

FADSP



Por un cambio del modelo de Financiación Sanitaria

Garantía de la suficiencia, de la equidad y la racionalidad del gasto

La Conferencia de Presidentes debería acordar un modelo que garantice la suficiencia global de cada CA y la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público (más del 30% de la financiación total), que reduzca las desigualdades y se ajuste a las necesidades de salud de la población.

La financiación del Sistema Sanitario Público es de importancia trascendental para la sostenibilidad del sistema - en riesgo real de quiebra económica- como consecuencia del aumento de la demanda de asistencia sanitaria asociada al incremento de la enfermedad y la pobreza por la crisis (el paro afecta al 17% de la población mientras la mitad de los asalariados gana menos de 950 euros); los recorte presupuestarios (en personal, farmacia, inversiones, etc.) aplicados por el Gobierno para alcanzar la estabilidad presupuestaria impuesta por la Unión Europea; el incremento del gasto por el recurso a la Colaboración Público Privada para construir y gestionar los nuevos centros sanitarios (multiplica por 7 su coste real); el aumento de la Concertación con el sector privado (creció un 42%); la externalización-privatización de servicios de apoyo (el dinero público para gestión privada ha crecido un 52% en 10 años); la subvención con fondos de la investigación de las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas; la apro-

bación y financiación de nuevos medicamentos de elevado coste y resultados inciertos; la compra irracional e innecesaria de equipamiento tecnológico; el consumismo y medicalización de la población. Paradójicamente mientras se han recortaron los recursos de la sanidad pública (en torno al 17%) se ha incrementado la financiación del sector privado con dinero público.

El Modelo de Financiación Sanitaria: la historia de un desastre

Históricamente la sanidad pública española se financiaba hasta el 2002 con fondos propios de tipo finalista que se repartían en base al % población de cada comunidad respecto de la total del estado. Todas las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen trasferido desde esa fecha la planificación y gestión de la asistencia sanitaria mediante un modelo que ha variado a lo largo del tiempo, con resultados catastróficos para el sistema y la población.

1^{er} cambio del modelo:

La *Ley 21/2001* modificó la Financiación Autonómica que paso a financiarse mediante la cesión de una cesta de impuestos indirectos que gravan el consumo y la actividad económica, se introdujeron cambios en el reparto (% de personas mayores de 65 años y la insularidad) y se integró la financiación sanitaria dentro de la general. Estos cambio tuvieron efectos negativos para los servicios sanitarios: Integrar el gasto sanitario dentro del total favoreció que algunas CCAA destinaran parte del mismo a fines no sanitarios; la financiación autonómica mediante impuestos indirectos que gravan el consumo y la actividad comercial (30% del IRPF y el 35% del IVA recaudado en cada CA, el 40% de los impuestos especiales que gravan la compra de alcohol, tabaco, hidrocarburos, y combustibles y los impuestos de patrimonio, sucesiones, transmisiones patrimoniales, etc.), redujo el carácter redistributivo del sistema sanitario público e incrementó la desigualdad territorial (dada la existencia grandes diferencias en la ac-

tividad económica de las CCAA). Pero el principal problema de este modelo era que el cálculo del gasto sanitario carecía de racionalidad al utilizar indicadores poblacionales y territoriales que no contemplan las necesidades de asistencia sanitaria en base a los problemas de salud, los costes asistenciales o los gastos en farmacia y tecnologías.

2º cambio

Las deficiencias de ese cambio obligo a convocar la *II Conferencia de Presidentes Autonómicos en año 2005*, que como aprobó, una importante inyección económica para que las CCAA, pudieran hacer frente a su elevado endeudamiento con los proveedores. Para ello se incrementó del porcentaje del IRPF y del IVA cedidos a las Comunidades Autónomas al 50%; y se crearon nuevos fondos para reducir la insuficiencia y la desigualdades intercomunitarias (Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, Fondo de Suficiencia Global y de Competitividad y Compensación. Este cambio, además de farragoso y de difícil comprensión, generó nuevas diferencias entre CCAA.

3º Cambio

Estaba previsto para el 2014, pero fue paralizado por el Gobierno alegando falta de recursos por la crisis (Estabilidad Presupuestaria). Ahora la presión de las CCAA, asfixiadas por el corsé de la estabilidad presupuestaria y las deficiencias del modelo, han obligado al Gobierno a abrir el debate para un nuevo cambio en el la financiación autonómica

La Conferencia de Presidentes debería acordar un modelo que garantice la suficiencia global de cada CA y la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público (supone más del 30% de la financiación total), reduzca las desigualdades y se ajuste a las necesidades de salud de la población. ◆

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública proponemos que el nuevo modelo debería:

- 1** Garantizar la suficiencia financiera y la equidad fiscal entre CCAA, afectadas por la crisis, los recortes y los problemas de un modelo basado en la población y en fondos de compensación irracionales.
- 2** Incrementar los impuestos a los sectores económicamente más beneficiados que apenas pagan impuestos; combatir el fraude fiscal, eliminar la financiación con impuestos indirectos; y obligar a todas las CCAA a recuperar los impuestos de patrimonio, sucesiones y donaciones.
- 3** Devolver el carácter finalista a la financiación sanitaria, obligar a las CCAA a destinar un % similar, e impedir que estas practiquen dumping social reduciendo impuestos a empresas y patrimonios.
- 4** Dar transparencia y simplificar el sistema de cálculo y de nivelación, eliminando los actuales fondos de garantía o sostenibilidad, sustituyéndolos por instrumentos que garanticen la equidad.
- 5** Crear una partida económica específica en los Presupuestos del Estado destinada a compensar las diferencia de financiación entre CCAA.
- 6** Calcular las necesidades de gasto en base las necesidades de salud : enfermedades prevalentes, mortalidad, discapacidad, determinantes medioambientales y diferencias de recursos sanitarios.
- 7** Cambiar la orientación estratégica de la política sanitaria: Pasar de la actual estrategia orientada a la enfermedad y la curación a otra basada en la promoción, la prevención, la equidad y el cuidado a los crónicos
- 8** Controlar el crecimiento irracional del gasto farmacéutico (17.000 millones de euros) dado que somos el 2º país del mundo en consumo de medicamentos y si que aumentando (8% en farmacia y 26% en hospitales).
- 9** Crear una agencia estatal para evaluar y controlar nuevas tecnologías antes de introducir las en el sistema
- 10** Poner en marcha una Estrategia Estatal destinada a racionalizar la actividad asistencial basada en evidencia científicamente comprobada (protocolos, guías clínicas, vías clínicas) y en el enfoque integral de los procesos asistenciales.