



3/ Decembre 2017

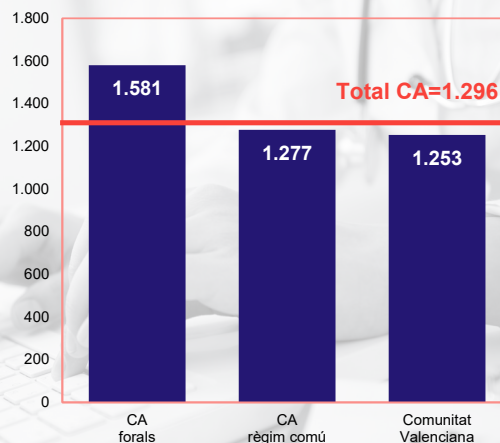
## SERVEIS PÚBLICS FONAMENTALS: SANITAT

# L'infrafinançament de la Comunitat agreuja els problemes de sostenibilitat de la despesa sanitària i limita el desenvolupament d'altres serveis públics

El creixement de la població i el seu envelliment exerceixen pressió a l'alça en la despesa sanitària i plantegen problemes de sostenibilitat d'aquesta a mitjà i llarg termini. La solució dels problemes de suficiència i equitat junt amb els de sostenibilitat de la despesa en salut reclama reformes per a millorar l'eficiència de la despesa sanitària i una revisió en profunditat del SFA, perquè són les comunitats les principals administracions encarregades de prestar aquests serveis.

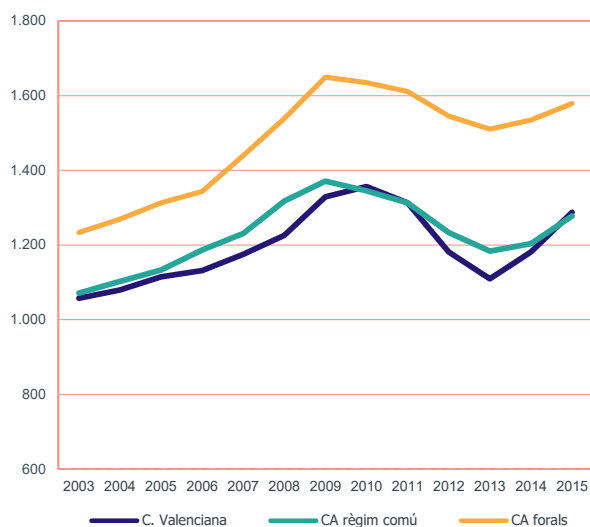
El Sistema de Finançament Autonòmic (SFA) ha condicionat el desplegament dels serveis públics fonamentals (educació, sanitat i serveis socials) competència de les comunitats autònomes. La prioritat de la sanitat en els pressupostos de totes les comunitats reflecteix la importància del Sistema Nacional de Salut al nostre país, que presta serveis al conjunt de la població i requereix un volum molt important de recursos. No obstant això, les substancials diferències entre comunitats en despesa sanitària per capita (**gràfic 1**), especialment entre les de règim comú i les forals, qüestionen la igualtat d'oportunitats en l'accés als serveis sanitaris dels ciutadans que viuen en distints territoris.

**Gràfic 1. Despesa pública en sanitat per habitant. Mitjana 2009-2015 (Euros per habitant)**



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI), INE i elaboració pròpia

**Gràfic 2.** Despesa pública en sanitat per habitant. 2003-2015 (Euros de 2010 per habitant)



Font: MSSSI, INE i elaboració pròpia

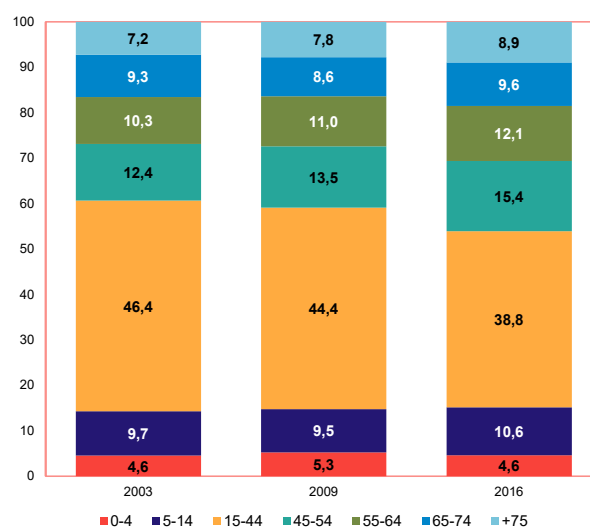
## 1. Despesa i necessitats sanitàries de la Comunitat Valenciana

El traspàs de competències sanitàries va operar a ritmes diferents en el conjunt de comunitats fins a completar-se en 2001. La Comunitat Valenciana va ser la quarta a assumir les competències –després de Catalunya, Andalusia i País Basc– després de l’aprovació del Reial Decret 1612/1987 pel qual es van traspasar a la Comunitat les funcions i serveis de l’Institut Nacional de Salut (INSALUD).

Abans i després del traspàs de competències, la despesa en sanitat ha seguit una tendència creixent impulsada principalment per l’augment demogràfic i l’envelliment de la població. En l’etapa prèvia a la crisi, aquest creixement també va respondre a factors com l’augment en les dotacions de recursos humans en atenció primària i especialitzada, canvis en la composició de les plantilles, millores salarials, canvis en les tecnologies sanitàries o l’augment de la despesa en farmàcia.

La despesa sanitària pública per habitant de les comunitats autònomes va augmentar entre 2003 i 2009 un 35% (**gràfic 2**), havent diferències notables en els nivells de despesa per habitant entre les comunitats de règim comú i les forals. La crisi econòmica va comportar una caiguda en els ingressos de les comunitats i els posteriors ajustos van afectar els serveis sanitaris, produint-se reduccions salarials i d’ocupació, major temporalitat en els contractes del personal sanitari, caigu-

**Gràfic 3.** Estructura de població per grups d’edat de la Comunitat Valenciana. 2003-2016 (Distribució percentual)



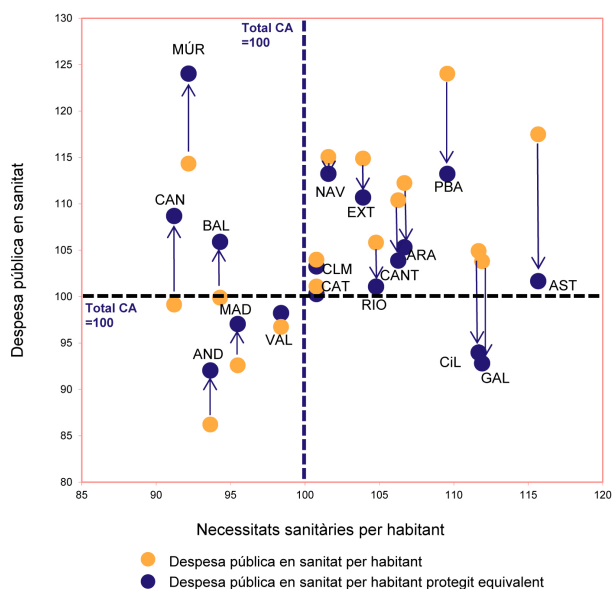
Font: INE i elaboració pròpia

da de les inversions i augment dels copagaments. Açò va ampliar la bretxa entre comunitats forals i comunes que arriba als 24 punts percentuals (pp) en 2015. En els últims anys, la despesa pública en sanitat per capita en euros constants de les comunitats ha recuperat la tendència creixent i a la Comunitat Valenciana ja se situa en el nivell previ a la crisi.

*La despesa real en sanitat per habitant de la Comunitat Valenciana se situa al nivell de 2008, a pesar del major envelliment de la seua població*

L’evolució de la població i l’estructura demogràfica d’un territori són determinants del nivell i la trajectòria de la despesa en sanitat. Una població envellida té majors necessitats d’atenció sanitària que una població jove. La població de la Comunitat Valenciana ha crescut un 11% entre 2003 i 2016 i està cada vegada més envellida (**gràfic 3**), perquè la població valenciana major de 65 anys ha passat de representar el 16,6% de la població total en 2003 al 18,5% en 2016. Dins d’aquest últim percentatge, quasi la meitat de la població és major de 75 anys (9%). Les projeccions de població assenyalen que el creixement de la població de major edat prosseguirà –la previsió és que la població de 65 anys o més supose el 25% de la població en 2030–, amb la consegüent pressió a l’alça sobre la despesa sanitària i la urgent necessitat de plantejar solucions per a garantir la sostenibilitat del sistema públic de salut.

**Gràfic 4.** Despesa pública en sanitat i necessitats sanitàries. Mitjana 2009-2015 (Total CA =100)



Font: MSSSI, MINHAFF, INE i elaboració pròpia

## 2. Despesa pública en sanitat de les CA

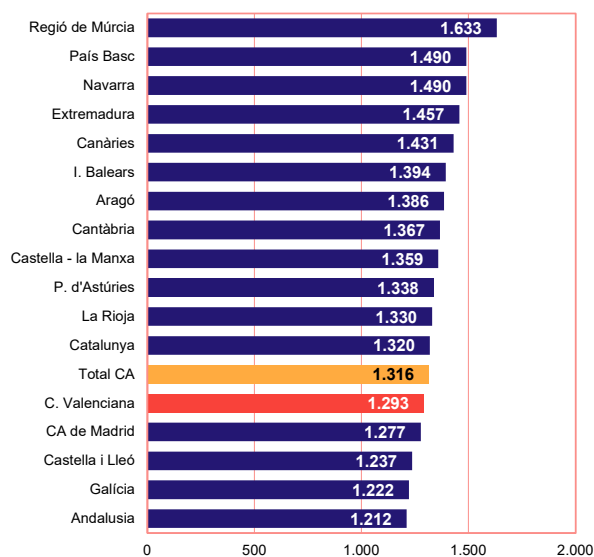
L'estructura demogràfica varia notablement entre comunitats i per aqueixa raó el model de finançament utilitza com a indicador de les necessitats sanitàries la població protegida equivalent. Per a calcular-la, la població protegida pel Sistema Nacional de Salut (SNS) es divideix en set grups d'edat i cada un es pondera per un coeficient que és major per als trams d'edat més vulnerables als problemes de salut i, per això, amb majors necessitats sanitàries<sup>1</sup>.

*Les diferències de despesa sanitària entre comunitats autònomes són substancials i requereixen una anàlisi en profunditat que explique les seues causes*

Les diferències de despesa sanitària per habitant són substancials (40 pp) i, encara que el rang de les diferències de despesa disminueix quan es tenen en compte les distintes estructures d'edat de la població de les comunitats autònomes (gràfic 4), aquest continua sent considerable (33 pp). En termes mitjans del període ja liquidat de l'actual model de finançament autonòmic (2009-2015), les diferències de despesa pública per ha-

<sup>1</sup> Vegeu la metodologia proposada en l'Informe del Grup de Treball d'Anàlisi de la Despesa Sanitària (MINHAFF 2005;2007)

**Gràfic 5.** Despesa pública en sanitat per habitant protegit equivalent. Mitjana 2009-2015 (Euros per habitant)



Font: MSSSI, MINHAFF i elaboració pròpia

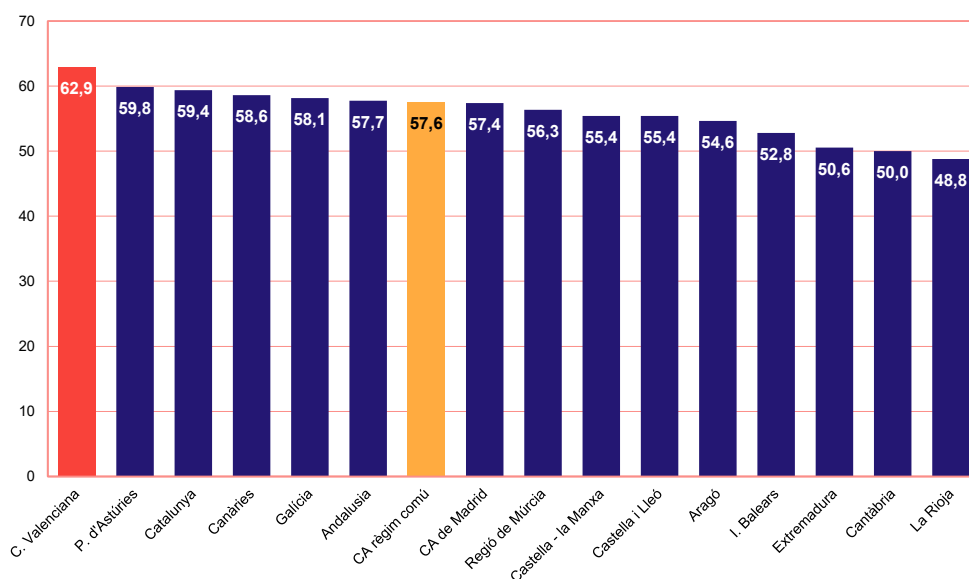
bitant protegit equivalent situen Múrcia al cap i Andalusia a la cua de les comunitats autònomes (gràfic 5). La Comunitat Valenciana, amb una despesa de 1.293 euros, se situa 1,8 pp per davall de la mitjana de les comunitats autònomes i a més de 13 pp per davall de les que més gasten (Múrcia i les comunitats forals).

A priori, aqueixes diferències poden deure's a factors, diferents dels demogràfics, que incideixen en la demanda - nivell de renda (quan aquesta augmenta pot canalitzar-se major demanda cap als serveis privats), preferències dels pacients, població desplaçada en comunitats més turístiques- i a altres que influeixen en els costos dels serveis -nivell de preus, geografia de la comunitat, inclusió en la cobertura pública de certs serveis, preferències governamentals en la modalitat de gestió (pública o privada), deseconomies d'escala, eficiència en la prestació dels serveis- . Així mateix, les diferències també poden deure's a la distinta restricció pressupostària de cada comunitat com a conseqüència de les asimetries derivades dels sistemes de finançament.

## 3. Sistema de Finançament Autonòmic i serveis sanitaris

Les comunitats autònomes de règim comú dediquen un percentatge molt important dels recursos del SFA que disposen a la sanitat (57,6%). Ja que els recursos del model de finançament constitueixen la major font d'ingressos de les comunitats, la major o menor disponibilitat d'aquests condiciona el nivell de despesa de

**Gráfico 6.** Esforç financer a igual despesa per unitat de necessitat<sup>1</sup>. Mitjana 2009-2015 (percentatge sobre el total de recursos SFA a competències homògenes)



<sup>1</sup>Despesa pública en sanitat de la mitjana de comunitats autònomes de règim comú per habitant protegit equivalent. S'han deduït de la despesa les transferències finalistes realitzades per l'AGE a les comunitats autònomes per a finançar serveis sanitaris

Font: MSSSI, MINHAFP i elaboració pròpia

les comunitats autònomes. Les comunitats no gasten el mateix però, si ho fan, les que disposen de menors recursos haurien de dedicar un major percentatge dels seus ingressos a sanitat, mentre que les que disposen de més recursos podrien aconseguir el mateix objectiu amb menor esforç.

Per a apreciar l'abast de les diferències d'ingressos, el **gràfic 5** calcula el percentatge que cada comunitat dedicaria a sanitat, sobre el total de recursos del SFA a competències homògenes, per a finançar un mateix nivell de despesa per habitant protegit equivalent. En aquest cas, les diferències d'esforç no es deuen a diferents nivells de despesa per unitat de necessitat (ja que els estem igualant a la mitjana) sinó als diferents nivells d'ingressos. Si la Comunitat gastara igual que la mitjana de comunitats autònomes de règim comú dedicaria, en termes mitjans del període 2009-2015, el 62,9% dels recursos del SFA que disposa a serveis sanitaris. Aquest percentatge és superior al de qualsevol altra comunitat pel fet que el seu finançament és el menor de totes.

Les implicacions de la insuficiència de recursos de la Comunitat són dos. En primer lloc, agreuja els problemes de sostenibilitat que pateix el sistema públic sanitari davant de la pressió a l'alça en els nivells de despesa exercida pel creixement poblacional, l'envelliment i la resta de factors mencionats. D'altra banda, a causa

de la seua major insuficiència financera, la prioritat atorgada per la societat i pels pressupostos públics als serveis sanitaris limita els recursos disponibles per a altres serveis fonamentals (educació o protecció social), així com per a polítiques d'inversió i suport a les activitats productives que altres comunitats realitzen amb major amplitud per disposar de majors recursos.

*La millora en el finançament i en el control de la despesa sanitària és essencial per a garantir la seua sostenibilitat*

Per a solucionar tots aquests problemes el nou model de finançament haurà de reconèixer la insuficiència que pateixen les comunitats autònomes de règim comú en el seu conjunt i corregir la inequitat en el repartiment dels recursos. A més, la valoració de les necessitats sanitàries de les comunitats ha de millorar, incorporant els col·lectius ara exclosos de la població protegida que continuen sent atesos pel SNS i que, a pesar de no ser considerats, influeixen en els nivells de despesa sanitària de les comunitats autònomes. Així mateix, els esforços per millorar l'eficiència en la prestació dels serveis hauran de redoblar-se, perquè el control de la despesa d'uns serveis que absorbeixen tants recursos resulta clau per a la seua sostenibilitat.