

Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF)
Pompeu Fabra University of Barcelona

**Tendencias en el Sistema Sanitario en
España y Cataluña en el contexto de crisis
actual**

Laura Pellisé Urquiza



**REUNIÓN BOSTON
SCIENTIFIC
Martes 29 de Noviembre**

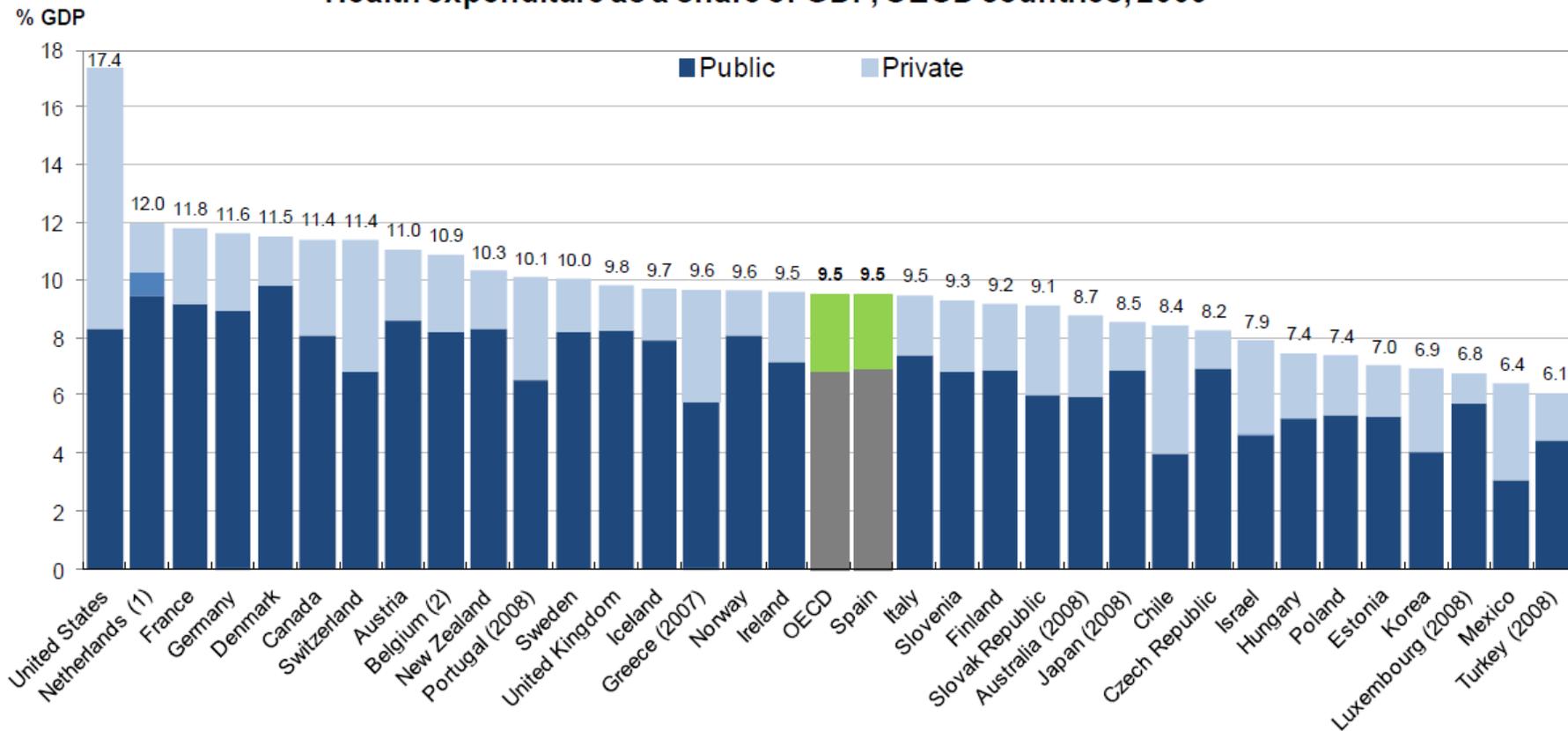


TENEMOS SUERTE...

Gasto sanitario como % PIB



Health expenditure as a share of GDP, OECD countries, 2009

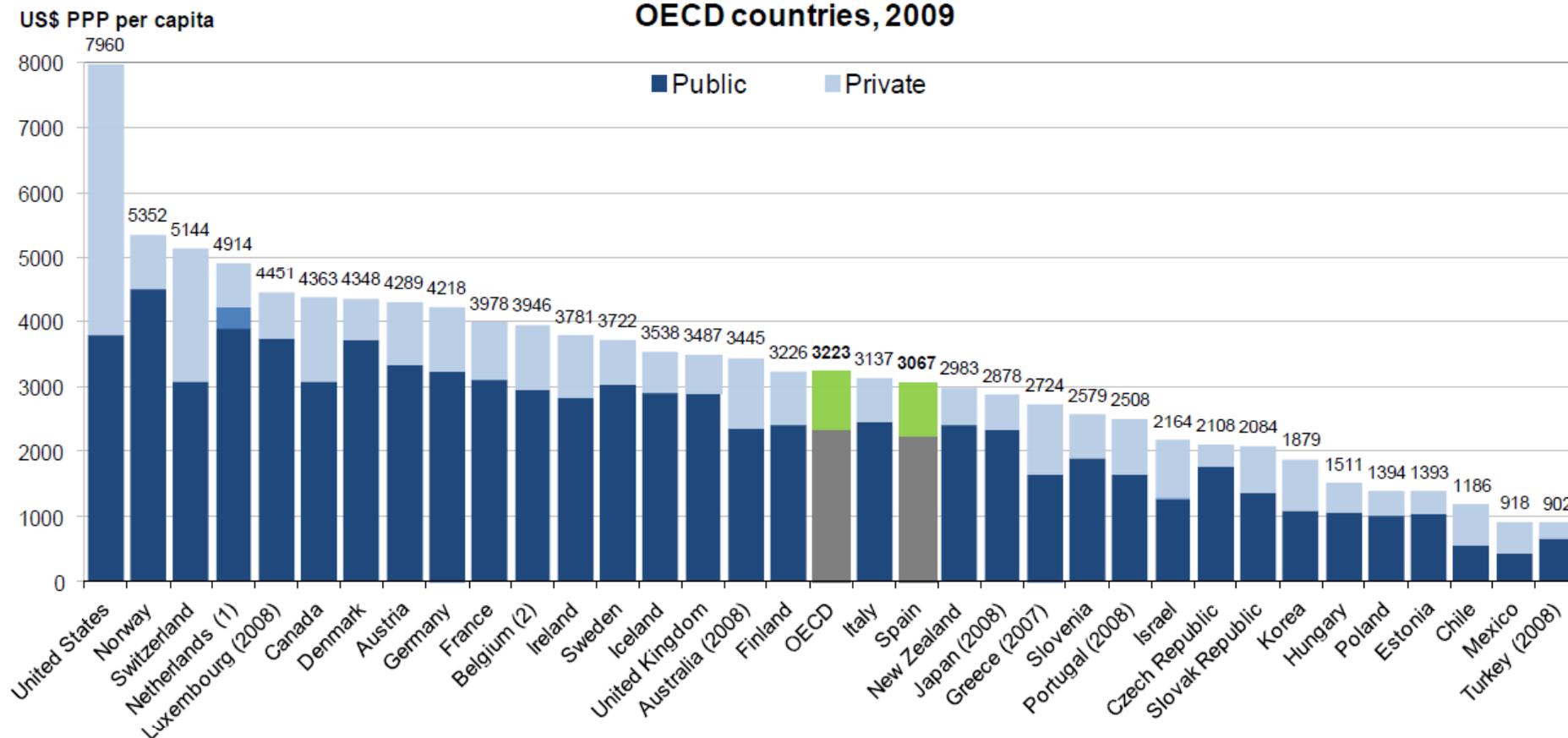


Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

Gasto sanitario per capita



Health expenditure per capita, public and private expenditure, OECD countries, 2009



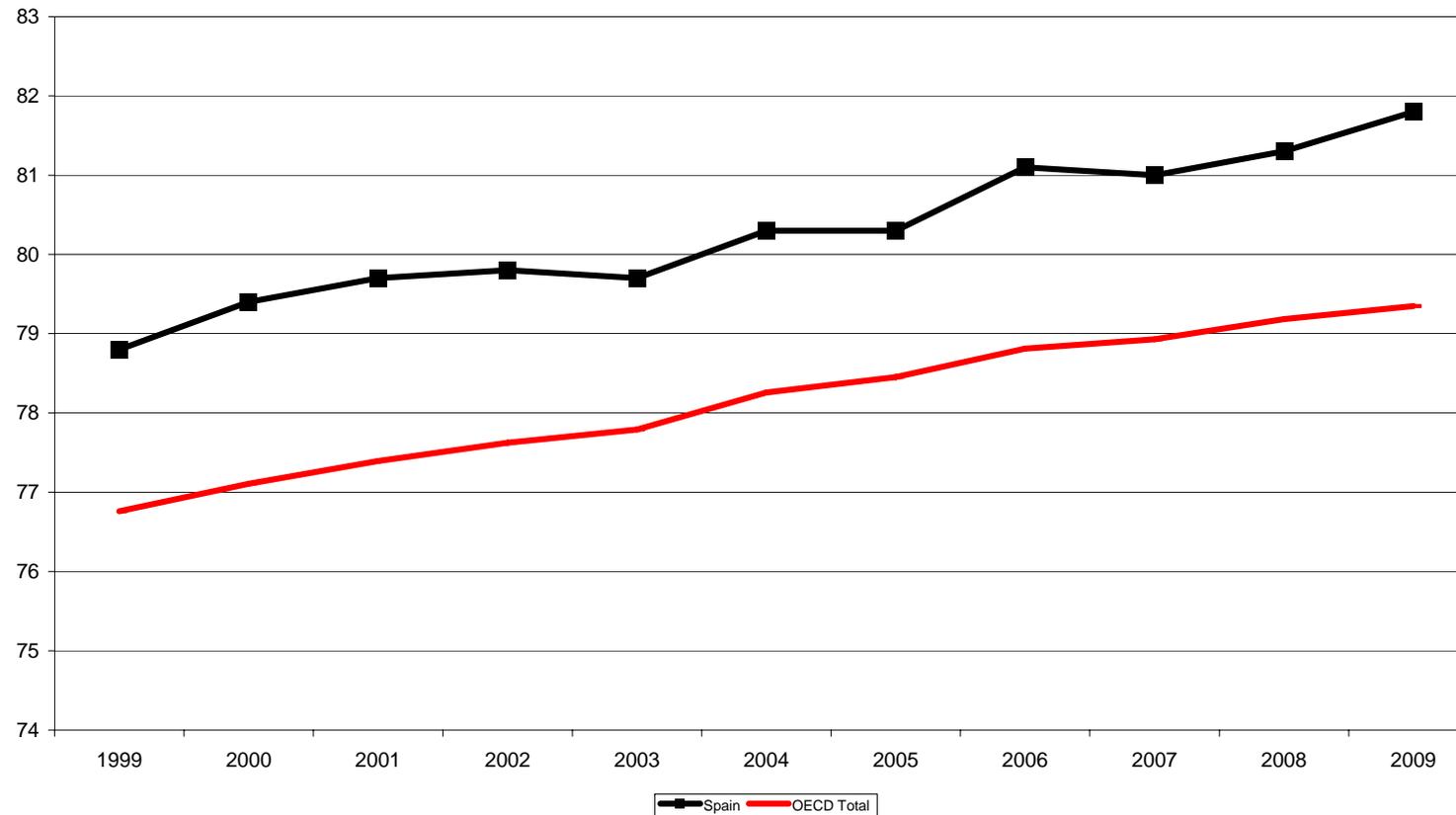
1. In the Netherlands, it is not possible to distinguish clearly the public and private share for the part of health expenditures related to investments.
2. Total expenditure excluding investments. Source: OECD Health Data 2011, June 2011.

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

Esperanza de vida



OECD Life expectancy at birth (1999-2009)



Source: OECD Health Data 2011

Sistema universal



Esencialmente, en la **financiación**:

- Un pool de riesgos único
- Financiación relativamente progresiva

En la **provisión**:

- descentralización en las CCAA
- se perfilan 5 grandes modelos
- de las diferencias aprendemos

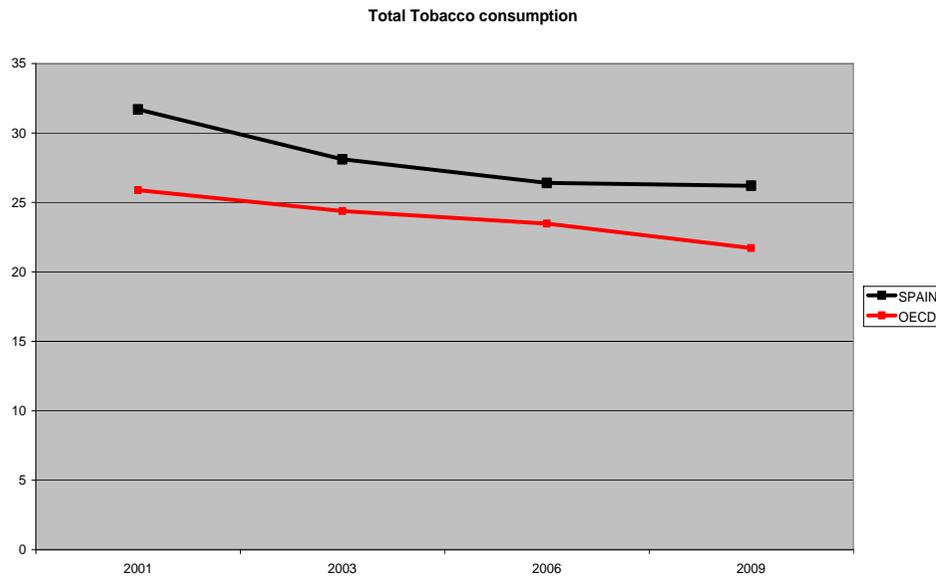


SIN EMBARGO....

Los indicadores de salud no todos son buenos: hábitos

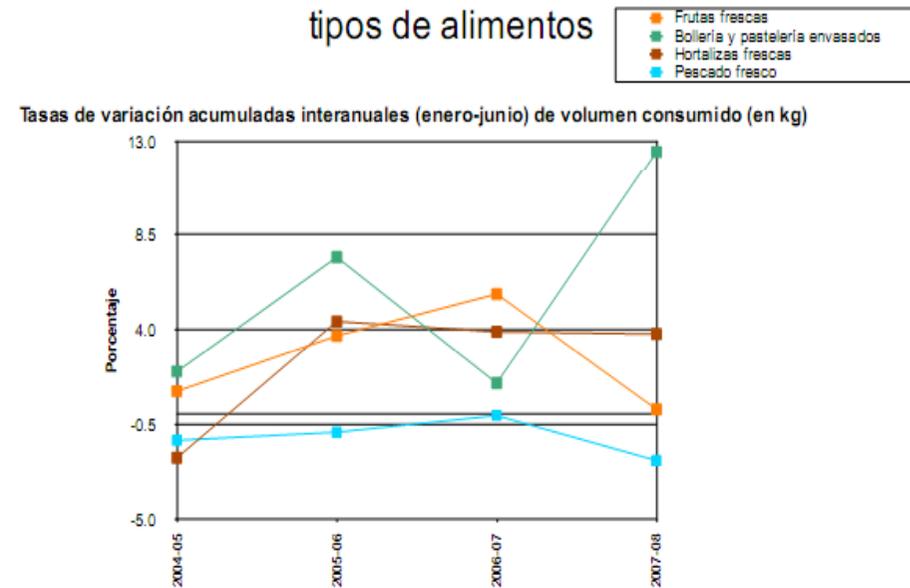


Tabaco

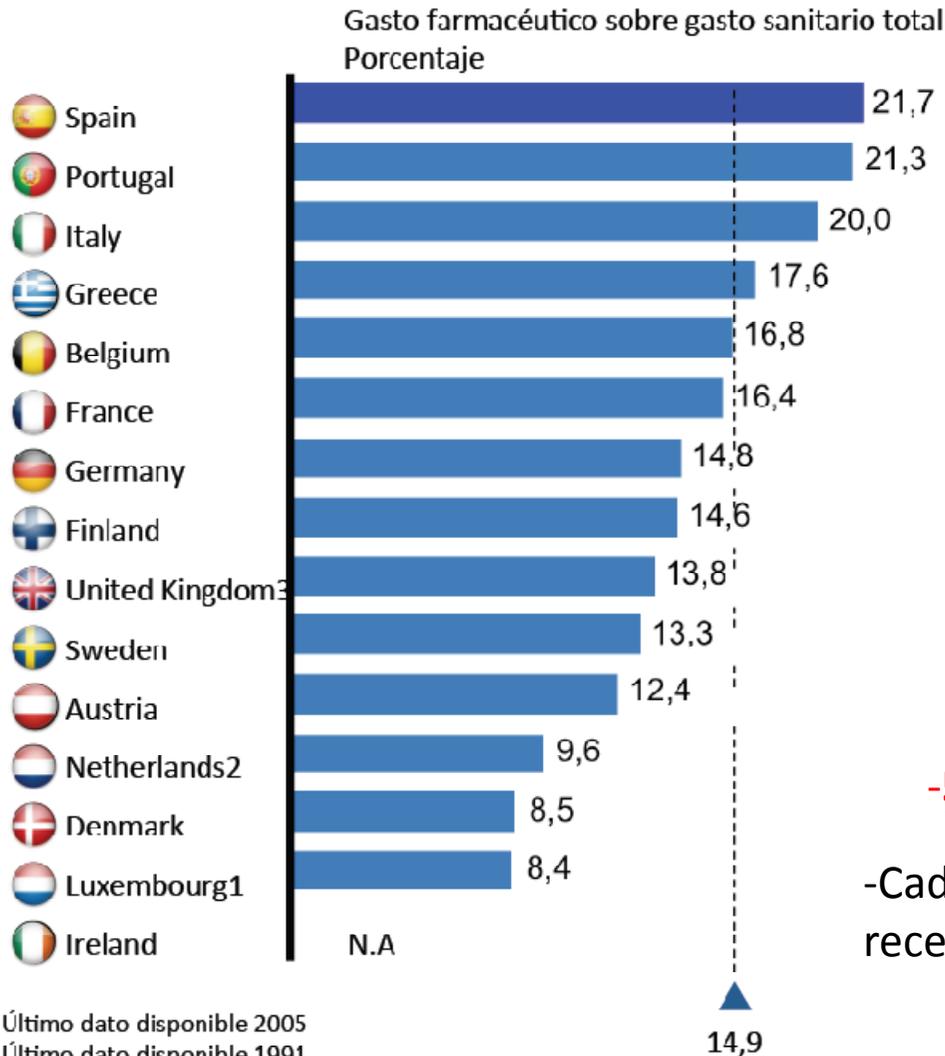


Obesidad

Crisis económica y consumo (en cantidades) por tipos de alimentos



Indicadores de utilización que llaman la atención



El gasto farmacéutico en España como porcentaje del gasto sanitario es mayor que en el resto de Europa, si bien el precio minorista de los medicamentos es el más bajo

-50% de los tratamientos se abandonan

-Cada año, **1.000 millones** de medicamentos recetados a nivel ambulatorio

1 Último dato disponible 2005

2 Último dato disponible 1991

3 Último dato disponible 1991

FUENTE: ⁸OECD Health Data 2008;

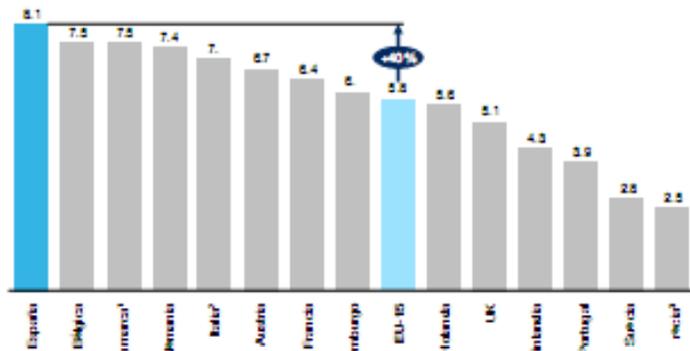
Indicadores de utilización que llaman la atención



Visitas de atención primaria

La frecuencia de visitas al médico en España es un 40% superior al promedio de los países de EU-15

Número de visitas médicas por habitante. 2005



1) Estadística disponible 2004
2) Estadística disponible 2005
3) Estadística disponible 1999

FUENTE: ODS

Etc., etc.....

Variaciones en la práctica médica: en urgencias

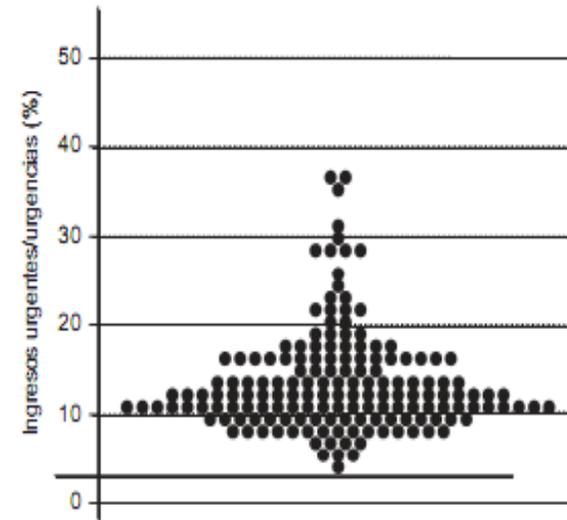
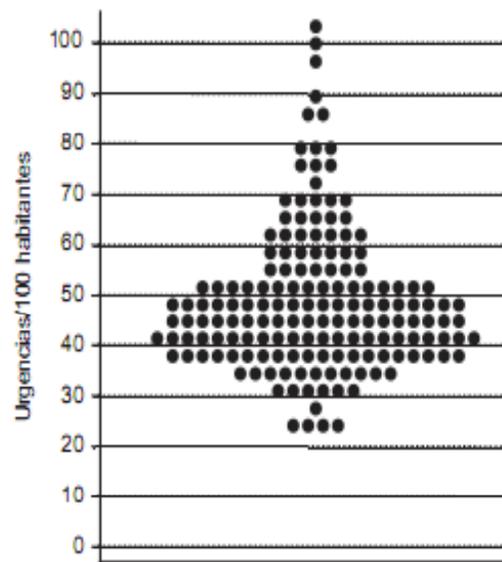
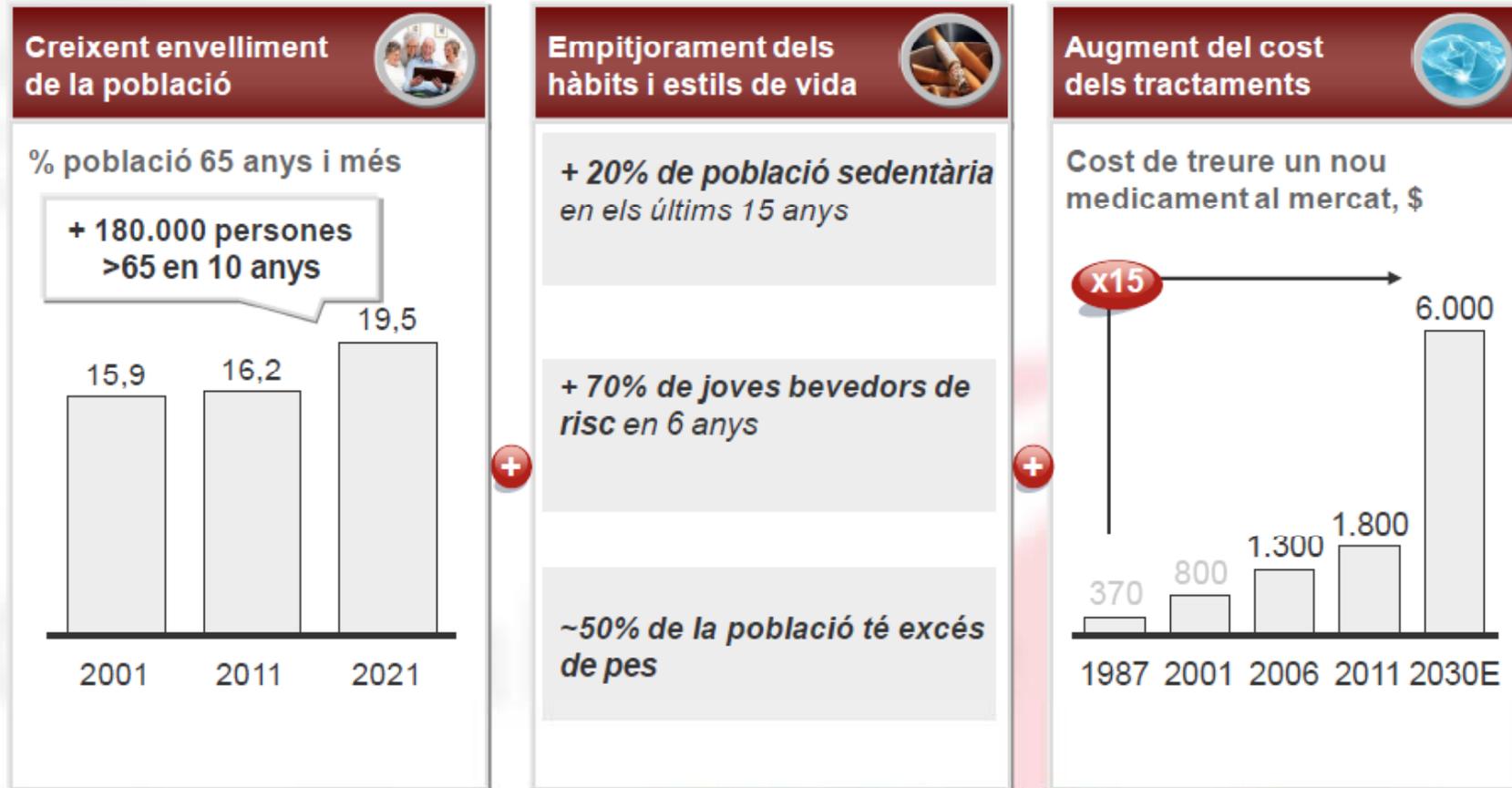


Figura 1. Tasas crudas de urgencias hospitalarias por 100 habitantes (izquierda) y porcentaje de ingresos urgentes sobre urgencias (derecha) por áreas de salud, Sistema Nacional de Salud, 2006. n = 154 áreas de salud de 14 comunidades autónomas. Fuente: Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, 2005.

Y otros indicadores...Pla de Salut 2011-2015



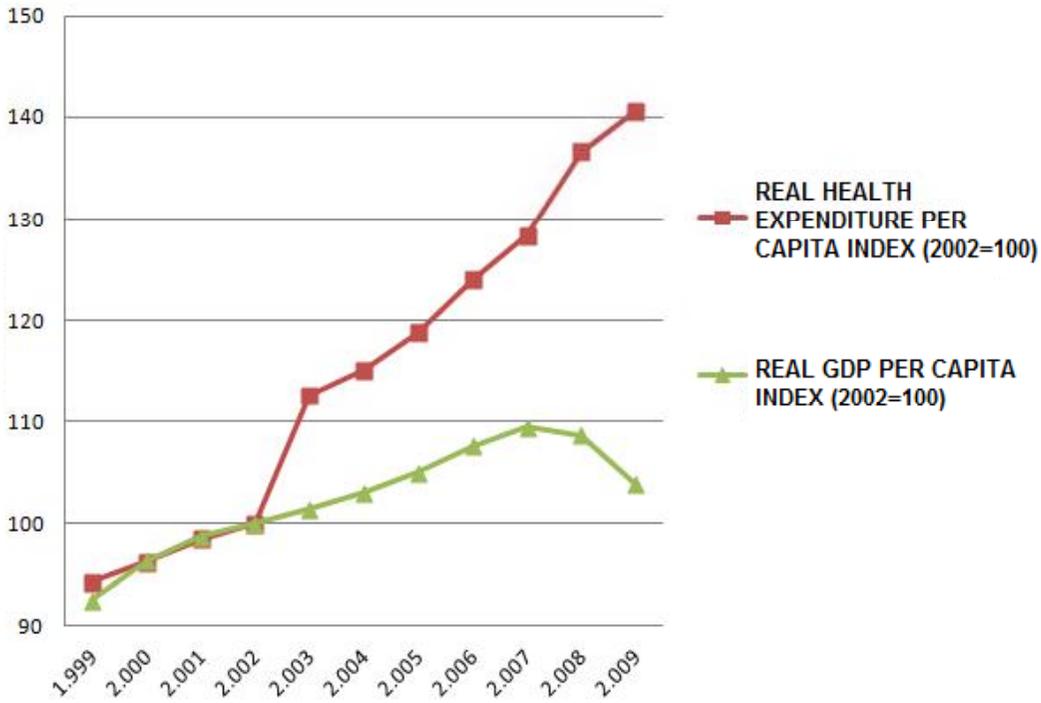
Noves necessitats, noves demandes: el canvi és inajornable



Y los datos de gasto sanitario no son tan alentadores...



Public Health Expenditure vs GDP per capita



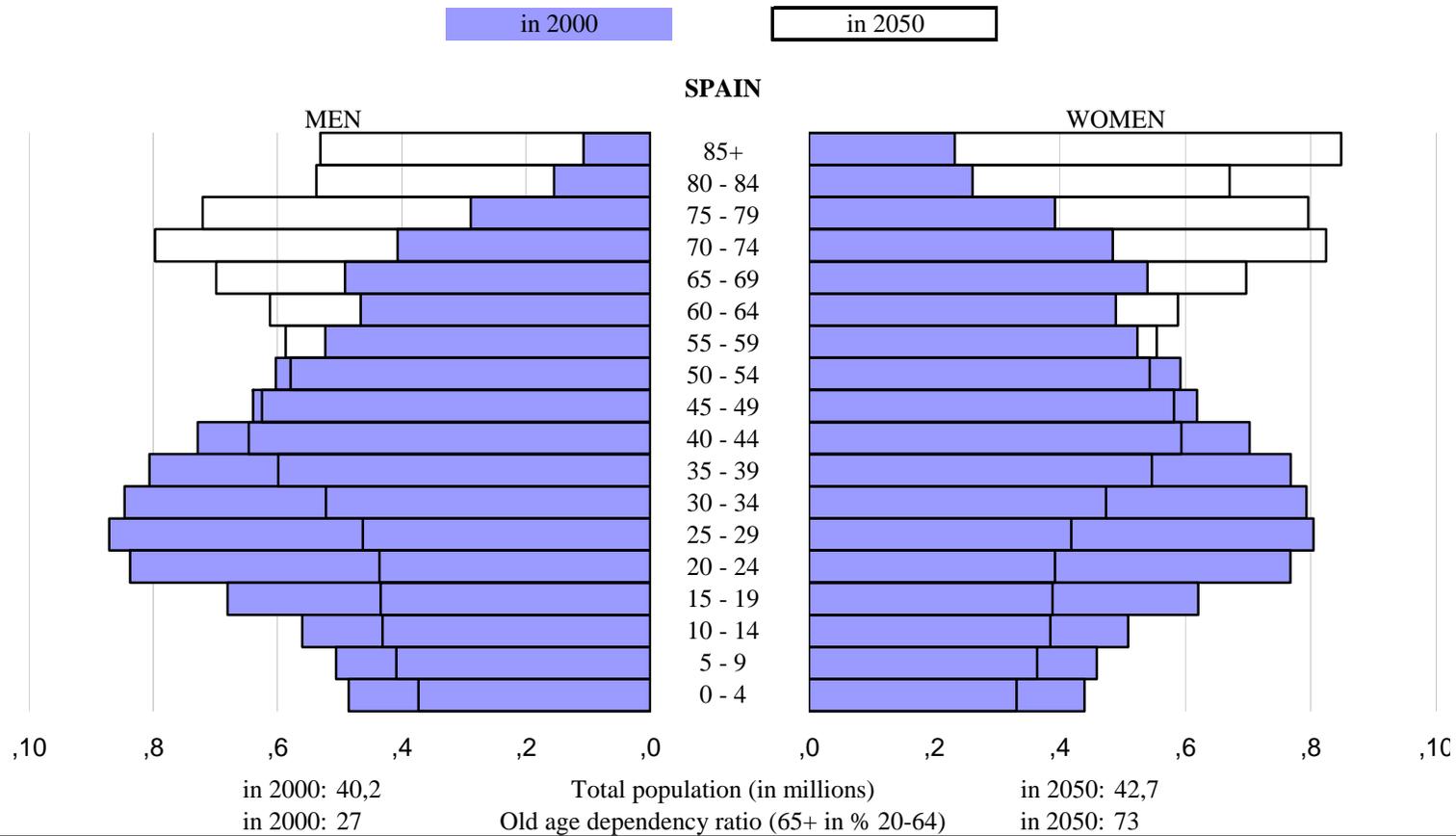
Per capita!!!

Source: OECD Health Data 2011

¿Por el envejecimiento?



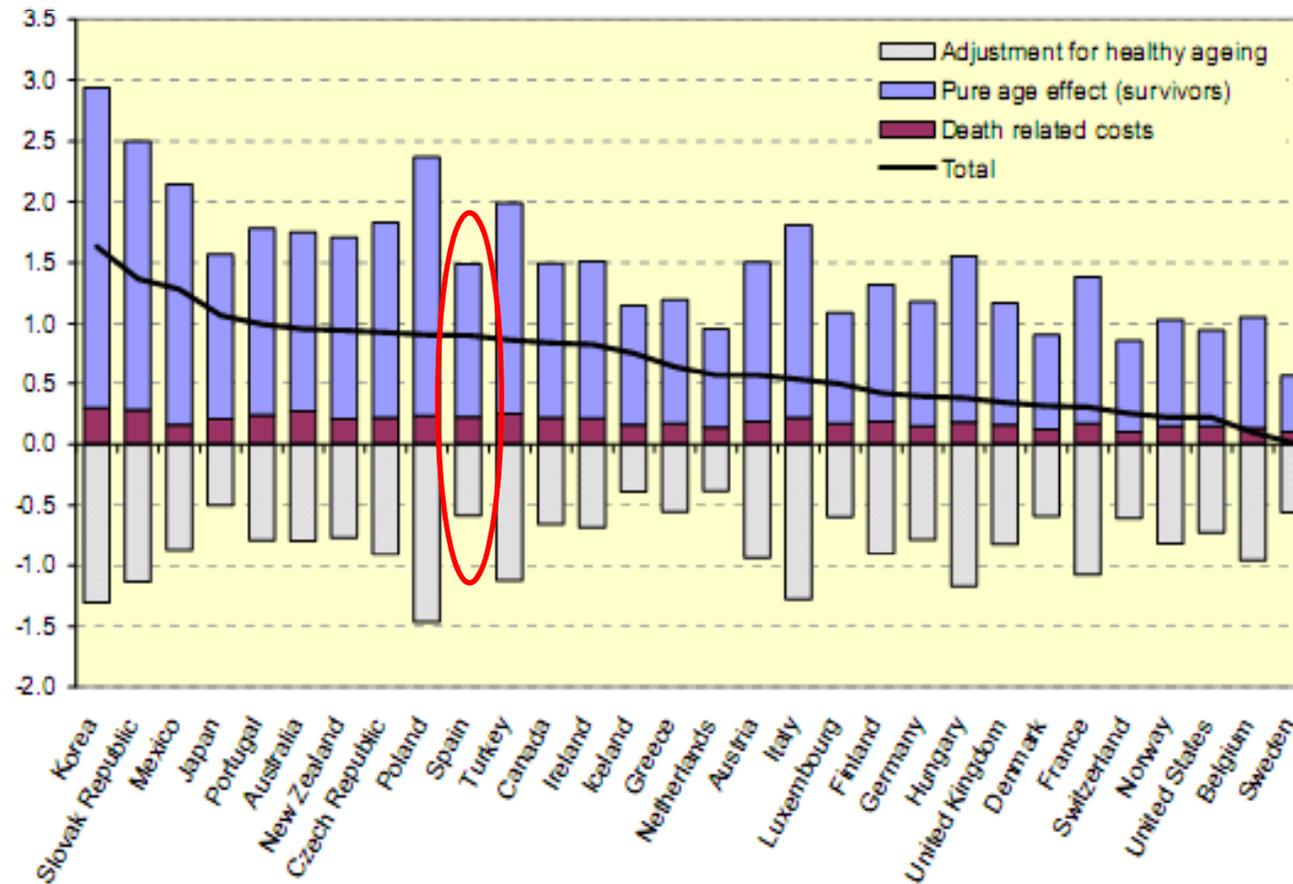
Population by age group, gender, in 2000 and 2050, in percentage of total population in each group



¿Por el envejecimiento?



A. Public health care expenditure
Increase in % points of GDP 2005-2050



¿Por el envejecimiento?



Table 1. Decomposing growth in public health spending ¹, 1981-2002 ²

(Average annual per cent change)

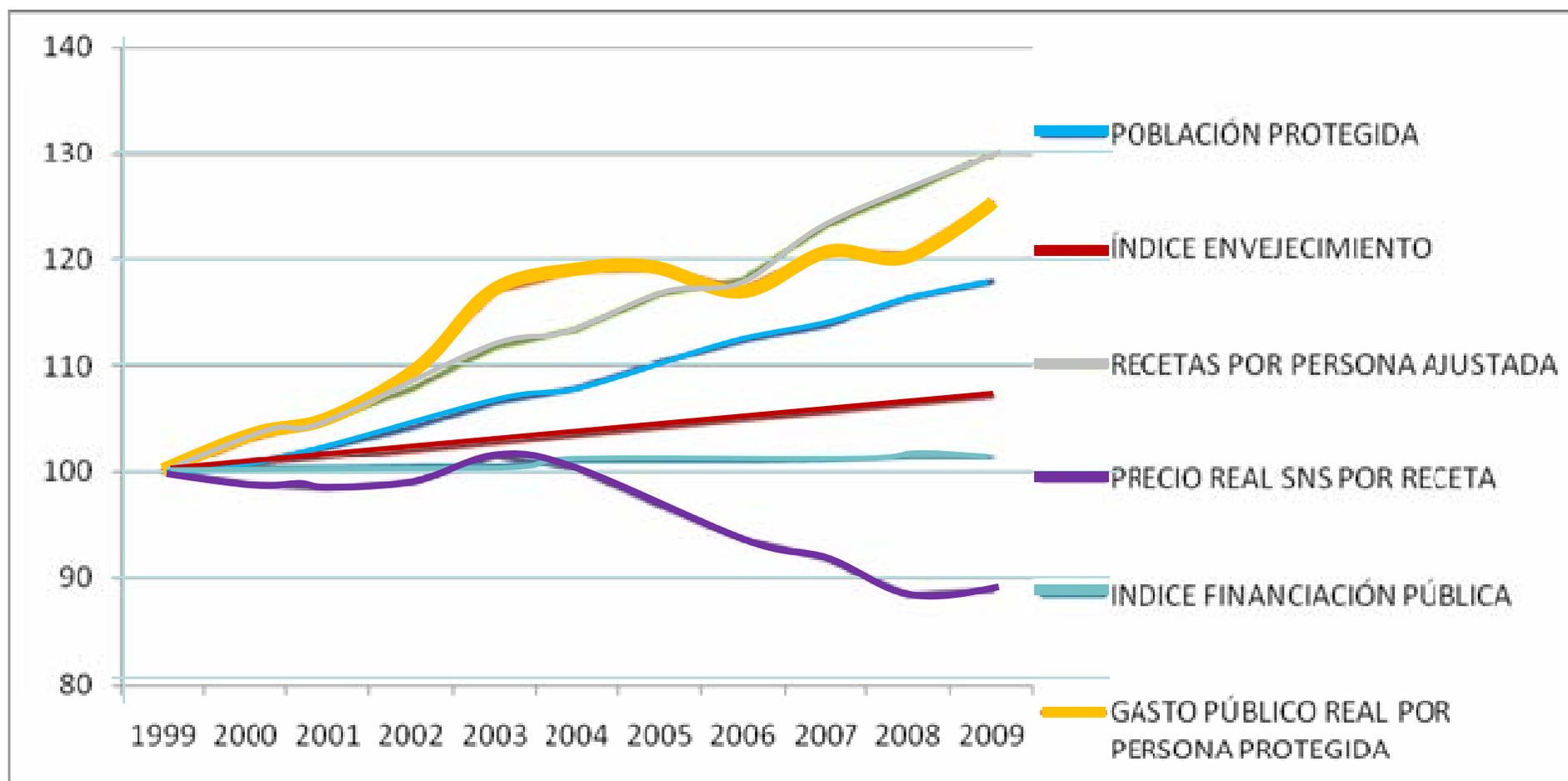
	Health spending	Age effect	Income effect ³	Residual
Australia (1981-2001)	3.6	0.4	1.8	1.4
Austria	2.2	0.1	2.1	0.0
Belgium (1995-2002)	2.9	0.4	1.7	0.6
Canada	2.6	0.4	1.7	0.6
Czech Republic (1993-2002)	2.7	0.4	2.8	-0.4
Denmark	1.3	0.1	1.7	-0.5
Finland	2.6	0.3	2.1	0.2
France	2.8	0.2	1.6	1.0
Germany	2.2	0.2	1.2	1.0
Greece (1987-2002)	3.4	0.4	1.3	0.8
Hungary (1991-2002)	1.5	0.3	2.8	-1.5
Iceland	3.5	0.1	1.5	1.9
Ireland	3.9	0.1	4.9	-1.0
Italy (1988-2002)	2.1	0.7	1.7	-0.1
Japan (1981-2001)	3.8	0.4	2.2	1.1
Spain	3.4	0.3	2.3	0.8
Sweden	1.5	0.1	1.7	-0.4
Switzerland (1985-2002)	3.8	0.2	0.8	2.9
Turkey (1984-2002)	11.0	0.3	2.3	8.3
United Kingdom	3.4	0.2	2.3	1.0
United States	4.7	0.1	2.0	2.6
<i>Average</i>	<i>3.6</i>	<i>0.3</i>	<i>2.3</i>	<i>1.0</i>

¿por el envejecimiento?: el caso de la farmacia



De 2003 a 2009, en seis años, el gasto farmacéutico público total (tanto extrahospitalario como hospitalario) ha aumentado en un 11,7% por persona protegida en términos reales.... 27,4% para los medicamentos hospitalarios

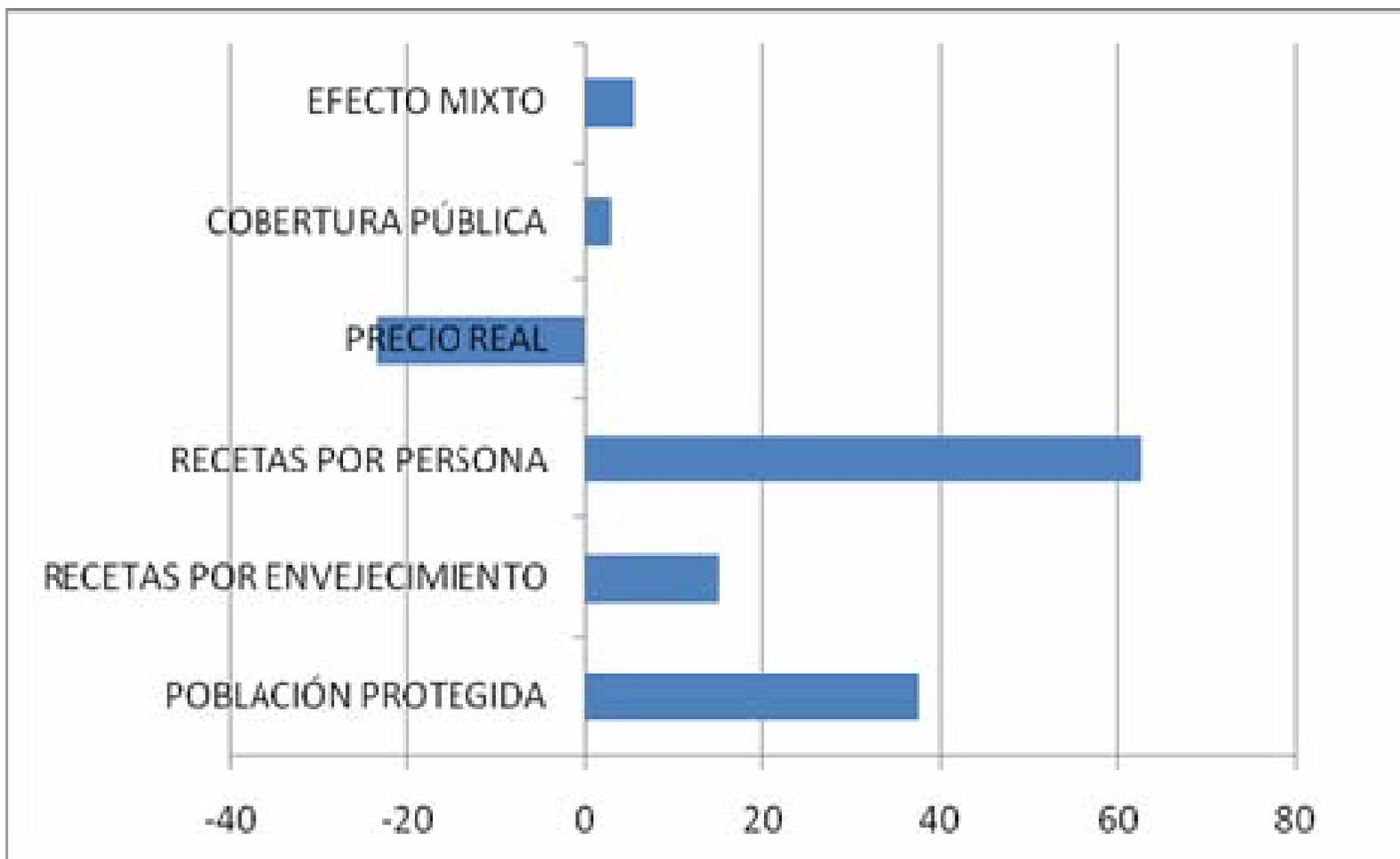
DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO



¿por el envejecimiento?: el caso de la farmacia



DESCOMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO (AMBULATORIO)





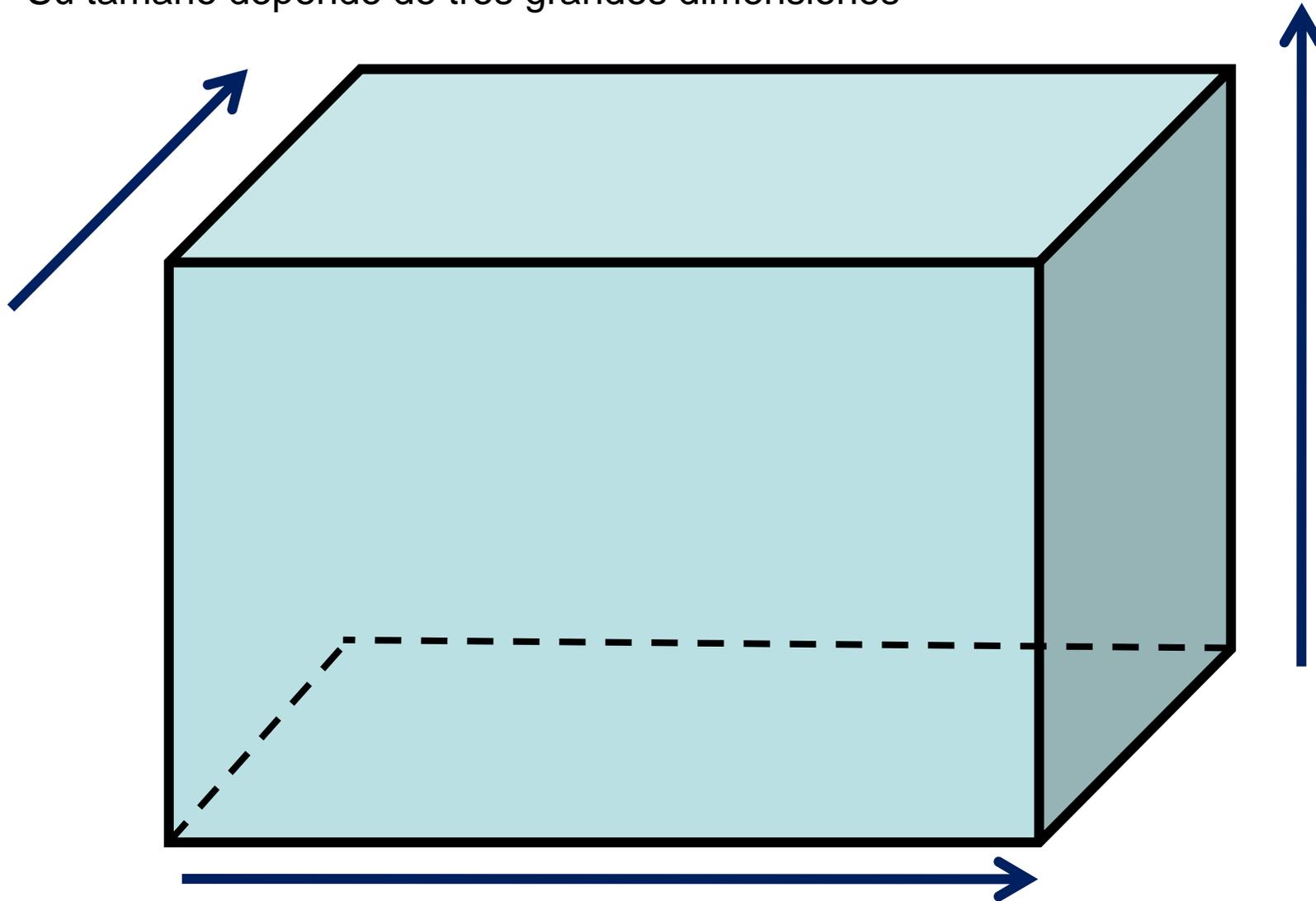
OPCIONES

Sin ánimo de proporcionar un enfoque comprensivo y riguroso, veremos un marco sencillo de análisis de las opciones fundamentales en el ámbito de la **financiación** de los sistemas sanitarios. Dejamos pues de lado aspectos de la provisión.

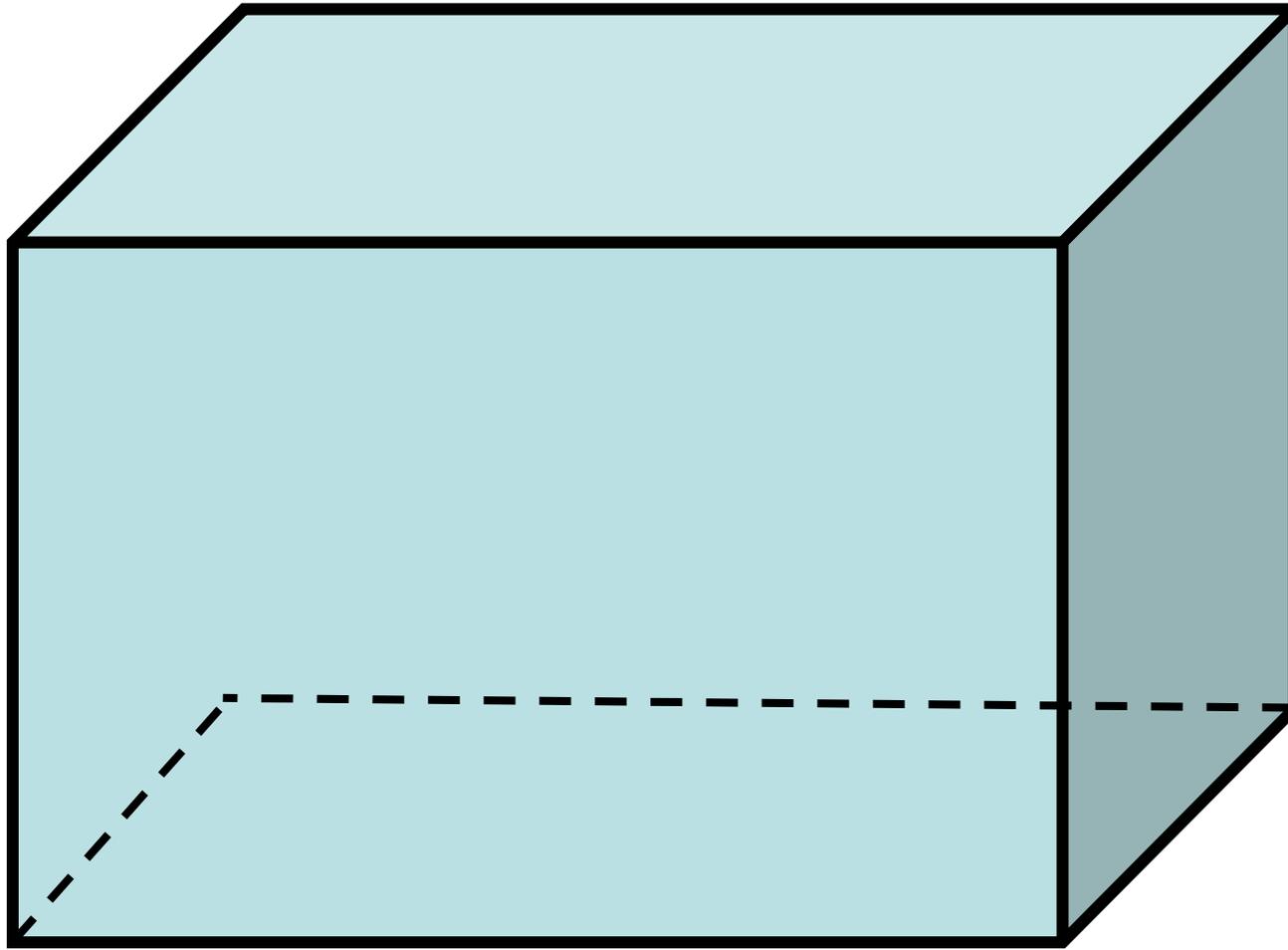
OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



Un sistema sanitario se gasta lo que cabe en esta caja.
Su tamaño depende de tres grandes dimensiones

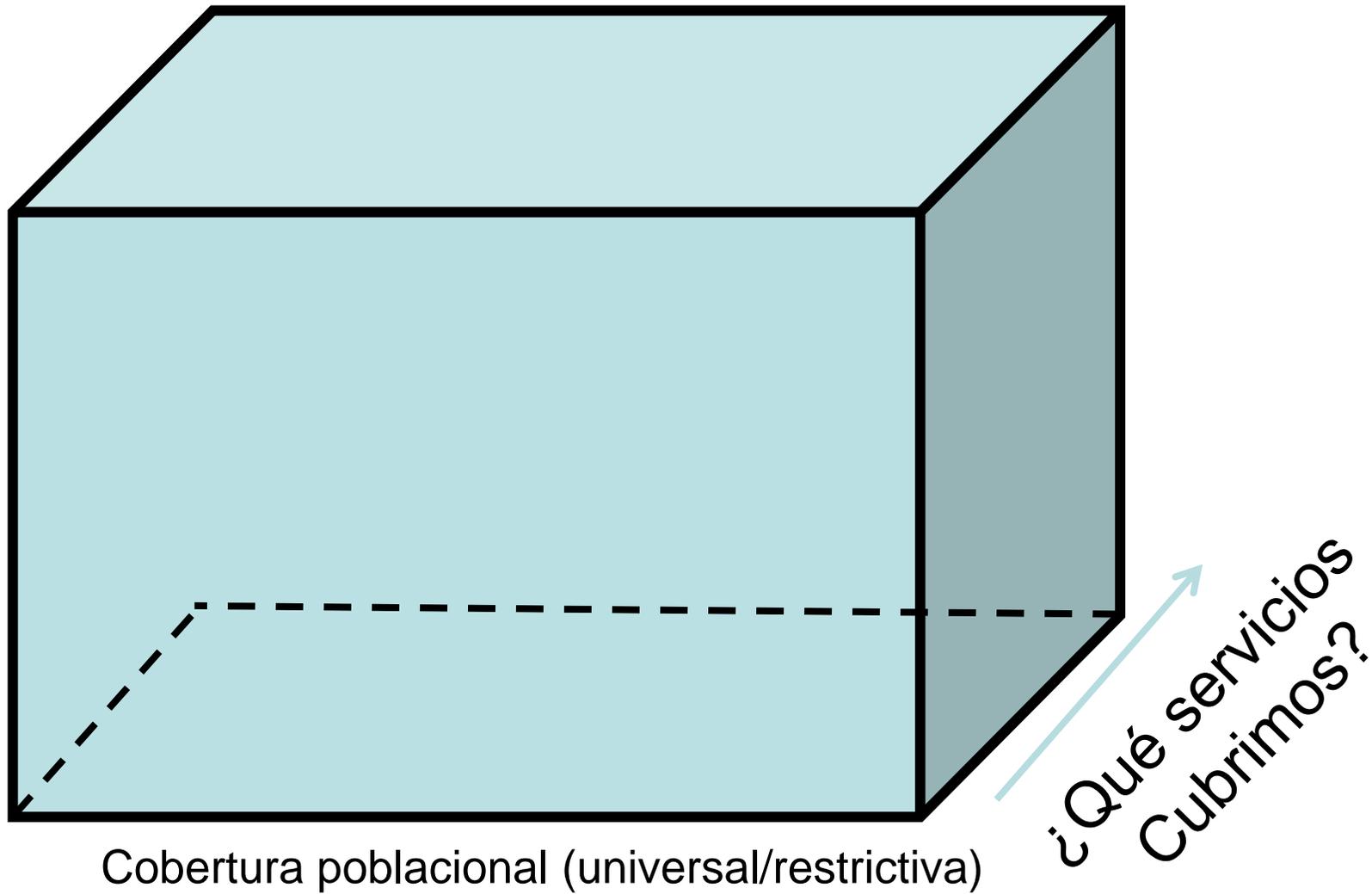


OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL

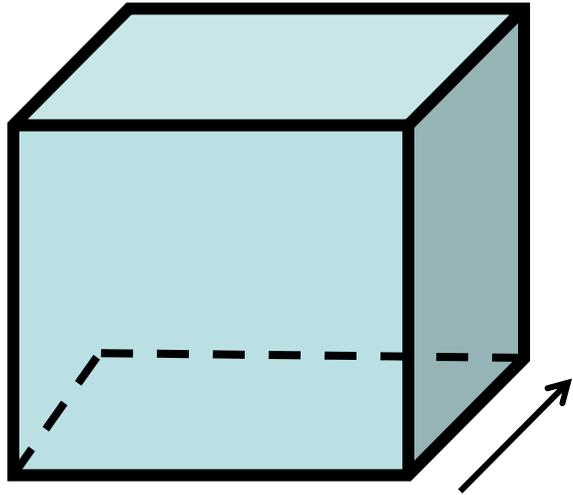


→
Cobertura poblacional (universal/restrictiva)

OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL

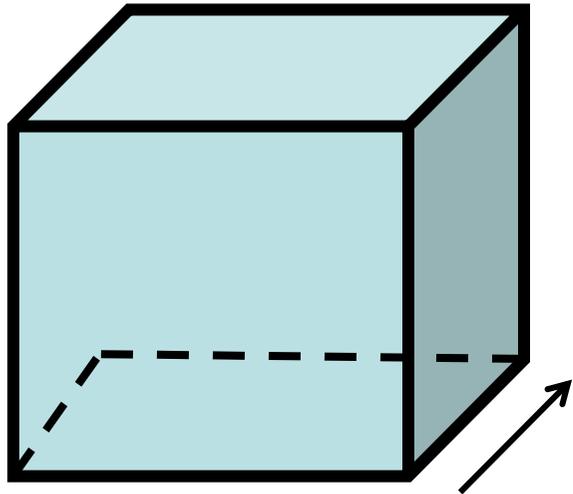


OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



¿Qué servicios
cubrimos?

OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL

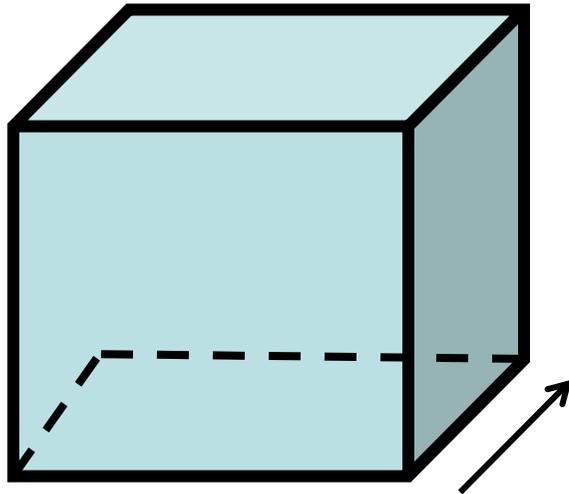


¿Qué servicios
cubrimos?

La cobertura pública tiene sus matices:

- Por descripción de la contingencia: qué riesgos?
- Con qué tecnología/procedimiento...
- Con qué otros inputs/recursos?
- Con qué tiempo de espera?
- A qué distancia (coste de desplazamiento)?
- etc.

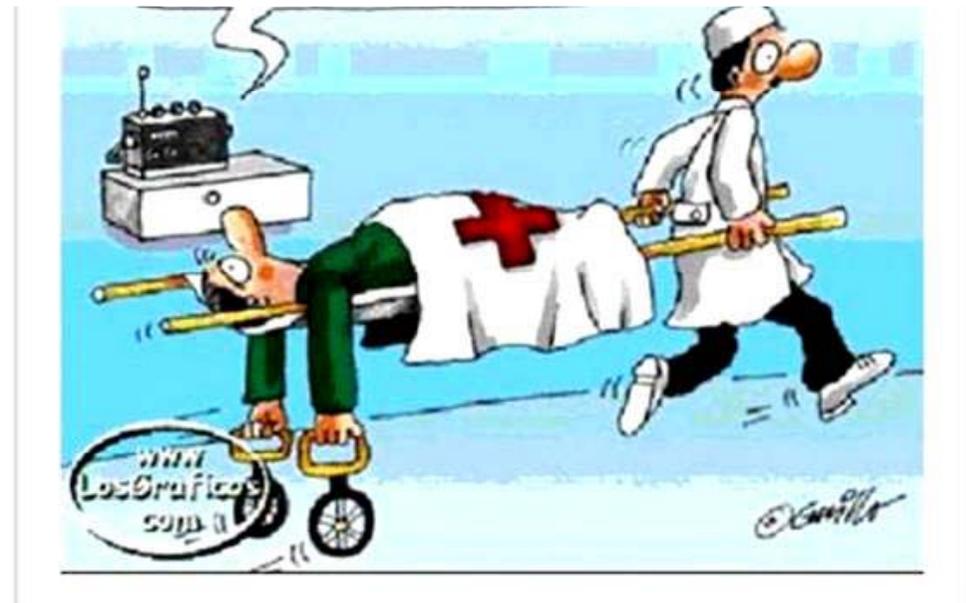
OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



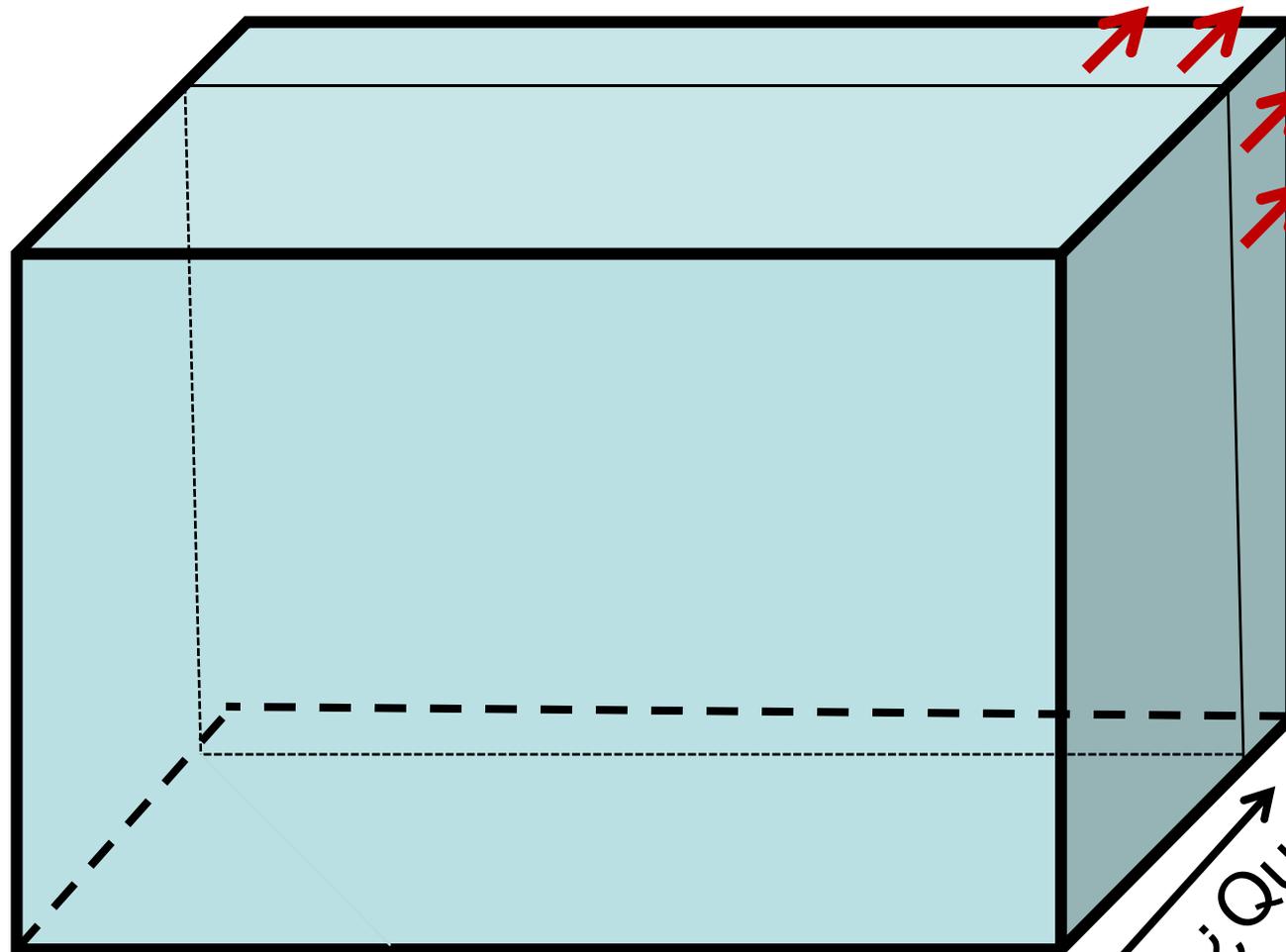
¿Qué servicios
cubrimos?

La cobertura pública tiene sus matices:

- Por descripción de la contingencia?
- Con qué tecnología/procedimiento...
- Con qué otros inputs/recursos?
- Con qué tiempo de espera?
- A qué distancia (coste de desplazamiento)?
- etc.



OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL

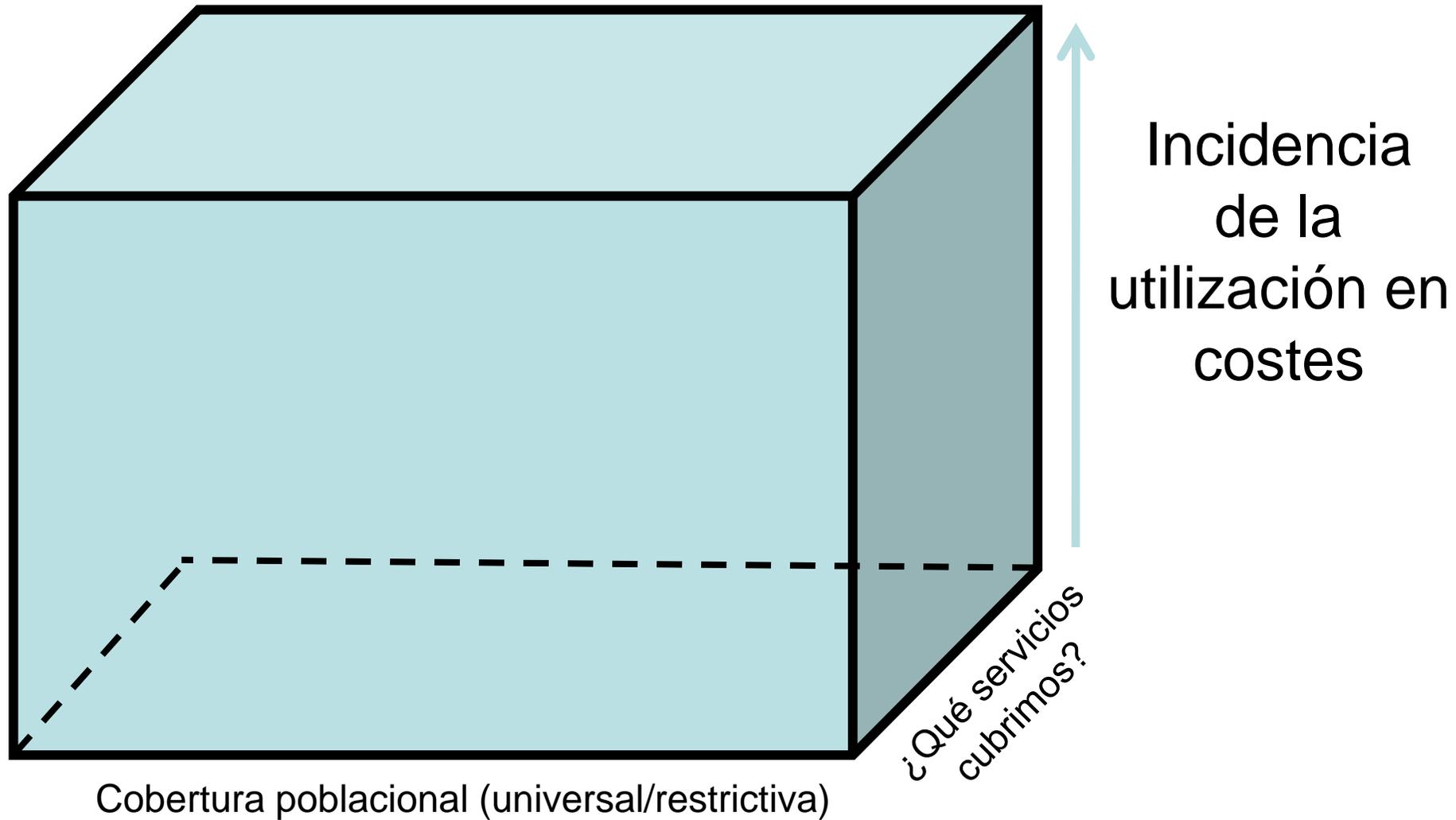


Fuera de la cobertura pública:
la alternativa privada

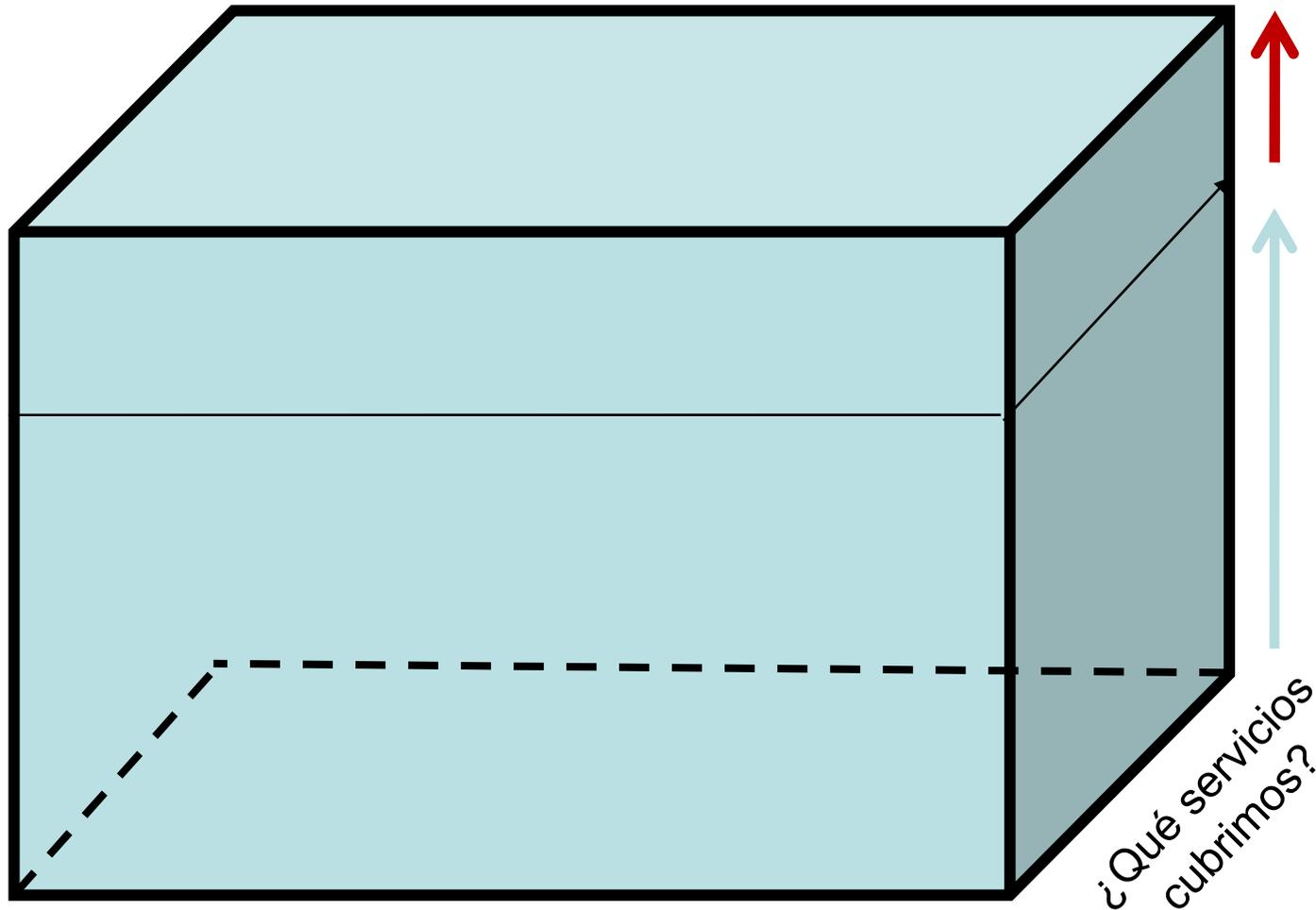
¿Qué servicios
Cubrimos con recursos
públicos?

Cobertura poblacional (universal/restrictiva)

OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



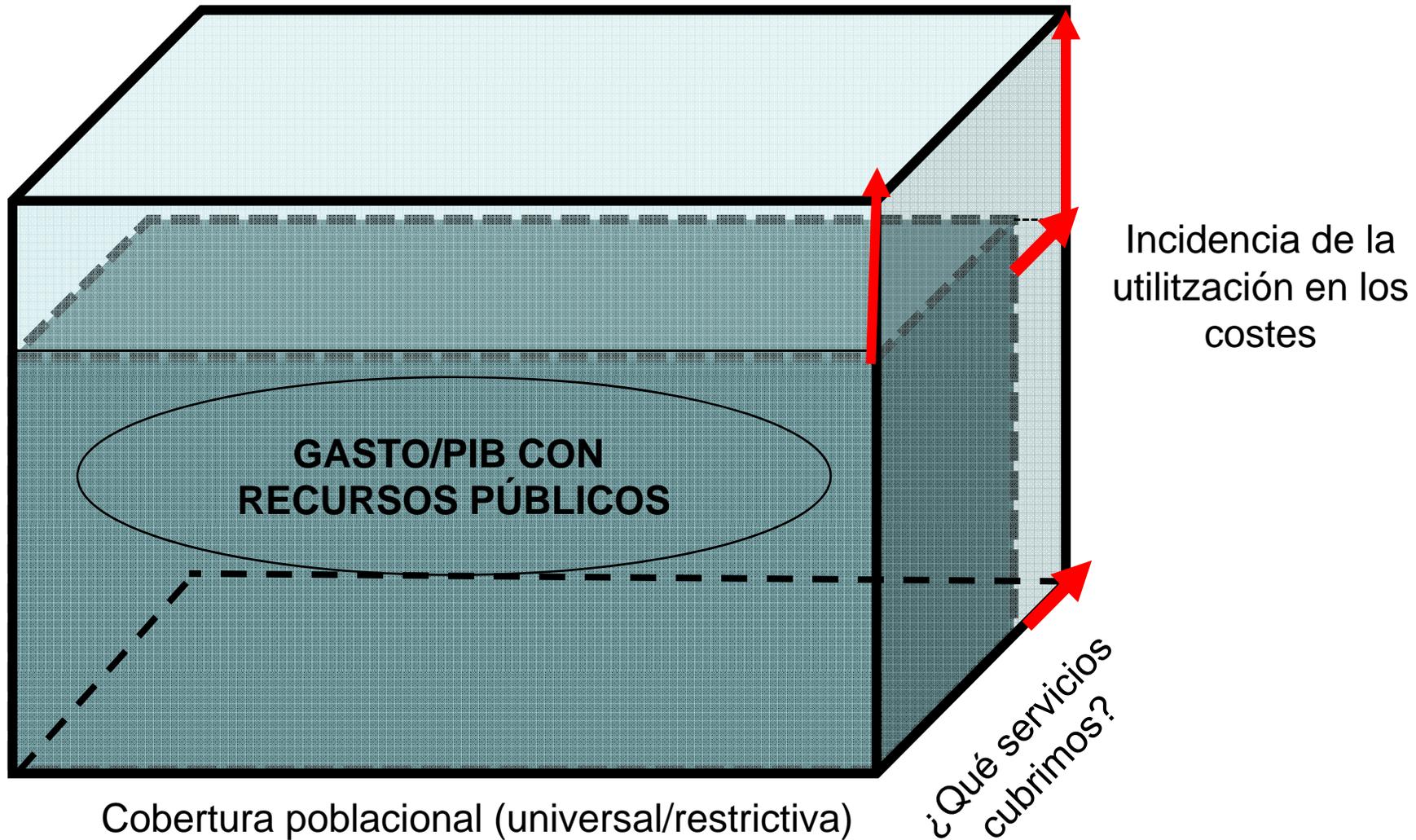
COPAGO

Incidencia de la
utilización en los
costes

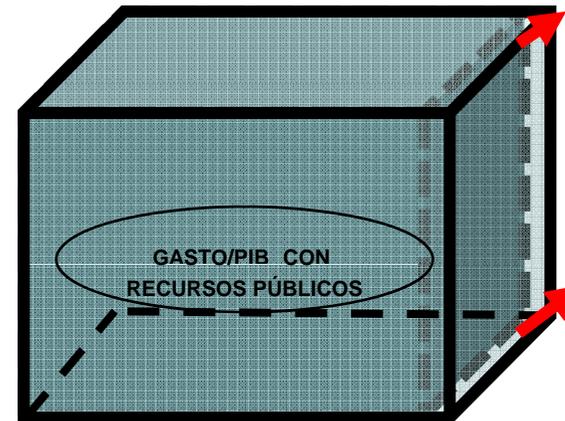
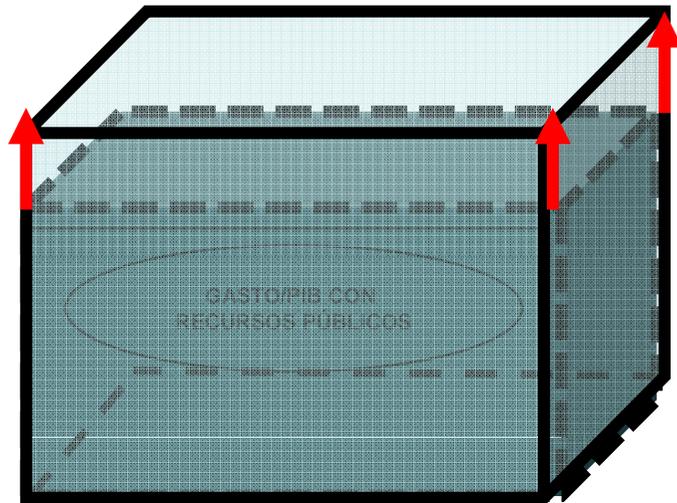
¿Qué servicios
cubrimos?

Cobertura poblacional (universal/restrictiva)

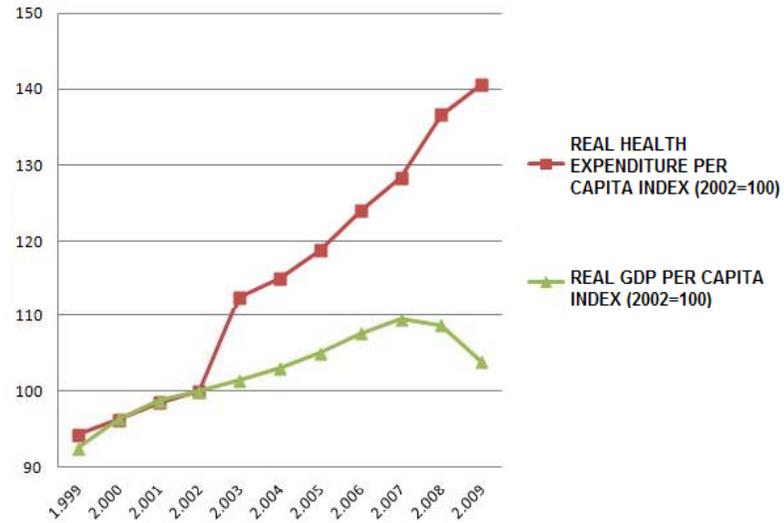
OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



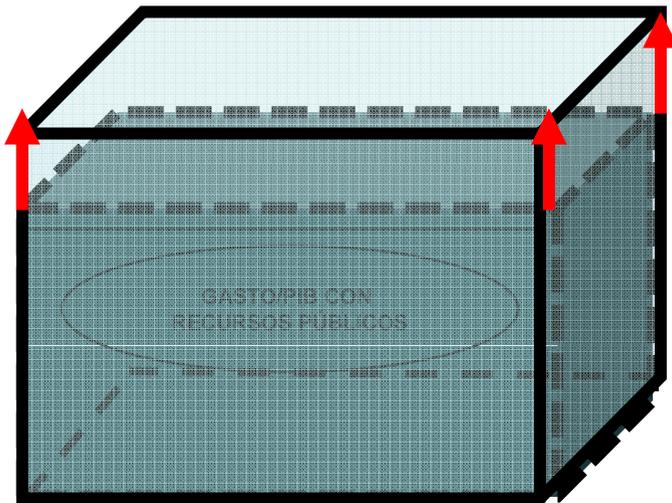
OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



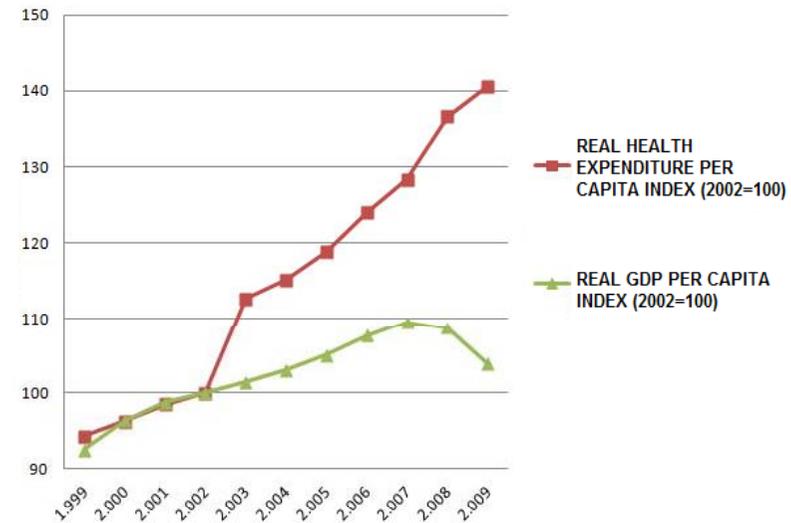
Public Health Expenditure vs GDP per capita



OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



Public Health Expenditure vs GDP per capita



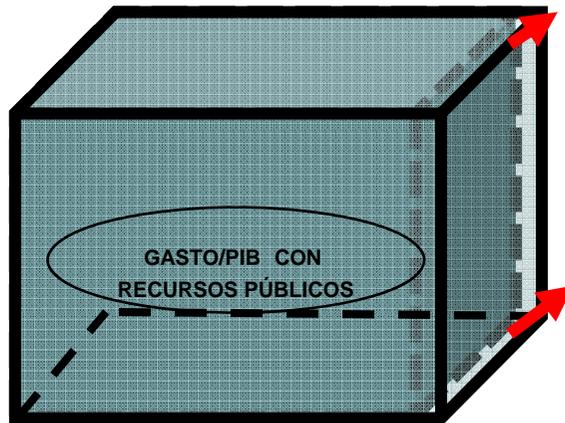
Si optamos por el copago:

❖ Qué objetivo:

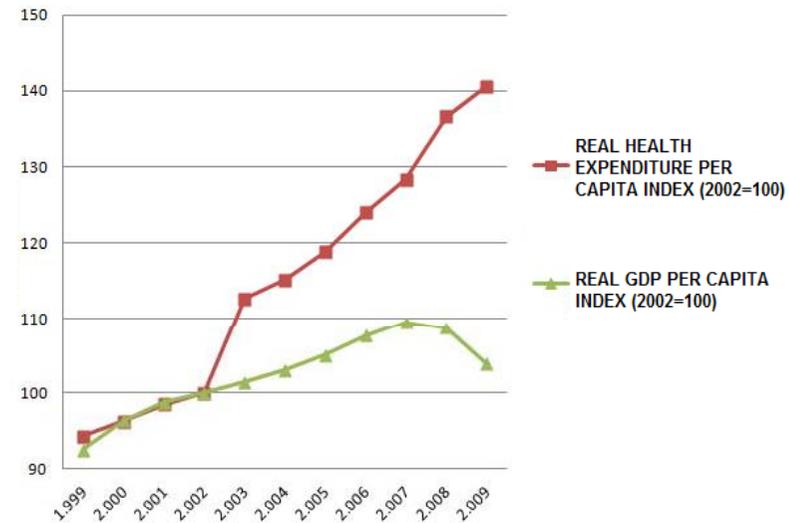
- recaudar?
- Moderar?

❖ Precaución con los más frágiles (renta y salud): podemos ajustar

OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



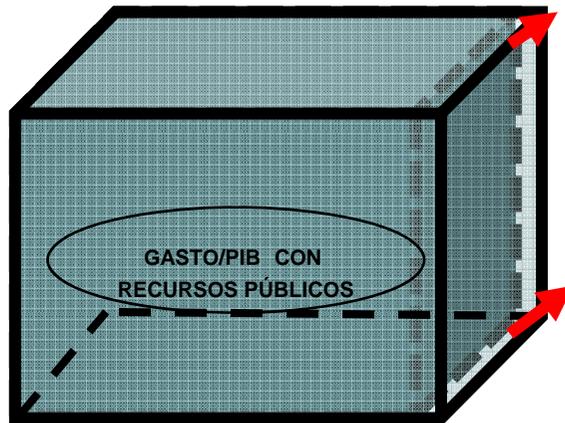
Public Health Expenditure vs GDP per capita



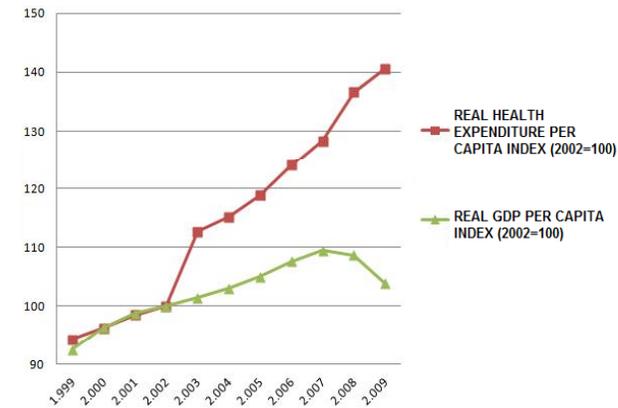
Si optamos por controlar qué cubrimos en nuestra póliza pública:
Hay varios criterios:

- ❖ El actual

OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



Public Health Expenditure vs GDP per capita

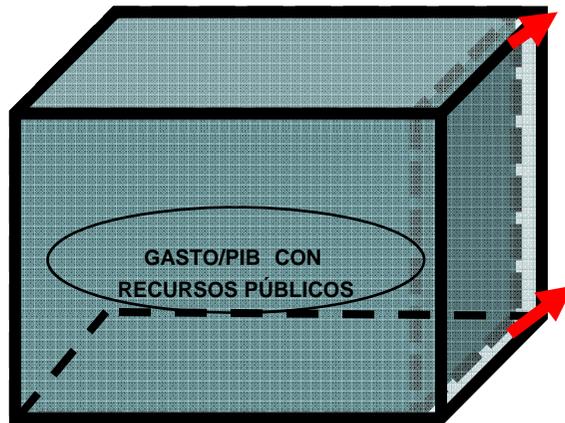


Si optamos por controlar qué cubrimos en nuestra póliza pública:
Hay varios criterios:

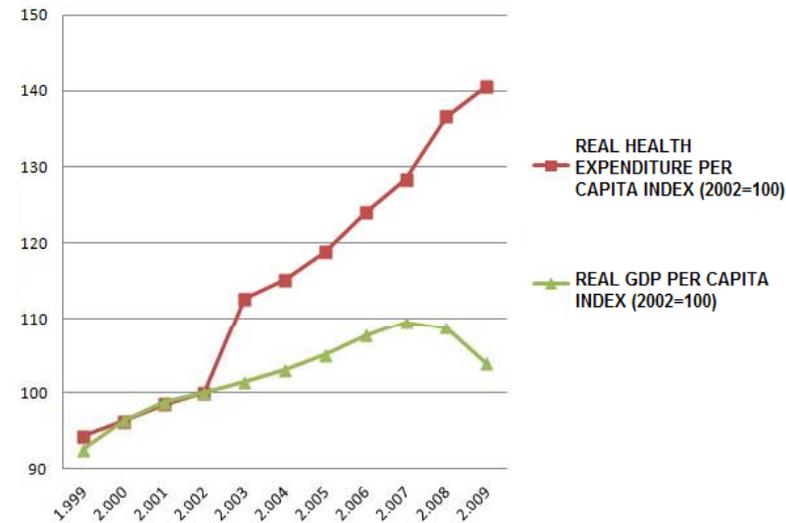
- ❖ El actual
- ❖ Este otro:



OPCIONES : LA CAJA ASISTENCIAL



Public Health Expenditure vs GDP per capita



Si optamos por controlar qué cubrimos en nuestra póliza pública:
Hay varios criterios:

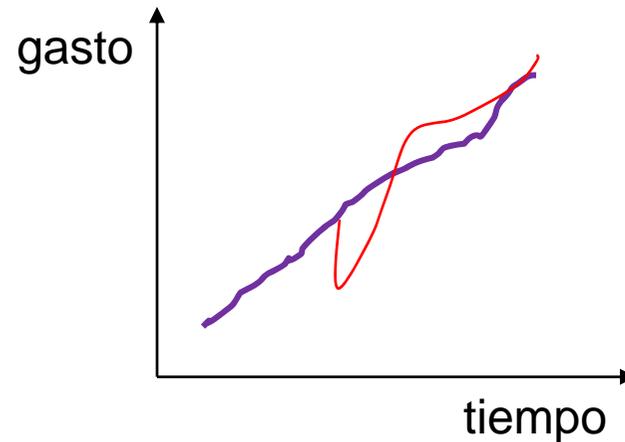
- ❖ El actual
- ❖ Y otros mejores: Dra. Anna García-Altés

La evaluación de tecnologías en el contexto económico actual: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Futuro?

¿Cómo encajan las medidas adoptadas hasta ahora?



Reducción de costes unitarios:



➤ Los mecanismos/drivers de decisión no han cambiado

➤ Se aprovechan válvulas de escape.

Ej: farmacia hospitalaria
nuevos medicamentos

Racionar vs racionalizar

MENSAJES DE ANÁLISIS



- No es el nivel de gasto lo que más importa:

Es asegurarse que el incremento de gasto sanitario nos compensa, en términos de mejora de la salud y de lo que dejamos de hacer con esos recursos.

La presión por el incremento del gasto no va a parar.

Para ello, es necesario que el gasto sea eficiente y hay que decidir cómo lo cubrimos.

- La financiación pública tiene unas claras restricciones (aquí, el nivel es determinante), pero no todo acaba ahí y no por ello se privatiza.
- Reducciones en los costes unitarios de los recursos, de forma lineal, no necesariamente mejora la eficiencia. Mejora la tesorería a corto plazo.
- Medidas estructurales eran importantes. Ahora, además, son urgentes e ineludibles.
- El problema no es exclusivo de Catalunya

Gracias



Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF)

Pompeu Fabra University of Barcelona

www.upf.edu/cres