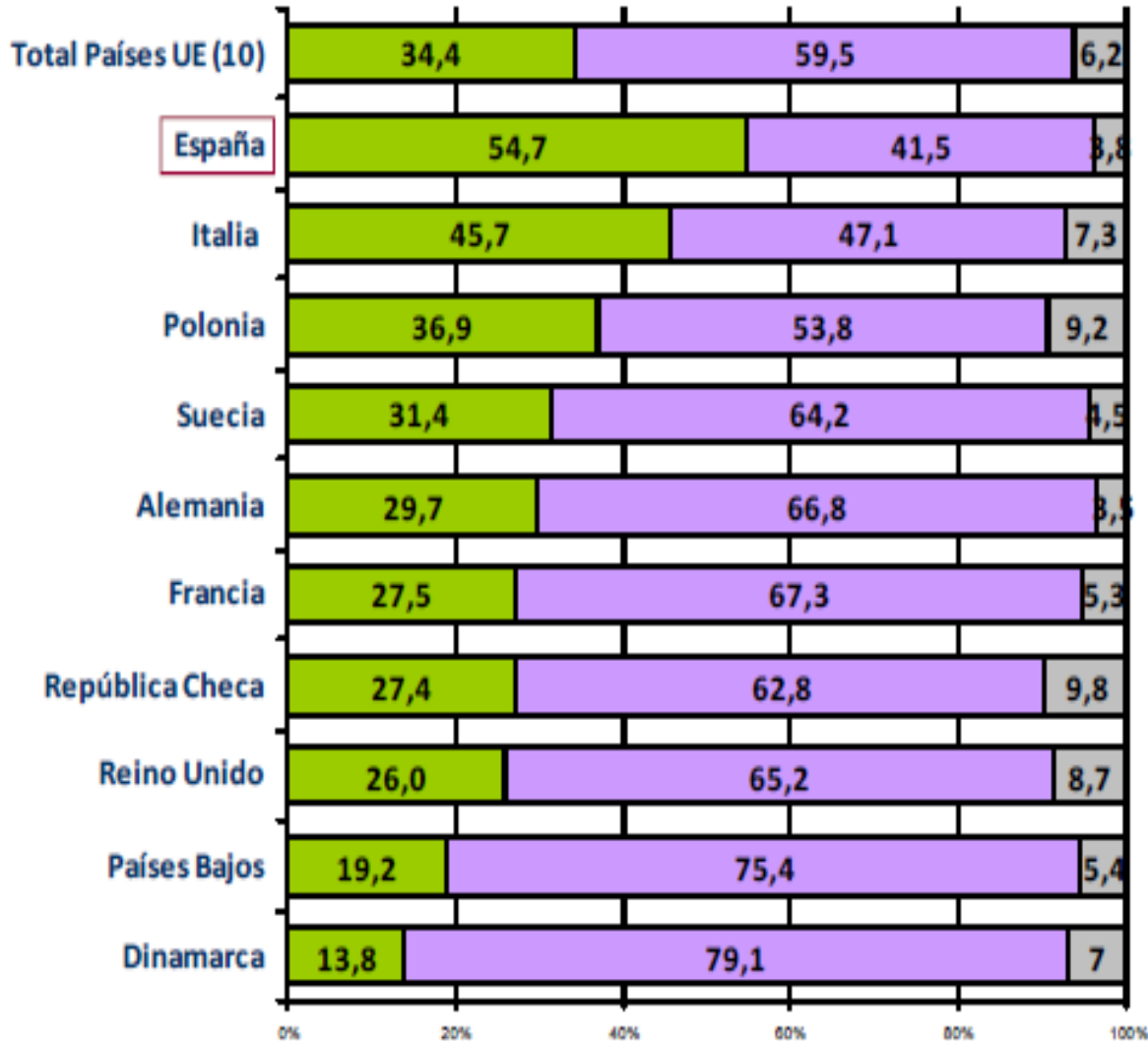
Total Países UE (10)

España



PERCEPCIONES SOBRE LA DESIGUALDAD

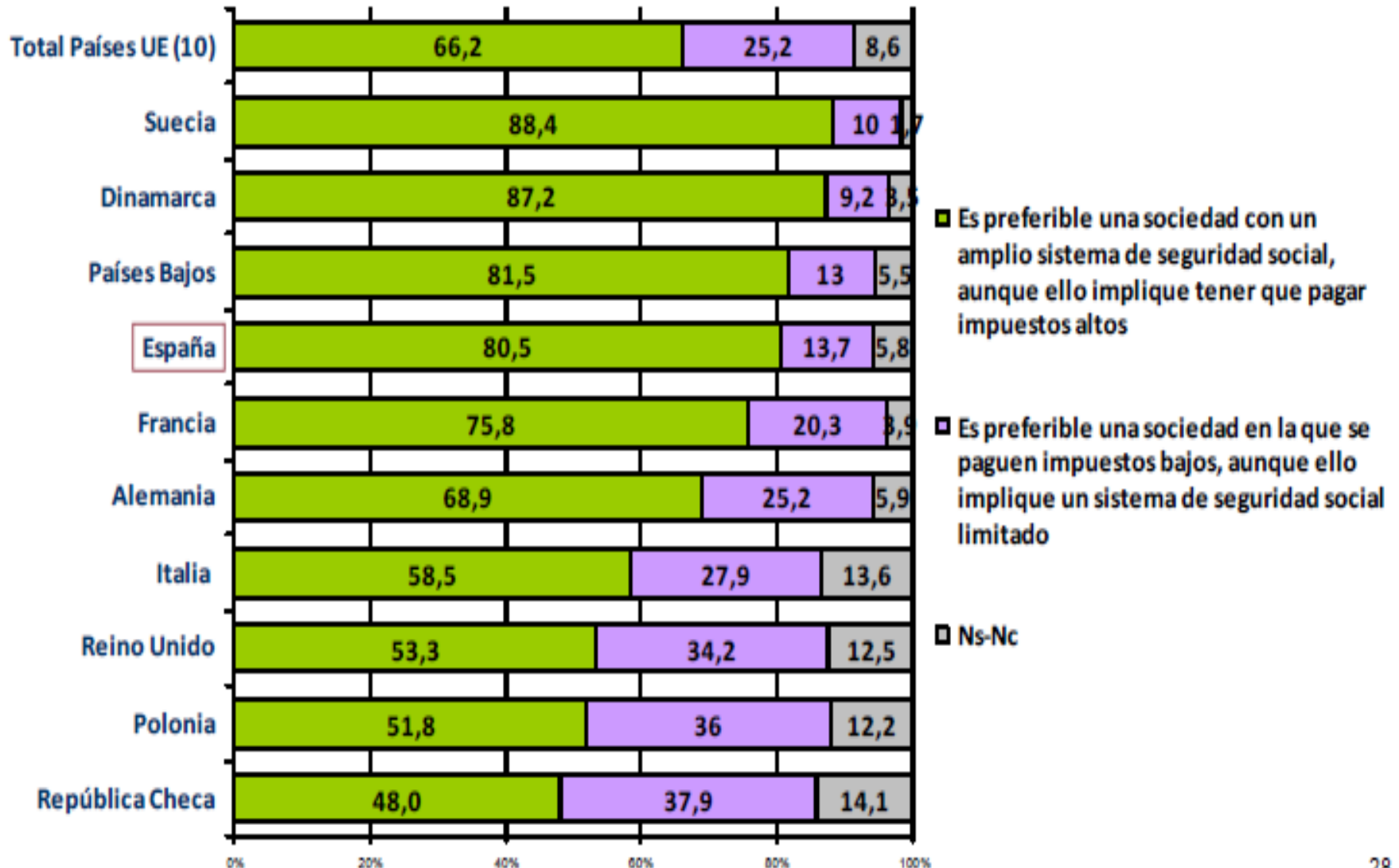
¿Cuál de las siguientes frases se acerca más a su opinión? Base: total de casos



- Los ingresos deberían ser más equilibrados, aunque ello pueda significar que las personas que se esfuerzan más y las que se esfuerzan menos ganen cantidades similares
- Las diferencias en los niveles de ingresos son necesarias para que quienes se esfuerzan más tengan ingresos más altos que quienes se esfuerzan menos
- Ns-Nc

SALVAGUARDAS PÚBLICAS Y COSTOS FISCALES

¿Cuál de las siguientes frases se acerca más a su opinión? Base: total de casos



FUNDANDO LA POLÍTICA SANITARIA
RETORNO A LOS CONCEPTOS
BASICOS Y A SUS FUNDAMENTOS

***SOLVENTAR* LOS PROBLEMAS
DE SALUD DE LOS CIUDADANOS
A TRAVÉS DE UN SISTEMA
SANITARIO FINANCIERAMENTE
*SOSTENIBLE***

BASICS

- *OIKOS NOMEIA*
- **LO EFICIENTE. LA SATISFACCION CON LO QUE SEHACE**
 - LOS COSTES DE OPORTUNIDAD
- **LO ELUDIBLE E INELUDIBLE, EN GESTION**
 - LOS COSTES MARGINALES /BENEFICIOS MARGINALES

LA EVALUACION, REPENSAR, CORREGIR...

COYUNTURA. Resumen

Contexto

La dificultad del momento

Los temores al cambio, reales e interesados

Garantizar la solvencia del sistema

Reforzar los operativos: Qué, quien, cómo

priorizar y ordenar racionalmente

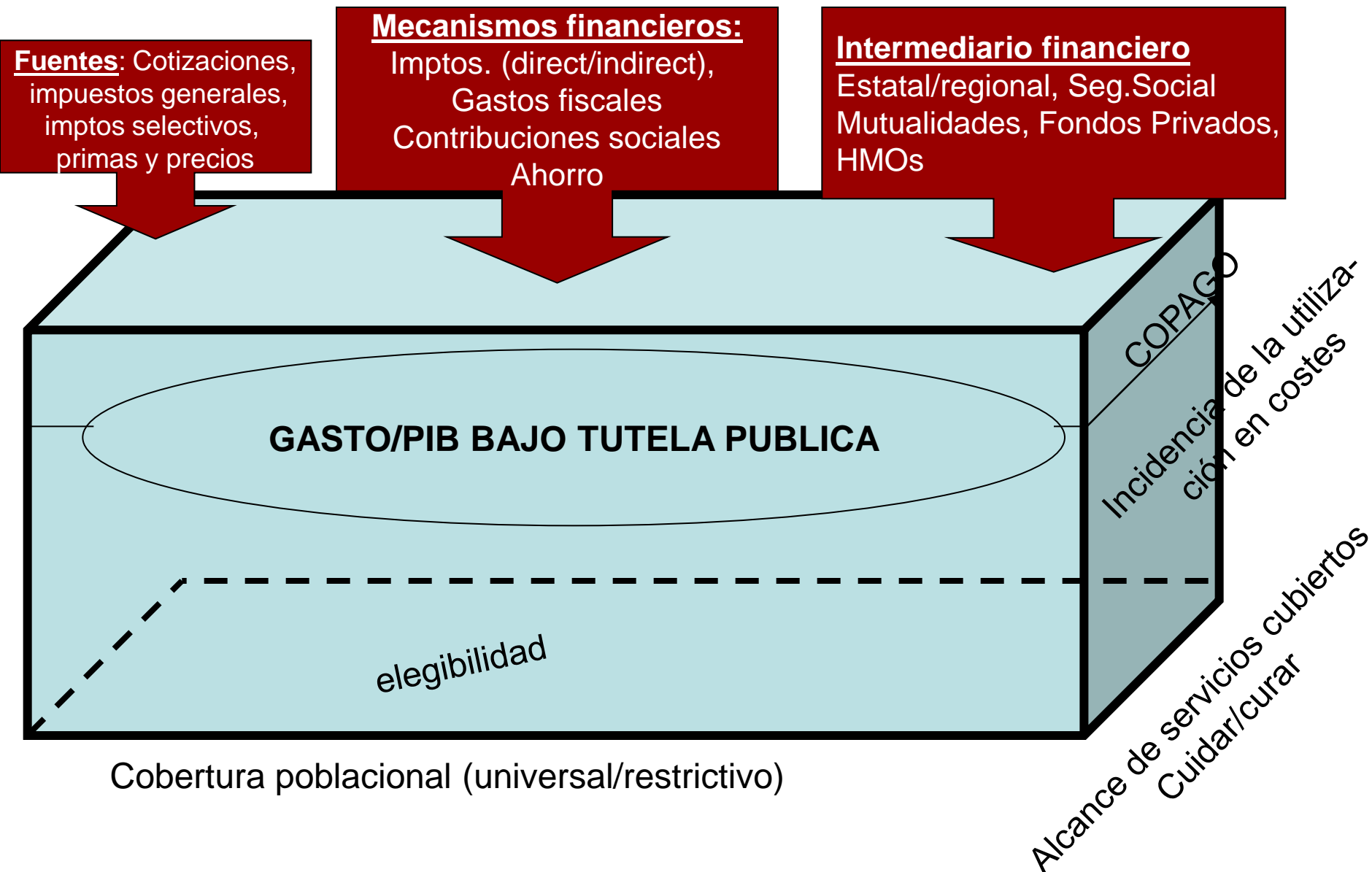
con responsables públicos agencializando

consensuadamente los procedimientos

profesionales 'primariamente centrados' e

'involucrados' en el todo asistencial.

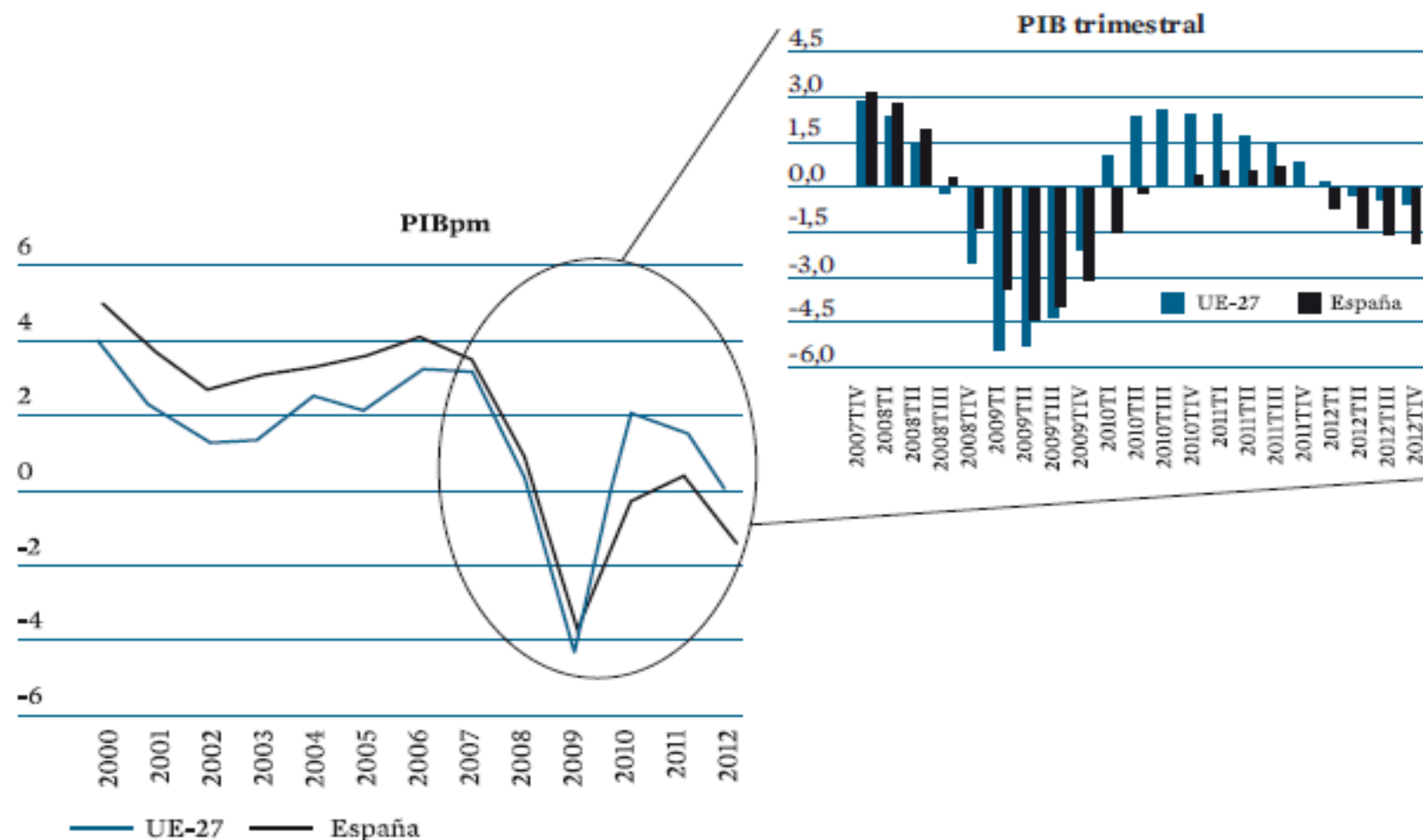
LAS OPCIONES “La caja de la asistencia sanitaria”



LA CRISIS VIVIDA

GRÁFICO I-2. EVOLUCIÓN DEL PIB DE ESPAÑA Y UE-27, 2000-2012

(Tasas de variación interanual, en porcentaje)



Fuente: Eurostat e INE, *Contabilidad Nacional Trimestral de España*.

Annual rates Spanish GDP (from J Antolín Díaz et al NeG, Maig 2016)

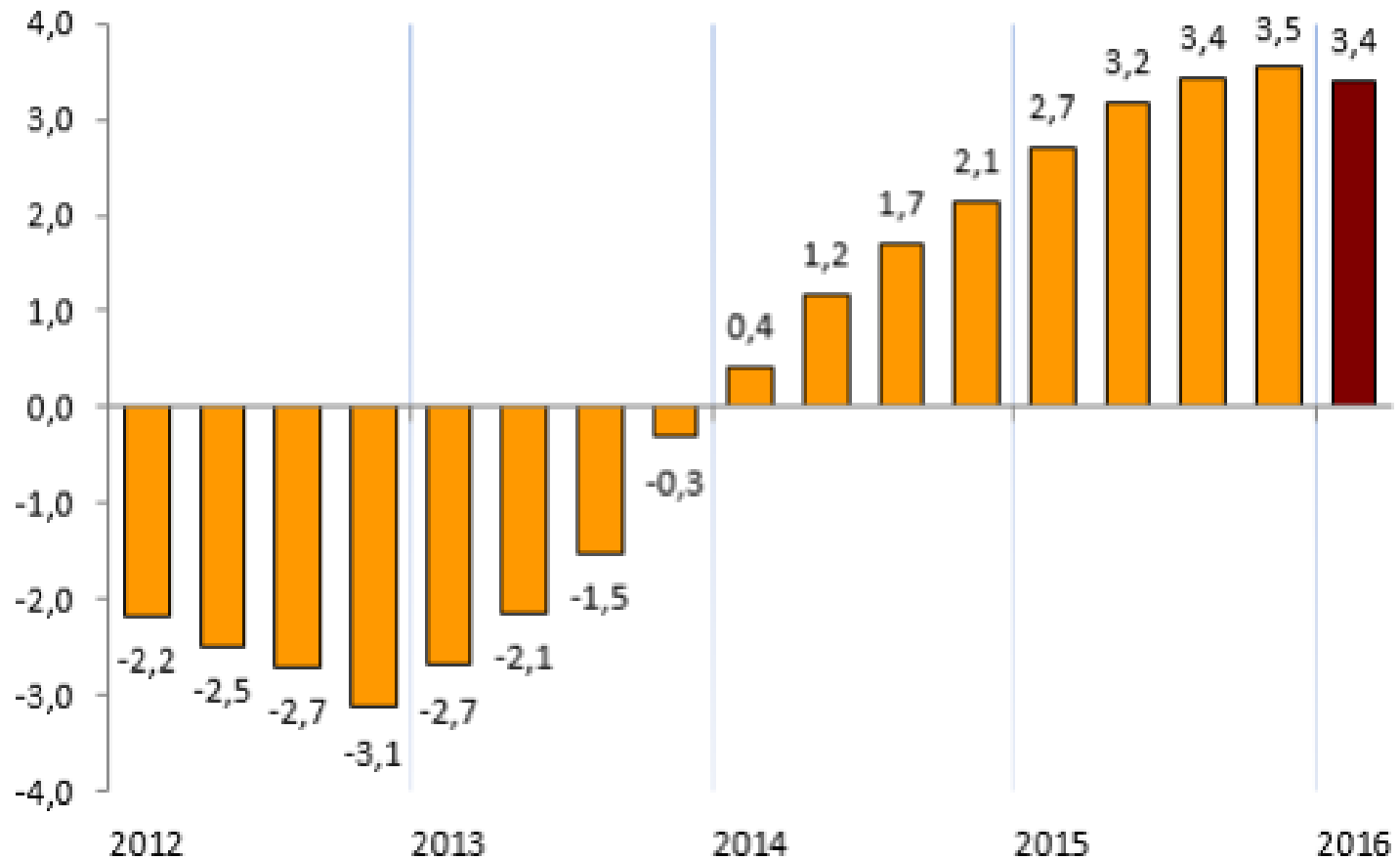


TABLE 1
Major tax changes during the crisis

	Billion euro (differential impact in each year)								Billion euro (differential impact in each period)			% of GDP
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2007–09	2010–14	2007–14	2007–14
<i>Main measures with a permanent impact^a</i>												
Personal income tax	-1.8	-8.6	-1.7	4.1	3.2	3.7	2.1	0.2	-12.1	13.2	1.1	0.14
Social security contributions	-0.4	-0.2	-1.2				1.4	1.8	-1.8	3.2	1.3	0.13
Corporation tax	-0.7	-5.5	-1.0	-0.4	-0.6	2.1	2.5	0.04	-7.3	3.6	-3.6	-0.31
Indirect taxation		-0.5	0.9	3.2	4.2	4.8	11.2	1.0	0.4	24.4	24.8	2.34
VAT: increase rates (2010 and 2012)				2.0	3.4	2.3	7.4					
Excise duties: tax rates		-0.5	0.9	1.2	0.8	2.5	0.4	0.2				
New environmental taxes							3.3	0.8				
Other taxes			-2.3			1.6	0.6		-2.3	2.2	-0.1	-0.01
Wealth tax: abolition and reinstatement			-2.3			0.7	0.6					
Property tax (IBI): increase in rates						0.9						
Total	-3.0	-14.9	-5.3	6.9	6.9	12.1	17.7	3.1	-23.2	46.6	23.5	2.30
<i>Memorandum item:</i>												
<i>Main measures with a temporary impact^b</i>												
Corporation tax: other temporary measures	-0.5	-2.6	0.5		2.0	3.7						
VAT: other transitory measures	-2.3	-2.8	-5.6									
Tax amnesty						1.2						

^aThe impact shown is the differential effect compared with the previous year/period.

^bTemporary measures are those whose impact reverts in year $t+1$.

Source: Authors' own elaboration on the basis of Gil et al. (2015).

TABLE 2
Major benefit changes during the crisis

<i>Description of main measures</i>	Billion euro (differential impact in each year)							
	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Pensions	0.47	0.51	0.49	0.25	-1.68	-1.94	1.43	
Improvement in minimum pensions	0.47							
Increase of pensions above CPI		0.51	0.49	0.50			1.43	
Withdrawal of transitory regime for partial retirement				-0.25	-0.15			
Freeze					-1.53			
No adjustment to inflation						-1.94		
Unemployment benefits	0.39		0.98	-0.19		-0.16	-1.14	-0.08
Increase in entitlements	0.39							
Special subsidy to unemployed not entitled to contributory benefit			0.28	0.51				
Increase in one-off payment to unemployed reconverting into self-employed (temporary measure)			0.70	-0.70				
Cost-cutting measures ^a						-0.16	-1.14	-0.08
Other social benefits		0.22				-0.16	-1.23	-0.08
Dependency Law (law to support care of dependent people)						-0.16	-1.23	-0.08
Aid to unemployed with low income and difficult circumstances		0.22						
Total	<i>2007–10: 0.29% of GDP</i>				<i>2011–14: -0.48% of GDP</i>			

^aElimination of unemployment subsidy for unemployed people aged over 45 years and reduction for those over 52 years, and cut in unemployment benefits for new recipients unemployed for more than six months.

Source: Authors' own elaboration.

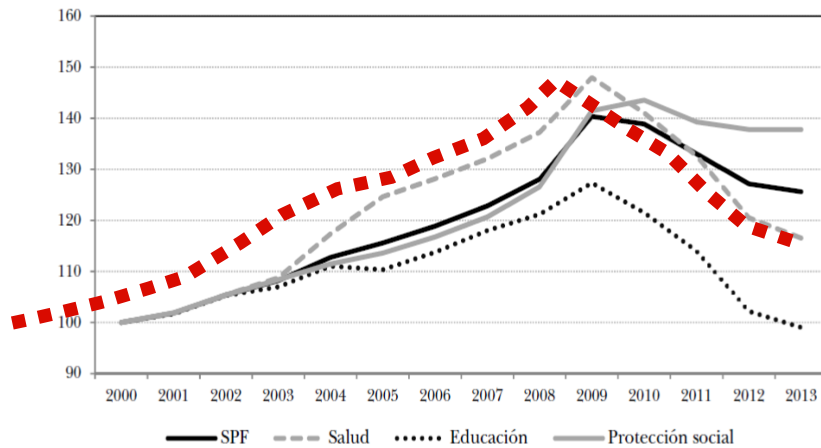
TABLE 3

Details of the government's medium-term public spending strategy (2015)

	% of GDP				Change in % of GDP			Change in nominal (%)		
	2007	2010	2013	2018	2010–2007	2013–2010	2018–2013	2010–2007	2013–2010	2018–2013
Total	38.9	45.6	43.8	38.4	6.7	–1.8	–5.4	17.2	–6.7	3.6
General public services	4.9	5.5	6.9	5.5	0.6	1.3	–1.3	12.9	20.1	–4.5
Defence	1.0	1.0	0.9	0.8	0.0	–0.1	–0.1	4.3	–12.1	3.9
Public safety and order	1.9	2.2	2.0	1.7	0.3	–0.2	–0.3	16.1	–10.4	0.9
Economic affairs	5.2	5.8	4.0	3.7	0.6	–1.8	–0.3	12.5	–33.6	9.7
Environmental protection	1.0	1.1	0.8	0.7	0.1	–0.2	–0.1	5.5	–23.9	–0.3
Housing and community amenities	0.9	0.7	0.5	0.4	–0.2	–0.2	–0.1	–22.8	–36.6	0.3
Health	5.7	6.6	6.0	5.3	0.9	–0.6	–0.8	16.1	–11.4	3.3
Recreation, culture and religion	1.6	1.7	1.1	1.0	0.1	–0.5	–0.2	5.5	–33.2	2.0
Education	4.0	4.5	4.0	3.7	0.5	–0.4	–0.4	11.9	–12.6	6.8
Social protection	12.8	16.6	17.6	15.7	3.8	1.0	–1.9	29.3	2.9	5.5

Source: General State Comptroller (IGAE) and Ministry of Finance (Stability Programme 2015–18). The 2013 figures exclude the one-off effect of financial sector support.

GRAFICO 1.18: Evolución del gasto real por habitante en SPF, salud, educación y protección social, 2000-2013 (2000 = 100)

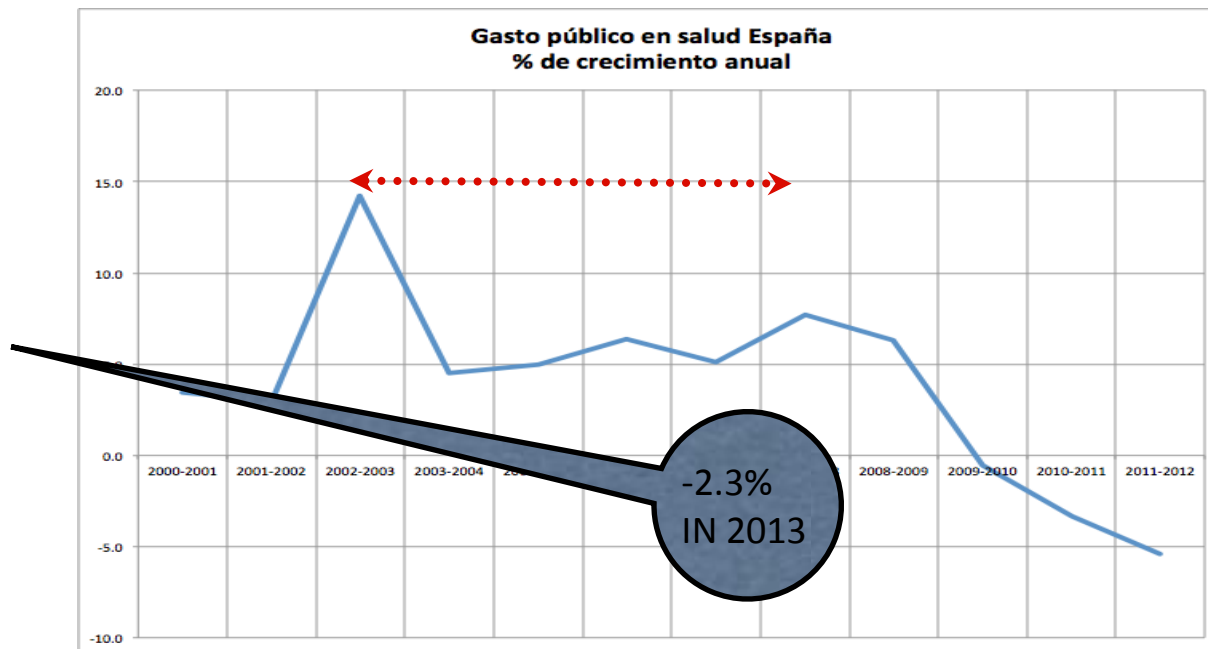


THE ECONOMIC CRISIS

20% DROP IN REAL PER CAPITA PUBLIC HEALTH EXPENDITURE SINCE 2009

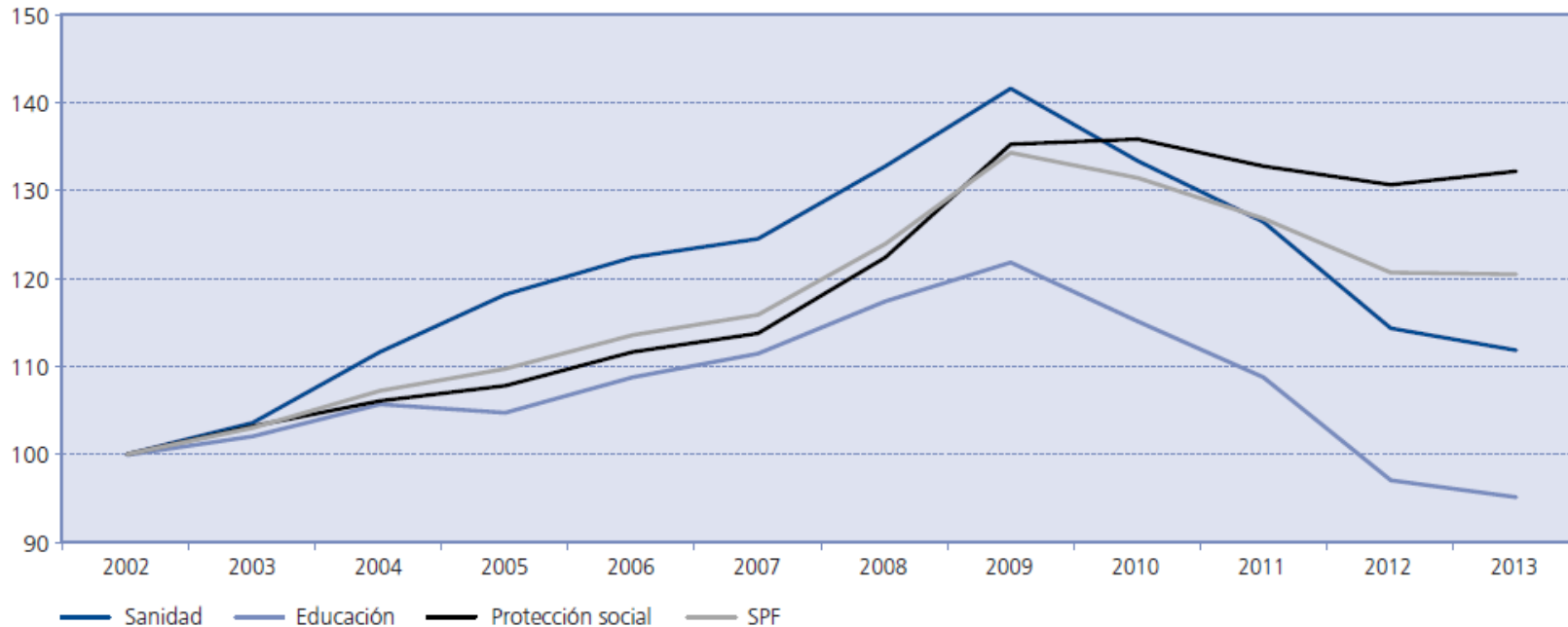
Similar for social protection In the past annual real growth: 2.16%

Tomado de (Perez-García et al., 2015)



Per capita social spending before/ after the crisis

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO REAL POR HABITANTE EN SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES
ESPAÑA 2002-2013



Fuentes: IGAE (2015) tomado de Pérez-García et al., 2015.

THE ACCESS AND SOLIDARITY DEBATE

- Resilient System. Health care professionals. Higher productivity (the same workload, less manpower, frozen payments)
- The challenge is 'solvency' more than financial sustainability
- Too much discussion on inter-regional (political) issues
- Much less on intra-territorial VCP Dartmouth Atlas)
- Almost nothing on personal outcomes...
- Some evidence on migration restrictions
- Universal, less targeted, under fiscal duality
- Utilization and the opportunity costs in the driving seat of the effects
- Differences on the type of services: from progressive to regressive once we standardise

EMPIRICS. DISTRIBUTION AND REDISTRIBUTION IN HEALTH CARE: GINI changes in income: market, disposable and after health care in kind benefits 2005/10

CUADRO N.º 6

CAMBIOS EN EL EFECTO REDISTRIBUTIVO GENERADO POR EL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE 2005 A 2010

	2005	2010
Índice de <i>Gini</i> antes de las prestaciones públicas monetarias ...	0,453	0,5040
Índice de <i>Gini</i> de la renta disponible.....	0,312	0,3365
Índice de <i>Gini</i> después de las prestaciones sanitarias en especie	0,265	0,2991

CUADRO N.º 5

CAMBIO (%) EN LOS INDICADORES DE DESIGUALDAD DESPUÉS DE INCLUIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE SANIDAD Y DE LOS OTROS CUATRO SERVICIOS PÚBLICOS*

Indicador de desigualdad	Renta monetaria disponible			Después de ajustar por prestaciones sanitarias en especie			Después de ajustar por todas las prestaciones en especie		
	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27**	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27(*)	España	OCDE-27	Porcentaje de sanidad sobre total gasto en especie España
Índice de Gini	0,31	0,298	12	-11,60%	-11%	9	20,6%	-21,8%	53%
S80/20	5,33	4,95	10	-22,70%	-18,40%	5	-40,7%	-35,3%	64%
P90/10	4,38	3,94	8	-21,30%	-17,00%	4	-34,0%	-31,5%	68%

Notas:

* Sanidad, educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores.

** Ordenados los 27 países en orden decreciente de redistribución.

Fuente: Verbist et al. (2012) tabla A6 (reproducido de Urbanos y G López-Valcárcel (2015).

The geographical approach 2002-13

CUADRO N.º 3

VARIABILIDAD ENTRE CC.AA. EN EL GASTO PER CÁPITA PÚBLICO 2002-2013. (CÁLCULOS SIN PONDERAR Y PONDERANDO POR PIB Y POR POBLACIÓN)

Año	Gasto medio per cápita total CC.AA. (€ corrientes)	Coficiente de Variación (%)	Max/Min	Máximo	Mínimo	CV ponderado por PIB (%)	CV ponderado por población (%)
2002	925	18,1	1,82	1399	771	16,6	17,6
2003	983	9,4	1,47	1312	895	7,4	7,6
2004	1094	9,0	1,45	1420	979	6,9	7,1
2005	1201	6,6	1,31	1430	1090	6,6	6,8
2006	1278	8,6	1,40	1638	1167	6,9	7,1
2007	1354	10,8	1,58	1914	1213	7,5	7,8
2008	1463	6,3	1,22	1651	1357	6,3	6,4
2009	1573	7,6	1,30	1811	1391	7,6	7,9
2010	1527	7,1	1,34	1784	1329	8,4	8,6
2011	1482	8,4	1,38	1736	1260	9,1	9,6
2012	1383	8,6	1,44	1683	1173	9,0	9,4
2013	1357	8,9	1,45	1714	1182	8,7	9,0

Fuente: Elaboración propia con los datos de Pérez García et al. (2015) e INE (Contabilidad Nacional de España y cifras de población a 1 de julio de cada año).

Regional per capita budgets 2007-15

CUADRO N.º 2

GASTO PÚBLICO EN SALUD (PRESUPUESTOS INICIALES) 2007 A 2015 DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS.
EUROS CORRIENTES POR HABITANTE*

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía.....	1.083	1.166	1.184	1.174	1.113	1.115	1.010	977	1.007
Aragón.....	1.262	1.316	1.397	1.416	1.374	1.376	1.211	1.211	1.208
Asturias.....	1.245	1.267	1.437	1.512	1.435	1.440	1.392	1.399	1.409
Baleares.....	1.054	1.116	1.148	1.064	1.057	1.092	1.058	1.083	1.195
Canarias.....	1.245	1.350	1.393	1.349	1.195	1.230	1.225	1.239	1,251
Cantabria.....	1.259	1.297	1.347	1.344	1.230	1.269	1.310	1.336	1.340
Castilla-León.....	1.206	1.303	1.330	1.375	1.353	1.347	1.289	1.283	1.313
Castilla-La Mancha.....	1.217	1.289	1.371	1.391	1.330	1.228	1.167	1.150	1.166
Cataluña.....	1.204	1.244	1.261	1.316	1.220	1.157	1.108	1.103	1.126
Valencia.....	1.042	1.085	1.111	1.119	1.078	1.071	995	1.074	1.098
Extremadura.....	1.339	1.457	1.558	1.530	1.417	1.366	1.191	1.204	1.277
Galicia.....	1.222	1.307	1.347	1.333	1.269	1.269	1.238	1.201	1.077
Madrid.....	1.069	1.109	1.115	1.069	1.099	1.104	1.109	1.082	1.130
Murcia.....	1.129	1.238	1.281	1.358	1.376	1.223	1.072	1.107	1.124
Navarra.....	1.332	1.408	1.438	1.549	1.514	1.419	1.341	1.394	1.457
País Vasco.....	1.366	1.515	1.633	1.667	1.605	1.591	1.607	1.570	1.585
La Rioja.....	1.336	1.260	1.249	1.276	1.197	1.131	1.090	1.100	1.108
Coefficiente de Variación.....	0.084	0.089	0.106	0.120	0.119	0.112	0.126	0.121	0.121
Max/Min.....	1,31	1,4	1,47	1,57	1,52	1,49	1,61	1,61	1,57

Nota: * Datos de población correspondientes al padrón del INE. Los cálculos para 2015 se han hecho con la misma población que los de 2014

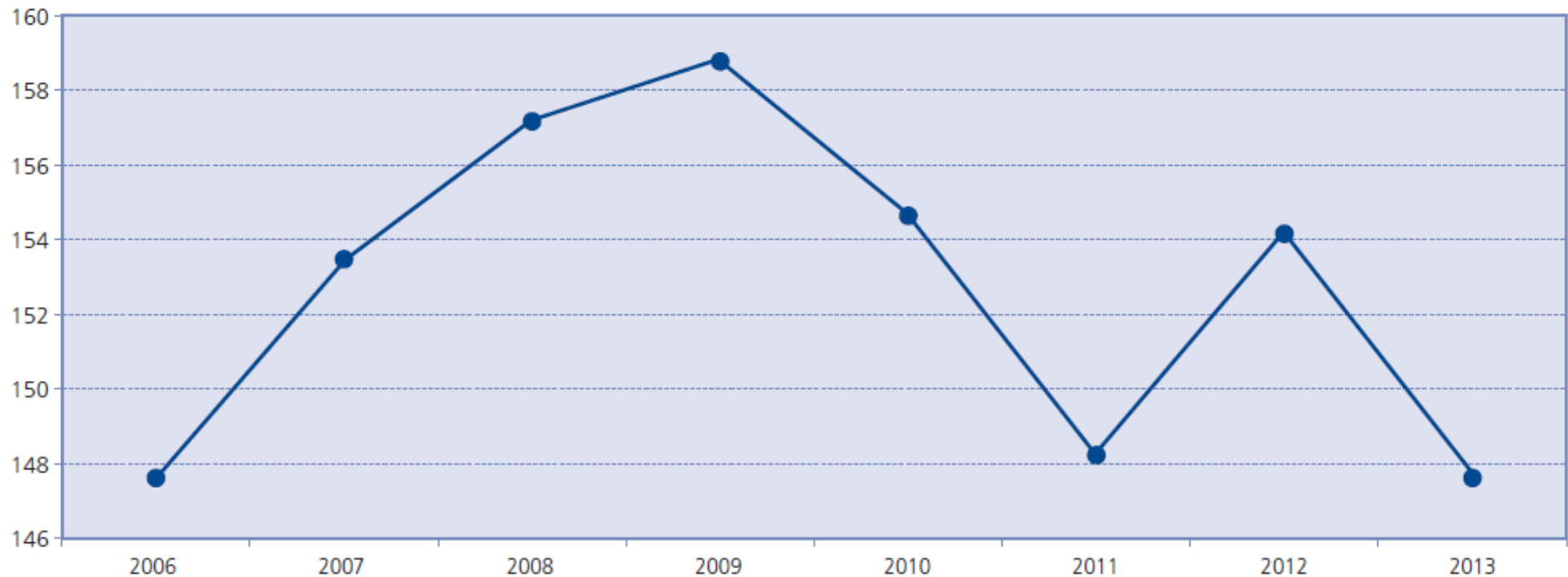
Fuente: MSSSI. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>

Private health insurance in constant euros

GRÁFICO 5

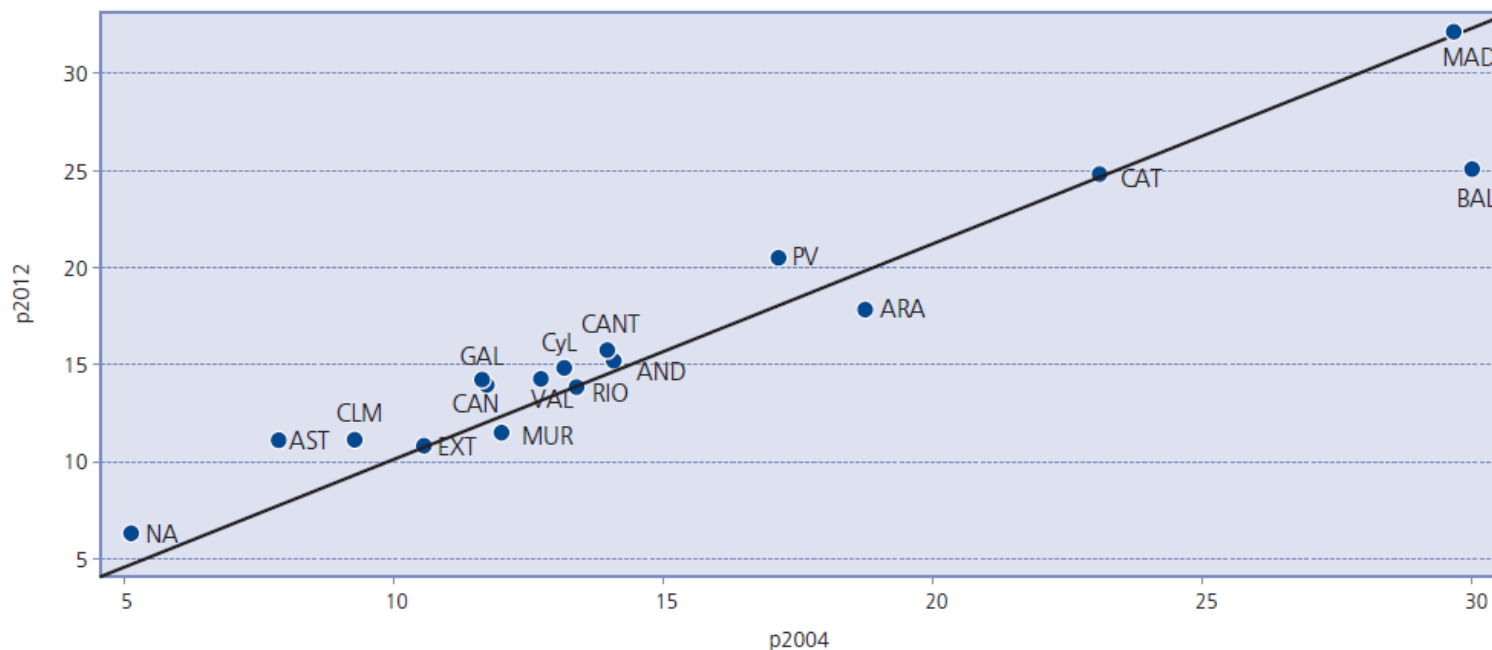
GASTO MEDIO DE LOS HOGARES EN SEGUROS DE ENFERMEDAD 2006-2013 EN EUROS CONSTANTES DE 2006



Fuente: INE: Encuesta de Presupuestos Familiares.

Correlation between private health insurance and territorial GDP

GRÁFICO 4
PENETRACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA 2002-2012:
PORCENTAJE DE LOS HOGARES CON PÓLIZA DE SEGURO



Fuente: UNESPA (2014).

GPS en orientación, más allá de recortes

.PRIORIZAR, EN EL CODIGO GENETICO DE LA ECONOMIA...

**.SENTIDO COMUN ANTE LA FRAGMENTACION Y LA
DESCONTEXTUALIZACION. MARCOS ESTABLES**

.MAS GESTION : NO TODO ES POLITICA!

**.EQUIDAD DE ACCESO, INSUFICIENTE, SI DETECTAMOS FRAGILIDAD
(DEMANDA LATENTE)**

**.SALIR DEL CLUSTER SANITARISTA, EVIDENCIAR EXTERNALIDADES
GENERALES, SENTIDO DE PERTENENCIA MACROECONOMICA**

**.EN RECURSOS SANITARIOS: ANCLAR EL GASTO O MEJORAR LA
FINANCIACIÓN**

ASPECTOS TEÓRICOS BÁSICOS (II) : ASIGNACIÓN DE FUNCIONES SANITARIAS

CONTEXTOS DE PROVISION SANITARIA Y ESTADIOS DE EVOLUCION

Punto de partida genérico:

Planificación/ Financiación/ Cobertura aseguradora/ Compra de servicios/ Producción: Departamentos de Salud, que integran todos los entes proveedores como unidades presupuestarias (centros de coste)

Evolución:

A)

Planificación / Aseguramiento/

Financiación

Departamentos de Salud

Compra

Unidades Centrales de Servicios

Producción

Entes
productores

B)

Planificación / Aseguramiento/

Financiación

Departamentos de Salud

Compra

Unidades Regionales de Servicios

Producción

Entes
productores

C)

Planificación /

Financiación

Aseguramiento/

Compra

Producción

**Departamentos
de Salud**

**Servicios Regionales
de Salud**

**Áreas geográficas
de Salud**

**Entes
productores**

D)

Planificación /

Financiación

Aseguramiento/

Compra / Producción

**Departamentos
de Salud**

**Servicios Regionales
de Salud**

**Áreas/ Médicos
geográficas/ de cabecera/
de Salud/ de proveedores**

**Redes integr.
de proveedores**

E)

Planificación / Aseguramiento/

Financiación

Gestión del Aseguram./Compra

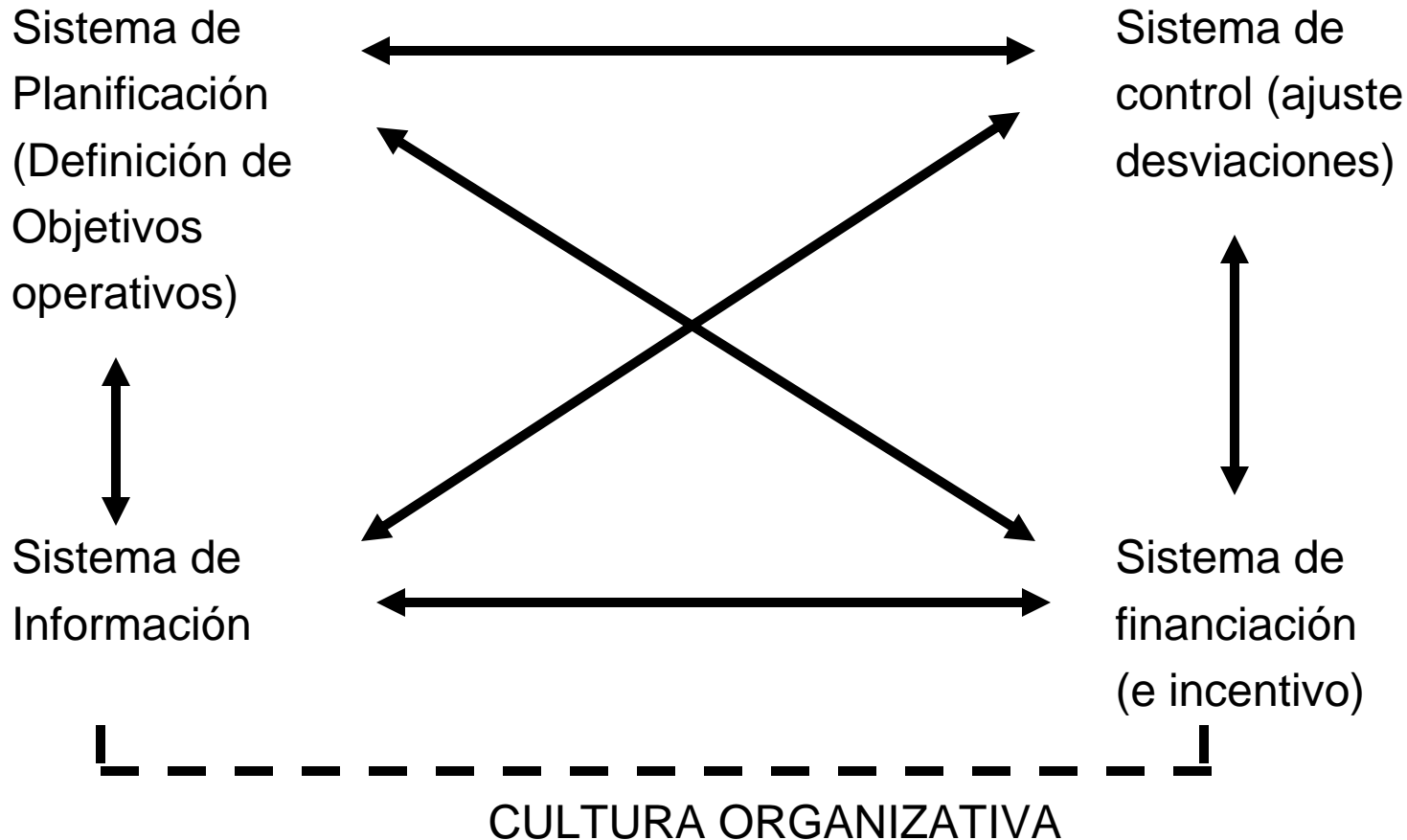
Producción

**Deptos. de Salud
Servicios Regionales
de Salud**

**Redes integradas/
de proveedores/
Aseguradores
no públicos**

Entes productores

Estructuración coherente de una organización *Calidad en todos los sistemas*



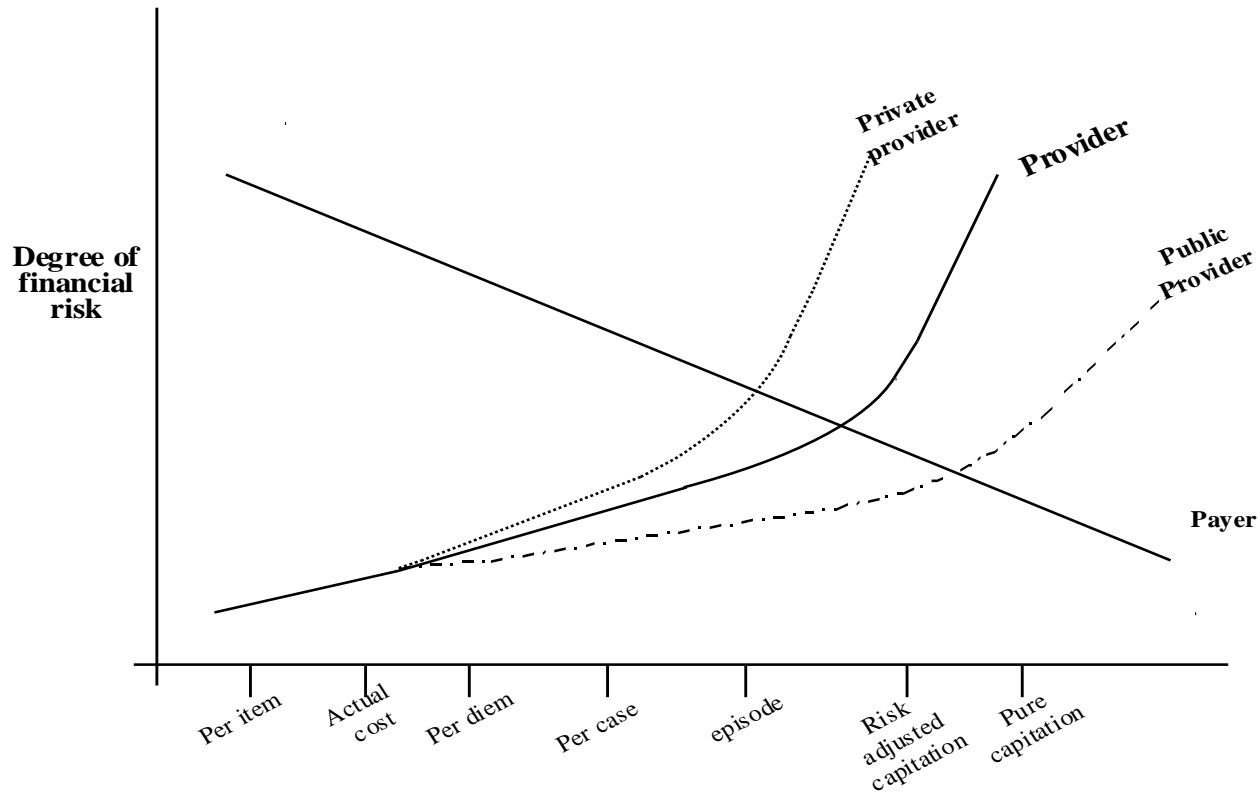
CENTROS DE COSTE / CENTROS DE RESPONSABILIDAD

La calidad asistencial en la práctica clínica

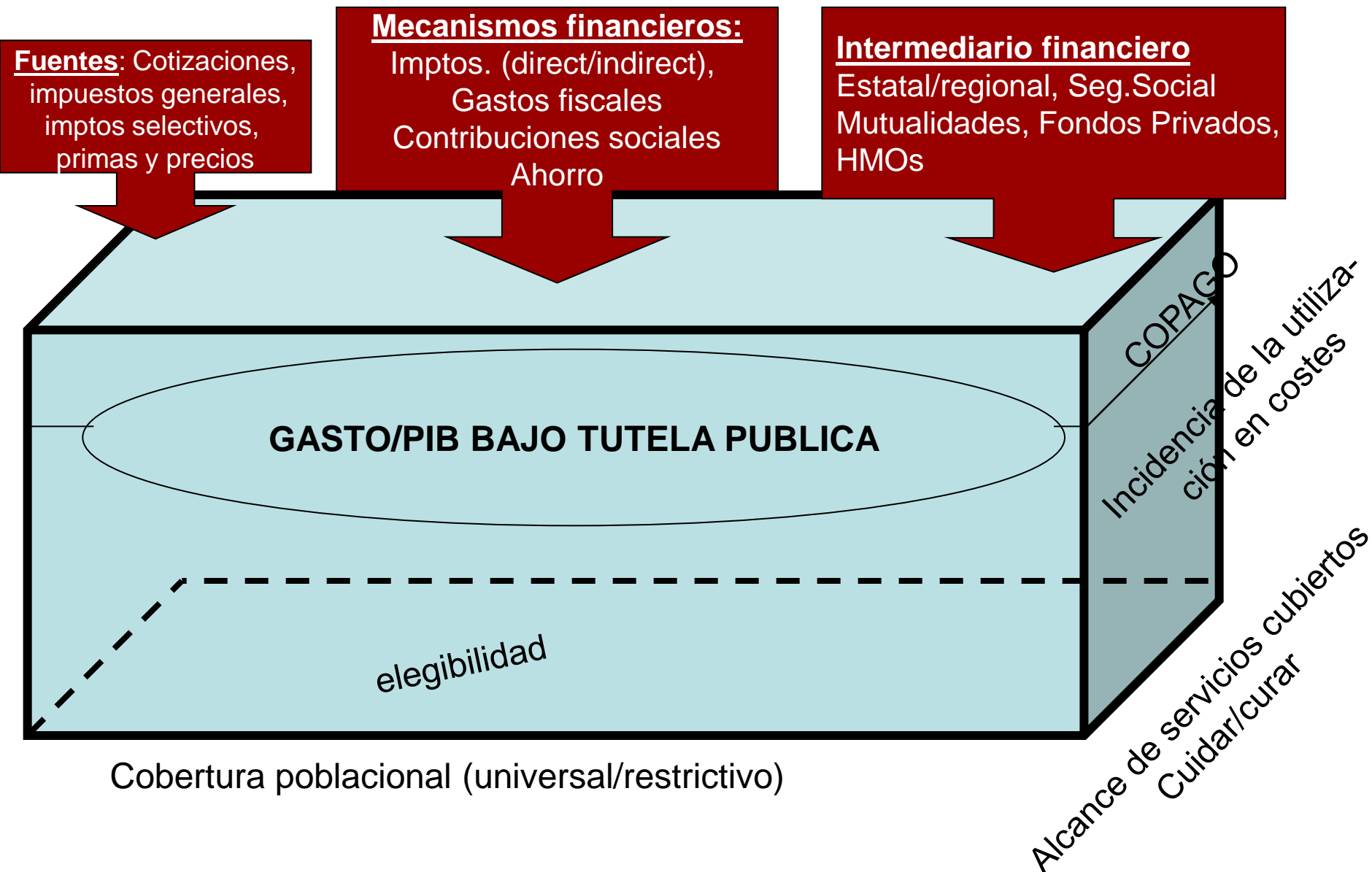
- Hacer sólo aquello necesario (aunque se tengan más conocimientos y se pueda hacer 'más')
- Escribir aquello que se hace, pese a la sobrecarga asistencial
- Mantener *feed back* retroalimentador

<http://gawande.com/the-checklist-manifesto>

ASPECTOS BÁSICOS DE FINANCIACION : GRADO DE TRASLADO DE RIESGO y TIPO DE PROVEEDORES (Averhill)



LAS OPCIONES “La caja de la asistencia sanitaria”



Priorizaciones

- En cobertura poblacional. Prueba de necesidad/ prueba de medios (ex ante en elegibilidad o sólo ex post en financiación).

Criterios: Capacidad de beneficiarse.
Igualación de dotaciones iniciales. Gráfico asignativo de recursos

Priorizaciones

- En alcance de servicios cubiertos.

Explícito

-en prestaciones: coste utilidad (AVACs: restricción de capacidad/ dolor sufrimiento), eficiencia relativa (ranking A-E), basado en valor (carga de enfermedad de la condición tratada, alternativas disponibles; amplitud de beneficios sociales; alcance de la innovación terapéutica).

-en oferta: restricciones tipo certificado de necesidades, componentes estructurales financiados públicamente

- Implícito: detrás de la capacidad de generar resultados puede estar un tipo de colectivo determinado: La edad y la capacidad de beneficiarse. Equidad y '*fair innings*'

Priorizaciones

- En su afectación a utilización/ costes unitarios

-En demanda inducida por la oferta:

Disease mongering

Variaciones de práctica clínica

-Medicalización social y barra libre

Racionamiento vía precios o cantidades (listas de espera)

Precios, primas complementarias y copagos

PRIORIZACIONES: DEL DICHO AL HECHO:

Foco de la **financiación pública** en

- a) aquellos aspectos de la **salud pública** (que ofrecen externalidades positivas sobre el conjunto de la economía y el bienestar social, configurando en este sentido 'bienes públicos' de beneficios indivisibles y generales), y
- b) todas aquellas **prestaciones asistenciales** que respondan a dos factores, contrastables empíricamente, sobre la base de
 - 1) un coste-efectividad suficientemente probado tanto en prestaciones como en indicaciones, y/o
 - 2) que afecten a prestaciones de contingencias de salud de baja probabilidad de ocurrencia pero que en el caso de que sucedan, acaben generando consecuencias financieras catastróficas.

Problemática diferenciada

-**Derecho de acceso** a la asistencia de base universal (en elegibilidad 'proporcionada'), centrando la financiación pública en aquellos servicios:
- a) que respecto del nivel actual de atención sanitaria supongan incrementos de beneficios en años de salud ganados, ajustados por calidad, superiores a los costes adicionales que implica sobre la atención existente (lo que de hecho viene sólo a cribar la oferta asistencial nueva) y/o
 - b) que contengan los nichos de necesidad, en los que se puedan reducir las desigualdades sanitarias a la vez que se maximicen los resultados de salud globales. Exige pro-actividad: buscar la demanda latente y no sólo la expresada (afectada ésta por sesgos de educación, renta y amiguismo)

Por una nueva lógica de la intervención pública

La Hipótesis: WAGNER-ENGEL-PRESTON-BAUMOL

Wagner (aumento del gasto social vinculado al desarrollo);

Engel (variación del patrón público-privado en favor del componente privado en la medida en que el gasto total crece);

Preston (financiación con menos participación relativa del componente público debido a su menor productividad relativa en estados del bienestar con niveles adicionales de gasto)

Baumol (protección pública deseada a servicios con elasticidad precio elevada y una provisión trabajo intensiva con productividad baja o afectada por variaciones en calidad)

.....La complementariedad público-privada: Fuerte peso de lo público en los estadios iniciales de desarrollo (externalidades, creación de capital público, humano y social) y recomposición relativa con el desarrollo (tecnológico, económico, cultural...)

LAS RESPUESTAS: desde la organización del dispositivo sanitario para el abordaje de los problemas de salud

- **SERVICIO / NACIONAL / DE SALUD**
- ...un servicio administrativo más
- ...'nacional' como aspiración cohesionadora frente a la diversidad
- ...de salud como pretensión de intersectorialidad

- **SISTEMA / DE ASEGURAMIENTO / SOCIAL**

Organización del dispositivo sanitario y abordaje de los problemas de salud

- **SISTEMA / DE ASEGURAMIENTO / SOCIAL**
- ...*Sistema* como engranaje ante la diversidad de proveedores y heterogeneidad de individuos
- ...de *aseguramiento*, ante la obviedad de prestaciones sanitarias limitadas
- ...*social*, por la exigencia de primas comunitarias (no individuales, no actuariales, no ajustadas al riesgo)

El punto de partida es genético, tras el que emergen las convergencias de sistemas en respuesta a los retos, que son comunes

- Un NHS necesita priorizar, focalizar la oferta. Necesidad de un NICE que en su versión de inicio ha de poder configurar un meta-análisis inteligente con un ajuste por PIB, que permita recomendar..
- Y donde no alcancen los impuestos generales para la financiación de lo efectivo pero de coste no asumible, abrir ingresos 'sociales': prima comunitaria para las prestaciones no concurrentes, copagos (tasas) y deducciones fiscales
- Para prestaciones, efectivas sólo en cuanto a componentes de utilidad subjetiva, precios libres

Prospectiva

- Refinamientos de comparativa
- Gasto sanitario total/ financiación pública/
mix presupuestario- social
- Financiación solidaria para...
- Coste-efectividad
- Cobertura complementaria para...
- Organización territorial integrada: virtual,
complementable

Prospectiva

- Póliza pública y financiación de base poblacional
- Complementos de la prima pública
- Gestión episodios crónicos
- Copagos y otros para...
- Profesionalismo. Autonomía de gestión y responsabilidades financieras
- Compra de servicios y no subvención.
Sinalagmatismo

Orientación del cambio: TAL COMO LO VEO Tendencias generales. 'Quién, qué, cómo'

–QUIEN: UNIVERSALISMO PRIORIZADO

–QUÉ: distinta racionalidad para c-e/ efect/ utilitarismo. Financ pública/ Aseg complement/ precios (conjugan gasto social)

–CÓMO: Financiación-Provisión; producción propia-concertada; Gestión medios propios o arrendados (Sociedades de profesionales autogestionadas)...

Hacia nuevas estructuras de gobierno

- Conscientes de la incertidumbre y de la difícil alineación de incentivos**
- Internalizando la solución de conflictos de intereses potenciales; externalizando vía priorización social los externos (sustraídos del debate político)**
- Gobernanzas más coherentes entre la gestión clínica requerida y las envolventes financieras necesarias**

Cómo conseguirlo: Tendencias mayormente argumentables desde la política sanitaria basada en la evidencia:

–Integración asistencial de proveedores (virtual)

–Traslado de niveles óptimos de riesgo (*blending* prospectivo y retrospectivo)

–Reconocimiento del status de los proveedores en las instituciones sanitarias, más acorde con su capacidad inductora de demanda y autonomía clínica pretendida

PROGNOSIS: Cómo lo veo

SIN INVOLUCRACIÓN DE LOS PROFESIONALES UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VIVE PERMANENTEMENTE TENSIONADO. 'EL COPAGO ES COSA DE MÉDICOS'

SISTEMA PÚBLICO ADMINISTRADO REQUIERE UNA FUNCIÓN PÚBLICA DE INTERÉS DEL CONTRIBUYENTE CIUDADANO, MÁS ALLÁ DEL PACIENTE-USUARIO. PARA ELLO, SIN UN ROL ÉTICO PREVALENTE, HACE FALTA REDEFINIR LOS INCENTIVOS A LA EFICIENCIA.

PONER TIERRA POR MEDIO ENTRE FINANCIADOR Y PROVISIÓN: TRASLADO DE RIESGO. SE INTERIORIZAN LOS COSTES DE OPORTUNIDAD AUNQUE NO SE EXPLÍCITEN (MEJOR SERÍA SIN DUDA LA EXPLÍCITACION DEMOCRÁTICA PERO...)

PROGNOSIS: Cómo lo veo

SEPARAR PROPIEDAD (HOLDINGS DE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PUBLICOS) DE LAS SOCIEDADES DE GESTION, EXPLICITANDO LOS COSTES DEL CAPITAL CEDIDO

FINANCIACIÓN PÚBLICA COMPLEJA: PROTEGER SERVICIOS REQUIERE REDUCIR COSTES UNITARIOS. EL EMPLEADOR PÚBLICO, CON SUS LIMITACIONES. LA AUTONOMÍA PROFESIONAL CON SUS PELIGROS. ALTERNATIVAS: RETRIBUCIÓN COMO INSUMO O PAGO POR POBLACION ASIGNADA (OUTPUT/ *OUTCOME*) A ENTIDADES DE PROFESIONALES AUTO-ORGANIZADOS.

PROGNOSIS. Cómo lo veo

EN OFERTA, PRIORIZACIÓN Y CARGAR CON SUS CONSECUENCIAS (LO EFECTIVO PERO DE COSTE NO ASUMIBLE EN CADA MOMENTO) O GENEROSIDAD CON PRESTACIONES, COLECTIVOS Y LOBBIES VARIOS E INTENTAR EVITAR LA IMPLOSIÓN CON COPAGOS.

SI ESTO ÚLTIMO, MEJOR ARTICULADOS SOBRE PROVEEDORES QUE FINANCIADORES

REDEFINIR LA GOBERNANZA, LEJOS DEL PAGO FRAGMENTADO

PROGNOSIS. Cómo lo veo

FAVORECER LA DIVERSIDAD Y EVALUAR LOS EXPERIMENTOS. LA DESCENTRALIZACIÓN DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN Y NO DEL PROBLEMA.

PREOCUPARSE POR LAS DESIGUALDADES INACEPTABLES: NO ELEGIDAS, NO RESULTANTES DE LA RESPONSABILIDAD FISCAL.

REAJUSTAR EXPLÍCITAMENTE EL MODELO A LAS NUEVAS NECESIDADES SOCIALES

Resumen prospectiva

- GASTO SANITARIO TOTAL/ FINANCIACIÓN PÚBLICA/ MIX PRESUPUESTARIO- SOCIAL
- FINANCIACIÓN SOLIDARIA PARA...
- COSTE-EFECTIVIDAD PRIMERO
- COBERTURA COMPLEMENTARIA PARA...
- ORGANIZACIÓN TERRITORIAL INTEGRADA: VIRTUAL, COMPLEMENTABLE

EN GENERAL Y EN RESUMEN:

- **REPENSAR EL SECTOR SANITARIO (PÚBLICO Y PRIVADO) DESDE EL CONJUNTO DEL SISTEMA DE SALUD, DEL GASTO SOCIAL, DESDE LA PERSPECTIVA LONGITUDINAL, INTERGENERACIONAL Y DE LA ECONOMÍA EN GENERAL**
- **TIEMPO DE ARTICULAR MEDIDAS DE FINANCIACION DIFERENTES: NO POR 'SER' O 'HACER' SINO POR 'CONSEGUIR'**
- **ABRIR MAS FINANCIACION PRIVADA PARA EL SISTEMA, PREFERENTEMENTE COORDINADA CON LA PUBLICA, PARA LA SOSTENIBILIDAD CONJUNTA DEL SISTEMA. EL GASTO SANITARIO TOTAL SIN DUDA ESTA ABOCADO A CRECER Y DIFICILMENTE PODRÁ, NI TIENE LÓGICA QUE LO HAGA, *PARI PASSU*, AFRONTARLO LA FINANCIACIÓN PÚBLICA IMPOSITIVA DE DICHO GASTO.**

LA REFORMA DE L'ESTAT DEL BENESTAR

CONTEXT

- La conjuntura macro i les diagnosis errades: doble recessió. Culpes i negligències
- Retorn a (?): Demanda interna/ dèficit exterior/ Conjuntura i canvi real/ model productiu
- Creació d'ocupació, creixement de la inversió i augment del PIB: quin paper per a la millora de la productivitat?
- Elasticitats: de M, X i de recaptació fiscal

Visió comprensiva del benestar

- Renda per càpita en conjunció amb...
- Distribuir/ redistribuir.. Cultures d'acceptació
- La despesa social i les falses pistes
- Els reptes del benestar
 - Respondre als nous contextes demogràfics i atendre a la nova fragilitat social
 - Integrar millor *workfare* i *welfare*
 - Recuperar valors i la cultura de la responsabilitat

LA DEMOGRAFIA Canvis esperats *ceteris paribus* a les polítiques públiques per majors de 60 Espanya: 2000-40
(font:www.csis.org/media/csis/pubs/ageing_index)

- Beneficis públics dels majors com a % PIB: del 12.6% al 33.1%
- Impostos totals com a % del PIB, assumint que els ingressos cobreixen el creixement dels beneficis públics meritats: del 38.2 al 57.2%
- Aquells beneficis com a % de la despesa pública total, assumint reduccions en altres partides: del 32.7% al 72.1%

(...)

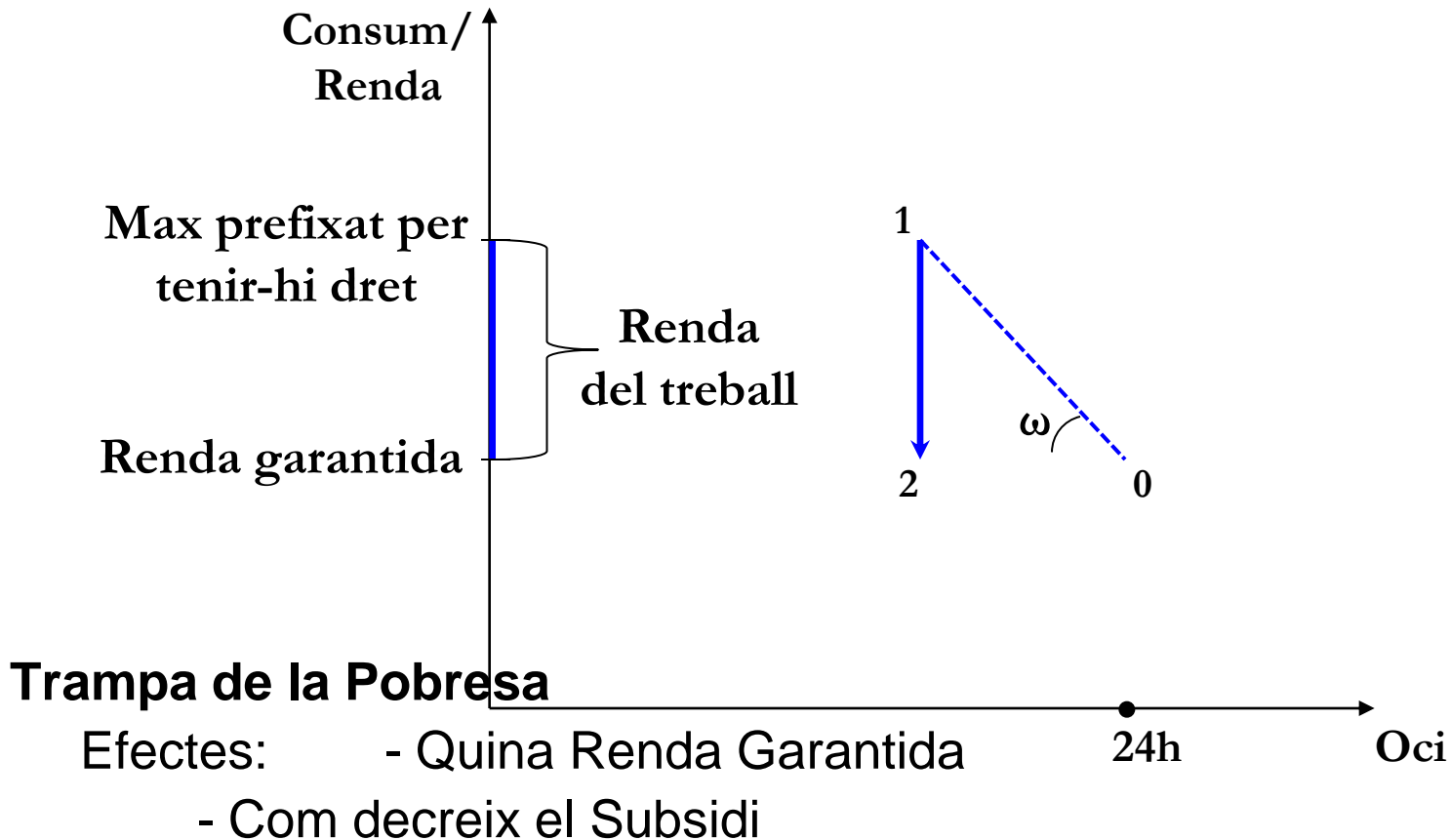
- Deute públic net addicional, i any en el que s'assoleix el pes del 150% del PIB, si el creixement del deute assumeix tots els nous compromisos de despesa que imposa la demografia, sense tocar la resta: +38.2% (2029)
- Beneficis públics nets pels majors com a % dels ingressos: un 68% de la despesa social.
- Netes de impostos, les retribucions de les classes passives fins i tot superarien les dels actius ocupats (a la vista del pes dels impostos i cotitzacions sobre aquests)

REFORMA DELS PROGRAMES DE WELFARE

- WORKFARE: WELFARE INTEGRAT AL TREBALL
 - ‘Welfare’ tradicional condicionat a ‘no renda’ (no treball) vs ‘Workfare’ subsidi condicionat a la generació de la renda

VISUALITZACIÓ

Rendes Mímines Garantides



LA CLAU PER ALS CANVIS:ELS VALORS

- **MES CREIXEMENT?**
- **FINANÇAMENT SENSE CREIXEMENT: DEUTE?**
- **MENYS DESPESES 'NECESSÀRIES' ?**
- **MES COMPARTIR, MÉS CAPACITATS DE FER?**
- **UNIVERSALISME O FOCALITZAR LA DESPESA MILLOR?**
- **GESTIONAR LA DESPESA, AVALUAR L'EFFECTIVITAT DE LES POLÍTIQUES?**
- **CANVIS EN LES PERCEPCIONS I CULTURES?**

- **... NO SON DRETS SUBSTANTIUS, SON EXPECTATIVES...**

COM AFRONTAR EL FUTUR DE LA POLÍTICA SOCIAL?: Davant de la dificultat de pactar continguts, pactar procediments

- Sigui a qui sigui a qui li toqui enfrontar-se als nous reptes: consensuar mètodes (en el vel de la ignorància) tant raonables socialment com impermeables a la batalla 'política'

P. ex.:

- regles intergeneracionals explícites,
- ordenació de prestacions per cost efectivitat;
- finançament diferenciat (preus públics) per a les *utilities*;
- cap despesa ordinària per a un ingrés fora de cicle;
- cap partida de despesa pressupostada per sota de la liquidada sense justificació (i la simètrica per als ingressos);
- forçar la inclusió de costos socials o de llarg termini, sobre generacions futures, amb taxa de descompte predeterminada;
- cap norma nova sense identificar la vella que substitueix;
- cap llei important sense la identificació de costos i beneficis i mesures sobre les que serà avaluada.

CONCLUSIÓ

- REPENSAR L'ECONOMIA : Creixement sí, però amb el patrimoni preservat i tots els costos socials identificats.
- EL BENESTAR, DES DELS VALORS: Ingressos, 'necessitats' de despesa, renda residual neta, benestar
- I DE NOVES ESTRUCTURES SOCIALS. Pensades des d'un nou binomi de responsabilitats individuals i socials, integrades al treball i per a recuperar els equilibris intergeneracionals trencats.

Agenda del *mentrestant*

- Acabar amb la departamentalització-segmentació de les polítiques públiques: *no qui fa què sinó per a que, i com*
- Integrar l'anàlisi de benestar pensant en els beneficiaris: pensions, impostos/prestacions i polítiques ocupacionals (en termes nets, residuals ingressos despeses, *social* més enllà de '*públic*', '*pressupostar*').
- Amb una reforma dels mercats laborals que incorpori una diferent combinació de *workfare-welfare*
- Més prioritització a l'acció pública. Desigualtats inacceptables i evitables. Paternalisme llibertari?
- Més formació en gestió.

PER UNA NOVA FISCALITAT

- La imposició per...
- La imposició òptima: eficiència i redistribució
- Elusió, igualar 'playing fields', l'arbitratge fiscal (sectors, actius, formes organitzatives, tipus de rendes...)
- El frau
- Les cultures i les responsabilitats
- L'abús de llei
- La seguretat jurídica
- Competència/ harmonització fiscal
- La incidència i la capitalització impositiva

(...)

- La gestió fiscal del (no) creixement
- La dualitat fiscal
- La devaluació fiscal
- Propostes de reducció de la pressió fiscal per a Europa (Giavazzi/ Tabellini)
- Altres: un nou paper per a l'impost de successions, la fiscalitat per als canvis en els estils de vida, la nova imposició ambiental
- El paper de les hisendes multijurisdiccionals. La corresponsabilitat fiscal.
- Taxes, copagaments i preus públics d'acompanyament

GRÀCIES PER LA VOSTRA
ATENCIÓ

