

EL DÈFICIT DE DESPESA PÚBLICA EN EL SECTOR SANITARI DE CATALUNYA *

Per

VICENÇ NAVARRO

Catedràtic de Polítiques Públiques de la Universitat Pompeu Fabra
Director del Programa de Polítiques Públiques i Socials
de la Universitat Pompeu Fabra – The Johns Hopkins University

* Article basat en la presentació al Seminari de Polítiques Públiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, 29 de juliol del 2004.

<i>La dimensió del problema: el dèficit públic sanitari de Catalunya amb la mitjana de la UE-15</i>	3
<i>L'empitjorament de la situació</i>	4
<i>La necessitat de canvi: el nou govern de Catalunya</i>	5
<i>Les possibles fons per finançar el dèficit</i>	5
<i>1. Llarg i mig termini. Fons derivats de la major eficiència del sistema</i>	6
1.1 <i>Farmàcia</i>	6
1.2 <i>Atenció Primària</i>	7
1.3 <i>Atenció Hospitalària</i>	8
1.4 <i>Atenció Sociosanitària</i>	10
1.5 <i>Salut Pública</i>	13
<i>2. Curt termini</i>	13
2.1 <i>Petició de fons que l'estat espanyol deu a la Generalitat</i>	13
2.1.1 <i>Incapacitat Temporal</i>	13
2.1.2 <i>Cohesió Social</i>	13
2.1.3 <i>Estrangers</i>	14
2.1.4 <i>Correcció per diferències de preus</i>	14
2.1.5 <i>Transferència de la titularitat del patrimoni de la Seguretat Social</i>	15
2.1.6 <i>Recuperació de fons d'altres institucions</i>	15

2.2 <i>Impostos Indirectes</i>	16
2.2.1 <i>Hidrocarburs</i>	16
2.2.2 <i>Tabac</i>	16
2.2.3 <i>Alcohol</i>	16
2.2.4 <i>Jocs d'atzar</i>	17
2.2.5 <i>Reducció del IVA</i>	17
2.3 <i>Sistemes de recaptació basats en els pagaments directes per part de l'usuari...</i>	17
3. <i>Fons Públics de la Generalitat, la necessitat de canviar el sistema de finançament de la Generalitat</i>	19
4. <i>El dèficit fiscal i els Impostos Directes</i>	20

La dimensió del problema: el dèficit públic sanitari de Catalunya amb la mitjana de la UE-15

Es miri com es miri, la despesa pública sanitària a Catalunya és molt baixa, molt més baixa que el nivell de desenvolupament econòmic li permetria. Segons les últimes dades del Idescat (*l'agència estadística de la Generalitat de Catalunya*), Catalunya es va gastar l'any 2000 1.136 unitats de poder de compra¹ per capita, molt menys que la mitjana de la UE-15 (on el nivell de desenvolupament econòmic mitjà és pràcticament el mateix que el de Catalunya), 1.617 upc (*veure quadre 1*). Catalunya, per tant, es va gastar l'any 2000, 481 upc per habitant menys que la mitjana de la UE-15. Del quadre 1 també es pot veure que Catalunya (juntament amb Espanya) és el país que té una despesa pública sanitària per capita més baixa després de Grècia. En realitat, és 30% més baixa que la despesa pública sanitària per habitant de regions d'equivalent desenvolupament al català, com són Escòcia, Northwestern o Yorkshire al Regne Unit, Umbria a Itàlia o Rhone-Alpes a França.

Si enlloc de considerar la despesa pública sanitària per capita analitzem el percentatge que la despesa pública sanitària representa sobre el PIB, veiem que en el mateix any 2000, la despesa pública sanitària era el 5,1% del PIB, menor que la mitjana d'Espanya, 5,8% i molt menor que la mitjana de la UE-15, 7,2%, Catalunya tenia un dèficit d'un 2,1% del PIB (*veure quadre 2*). En realitat, Catalunya és el país que té un percentatge del PIB dedicat a sanitat més baixa de la UE, després de Luxemburg. Per una ampliació

¹ Upc, es el valor de l'euro estandaritzat per homologar el poder de compra de diferents països.

d'aquestes dades, veure Navarro, V. i Quiroga, A. *La protecció social a Catalunya a Navarro, V. (director) L'Estat del Benestar a Catalunya, 2004*).

Aquest dèficit es basa en la baixa despesa pública sanitària del govern de la Generalitat de Catalunya que és la institució que té més responsabilitat en el finançament dels serveis públics sanitaris. Segons el pressupost de l'any 2003, la Generalitat de Catalunya es gastava 844 euros per habitant, menys que la mitjana d'Espanya que era de 903 euros. Com a nota comparativa, Cantabria, comunitat autònoma de semblant desenvolupament econòmic, es va gastar aquell any 1.127 euros. La Generalitat de Catalunya s'ha gastat poc en sanitat pública, sent l'any 2003, últim pressupost del govern anterior, una de les despeses més baixes per habitant a Espanya (*veure quadre 3*). Si enlloc de despesa pública sanitària per habitant analitzem la despesa pública sanitària de la Generalitat (que inclou ICS, CatSalut i el Departament de Salut) com a percentatge del PIB veiem que per a aquest any 2004 la despesa es de 4,47% del PIB català (*veure quadre 4*). Quan afegim la despesa pública sanitària de les Diputacions, Ajuntaments i altres institucions públiques, aquest percentatge augmenta a un 5,2% del PIB (*veure quadre 5*). No tenim xifres comparables per a la UE-15. Sí que les tenim, en canvi, per l'any 2001. La despesa pública sanitària a Catalunya era de 4,6% (aquestes xifres no inclouen les transferències i es limita a la despesa en serveis cosa que explica les diferències amb les dades procedents del Idescat, veure Apèndix 1), mentre que la mitjana a la UE-15 era de 6,1%, és a dir, teníem un dèficit amb la UE-15 de l'1,5% del PIB, que vol dir que *teníem un dèficit de 1.771 milions d'euros respecte la UE-15 (veure quadres 6a i 6b)*. Aquesta quantitat sobre un total de 5.563 milions d'euros que és la despesa pública sanitària de Catalunya per a aquell any representa un 31%. No cal dir que aquest dèficit afecta la qualitat, eficiència i equitat del sistema sanitari d'una manera molt notable. En una altra

part he escrit sobre les causes i conseqüències d'aquest dèficit (veure Navarro, V. (director) *Introducció a l'Estat del Benestar a Catalunya* a www.vnavarro.org).

L'empitjorament de la situació

Aquesta situació, ja en sí preocupant, ha empitjorat des de l'any 1993 i això com a conseqüència de que la despesa pública sanitària per habitant a Catalunya (i a Espanya) ha anat augmentant més lentament que a la mitjana de la UE-15 tal com es pot veure al quadre 1. Aquest creixement diferencial explica que el dèficit de despesa pública sanitària per capita ha anat augmentant des d'aquell any passant de ser 357 euros l'any 1993 a 481 euros l'any 2000 (veure quadre 7). Aquest creixement del dèficit es deu al desig dels successius governs espanyols (recolzats pels governs de la Generalitat) d'assolir l'equilibri pressupostari, a través del pacte d'estabilitat a nivell de l'Estat i de les comunitats autonòmiques que s'ha aconseguit a costa de que el creixement de la despesa en protecció social, incloent la despesa pública sanitària per habitant ha signat molt més lent que la mitjana de la UE-15, incrementar el dèficit de despesa en protecció social (incloent sanitat) entre Catalunya (i Espanya) i la mitjana de la UE-15 (Navarro, V. i Quiroga, A. *La desconvergència social de España con la Unión Europea* a www.vnavarro.org). És obvi, per tant, que si volem reduir i anul·lar aquest dèficit *la nostra despesa pública sanitària per habitant a Catalunya (i a Espanya) necessita augmentar més ràpidament que el creixement mitjà de la despesa pública sanitària de la UE-15, situació que fins aquest*

any 2004 no s'havia contemplat en els pressupostos de la Generalitat de Catalunya ni en els de l'Estat espanyol.

La necessitat de canvi

Conscient d'aquesta situació, el nou govern de la Generalitat de Catalunya s'ha compromès a millorar el finançament de la sanitat i equiparar el percentatge de finançament sanitari respecte el PIB al d'altres regions i països de renda per capita i característiques similars a les nostres en el període de vuit anys (Pacte del Tinell). Això voldria dir que hi ha un compromís a que *el percentatge de despesa pública sanitària a Catalunya com a percentatge del PIB convergeixi en el període de dues legislatures (vuit anys) amb el percentatge mitjà dels països i regions europees de semblant desenvolupament econòmic que Catalunya* (Pacte del Tinell). La realització d'aquest compromís significaria la mesura més important que el govern català podria desenvolupar per millorar la qualitat, incloent el confort, de la sanitat a Catalunya. És de notar que els primer passos que ha pres el govern (que descriure més endavant) són alentadors i van clarament en camí d'anar convergint amb l'Europa Social. És també important assenyalar que en la proposta del nou govern espanyol hi ha un compromís clar de que la despesa social per habitant (que inclou naturalment la despesa sanitària) d'Espanya convergeixi amb la de la UE-15, compromís que tindrà gran impacte en les temes que aquest grup de treball estarà discutint. No s'aclareix quant de temps (quantes legislatures) aquesta convergència trigarà. Però de

vegades més important que la velocitat de canvi és la direcció del canvi. I amb el que el govern espanyol s'ha compromès és en revertir la desconvergència per anar convergint amb l'Europa Social.

Per aquelles persones compromeses amb l'expansió de l'Estat del Benestar, aquests canvis polítics són de gran transcendència, doncs tant el govern català com l'espanyol estan compromesos en eliminar el dèficit de despesa pública sanitària tant catalana com espanyol amb l'Europa Social. Això no ha donat pas a que s'iniciï el debat de com corregir el dèficit de despesa pública sanitària de Catalunya amb la mitjana de la UE-15.

Les possibles fonts per finançar el dèficit

Per desgràcia el debat necessari que ha de tenir lloc a la nostra societat per cobrir el dèficit sanitari s'ha iniciat prematurament amb la discussió dels mèrits i desmèrits del copagament d'1 euro per visita, mesura que a més de ser insatisfactòria com recaptatòria de fons (com mostraré més endavant en aquest document), és percebuda per amplis sectors de la població com penalitzadora dels grups més vulnerables i que utilitzen els serveis sanitaris més freqüentment com són la gent gran i les persones amb malalties cròniques, cosa que explica la impopularitat d'aquesta mesura entre les classes populars. Aquest debat, d'altra banda, ha tingut components positius, fent-nos ser conscients de la gran importància dels temes de finançament de la sanitat pública a Catalunya.

És obvi que la majoria de reformes en un sector tan important com el sanitari (que representa el 32% del pressupost de la Generalitat) crearan resistències. Les propostes que puguem fer seran populars en alguns sectors i impopulars en d'altres. Quan es diu per part d'algunes figures polítiques que el govern hauria de prendre mesures encara que foren impopulars, crec que la pregunta que s'ha de fer és "impopulars entre quins grups i entre quins interessos?". No s'ha d'oblidar que el que pot ser molt impopular en certs sectors pot ser popular en d'altres i viceversa.

Havent dit això, passo a analitzar breument les diferents possibilitats que veig per aconseguir fons per al sistema públic català de salut i que deriven 1) *d'augmentar l'eficiència del sistema*, 2) *de l'augment de fons de l'Estat espanyol a la Generalitat de Catalunya*, 3) *de l'establiment d'impostos indirectes finalistes*, 4) *del pagament directe per part dels usuaris* i 5) *de majors fons públics procedents de la Generalitat*. Abans de fer aquesta presentació vull agrair a Idescat, al Eurostat, i a les àrees d'estadística del Servei Català de la Salut, del ICS i de la Conselleria d'Economia del govern de la Generalitat per l'ajuda oferta en l'obtenció de dades que requeria per a fer aquest estudi. Voldria aclarir, però, que l'elaboració i interpretació de les dades és tan sols meva i de cap manera representa la postura de cap d'aquelles agències.

1. Reformes a llarg i mig termini. Fons derivats de la major eficiència del sistema

1.1 Farmàcia. Crec que hi ha quasi consens en que el percentatge de despesa farmacèutica dins de la despesa sanitària a Catalunya, un 24%, és del tot, excessiva. És una de les més altes de la UE-15. La

despesa pública en farmàcia es calcula que serà l'any 2004 de 1.562 milions d'euros (d'un total de despesa pública sanitària de 6.513 milions d'euros). I continua creixent en termes exagerats (és alentador, per cert, que durant els darrers sis mesos ha augmentat només un 5%, menys que la mitjana anual de l'últim any que va ser del 12%). De mantenir un creixement al voltant d'un 7% per tot l'any, implicaria estalviar 75 milions d'euros. Aquestes xifres mostren el que tots podem estar d'acord fàcilment. La font d'ingressos resultat d'una política més racional de farmàcia és considerable. Si enlloc d'un 24% ens gastéssim un 16% (la mitjana de la UE-15) ens hauríem estalviat aquest any *uns 520 milions d'euros*. L'estalvi acumulatiu és enorme. En realitat, no hi ha cap intervenció pública que el govern pogués prendre que generés tants recursos com la reducció de la despesa farmacèutica a nivells més lògics i racionals. I en canvi, no és un tema que tingui gran visibilitat mediàtica. Comparat amb ella, el famós copagament d'1 euro per visita generaria només 52 milions d'euros. Aquest punt demostra que visibilitat mediàtica i importància d'una intervenció no estan correlacionats. Sóc conscient de l'argument utilitzat per la indústria farmacèutica que l'alt percentatge que la despesa farmacèutica representa sobre la despesa sanitària pública es deu a que aquesta despesa sanitària pública és molt baixa, cosa que és una resposta insuficient per a explicar l'elevat percentatge que la despesa farmacèutica té sobre la despesa pública sanitària. En realitat, la despesa pública farmacèutica representa un 1,27% del PIB, un dels percentatges més elevats de la UE-15 (la mitjana de la UE-15 és de 0,94% del PIB). És més, el creixement de la despesa farmacèutica ha estat la més alta de la UE-15 en els darrers 5 anys. És urgent i imperatiu que s'incideixi tant en la cultura prescriptiva dels metges com en la política distributiva dels fàrmacs a través de les farmàcies per a reduir aquest enorme cost sense perjudicar, en absolut, la qualitat de la prescripció. De nou, recordant el punt que he indicat al començament; aquestes mesures poden crear

resistències entre certs col·lectius i interessos però portat bé, poden ser mesures populars entre la majoria de la ciutadania. És més que preocupant que mesures tan lògiques i raonables, àmpliament acceptades a altres països, com és establir els preus de referència dels fàrmacs (que han tingut un impacte immediat en reduir la taxa de creixement de la despesa sanitària farmacèutica juntament amb altres mesures adoptades pel nou govern català), no hagin estat aprovades pel govern espanyol i pel govern català fins l'any passat, vint-i-cinc anys després de que la democràcia s'establís al nostre país! Aquest fet diu molt sobre el poder excessiu que tenen alguns grups econòmics en el nostre sector sanitari. No cal dir que el govern de la Generalitat no te potestat per a definir els preus dels fàrmacs, però pot fer pressió per a que el govern espanyol ho faci. I pot també prendre mesures (com ja està fent) en la racionalització de la despesa farmacèutica.

1.2 Atenció primària. Crec que també hi ha consens en que l'atenció primària hauria d'atendre entre el 85 i el 96% de la demanda sanitària, prevenint l'excessiva utilització hospitalària, que és causa, en part, de les deficiències de l'atenció primària i que s'inicia en una excessiva utilització del sistema d'urgència, el punt d'entrada en el sistema hospitalari per a un elevat percentatge de pacients. Això és un gran error, no tan sols sanitari, sinó també econòmic. L'hospital, a més de ser molt car (un dia hospitalari costa com a mitjana 287 euros que és també el que costa un hotel de cinc estrelles) és perillós per a la ciutadania i també, per cert, per als professionals, treballadors i empleats. Aquests últims han d'estar a l'hospital; és part del seu compromís professional. Ara bé, per a molts pacients no és el lloc on haurien d'estar. Molts d'aquests pacients (s'ha calculat quasi un 18%) no haurien d'estar allí; haurien d'estar a casa seva (sota atenció domiciliària) o en una altra institució més còmode i més econòmica o sota l'atenció del centre d'atenció primària que hauria de

proveir una atenció continuada que es basés en una complicitat entre el pacient i l'equip d'atenció primària. Aquest últim hauria d'estar accessible un número superior d'hores al dia sense excloure que molts estiguessin accessibles les 24 hores del dia. Em consta que la Conselleria té aquest compromís. Això requerirà una inversió molt notable, cosa que s'ha iniciat ja per part de la Conselleria de Salut que ha deixat molt clar que l'atenció primària serà una àrea prioritària en el Servei Català de Salut. Com a part d'aquesta prioritat cap a l'atenció primària s'ha de millorar la relació i fluïdesa entre l'atenció primària i l'hospitalària (secundària i terciària). Aquesta major comunicació evitarà les enormes duplicacions de laboratoris i tests que es produeixen com a conseqüència de la manca de comunicació entre els dos nivells d'atenció. La digitalització de la informació sanitària permetrà uns grans estalvis.

1.3 Atenció Hospitalària. Aquesta prioritització al sector d'atenció primària no pot ni ha de entendre's com una manca d'atenció cap als hospitals que continuaran tenint una gran importància dins del sistema. El gran creixement de la demanda pels serveis sanitaris, un procés irreversible, degut a l'augment de la població, d'un augment de l'esperança de vida i del número de persones grans i un augment de les expectatives de la població s'ha de canalitzar cap a l'atenció primària enlloc de cap a l'hospital que avui consumeix un percentatge molt elevat dels recursos sanitaris. L'equivalent a 8 persones de cada 1000 van a l'hospital, consumint més del 62% de tot el pressupost sanitari. És també a l'hospital on han de fer-se gran quantitat d'intervencions que poden millorar l'equitat així com l'eficiència del sistema. Un dels temes que contribueixen més a les ineficiències i inequitats dins del sistema hospitalari és precisament la relació entre la medicina privada i la pública, un tema tabú en el discurs sanitari i mediàtic, a pesar de ser un tema clau per al

tema del que parlem. De la mateixa manera que no s'entendria que els capatassos de la Ford treballessin per la Ford pel matí i per la General Motors per la tarda, no es pot afavorir un sistema en que molts metges (incloent caps de servei) treballin pel matí per a la pública i per la tarda per a la privada, tal com està passant en el nostre sistema, situació que és fins i tot més criticable quan la privada existeix en la pròpia pública proveint serveis que es proveeixen també en la pública. Hi ha més d'un hospital públic a Catalunya en que si el pacient va pel matí als serveis públics se l'indica que pot trigar sis mesos per a operar-se, per exemple, de cataractes, però si desitja que el visiti el mateix metge per la tarda a la seva visita privada (dins del mateix hospital públic) poden intervenir-lo en dues setmanes; i tot això en el quiròfan i en els serveis públics. El nou Govern ha de desincentivar aquest sistema per ser ineficient i no equitatiu i per representar unes despeses addicionals al sector públic, desviant recursos públics cap els serveis privats. Crec necessari un *compromís amb la millora del sector públic sense excloure, naturalment, la cooperació amb el sector privat que ha de complementar-lo, sense substituir al sector públic*. I com sector públic incloc naturalment tant el ICS com el sector concertat. De la mateixa manera que Catalunya ha d'anar cap a una escola única pública (sigui aquesta de la xarxa pública o de la xarxa concertada) a Catalunya hem d'anar també cap a un sistema sanitari únic, sigui aquest de la xarxa pública sigui de la xarxa concertada. Aquest desenvolupament és essencial per raons tant d'equitat com d'eficiència. Aprofito per assenyalar que l'experiència internacional mostra que els ciutadans poden (i han de) tenir la possibilitat d'escollir sense que això indiqui que s'hagi d'introduir mercats dins del sistema sanitari i que els proveïdors poden (i han de) ser incentivats per respondre d'una manera desitjada per les polítiques sanitàries sense necessitat tampoc d'introduir mercats. La mercantilització de la sanitat ha estat en els llocs que ha existit una experiència molt negativa. EEUU, país

que conec bé doncs hi he viscut durant 38 anys, és el millor exemple del que indico. La despesa sanitària total dels EEUU representa el 14% del PIB; la despesa pública sanitària el 7,2%; el 14% de la població no té cap sistema de cobertura sanitària, 30.000 persones moren a l'any per manca d'atenció sanitària (com ha documentat el prestigiós Institute of Medicine); el 64% de la població està molt insatisfeta; i un ciutadà dels EEUU té menys capacitat d'elecció que un ciutadà suec. Suècia, per cert, gasta un 8,4% del PIB en sanitat pública. Catalunya, recordin, només un 5,1% del PIB.

Tornant a la relació públic-privat crec que l'hospital públic ha de competir amb l'hospital privat en temes tan importants com confort, aspecte hotelier, capacitat d'elecció, mantenint la qualitat professional i riquesa tecnològica que el sistema públic ja té. Les queixes de la ciutadania (i que tenen tota la raó) és manca de temps de veure el metge, massa temps d'espera per laboratoris i intervencions, falta d'accessibilitat i altres components que han de millorar i ser fins i tot millors que l'hospital privat. Però això requereix uns recursos més grans, una inversió més forta que permeti entre d'altres canvis, una dedicació més intensa dels professionals al sector públic. En els serveis mèdics de Hopkins, considerats els millors dels EEUU, hi ha una expressió àmpliament utilitzada "treballar per Hopkins és com estar en estat". De la mateixa manera que no pots estar mig encinta no pots estar a mig temps amb Hopkins. Crec que hi ha massa professionals en posicions de definir i afectar la productivitat en el sistema que, per utilitzar la terminologia de Hopkins, estan mig encinta, és a dir, que combinen lo públic amb lo privat. Crec que s'ha d'augmentar la productivitat dels sector públic incentivant plena dedicació i amb una major utilització dels recursos públics. No és aconsellable aquesta dicotomia pública-privada que està danyant a la sanitat pública. Dir això no vol dir, que la pública no

es beneficiï de contractes amb la privada per provisió de bens i consums, però s'ha d'incentivar la màxima utilització de la pública.

1.4 Serveis Sociosanitaris. Catalunya es gasta 196 milions d'euros en serveis sociosanitaris. El repte més important que té avui la societat catalana és el desenvolupament de les infraestructures socials que ajudin a la dona a integrar-se al món del treball (veure Navarro, V. "Mujer, Política y Desarrollo", *El País* 23 de juliol del 2004), i que ajudin a les famílies a tenir cura de les persones dependents.

El desenvolupament d'aquests serveis (incloent els serveis de dependència) tindrien un enorme impacte en el sector sanitari i molt en especial en els serveis sociosanitaris que fan més una funció social que sanitària. Per fi s'ha iniciat un debat molt important a Espanya sobre el finançament d'aquests serveis (veure Jiménez, A. *El futuro de la Seguridad Social* a Navarro, V. (director) *El Estado del Bienestar en España*, www.vnavarro.org) que tindrà gran impacte en el finançament del sector sanitari. Gran quantitat de serveis sociosanitaris poden ser transferits als serveis socials. És més, personalment jo, aconsello que aquesta transferència tingui lloc, no solament per raons econòmiques sinó també per raons sanitàries. No és bo que es medicalitzin problemes socials.

Per desgràcia, els serveis socials d'atenció a la dependència estan molt poc desenvolupats a Catalunya. El percentatge de població per sobre dels 65 anys coberta, per exemple, pels serveis d'atenció domiciliària és a Catalunya de tan sols el 1,3% (segons dades del IMSERSO de l'any 2002) que és el més baix d'Espanya. Espanya, alhora, té el percentatge de persones més grans de 65 anys cobertes per aquests serveis públics d'atenció domiciliària, 2,07% més baix que la UE-15. Com a contrast, els països de tradició

socialdemòcrata tenen uns percentatges molt més elevats (Dinamarca 24%, Suècia 17%, Finlàndia 12%) facilitant que tinguin els percentatges de dones en el mercat de treball més alts (77% a Suècia, 75% a Dinamarca i 72% a Finlàndia, Espanya només té el 42%). Però fins i tot països de tradició conservadora com Holanda, Anglaterra, França i Alemanya tenen uns percentatges de cobertura més elevats que Espanya i que Catalunya (9,5%, 5,5%, 6,2% i 3% respectivament. Veure Quiroga, A. “La cura social de la gent gran a Catalunya”, a Navarro, V. (director) *L'Estat del Benestar a Catalunya*, 2003, a www.vnavarro.org).

Per aquesta raó (facilitar la integració de la dona en el mercat de treball) els establishments polítics, empresarials, financers i mediàtics del país haurien de veure el desenvolupament dels serveis d'atenció a la dependència com una gran inversió, tan important, per exemple, com establir el quart cinturó de Barcelona o l'AVE Madrid-Barcelona. Si Catalunya tingués el percentatge de dones en el mercat de treball que té Suècia, tindria aproximadament 800.000 treballadores més, creant riquesa i pagant impostos. D'aquí la gran importància i urgència per desenvolupar aquests serveis l'impacte econòmic dels quals sobre el sector sanitari així com sobre la qualitat de les famílies (i de les dones) serà enorme.

Tal com he dit abans, el finançament d'aquests serveis serà un tema de gran debat. Les tres vies que existeixen són bàsicament:

1. L'assegurança privada, que és a del tot insuficient per cobrir els costos de provisió d'aquests serveis. Fins i tot els EEUU, el país de l'assegurança privada de la sanitat, finança públicament la provisió d'aquests serveis a través del programa federal *Home Care Services* de *Medicare*.

2. L'assegurança pública a través del Sistema de la Seguretat Social, via seguida principalment per països de tradició cristianodemòcrata o conservadora (que coincideix que tenen també un percentatge de cobertura menor de la població gran per aquests serveis).

3. Per fons públics procedents del govern central, comunitat autonòmica, municipis i els propis usuaris, tal com han escollit els països escandinaus, que tenen també uns percentatges de cobertura major.

A Espanya és probable (per raons polítiques) que es segueixi la via 2, encara que hauria de considerar-se la via 3 com a mesura complementària. Sense excloure tampoc la via 1 per a elements molt puntuals, encara que molt minoritaris. No cal dir que és probable que existeixin grans pressions econòmiques i financeres per a que s'esculli la via 1, que l'experiència internacional mostra (veure EEUU) ser molt insuficient. Això també aplica a la suposadament privada medicina dels EEUU. La complexitat i manca dels serveis sanitaris és tal que avui la medicina privada no es pot sostenir. La gran majoria de fons dels centres mèdics més importants dels EEUU estan finançats predominantment per fons públics.

Aquest dèficit de l'atenció a la dependència és doblement preocupant, doncs mostra que la població està envellint més ràpidament que la de la UE-15 i té ja un percentatge de la població envellida major que la mitjana de la UE. El quadre 8 mostra l'evolució del percentatge de la població per sobre de 65, 70 i 80 anys a Espanya i a la mitjana de la EU-15 durant el període 1975-2000. Podem veure que Espanya ha passat de tenir uns percentatges baixos en aquests grups etaris (més baixos que la UE-15) a tenir percentatges més alts que la mitjana de la UE-15 pels grups per sobre de 65 i 70 anys, i iguals pel grup per sobre dels 80 anys. Així l'any 2000 el percentatge de la població en els grups per sobre dels 65, 70 i 80 anys eren 16,6%, 11,3% i

3,6%. El quadre 9 mostra també com les projeccions d'esperança de vida (tant per homes com per dones) per al període 2000-2050 mostren un creixement major per a Espanya que per a la mitjana de la UE-15. D'aquestes dades dels quadres 8 i 9 s'ha de concloure que el percentatge de cobertura dels serveis domiciliaris és excessivament baix.

Aquest envelliment tindrà també una gran repercussió en altres dimensions dels serveis socio-sanitaris i sanitaris, que significaran una major demanda de serveis, amb la consegüent necessitat d'augmentar substancialment la despesa sanitària, socio-sanitària i social. Aquest creixement, que és inevitable, no té perquè suposar la inviabilitat de l'estat del benestar o de la sanitat pública. Podem veure com Suècia, país de tradició socialdemòcrata, ha tingut durant tot el període 1975-2000 uns percentatges de població en aquests grups etaris molt més alts que Espanya i que la UE, 17,8% (més de 65 anys), 13,4% (més de 70 anys) i 5,1% (més de 80 anys) sense que el tema de viabilitat de l'estat del benestar o de la sanitat pública sigui un tema de gran projecció mediàtica o política en aquell país. Suècia es gasta un 8,2% del PIB en sanitat pública i un 32% del PIB en protecció social sense que això impliqui ni una crisi de viabilitat del sistema ni un obstacle per a la seva eficiència econòmica, sent Suècia un dels països més competitius (i més globalitzats: la suma d'importacions i exportacions sobre el PIB és el més alt de la UE-15) durant el període 1975-2000.

Aquestes observacions no estan fetes amb la intenció de posar a Suècia (o a qualsevol altre país) com modelo. Catalunya i Espanya haurien de desenvolupar el seu propi model. *Ara bé, és impossible que Catalunya pugui convergir amb Europa i pugui respondre a les enormes necessitats de la població, incloent el seu envelliment, responent alhora a les legítimes expectatives de la ciutadania, per a tenir un sistema d'alta qualitat i confort, amb la despesa pública tan baixa.*

El nivell de creixement de la despesa sanitària i social és una variable política – depèn dl que la ciutadania desitgi. No es pot, per altra part, repetir – com constantment es fa- que l'economia no ho permeti. Altres països econòmicament més exitosos que nosaltres ho han fet.

1.5 Serveis de salut pública. Aquests serveis han estat considerats injustament com la ventafocs d'un sector sanitari, excessivament medicalitzat. En realitat, les mesures més rentables econòmicament són les mesures preventives. Un exemple; tenir cura del càncer de pulmó li va costar al govern federal dels EEUU el 1985 17 bilions de dòlars (bilions americans). L'any 2002, va costar 12 bilions de dòlars (i això a pesar de l'augment de la població) resultat de les polítiques antitabaquistes del govern federal (que va convertir els fumadors en allò que alguns ha definit com una de les minories més perseguides als EEUU). En aquest aspecte és també molt alentador que el govern català hagi definit la salut pública com una de les àrees més prioritàries del govern. I tindrà repercussions també en quant a estalvis.

2. Reformes a curt termini

Totes aquestes reformes que he citat i moltes altres han de fer-se. El problema, però, és que els ingressos que d'aquestes es derivin no apareixeran immediatament. Les reformes porten el seu temps, dons hi ha resistències que vèncer, però crec que la voluntat política expressada per aquest nou govern és clara: s'ha de reformar el sistema sanitari per a millorar-lo. Resistències d'interessos creats no poden paraitzar el

canvi. Però el govern no pot estar esperant els fons que es generin d'aquestes reformes sense incidir en altres àmbits. D'aquí que s'hagin de buscar fons de manera immediata cosa que ens porta a les reformes a curt termini i que inclouen

2.1 Petició dels fons que l'Estat deu a la Generalitat en els capítols de

2.1.1 Incapacitat temporal, deute que ascendeix (del 2002 al 2004) a un total de 134 milions d'euros.

2.1.2 Cohesió social, que inclou els fons que es deuen a la Generalitat de Catalunya per pagar els serveis proveïts a persones d'altres CCAA i d'altres països, i que ascendeix a uns 50 milions d'euros l'any, havent rebut tan sols 12 milions d'euros. Hi ha un dèficit, per tant, de 38 milions d'euros que es deuen a la Generalitat de Catalunya. D'aquesta xifra s'haurien de deduir els pagaments a altres CCAA per atendre a catalans fora de Catalunya.

2.1.3 Pagament per cobrir despeses per a estrangers, que viuen en aquest país i que no han estat contabilitzats en la preparació de pressupostos. Aquesta xifra es calcula és d'unes 299.614 persones que reben atenció sense que la Generalitat rebi fons per això. Els fons deguts per aquesta població serien de 271 milions d'euros, de nou una quantitat més que respectable, de la que tindríem que deduir, naturalment, el pagament que la Generalitat deu a altres països per l'atenció que proveeixen als catalans que viuen en ells, sent aquest número molt menor que el d'estrangers que viuen a Catalunya.

2.1.4 Correcció del pagament per persona per a incloure el superior nivell de vida a Catalunya, i que permeti homologar la quantitat rebuda per persona a Catalunya a la rebuda en d'altres CCAA. El fet de que l'índex de preus de Catalunya és superior (un 7,3%) a la mitjana d'Espanya, vol dir que la quantitat que la Generalitat rep de l'Estat, que és aproximadament la mateixa per a cada persona (ajustada per l'edat) discrimina a les persones que viuen a Catalunya doncs aquest quantitat fixa té menor capacitat adquisitiva a Catalunya que en d'altres CCAA i que el la mitjana d'Espanya. D'aquí que la xifra per persona que Catalunya rep de l'Estat hauria d'augmentar-se un 7,3% per a que la quantitat que rebem fos a la pràctica homologable a la que reben la mitjana de les CCAA. Si així es fes, tindríem un augment de 369 milions d'euros (en l'any 2004) (veure quadre 10).

S'ha d'afegir a tot això el fet documentat de que a major nivell de vida existeix un major nivell d'exigència que de no respondre estimula la fugida de la ciutadania al sector privat debilitant al públic. Hem d'entendre que l'Estat del benestar a Europa és resultat de l'aliança de la classe treballadora amb les classes mitjanes dissenyant un estat del benestar on les classes mitjanes es trobin còmodes, cosa que exigeix una major despesa pública. De no ser així, les classes mitjanes de renda alta van a la privada i les classes mitjanes de renda baixa i la classes treballadora (les classes populars) van a la pública, polarització que empobreix sempre la pública. És enormement important per el reforçament de la qualitat dels serveis sanitaris que els serveis responguin a les creixents expectatives de la població. En aquest aspecte, les CCAA més riques són les pioneres en aquest experiment d'integració

multiclassista. *El cafè per a tots* en temes de donar la mateixa quantitat per persona (independentment del nivell de preus de les CCAA) discrimina Catalunya doncs paga menys quantitat per persona, amb la qual cosa, dificulta encara més assolir les expectatives d'amplis sectors de la població. La situació empitjora encara més quan, en realitat, no es dona a Catalunya la quantitat per persona protegida degut a que moltes persones no estan comptabilitzades (veure punts 2.1.2 i 2.1.3).

2.1.5 Transferències de la titularitat del patrimoni de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya. Per estrany que sembli (i ho és molt) el fet és que les CCAA gestionen uns recursos públics que no posseeixen. M'estic referint a les institucions dels edificis i equipaments de la Seguretat Social que no s'han transferit al Sistema Nacional de Salut i a les CCAA. Aquesta situació és preocupant per dues raons. Una és que la transferència d'aquests recursos a la Generalitat augmentaria considerablement el seu patrimoni, dada important que té implicacions financeres. I un altre punt és que el sistema de propietat existent avui no està correspost per una dedicació al seu manteniment amb la qual cosa l'Estat és responsable, en part, del deteriorament d'aquest equipament. Catalunya pateix especialment degut a l'elevat número d'hospitals del ICS que tenen més de trenta anys (*veure quadre 11*). La Generalitat hauria d'exigir que l'Estat espanyol invertís en aquells que són propietat de l'Estat, ICS, per a modernitzar-los abans de transferir-los a la Generalitat. S'ha calculat que les necessitats d'inversió addicional per actualitzar les infraestructures dels centres del ICS significarien *820 milions d'euros* dels quals l'Estat central hauria de contribuir a un percentatge elevat per haver estat hospitals de la seva potestat (hospitals ICS).

2.1.6 Recuperació de fons d'altres institucions; que no s'han realitzat amb la intensitat que deurien pels assegurats que pertanyen a MUFACE, MUGEJU i ISFAS (bàsicament companyies d'assegurances privades dels funcionaris i també dels jutges i forces armades) que al ser coberts en el servei català de la salut haurien de ser compensats per part del consum sanitari realitzat per aquests col·lectius i que avui no s'està fent. El nou govern hauria d'exigir a aquestes mútues privades i a les Forces Armades que paguin el que consumeixen del servei català de la salut. No es té encara una estimació total del cost que aquesta manca de compensació suposa.

2.2. Impostos indirectes

2.2.1 Hidrocarburs. Quan analitzem aquesta font veiem les limitacions que totes les CCAA tenen per obtenir recursos a través de la vida impositiva. La declaració de que Espanya és un dels països més descentralitzats avui a Europa no es correspon amb la realitat. En realitat, la Generalitat té escassa potestat per apujar els impostos indirectes. Un dels pocs sobre el que té potestat és el cas dels hidrocarburs, cosa que farà a partir del 1er d'agost. Són 2,5 cèntims per litre que recolliran al voltant de *52 milions d'euros*. Aquest impost que s'ha dut a terme també a Galícia, Madrid i Astúries, és justificat

per ser un impost ecològic sobre un producte de consum que a Catalunya és un dels més barats a Espanya – la quarta CCAA a Espanya on és més barat- sent Espanya, alhora, el país que te la benzina més barata d'Europa després de Grècia.

2.2.2 El tabac. Un impost que te gran capacitat recaptatòria és l'impost sobre el tabac; producte nociu que s'ha de desincentivar el seu ús per tots els mitjans possibles. Un impost alt desincentivaria a que els joves el consumissin prevenint una de les epidèmies majors existents entre les dones joves: la del càncer de pulmó. Tan sols en 7 anys he perdut a dos excel·lents professors del meu departament de 30 docents a la UPF degut al càncer de pulmó. Les dues eres fumadores. Catalunya rep 426 milions d'euros degut a l'impost del tabac. Si s'apugés l'impost del tabac, un 10%, Catalunya rebria 533 milions d'euros, és a dir, *106 milions d'euros* més dels que rep ara (*veure quadre 12*), una quantitat molt significativa que podria contribuir molt significativament a la reducció del dèficit sanitari. D'aquí que aquesta mesura, que beneficiaria a totes les CCAA (que també pateixen dèficits considerables) seria una mesura a considerar molt seriosament i que si es fa com impost finalista seria popular. En un recent referèndum en l'estat de Califòrnia, EEUU, una proposta similar es va fer a la ciutadania i va passar per àmplia majoria (incloent entre els fumadors).

2.2.3 Alcohol. Un impost diferent és el del alcohol. Aquí em de tenir cura i diferenciar l'alcohol del tabac. En contra del que passa amb el tabac, l'alcohol en quantitats moderades és sa. No així el tabac. D'aquí que no es puguin posar junts sota el mateix cistell dels impostos indirectes aquests dos

productes que històricament es posaven junts sota el títol d'impostos sobre "el vici", un criteri excessivament moralista, que no hauríem d'utilitzar. El licor, en canvi, sí que es danyí per a la salut. Per altra part, excessos de consum d'alcohol que determinen accidents i altres danys a tercers, haurien de penalitzar-se, exigint al bebedor part del pagament dels serveis sanitaris consumits, deguts al seu comportament poc cívic. Augmentant un 10% dels impostos sobre alguns tipus d'alcohol aconseguiríem al voltant d'uns *21 milions d'euros (veure quadre 12)*.

2.2.4 Joc d'atzar. Un altre impost pot ser el del joc d'atzar (com ara el bingo i els casinos). És un altre dels impostos que s'han catalogat històricament com impostos sobre el vici, que l'any passat va aconseguir *288 milions d'euros* i que principalment van al departament del benestar, una departament que necessita més recursos. No hem d'excloure la possibilitat d'incrementar aquests impostos amb un objectiu finalista de recuperar les despeses comportades amb la prevenció de l'addicció a aquests jocs, però les quantitats són molt menors.

2.2.5 Reducció del IVA. Un altre sistema a considerar és la reducció del pagament del IVA que realitzen les institucions sanitàries en la seva compra de bens i serveis i que en cas de reduir-se passant d'un 14% a un 4%, com passa per algunes institucions educatives, podria suposar un estalvi de *54 milions d'euros*.

2.3 Sistemes de recaptació basats en els pagaments directes per part de l'usuari

El que ha centrat el debat aquests dies ha estat el copagament d'1 euro que podria fer-se per visita o per recepta. En el primer cas, pagament per visita, *generaria 53 milions d'euros* (53.832.044 euros, basats en 41.868.008 visites a l'atenció primària i 11.964.036 visites a les consultes ambulatòries especialitzades) (*veure quadre 13*). No cal dir que exigir 1 euro per visita reduiria alguna cosa el consum de serveis amb la qual cosa la quantitat de diner recaptat seria una mica menor i 53 milions és una quantitat menor per cobrir. Si el pagament d'1 euro es fes per recepta enlloc de per visita, aleshores els fons recollits sí que serien considerables, *116 milions d'euros* (basats en xifres com en el cas anterior, de l'any 2003, en que el número de receptes d'aquell any va ser de 116.145.306) (*veure quadre 14*). Aquesta quantitat ja és una quantitat molt significativa.

Quins són els desavantatges d'aquests copagaments? La resposta immediata és que desincentiva la utilització de serveis, en el primer cas, i de fàrmacs en el segon cas. I encara que això podria considerar-se com un objectiu legítim per desanimar la sobreutilització de serveis o de fàrmacs, no hi ha evidència de que aquesta sobreutilització o abús sigui una pràctica generalitzada. El número de visites al metge per persona i el número de fàrmacs per pacient és força semblant a la mitjana de la UE-15. És més que probable que tal abús existeixi per part de grups selectius, però seria un error penalitzar a tota la població per resoldre el problema creat per una minoria. Hi ha altres tipus d'intervencions més eficaces per eliminar aquest abús minoritari.

L'altre inconvenient del pagament per servei d'1 euro, és que les despeses administratives per gestionar tal pagament poden ser considerables, despeses que ningú ha calculat, i que naturalment, haurien de deduir-se dels 53 milions obtinguts a través d'aquesta via. L'inconvenient major, però, és que tal mesura podria penalitzar les persones que necessiten més l'atenció sanitària com ara la gent gran i les persones amb malalties cròniques així com persones amb pocs recursos. S'ha de tenir en compte que el 52% de les llars a Catalunya expressen tenir dificultats per arribar a final de mes. I és molt probable que les persones que més necessiten dels serveis sanitaris estiguin en aquest col·lectiu.

Aquestes reserves anunciades pel pagament d'1 euro per visita, apliquen encara més al pagament d'1 euro per recepta. D'aquí que les dues mesures siguin impopulars (sobretot entre les classes populars). Hi ha un principi arrelat entre la població i molt en particular entre les classes populars, de que no és just que les persones que necessiten més el sistema sanitari siguin també les que paguin més. És part de la cultura ciutadana que la salut i la sanitat no haurien de ser uns bens de consum com podrien ser pomes o bicicletes. D'aquí que és condició fonamental, per a que aquestes mesures siguin equitatives o es percebin com tal, és que en el cas de que es fessin s'haurien de prendre mesures per no penalitzar les persones que més necessiten dels serveis sanitaris.

Existeix una dimensió del sistema de copagament per visita d'1 euro que no ha aparegut en el debat i que seria un factor al seu favor. Podria ser un sistema de comptabilitzar la utilització dels serveis. Avui no existeix un sistema que permeti tal comptabilitat degut a que la targeta sanitària no cobreix a tota la població. Aquesta situació explica l'atractiu d'aquest sistema de copagament entre alguns gestors sanitaris. Però podria desenvolupar-se altres sistemes de comptabilització diferents.

Una altra raó que podria donar-se per justificar el servei d'1 euro seria per estimular el flux desitjat de pacients aplicant aquest pagament només en els casos de les persones que no seguissin el flux desitjat. Per exemple, ho pagarien aquelles persones que anessin al servei d'urgències de l'hospital (per a casos no urgents) o a l'especialista sense abans passar pels serveis d'atenció primària. Aquesta és la justificació per al copagament que s'utilitza en molts països, tot i que per a ser efectiu el copagament hauria de ser més que 1 euro.

Uns altres sistemes de copagament són aquells que s'utilitzen sobre especialistes i altres serveis, situació que es dona en molts països. *Ara bé, s'ha de tenir en compta que els països que utilitzen sistemes de copagament són països que tenien ja una despesa pública sanitària elevada, sent aquest pagament complementari.* A Espanya i a Catalunya en el cas d'introduir-se, s'hauria de fer quan l'aportació pública fóra major del que ho és ara. Dir, com s'ha dit, que Suècia té uns copagaments de 4 euros (euros espanyols) per visita com a mecanisme de justificació per desenvolupar copagaments a Catalunya, és ignorar que en aquell país la despesa pública sanitària per capita és ja de 2.018 upc (la de Catalunya és de 1.131 upc). El copagament no ha de ser un mecanisme prioritari per a reduir l'enorme dèficit que tenim. No és aconsellable que es faci ara el sistema de copagament. Encara que podria ser aconsellable per noves prestacions (mesures que no discriminessin els usuaris més necessitats) i també com mecanisme regulador de fluxos penalitzant aquells usuaris que no utilitzen les vies normals d'utilització de serveis.

3. Fons públics de la Generalitat, la necessitat de canviar el sistema de finançament de la Generalitat

La font més important de finançament de la sanitat a Catalunya és i continuarà sent el govern de la Generalitat de Catalunya. En realitat, la baixa despesa pública sanitària comença ja i es basa i centra en la baixa despesa pública sanitària per habitant. Com he indicat al començament, la despesa pública sanitària per habitant del govern de la Generalitat va ser l'any 2003 de 884 euros, una de les més baixes d'Espanya (amb una mitjana de 903 euros) (*veure quadre 3*). Resultat de la sensibilitat social del nou govern, el pressupost de l'any 2004 (primer pressupost del govern tripartit) ha incrementat substancialment aquesta quantitat, 1.045 euros, passant a estar per sobre de la mitjana espanyola, 1.019 euros, un increment de quasi un 20% (un 18,2%) (*veure quadre 15*). De continuar aquesta taxa de creixement, revertirem el creixement del dèficit sanitari que hem experimentat des de l'any 1993, situació a la que he fet referència anteriorment. Aquest creixement requerirà la continuació de les prioritats establertes pel nou govern i que ha mostrat en el pressupost del 2004. Un interrogant és si podrà continuar aquest creixement de la despesa (que lamentablement no ha tingut projecció mediàtica, a pesar de la seva enorme importància) dins d'una política de creixement de la despesa pública (que es requereix per atendre les enormes necessitats social i d'infraestructura del país) encaixada per un pacte d'estabilitat que està dificultant seriosament la correcció dels dèficits tan notables que el nou govern ha heretat. Ara bé, l'altre problema greu és que l'increment tan notable es dilueix, en part, degut al sistema de finançament existent i que, per les raons citades (*veure cohesió social i estrangers*) subestima la quantitat servida pels serveis sanitaris. En teoria, la quantitat de 884 euors per persona per l'any 2003 i de 1.045 per l'any 2004 pren com mesura de la població 6.355.266 persones. Però la realitat és que l'any 2003 va haver a Catalunya 6.998.612 persones amb la qual cosa la despesa real per

capita va ser de 873 euros (menor fins i tot del citat anteriorment, 884, que era com ja he dit abans de les més baixes d'Espanya), mentre que el número real de persones cobertes pel sistema és de 7.141.968 a l'any 2004 amb la qual cosa la despesa sanitària per capita és de 926 euros, i aleshores, a pesar de l'augment tan substancial de la despesa pública sanitària, encara estem per sota de la mitjana d'Espanya, 1.019 euros (veure quadre 16). *D'aquí l'enorme urgència de que es canviï el sistema de finançament de la sanitat catalana per a que prengui la mesura real de la població. El sistema de finançament pactat pel govern anterior discrimina a Catalunya al no reconèixer la població real. D'aquesta reflexió es pot deduir que el creixement de la despesa pública per part de la Generalitat hauria de ser fins i tot major del realitzat aquest any 2004.*

4. El dèficit fiscal i els Impostos directes

En aquest article he subratllat, a grans trets, on es poden obtenir fons. Ara bé, és la meua convicció que aquests no seran suficients a no ser que s'augmentin els ingressos a la Generalitat (creixement que es donarà, en part, degut al creixement econòmic però que no serà tampoc suficient). Per això que crec que existeixen dues altres vies. Una és la correcció del dèficit fiscal, tema de gran importància. Ara bé, seria un error limitar el debat que ha de tenir lloc a Catalunya sobre el dèficit sanitari. Ens n'hem d'adonar de que el País Basc (amb un sistema tributari propi) va assignar l'any 2003, 990 euros per habitant només lleugerament superior a la mitjana espanyola, 903 euros. D'aquí que la resolució del dèficit fiscal sigui necessària però no és suficient. Es requereix un govern amb sensibilitat social (major que la del govern basc) que doni prioritat al

tema sanitari. Pensi's que si haguéssim tingut el sistema tributari vasc i el seu sistema de prioritats el govern de la Generalitat hauríem tingut 106 euros més per habitant, una xifra encara molt per sota del dèficit actual que tenim amb la UE-15, que és més de 482 upc. En realitat, extrapolant el dèficit fiscal que es va calcular l'any 1996 pels professors Castells i Bosch als pressupostos de l'any 2002, ens donaria un dèficit fiscal de 2.443 milions d'euros, que significaria (si es gastés el 34% en sanitat) uns 831 milions d'euros (*veure quadre 17*), que sent una quantitat molt important no és suficient per cobrir el dèficit amb la UE-15 que tenim.

D'aquí que en algun moment s'haurà de considerar l'augment d'impostos directes, sobre els quals la Generalitat de Catalunya te potestat per incrementar la posició que li correspon del IRPF. Aquesta mesura permetria plasmar el principi (que les enquestes mostren te un ampli recolzament popular) de que la sanitat hauria d'estar finançada segons el nivell de renda de les persones i proveïda segons les necessitats de la població. *En aquest aspecte, no es podrà convergir amb la UE sense convergir també en despesa pública social amb la UE.* El debat, per tant, no està en si la ciutadania haurà de proveir més fons o no. El debat està en que grups de la ciutadania pagaran més i altres menys i com ho faran, és a dir, si ho faran com pagament directe quan utilitzin els serveis (sent els *usuaris* els que generin els fons) o els *ciutadans*. El més equitatiu i el més eficient (s'aconsegueixen molts més fons) és que siguin tots els ciutadans els que paguin, doncs tots es beneficien d'això. Si Espanya i Catalunya pagués el mateix percentatge d'impostos sobre la renda que paga la mitjana de la UE, Catalunya rebria 2.101 milions d'euros més, dels quals (33%) 693 milions anirien a la sanitat pública de la Generalitat (*veure quadre 18*).

Sóc conscient de que hi ha un recel per part de l'establishment polític al nostre país cap a l'expressió "augmentar impostos" (menys recel sembla expressar-se en augmentar copagaments o pagaments directes).

Aquesta visió tan generalitzada en els establiments polítics i mediàtics del país, de que la població està esgotada de pagar impostos o que hi ha una actitud generalitzada en tots els països en contra de pagar impostos que explica que hi hagi hagut un descens de la càrrega impositiva en tots els països no correspon a la realitat. Segons les dades del Eurostat (*Taxation in the EU from 1995 to 2001*, 13 June 2003) els impostos com percentatge del PIB han augmentat durant el període 1995-2003 en la majoria dels països de la UE-15 (incloent a Espanya i Catalunya). Dins d'ells, els impostos directes (que la majoria són impostos sobre la renda) com a percentatge de tots els impostos també han augmentat en la majoria de països de la UE, excepte Espanya, on han disminuït i això en part degut a les polítiques fiscals regressives del govern del PP recolzades per CiU. No és cert, per tant, el tan repetit eslògan de que en tots els països estan disminuint impostos i que per tant Catalunya o Espanya no pot augmentar-los perquè aniria contracorrent. Aquesta declaració és merament ideològica. La popularitat i impopularitat de pagar impostos depèn de si la població percep un avantatge o no en pagar-los i dels valors existents entre la població. En les darreres eleccions sueques la població va recolzar al partit socialdemòcrata que va proposar augmentar els impostos per expandir encara més el seu molt desenvolupat estat del benestar. El Partit Liberal, que va proposar la reducció dels impostos va ser enormement penalitzat degut a que la població va relacionar la baixada d'impostos amb la reducció de la despesa pública i el deteriorament dels seus serveis públics. El mateix ha anat donant-se en altres països. L'últim exemple és la Gran Bretanya on el Partit Laborista sota la direcció del Primer Ministre Tony Blair, ha anat perdent vots (molt en particular entre les classes populars) per fer propostes de reformes tributàries regressives, amb reducció d'impostos mentre que el Partit Liberal Demòcrata ha anat creixent electoralment d'una manera molt accentuada, proposant un augment dels

impostos per a millorar el molt deteriorat National Health Services. La gran majoria d'enquestes a Europa mostren que la gran majoria de la ciutadania recolza el principi de que la contribució de la ciutadania al sosteniment de la sanitat hauria de fer-se segons el nivell de renda de la població. D'aquí que pràcticament totes les enquestes mostren que mentre que el 30-35% de la població de renda superior (un grup social amb enorme influència mediàtica i política a Catalunya i a Espanya) prefereix més baixar els impostos a millorar els serveis públics de l'estat del benestar, la preferència és a l'inrevés entre les classes populars (65-70% de la població de renda mitjana o inferior) que accentuen i escullen més el millorament dels serveis públics sobre la reducció dels impostos. D'aquí que en part la mesura i composició dels impostos i l'expansió de l'estat del benestar depèn primordialment de la tradició política del país reflectida en les relacions de poder de classe i altres dimensions de poder. L'evidència en aquest sentit és abrumadora per la seva consistència (Navarro, V., Schmitt, J. y Astudillo, J. "The evolution of the welfare state during the 90's in the globalized world" *Cambridge Journal of Economics*. Desember 2003). No és cert per tant la postura economicista de caràcter determinista que assumeix que en la mesura en que el país va creixent econòmicament el país també va seguint una tendència universal de finançament col·lectiu a finançament individual. Aquesta afirmació no s'ajusta a l'evidència empírica. Repeteixo que la configuració del finançament i de l'organització de la sanitat en un país no depèn primordialment del seu nivell de desenvolupament econòmic sinó de les variables polítiques (veure Navarro, V. "Why some countries have national health insurance, others have national health services and the US has neither", *Social Science and Medicine*, June 1987).

Existeixen moltes forces polítiques que s'oposen a l'augment de la despesa pública per afavorir l'assegurança privada, limitant el sector públic a la provisió de serveis bàsics, deixant gran part dels serveis a

l'assegurança privada. Aquesta dualitat, però, penalitza als grups més necessitats dels serveis que recorren al sector públic, mentre que la població amb menys necessitats és discriminada positivament per les companyies d'assegurances. Passa ja a Espanya. La població de MUFACE reflecteix aquesta situació. La majoria de persones que escullen l'assegurança privada, passen al sector de provisió pública quan envelleixen o tenen una malaltia crònica o costosa. No és cert tampoc que la satisfacció de l'usuari sigui major on l'assegurança és més extensa. Els EEUU, país de l'assegurança privada, és el país que té menor grau de satisfacció entre els usuaris de tots els països de la OCDE. En aquest aspecte l'experiència és ben clara. Aquells països que tenen sistemes sanitaris que es basen en majors proporcions en el finançament públic (que corresponen en general a països de tradició socialdemòcrata) tenen sistemes més eficients i més equitatius (veure Navarro, V. i Shi, L. The political context of social inequalities in health. *Social Sciences and Medicine* vol. 23, 2001). Aquests països es caracteritzen per tenir estats del benestar universals (i no assistencials) en els que els drets socials formen part dels drets de ciutadania. Aquesta universalització explica la seva enorme popularitat. Els serveis socio-sanitaris o serveis d'atenció a la dependència, per exemple, han de ser tant pels ciutadans de Pedralbes com els ciutadans de Nou Barris, les terres de l'Ebre i els Pirineus. Fer un tracte discriminatori segons classe social fa perdre recolzament popular a l'estat del benestar, veient-se els serveis com una cosa per tan sols un grup de classe social. Aquesta ha estat la situació en el nostre país en que amplis sectors no s'han sentit identificats amb el servei sanitari públic preferint els sistemes privats. Això és el que, sota la meua manera de valorar la nostra realitat, hauria de canviar a Catalunya, establint-se un sistema únic de gran qualitat i confort. Aquest és el repte del nou Govern.

Apèndix 1

Diferències entre la funció “malaltia” dels comptes de protecció social i el concepte de “despesa sanitària pública”

L'Institut d'Estadística de Catalunya ha publicat l'*Estadística de la protecció social a Catalunya 1991-2000*. Aquest estudi adopta la metodologia del Sistema europeu d'estadístiques de protecció social (Seepros) de Eurostat en el que l'apartat sanitari es recull en l'epígraf “Malaltia/Atenció sanitària”, definit com “manteniment de la renda i suport en efectiu a causa d'una malaltia física o mental, amb l'excepció dels casos d'invalidesa i atenció sanitària destinada a conservar, restablir o millorar l'estat de salut de les persones protegides”. Aquesta metodologia es basa en els serveis que es dediquen només a l'assistència directa al pacient, sense considerar qualsevol activitat aliena a aquest fet com pot ser la salut pública o la prevenció sanitària. Així mateix, inclou les despeses derivades de les prestacions per incapacitat temporal i altres subsidis i indemnitzacions. D'altra banda, els comptes Seepros, consideren la despesa d'assistència sanitària directa realitzada des del pressupost CatSalut/ICS, el pressupost del Departament de Salut, les mútues de previsió social i les mútues d'accidents de treball i malalties professionals.

En canvi, en el càlcul de despesa sanitària pública realitzat pel Departament de Salut, s'utilitza una metodologia similar a l'establerta per l'OCDE pel que fa a la despesa sanitària pública dels diferents països.

És a dir, en el cas de Catalunya, s'inclou el pressupost del CatSalut/ICS, del departament de Salut (salut pública), els ajuntaments, les diputacions, les mútues patronals d'accidents de treball, les mutualitats públiques (MUFACE; MUGEJU i ISFAS), etc.

Quadre1.Despesa per habitant en prestacions de la funció malaltia/assistència sanitària, en unitats de poder de compra.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Catalunya	748,0	823,0	867,0	881,0	891,0	945,0	976,0	983,0	1049,0	1136,0	
Espanya	742,4	807,0	832,3	817,1	832,7	891,4	908,4	918,2	1006,4 p	1070,3 p	1131,3 p
Unió Europea-15	:	:	1224,7	1260,0	1303,5	1349,1	1368,4	1427,0	1504,3 p	1617,1 e	1730,3 e
Bèlgica	1142,8	1307,9	1264,3	1285,9	1242,2	1364,1	1343,2	1398,2	1421,7 p	1476,8 e	1622,2 e
Dinamarca	997,2	1009,6	1086,2	1101,3	1149,8	1203,4	1239,4	1349,1	1432,3	1505,1	1536,5
Alemanya	1359,1	1533,7	1495,2	1603,9	1709,1	1740,6	1730,9	1752,7	1866,5	1989,6	2029,7 p
Grècia	446,7	506,4	542,8	580,5	612,4	640,5	680,9	723,0	821,4	969,2	994,4
França	1332,0	1409,2	1437,2	1460,2	1515,3	1563,5	1582,8	1649,1	1722,8	1886,2	2015,6 p
Irlanda	738,9	834,2	882,2	947,2	1045,6	1003,2	1132,8	1159,5	1299,7	1399,4	1609,6 p
Itàlia	1124,6	1144,0	1073,1	1062,8	1020,9	1085,2	1144,7	1206,2	1273,5	1423,9 p	1552,4 p
Luxemburg	1486,1	1631,6	1877,9	1772,2	1897,9	2078,7	2083,2	2106,0	2409,5	2472,1	2596,2 p
Holanda	1396,8	1512,1	1562,9	1537,7	1608,2	1586,0	1654,8	1762,3	1870,5	1898,2	2098,2 p
Àustria	1273,7	1356,6	1440,8	1517,2	1563,5	1637,5	1538,8	1599,1	1754,5	1786,1	1789,6
Portugal	521,6	573,7	667,1	768,5	849,0	736,4	811,8	857,3	933,1	962,5	1002,3 p
Finlàndia	1057,8	986,1	970,0	940,1	1003,8	1064,7	1091,5	1114,1	1163,9	1240,8	1333,8
Suècia	:	:	1377,9	1313,4	1344,7	1384,5	1465,6	1581,9	1724,2	1924,0	2018,9 p
Regne Unit	909,3	1016,4	1047,1	1075,2	1063,5	1150,6	1213,3	1320,5	1338,4	1460,6	1673,9 p

Font: Europa y UE: EUROSTAT, *New Cronos Database*. Catalunya: IDESCAT

p: dades provisionals

e: dades estimats

Navarro, V. I Quiroga, A., *La protecció social a Catalunya*, 2003 (www.vnavarro.org)

Quadre 2. Despesa en prestacions de la funció malaltia/assistència sanitària, com a percentatge del PIB.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Catalunya	5,0	5,4	5,6	5,6	5,3	5,2	5,1	4,9	4,9	5,1	
Espanya	6,0	6,4	6,6	6,4	6,1	6,2	5,9	5,8	5,8 p	5,8 p	5,9 p
Unió Europea-15	7,1	7,5	7,5	7,4	7,4	7,3	7,0	7,0	7,1 p	7,2 e	7,4 e
Bèlgica	6,8	7,4	6,9	6,7	6,3	6,7	6,2	6,3	6,3 p	6,1 e	6,5 e
Dinamarca	5,8	5,8	5,9	5,6	5,6	5,4	5,4	5,7	5,7	5,7	5,8
Alemanya	7,9	8,5	8,3	8,4	8,6	8,6	8,1	8,0	8,1	8,1	8,3 p
Grècia	5,0	5,3	5,5	5,6	5,6	5,5	5,7	5,7	6,0	6,8	6,8
França	7,6	7,9	8,2	8,2	8,2	8,3	8,2	8,2	8,1	8,2	8,3 p
Irlanda	6,3	6,6	6,7	6,6	6,6	6,0	5,8	5,6	5,6	5,6	6,1 p
Itàlia	6,7	6,6	6,4	6,0	5,5	5,6	5,7	5,7	5,7	6,1 p	6,4 p
Luxemburg	5,3	5,6	6,1	5,5	5,7	6,0	5,6	5,3	5,4	5,0	5,2 p
Holanda	8,5	8,9	9,1	8,5	8,3	7,8	7,6	7,5	7,7	7,5	7,8 p
Àustria	7,4	7,5	7,8	7,9	7,9	7,8	7,0	7,1	7,3	6,8	6,8
Portugal	5,4	5,6	6,3	6,8	7,3	6,0	6,0	6,2	6,4	6,6	6,6 p
Finlàndia	7,7	7,6	7,2	6,7	6,4	6,6	6,2	6,0	6,0	5,9	6,1
Suècia	:	:	8,6	7,8	7,6	7,4	7,5	7,8	8,1	8,4	8,9 p
Regne Unit	6,2	6,6	6,7	6,6	6,5	6,4	6,3	6,5	6,5	6,7	7,4 p

Fonts: Espanya i UE: Dades 1991-2000: EUROSTAT (2003), *European Social Statistics. Social Protection. Expenditure and Receipts. Data 1991-2000. Dades 2001: EUROSTAT, New Cronos Database. Catalunya: IDESCAT*

p: dades provisionals
e: dades estimats

Navarro, V. I Quiroga, A., *La protecció social a Catalunya*, 2003 (www.vnavarro.org)

Quadre 3. Dades de pressupost sanitari de CCAA 2003

Comunitats Autònomes	Servei de Salut (Inclòs ICS)	Departament de Sanitat	Consolidat del Departament i del Servei de Salut (1)	Població protegida (2)	Per càpita en € (1)/(2)	Per càpita en pessetes
Cantàbria	511.116.488	74.717.111	585.833.599	519.363	1.127,98	187.681
La Rioja	211.380.913	73.597.060	284.977.973	267.860	1.063,91	177.019
Navarra	576.185.183	10.908.774	587.093.957	553.555	1.060,59	176.467
Extremadura	936.573.702	68.840.442	1.005.414.144	1.001.864	1.003,54	166.976
Astúries	969.355.642	62.662.075	1.032.017.717	1.038.038	994,20	165.421
País Basc	1.419.190.400	618.853.900	2.038.044.300	2.057.407	990,59	164.820
Castella-Lleó	2.169.884.638	92.643.139	2.262.527.777	2.309.353	979,72	163.012
Castella-La Manxa	1.520.026.590	120.226.970	1.640.253.560	1.687.141	972,21	161.762
Aragó (*)		1.104.130.195	1.104.130.195	1.156.511	954,71	158.850
Galícia	2.320.017.179	61.587.864	2.381.605.043	2.594.936	917,79	152.707
Múrcia	1.003.481.572	42.468.518	1.045.950.090	1.161.531	900,49	149.829
Canàries	1.545.882.513	19.445.004	1.565.327.517	1.752.174	893,36	148.643
Catalunya	5.489.974.961	105.737.653	5.595.712.614	6.325.266	884,66	147.195
Madrid	3.905.166.857	664.525.080	4.569.691.937	5.181.717	881,89	146.734
Andalusia	5.762.651.104	391.906.256	6.154.557.360	7.014.695	877,38	145.984
València	3.152.760.140	119.513.990	3.272.274.130	4.146.926	789,08	131.293
Balears	655.736.833	23.104.288	678.841.121	879.172	772,14	128.473
Totals i mitjana CCAA			35.804.253.035	39.647.509	903,06	150.257

Xifres en euros

Font:

- (1) Informació facilitada per les Comunitats Autònomes.
- (2) Població protegida de l'any 2002. Ministeri de Sanitat i Consum.
- (*) pressupost prorrogat
- Ceuta i Melilla no s'inclouen per no tenir la sanitat transferida

Quadre 4. Relació pressupost sanitari de la Generalitat de Catalunya 2004 sobre el PIB

1) Pressupost CatSalut / ICS	6.501,75
2) Pressupost CatSalut / ICS i Departament Salut	6.615,88
Previsió PIB Catalunya 2004	147.912,00

xifres en milions d'euros

Percentatge Pressupost 1) / PIB	4,40%
Percentatge Pressupost 2) / PIB	4,47%

Fonts:

**Divisió de Recursos Econòmics del CatSalut.
Departament d'Economia i Finances**

Quadre 5. Estimació de la despesa sanitària pública sobre el PIB a Catalunya 2004

Pressupost CatSalut / ICS i Departament de Salut	6.615,88
Despesa sanitària pública a Catalunya, estimació	7.677,77
Previsió PIB Catalunya 2004	147.912,00
xifres en milions d'euros	
Despesa sanitària pública a Catalunya / PIB	5,2%

Nota metodològica: No disposem de la xifra actualitzada del total de despesa sanitària pública a Catalunya. Estimem els valors per a l'any 2004 a partir del percentatge que suposa el pressupost consolidat CatSalut / ICS i Departament de Salut de l'any 1996 sobre el total de despesa sanitària pública a Catalunya segons assenyala l'estudi. Aquest percentatge és d'un 86,2%, la resta de finançadors de la despesa sanitària pública representen el 13,8%.

Fonts: Divisió de Recursos Econòmics del CatSalut, Departament d'Economia i Finances, *La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris*. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Any 2001.

Quadre 6.a Diferencia de despesa sanitària pública entre Catalunya y la UE

Estimació de la despesa sanitària pública a Catalunya 2001	5.563,50
PIB Catalunya 2001	120.238,20
xifres en milions d'euros	
Despesa sanitària pública a Catalunya / PIB 2001	4,6%
Mitjana despesa sanitària pública a la UE (15) / PIB 2001	6,1%
Diferencial de despesa sanitària / PIB en %	1,5%
Diferencial de despesa sanitària / PIB en milions d'euros	1.771,03

Nota metodològica: Utilitzem dades de l'any 2001 degut a que és el darrer exercici del que es disposen dades referents a la UE. Aquestes dades són originàries de l'OCDE i estan a punt de publicar-se les corresponents a l'any 2002. En el següent full hi ha l'estimació de despesa sanitària pública a Catalunya per al període 1996-2004

Fonts

Quadre 6.b Estimació de la despesa sanitària pública a Catalunya

	Pressupost CatSalut / ICS i Dept. Salut (1)	PIB de Catalunya en euros (2)	Finançament públic total (3)	Despesa sanitària pública / PIB
1996	3.473.345.651,72	88.148.707.000	4.030.836.906,08	4,6%
1997	3.685.065.450,22	93.513.809.000	4.276.538.907,29	4,6%
1998	3.892.322.671,38	98.608.532.000	4.517.062.062,74	4,6%
1999	4.217.192.524,36	105.564.530.000	4.894.075.330,17	4,6%
2000	4.484.938.636,66	113.733.379.000	5.204.796.179,50	4,6%
2001	4.794.030.834,11	120.238.198.000	5.563.499.390,12	4,6%
2002	5.190.156.589,92	127.808.594.000	6.023.205.528,26	4,7%
2003	5.597.509.999,02	136.243.961.000	6.495.941.420,35	4,8%
2004	6.615.876.413,66	147.912.000.000	7.677.761.296,53	5,2%

xifres en euros

Fonts: (1) Divisió de Recursos Econòmics. CatSalut.

(2) Comptabilitat Regional d'Espanya de l' INE. L'any 2004 previsió del Departament d'Economia i Finances.

(3) "La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris". Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Any 2001.

Quadre 7 Despesa sanitària pública per habitant (en unitats de poder de compra)

	1993	2000
<i>CATALUNYA</i>	867	1.136
ESPANYA	832	1.070
UE-15	1.224	1.617
DÉFICIT AMB LA UE	1993	2000
CATALUNYA	357	481

ESPANYA

392

547

Navarro, V. I Quiroga, A., *La protecció social a Catalunya*, 2003 (www.vnavarro.org)

Quadre 8. Percentatge de població per sobre dels 65, 70 i 80 anys

	1975	1985	1990	1995	2000
Espanya					
65 i més	10,6	12,0	13,6	15,3	16,6
70 i més	2,4	8,2	9,0	10,2	11,3
80 i més	1,8	2,4	2,9	3,3	3,6
UE-15					
65 i més	:	13,5	14,4	15,1	15,6
70 i més	:	:	:	10,3	10,9
80 i més	:	:	:	3,6	3,6
Suècia					
65 i més	15,1	17,2	17,8	17,5	17,8
70 i més	3,5	12,1	12,5	13,0	13,4
80 i més	2,7	3,8	4,3	4,7	5,1

Font: OECD, 2001

Cuadro 9

AUMENTO ESPERANZA DE VIDA

		1975-2000	25 años
España	+ 65 años	hombres	2,9 años
		mujeres	4 años
	+ 80 años	hombres	1,4 años
		mujeres	2,7 años
Suecia	+ 65 años	hombres	2,7 años
		mujeres	2,7 años
	+ 80 años	hombres	1 años
		mujeres	1,5 años

La esperanza de vida en 1975 era mayor en Suecia que en España. Hoy son prácticamente idénticas

Fuente OECD, 2001

Quadre 10. Diferencial preus entre CCAA aplicat al total del pressupost 2004 sense farmàcia

	Índex de preus	% excés de preus sobre la mitjana	Pressupost CatSalut/ICS i Departament de Salut sense farmàcia 2004	Valoració econòmica de l'excés de preus
Catalunya	107,3	7,3%	5.056,27	369,11
Espanya	100,0	0,0%		

Xifres en milions d'euros

Fonts: Institut d'Estadística de Catalunya a partir de dades de l'Eurostat. Índex de preus relatius 2002.

Divisió de Recursos Econòmics del CatSalut

Hem fet el supòsit que apliquem l'excés de preus de Catalunya al pressupost sanitari públic de la Generalitat de Catalunya, aplicant el darrer diferencial d'índex de preus que ha elaborat l'Idescat i que correspon a l'any 2002. En aquest cas, hem deduït del pressupost la quantitat corresponent al pressupost de farmàcia (receptes mèdiques) ja que aquest és un preu regulat i per tant, comú amb la resta de Comunitats Autònomes. Amb aquesta valoració es vol posar

de manifest la quantitat de recursos que requereix de més Catalunya per fer front a les mateixes despeses sanitàries que la resta de Comunitats.

Quadre 11. Llista de hospital construïts abans de 1970

Cal tenir present que a tots els Hospitals que es relacionen a continuació s'han fet reformes, però són les dates més significatives de construcció.

REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA -ICS	1956
HOSPITAL DE SANTA MARIA DE LLEIDA	1926

REGIÓ SANITÀRIA TARRAGONA

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA -ICS	1967
HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA SALUT DE TARRAGONA	1950

REGIÓ SANITÀRIA GIRONA

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL	1921
HOSPITAL DE FIGUERES F.PRIVADA	1953
HOSPITAL UNIVERSITARI DR. JOSEP TRUETA -ICS	1956
HOSPITAL ASIL SANT JAUME DE BLANES	1913
HOSPITAL DE PALAMÓS	1947

REGIÓ SANITÀRIA COSTA DE PONENT

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL DURAN I REYNALS	1987
F. HOSPITAL DE SANT JOAN DE DÉU DE MARTORELL	1969
HOSPITAL DE VILADECANS- ICS	1960
F. HOSPITAL COMARCAL SANT ANTONI ABAT DE VILANOVA I LA GELTRÚ	1738
HOSPITAL COMARCAL DE VILAFRANCA DEL Penedès	1600

**REGIÓ SANITÀRIA BARCELONÈS NORD I
MARESME**

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA	1932
HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT DE SANTA COLOMA DE GRAMANET	1917

REGIÓ SANITÀRIA CENTRE

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS	1923
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE MANRESA	1932
HOSPITAL DE PUIGCERDÀ	1185
HOSPITAL PARC TAULÍ DE SABADELL	1903
HOSPITAL DE SANT CELONI	1936
F.PRIVADA HOSPITAL DE MOLLET	1933

CONSORCI SANITARI DE BARCELONA

HOSPITALS	ANYS DE CONSTRUCCIÓ
HOSPITAL DEL MAR	1925
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU	1902
HOSPITAL DE L'ESPERANÇA	1945
HOSPITAL CREU ROJA DE DOS DE MAIG	1924
HOSPITAL CASA DE MATERNITAT	1898
HOSPITAL SANT RAFAEL	1959
HOSPITAL VALL D'HEBRON -ICS	1955
HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA	1907

Quadre 12. Estimació increment impostos especial sobre alcohols i tabac. Pressupost 2004

(milers euros)

		Total	Estat: 60%	CA: 40%	A Catalunya	% Cat/CA
Situació actual						
l. alcohols		1.115.000	669.000	446.000	86.844	19,5%
l. tabac		5.672.000	3.403.200	2.268.800	426.753	18,8%
	Total	6.787.000	4.072.200	2.714.800	513.597	
Increment 10%			55%	45%		
l. alcohols		1.226.500	669.000	557.500	108.555	19,5%
l. tabac		6.239.200	3.403.200	2.836.000	533.441	18,8%
	Total	7.465.700	4.072.200	3.393.500	641.996	
Augment de recursos (valors abs.)						
l. alcohols		111.500	0	1151.500	21.711	
l. tabac		567.200	0	567.200	106.688	
	Total	678.700	0	678.700	128.399	
(percentatge variació)						
l. alcohols		10,0	0,0	25,0	25,0	
l. tabac		10,0	0,0	25,0	25,0	

Un increment d'un 10% dels impostos sobre alcohols i tabac per conjunt d'Espanya adreçat a les CA comportaria una participació autonòmica d'un 45% (5 punts més que l'actual. Per Catalunya proporcionaria un augment de recursos de 21,7 milions d'euros en el cas de l'impost sobre alcohols i de 106,7 en el cas de l'impost sobre tabacs.

Quadre 13. Ingressos per copagament en visites d'atenció ambulatoria l'any 2003

Nombre de visites en atenció primària	41.868.008
Nombre de visites en consulta ambulatoria especialitzada	11.964.036
Nombre total de visites ambulatories	53.832.044
Copamagent d'1euro per visita	1,00
Total ingressos en euros	53.832.044,00

Font: Servei Català de la Salut (CatSalut). Memòria any 2003.

Quadre 14. Ingressos per copagament en receptes mèdiques

Nombre de Receptes mèdiques de l'any 2003	116.145.306
Copamagent d'1euro per recepta	1,00
Total en euros	116.145.306,00

Nota: Aquest resultat sorgeix de plantejar la hipòtesi que els usuaris de la sanitat paguen 1 euro per recepta mèdica

Font: Divisió de Recursos Econòmics del CatSalut.

Quadre 15. Dades de pressupost sanitari de CCAA 2004

Comunitats Autònomes	Servei de Salut	Departament de Sanitat	Consolidat del Departament i del Servei de Salut (1)	Població protegida (2)	Per càpita en €(1)/(2)	Per càpita en pessetes
La Rioja	240.198.617	87.387.233	327.585.850	267.860	1.222,97	203.486
Cantàbria	552.000.000	51.828.011	603.828.011	519.363	1.162,63	193.446
Navarra	625.649.027	13.837.532	639.486.559	553.555	1.155,24	192.215
Extremadura	1.026.021.343	67.448.672	1.093.470.015	1.001.864	1.091,44	181.600
Astúries	1.051.743.864	60.030.837	1.111.774.701	1.038.038	1.071,03	178.205
Aragó	1.141.000.000	82.000.000	1.226.000.000	1.156.511	1.057,49	175.952
Castella-La Manxa	1.644.907.370	128.001.710	1.772.909.080	1.687.141	1.050,84	174.844
Castella-Lleó	2.337.041.165	84.929.575	2.421.970.740	2.309.353	1.048,77	174.500
Catalunya	6.501.752.414	114.124.000	6.615.976.414	6.325.266	1.045,94	174.031
Canàries	1.718.855.177	17.434.823	1.736.290.000	1.752.174	990,93	164.878
Galícia	2.489.516.289	67.615.114	2.557.131.403	2.594.936	985,43	163.962
Madrid	4.589.935.125	456.064.875	5.046.000.000	5.181.717	973,81	162.028
Múrcia	1.084.803.250	39.190.981	1.123.994.231	1.161.531	967,68	161.009
Andalusia	6.222.684.271	382.940.605	6.605.624.876	7.014.695	941,68	156.683
València	3.713.224.230		3.713.224.230	4.146.926	895,42	148.985
País Basc (*)	1.419.190.400	618.853.900	2.038.044.300	2.309.353	882,52	146.839
Balears	670.900.000	25.500.000	696.400.000	879.172	792,11	131.796
Totals i mitjana CCAA			39.326.610.410	39.899.455	1.019,76	169.673,92

Xifres en euros

Font:

(3) Informació facilitada per les Comunitats Autònomes.

(4) Població protegida de l'any 2002. Ministeri de Sanitat i Consum.

(*) pressupost prorrogat

Ceuta i Melilla no s'inclouen per no tenir la sanitat transferida

Quadre 16. Despesa sanitària per càpita

		CatSalut/ICS	Departament S i SS	Total	Població protegida 2002 (Ministeri Sanitat i Consum)	Despesa per càpita
Pressupost inicial	2003	5.489.974.961	105.737.653	5.595.712.614	6.325.266	884,66
Pressupost inicial	2004	6.501.752.414	114.124.000	6.615.876.414	6.325.266	1.045,94
	Creixement	18,4%	7,9%	18,2%	0,0%	18,2%

		CatSalut/ICS	Departament S i SS	Total	Població de l'RCA a l'1 de gener	Despesa per càpita
Pressupost inicial	2003	5.489.974.961	105.737.653	5.595.712.614	6.998.612	799,55
Pressupost inicial	2004	6.501.752.414	114.124.000	6.615.876.414	7.141.968	926,34
	Creixement	18,4%	7,9%	18,2%	2,0%	15,9%

		CatSalut/ICS	Departament S i SS	Total	Població protegida 2002 (Ministeri Sanitat i Consum)	Despesa per càpita
Despesa real	2003	5.996.049.219	114.559.196	6.110.608.415	6.325.266	966,06
Pressupost inicial	2004	6.501.752.414	114.124.000	6.615.876.414	6.325.266	1.045,94
	Creixement	8,4%	-0,4%	8,3%	0,0%	8,3%

		CatSalut/ICS	Departament S i SS	Total	Població de l'RCA a l'1 de gener	Despesa per càpita
--	--	--------------	-----------------------	-------	--	-----------------------

Pressupost real	2003	5.996.049.219	114.559.196	6.110.608.415	6.998.612	873,12
Pressupost inicial	2004	6.501.752.414	114.124.000	6.615.876.414	7.141.968	926,34
	Creixement	8,4%	-0,4%	8,3%	2,0%	6,1%

Xifres en euros

Notes:

- Població protegida 2002: és el cens de població del gener 2002 menys la població cobert per les entitats d'assegurança lliure (MUFACE, MUGEJU i ISFAS)
- Població RCA: és la població inclosa en l'RCA menys la població coberta per les entitats d'assegurança lliure (MUFACE, MUGEJU i ISFAS)

Quadre 17. Hipòtesi sobre saldo fiscal a Catalunya. Dades any 1996 i projecció al 2002

		1996	Proj. 2002 s/PIB
I	% PIB Catalunya/total	18,86%	
II	% població Catalunya/total	15,55%	
III	Ingressos Estat	135.522	
IV= III*I	Ingressos a aportar s/PIB	25.559	
V	Despeses Estat	138.332	
VI= V*II	Despeses a rebre s/població	21.511	
VII= V- III	Dèficit fiscal normatiu	-4.049	-6.750
VIII	% s/PIB	-5,1%	-5,1%
IX	Dèficit fiscal 1996	-5.514	-9.192
X= IX – VII	Diferència	-1.465	-2.443
XI= X* 34%	Augment de recursos per a la sanitat (34%)	498	831

Xifres en milions d'euros

Quadre 18. Dades sobre la imposició directa

Impostos directes s/PIB	
Espanya	10,7%
Mitjana UE	13,0%

Supòsit: el pes dels impostos directes a Espanya es el de la UE

Quantificació d'un 13% dels impostos directes per Espanya

Valors absoluts	96.596 milions €
Diferència respecte actual	17.090 milions €

Estimació de l'augment d'impostos a Catalunya

% Cat/Espanya recaptació impostos directes	22%
Augment d'impostos a Catalunya	3.760 milions €
Estimació part corresponent a l'IRPF	2.101 milions €
El 33% que correspon a la Generalitat	693 milions €

Un augment dels impostos directes a Espanya a un nivell equivalent a la mitjana de la UE suposaria un increment de recaptació de 17.090 milions d'euros. A Catalunya aquest augment seria de 3.760 milions d'euros, dels quals si es mantenen les actuals proporcions entre IRPF i societats, l'IRPF s'incrementaria en 2.101 milions d'euros. Com que la Generalitat participa en un 33% de l'IRPF correspondria a la Generalitat un total de 693 milions d'euros.