

LA DESGRAVACIÓ FISCAL A LES PÒLISSES D'ASSEGURANÇA PRIVADES (Una proposta de subvenció al sector privat)

Toni Tuá Molinos

membre del CAPS i de CCOO de Catalunya

El Govern de la Generalitat ha anunciat la voluntat de reinstaurar la bonificació fiscal de les pòlisses d'assegurança privada en la declaració a Hisenda, en el tram de l'IRPF corresponent a Catalunya.

I diem “reinstaurar” per que aquesta figura de bonificació fiscal ja existia abans de 1999, quan va ser abolida pel Govern de l'Estat, del PP, en la Llei d'acompanyament dels pressupostos pel mateix any, essent Ministre d'Hisenda en Rodrigo Rato, al·legant la detecció d'importants abusos en l'aplicació de la bonificació fiscal.

A canvi es va implantar la bonificació en l'impost de societats dels empresaris que acordaven la compra de pòlisses col·lectives pels treballadors de les seves empreses, com a salari diferit en espècies, del que també estan exempts de declaració els propis treballadors i treballadores. Considerant, per part del PP, aquest tipus de pòlissa més “social”.

INTRODUCCIÓ

L'origen de l'assegurança privada es remunta a les èpoques en que no existia cap tipus de cobertura pública, i ha estat l'única opció front a l'infortuni personal, fins que les administracions van anar implantant els diferents sistemes d'assegurança pública a partir de finals del segle XIX. La cronologia d'instauració d'aquest tipus de cobertura col·lectiva ha estat molt diversa als diferents països, havent començat a Alemanya al XIX o a Espanya a principis del XX, amb la cobertura dels accidents de treball, i progressivament als diferents països es van anar instaurant sistemes de seguretat social per alguns col·lectius de treballadors i amb posterioritat, després de la Segona Guerra Mundial, es va produir la instauració dels sistemes nacionals de salut de cobertura poblacional més extensa, en alguns països del nord de Europa.

Concretament a Espanya es va començar, amb un sistema molt incipient, al primer quart de segle, amb l'anomenat *Instituto Nacional de Previsión (INP)*, que es va anar ampliant a diferents col·lectius, sempre relacionats amb l'activitat laboral, concretant-se en el *Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)* per als treballadors industrials i els seus “beneficiaris”, quedant encara llavors, fora d'aquesta cobertura col·lectiva obligatòria amplis sectors de la producció com ara autònoms, agricultors, professionals lliberals, etc.

Així doncs l'afiliació a entitats privades d'assegurança, amb el seu origen als antics gremis professionals i confraries de l'Edat Mitjana, es va mantenir sobretot per a uns sectors determinats de la població fins ben entrada la segona meitat del segle XX, especialment a Catalunya.

Aquesta situació va canviar de forma molt important al nostre país al 1964 amb la Llei de Bases de la Seguretat Social, i el 1974 amb el seu desplegament mitjançant la Llei General de la Seguretat Social, que va ampliar la cobertura de l'assegurança obligatòria a uns quants col·lectius més. El canvi radical però no va ser fins el 1986 amb la promulgació de la Llei General de Sanitat, que va instituir la cobertura universal de l'assegurança de la salut, amb un nivell de protecció poblacional de quasi el 99%, i passant progressivament del finançament directe per quotes a la Seguretat Social al finançament indirecte per

impostos generals de l'Estat.

La davallada de l'assegurança individual a partir d'aquesta data va ser molt significatiu durant uns quants anys, que varen coincidir també, amb situacions de crisi econòmica general. A partir de mitjans dels anys 90, amb la recuperació progressiva de l'activitat econòmica, i seguint la norma que diu que la millora del nivell econòmic de les classes mitges incrementa l'exigència de la qualitat percebuda a l'atenció sanitària, poc a poc, es revitalitzà el paper de les entitats asseguradores mercantils, no tant així el de les antigues mutualitats de previsió social, que havien jugat un paper molt important fins mitjans del segle passat, amb la cobertura de la sinistralitat de les classes menestrals.

Per tant el panorama de l'assegurança privada de salut, al conjunt de l'Estat, s'ha mantingut estable des de mitjans dels anys 90 fins a 2008, en que ha representat un 28% de la despesa total en serveis sanitaris realitzada a Espanya, sent el 72% la proporció de la despesa pública, mentre que les xifres a Catalunya han estat el 34,1% de despesa privada i el 65,9% de despesa pública.

L'EVIDÈNCIA COMPARATIVA AMB D'ALTRES PAÏSOS

La comparació de la despesa total en serveis sanitaris entre països, és convenient fer-la tenint en compte el nivell de riquesa assolit per cada un d'ells, doncs tant la demanda de serveis públics, com la disposició a contractar-ne de privats, depèn de "l'elasticitat renda", que en el cas de la salut es superior a 1.

Als països de la OCDE existeixen dues excepcions prou significatives a aquesta regla: EEUU amb la despesa mes elevada en serveis sanitaris, no sent el país que assoleix la major renda per càpita. I Luxemburg, que tenint la renda per càpita més elevada, no arriba a la mitjana de despesa de la OCDE.

Les dades de la OCDE (2007) i del Catsalut (2006), evidencien diferències significatives, tant pel que fa a despesa total com a la relació entre despesa pública i privada. Són dades referides a uns anys en els que Espanya va assolir el seu màxim nivell de desenvolupament econòmic, abans de caure en la profunda crisi global, i amb major afectació que els països del nostre entorn.

Les dades:

Despesa total en salut, en % sobre el PIB, a la OCDE (2007) i Catalunya (2006)

País	% del PIB	Pública	Privada
Mitjana	8,8		
EEUU	16	45,4	54,6
França	11	79	21
Suïssa	10,8	59,3	40,7
Alemanya	10,4	76,9	23,1
Canadà	10,1	70	30
Portugal	9,9	71,5	28,5
Suècia	9,1	81,7	18,3
Itàlia	8,7	76,5	23,5
Espanya	8,5	71,8	28,2
Luxemburg	7,3	90,9	9,1
Catalunya	7,2	65,9	34,1

A part de la relació directa entre nivell de renda i despesa sanitària, tant pública com privada, hi han d'altres factors que incideixen en el constant increment d'aquesta despesa total, com ara l'envelliment de la població, la innovació tecnològica, els medicaments.

Tot plegat es pot concloure que, a Catalunya, existeix un decalatge força considerable entre el nivell real i el nivell teòric de despesa total en salut que hauria d'existir, tenint en compte tots els paràmetres esmentats (renda, envelliment, innovació, etc.), ja que ens trobem a 1,3 punts percentuals per sota d'Espanya, 1,6 per sota de la mitja de la OCDE, o 3,8 per sota de França!!

LES RELACIONS DESPESA TOTAL/NIVELLS DE COBERTURA POBLACIONAL. RESULTATS EN SALUT

Si les comparances es fan des del punt de vista d'eficiència social: nivell de cobertura poblacional i resultats en salut, el SNS de l'Estat espanyol i concretament el Catsalut obtenen uns resultats molt eficients, doncs a casa nostra, com hem vist, amb un 7,2% del PIB existeix una cobertura poblacional del 99%, i uns bons resultats en salut, tant mesurats en la percepció personal, a través de les diverses "Enquestes de salut de Catalunya", com mesurats pels nivells assolits d'anys de vida amb qualitat, esperança de vida al néixer, índex de mortalitat infantil, etc.

Cert que amb aquests paràmetres, potser, trobaríem quelcom semblant en països del nostre entorn, pro amb uns % de despesa sobre el PIB molt per sobre dels de Catalunya. En aquest aspecte no cal ni plantejar-se la comparança amb els EUA, amb mes de 45 milions de persones sense cap tipus de cobertura (perquè no son el suficientment pobres ni tenen mes de 65 anys).

Per tant, es pot concloure que a Catalunya tant l'eficiència social (cobertura) com l'econòmica (% del PIB) del Sistema de Salut, obté uns resultats molt adequats.

LA PRETESA EFICIÈNCIA SUPERIOR DE L'ASSEGURANÇA PRIVAT

La pràctica de l'atenció sanitària prestada per l'assegurança privada pateix dels mateixos "vicis" que se li retreuen a l'atenció pública, amb l'afegit que l'assegurança privada té el handicap real de la *selecció de riscos*, que impedeix l'equitat d'accés a grups de població amb patologies certes, greus i/o cròniques, o de probable ocurrencia, així com discriminació de preu per sexes o per edats.

Els vicis que igualen als dos sistemes, el públic i el privat, principalment son:

a) El sobreconsum (moral hazard):

Aquest es dona tant als serveis públics com als privats, doncs no fent un "pagament directe" en el moment de l'ús a l'atenció pública, el personal tendeix a sobreutilitzar les prestacions que el sistema posa al seu abast.

I en el cas de l'assegurança privada el raonament és el de "ja que pago el mateix" l'utilitzo tant com puc.

b) L'elusió del "filtre" de l'atenció primària:

(El saltar-se el metge o metgessa de capçalera), en aquest cas, amb mètodes diferents, el resultat és el mateix, a l'assegurança privada la possibilitat de "triar" directament l'especialista, fa que la persona assegurada "es salti" al capçalera i acudeixi directament a l'especialista que considera més adient per a que li resolgui la malaltia que "s'ha autodiagnosticat".

Pel que fa a la persona coberta per l'atenció pública, obvia al capçalera acudint directament als serveis d'urgències hospitalàries.

c) L'abús dels propis facultatius:

En aquest aspecte, amb motivacions diferents, tornem a trobar els mateixos resultats en els dos sistemes d'atenció. Pel que fa a la privada, tenint en compte la “retribució per acte” dels professionals, aquests estan incentivats a fer visites successives i/o demanar proves diagnòstiques que realitzen altres professionals o centres diagnòstics amb qui estan relacionats.

Des de la banda de la pública, aquesta forma d'actuar es concreta en la prescripció, per part dels facultatius, en la prescripció de medicaments o de baixes laborals, per tal de deslliurar-se de la pressió dels usuaris.

Veiem doncs, que tant en un sistema com a l'altre, per motivacions diferents, es produeixen efectes indesitjables des del punt de vista de l'eficiència.

En els dos casos s'han d'implantar mesures correctores que minorin aquestes disfuncions dels sistemes. En el cas de l'atenció privada les lleis generals que acotin la selecció de risc que fan les companyies asseguradores, com ara la Llei d'igualtat de sexes, que a partir de 2009 “prohibeix la penalització, en el cost de la prima, de les dones en edat fèrtil” En el tema del filtre de l'atenció primària, algunes companyies asseguradores, han assajat la bonificació de quota si prèviament la persona assegurada accedeix a un metge o metgessa de capçalera de la pròpia companyia. I a la pública hi han hospitals que tenen un filtre al servei d'urgències, que deriva als usuaris als capçaleres que els hi corresponen, depenent del tipus de necessitats del pacient.

Finalment, cal ressaltar que els intents de rectificar aquestes “fallides” dels sistemes comporten un increment dels costos finals, per tal de poder gestionar eficientment l'assegurança, són els anomenats costos de transacció: pagament per processos patològics i no per acte o “autorització prèvia” a la prescripció de segons quines prestacions, etc., als professionals de la privada. “Incentius monetaris per objectius” en prescripció farmacèutica o d'incapacitat laboral, als professionals de la pública.

L'EXPERIÈNCIA D'ALTRES PAÏSOS AMB DIVERSOS NIVELLS D'ASSEGURANÇA

Existeixen alguns països de l'entorn europeu que, des de fa temps, han començat a experimentar diverses formes de participació de l'assegurança privada en el sistema públic de salut. Els més rellevants són Alemanya i, sobre tot, Holanda (des de 2006) en els que l'administració de l'Estat ha decidit prestar, de forma general i per a la població fins a un nivell de renda determinat, l'assegurança per a la malaltia greu i/o crònica (les anomenades contingències catastròfiques). Un segon nivell d'assegurança privada obligatòria, que s'ha de concertar individualment (o col·lectivament mitjançant l'acord amb l'empresari), anomenada “pòlissa complementària”, per tots els procediments patològics mes banals. I finalment la “pòlissa voluntària”, opcional, que cobreix aspectes mes de confort en l'atenció i els serveis.

En aquests tipus de plantejaments, l'aspecte dels “costos de transacció” es disparen exponencialment, doncs han d'existir uns controls molt acurats per part de l'administració i/o de les companyies privades per arribar a discriminar a qui correspon subsidiar els diferents nivells d'assistència, en funció de la renda. A més dels controls i incentius o desincentius dels que hem parlat amb anterioritat.

Aquests nous plantejaments als països esmentats, després d'algun temps de proves, i després de fer viatges d'anada i tornada, resulta que van concretant els catàlegs de prestacions (incloent-ne o excloent-ne), de manera que, curiosament, cada cop es van

assemblant més al catàleg que gaudim al nostre país (que no és com, emfàticament, alguns proclamen “tot per a tothom a tot arreu”). Com exemples, a Alemanya han tret del catàleg de prestacions la reposició de peces dentals i les ulleres (com aquí), i a Holanda han inclòs, després de varis anys que no hi eren, els processos psiquiàtrics aguts en el catàleg bàsic (com aquí també).

EL RAONAMENT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

L'explicació de la Generalitat, per tal de tornar a implantar la subvenció a les pòlisses d'assegurança privada és que *“la no utilització dels serveis públics per part de les persones que tenen voluntàriament una doble cobertura de serveis sanitaris produeix un estalvi important”*, deslliurant-lo de pressió assistencial *“i sense cap tipus de perjudici per el Sistema Nacional de Salut”*.

EL MITE DE L'ESTALVI PER AL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT

Bàsicament, el poc estalvi de despesa per no utilització del Sistema Públic de Salut es produeix només en segons quins trams d'edats (joves amb menys patologies) i en segons quins serveis (atenció primària i visites a l'especialista o parts i cirurgia menor). En els trams d'edat amb més patologia tant aguda com, sobre tot, crònica i per processos complicats i d'alta especialització, la utilització dels serveis públics per part de les persones amb doble cobertura és molt més alta. Una altra prestació que també utilitzen al màxim és la farmacèutica (que la gran majoria de pòlisses no contempen, o ho fan a un cost molt alt (i la pública subvenciona al 60% a les persones actives i al 100% a les passives).

EL PERJUDICI A L'ASSEGURANÇA PÚBLICA

L' estalvi de diner públic i de pressió assistencial que, diuen, es produeix al sistema nacional de salut amb el doble assegurança d'una part de la població, o fa en una quantia i en uns serveis que no justifiquen la pèrdua d'ingressos que provocaria la pretesa desgravació fiscal (al tram de l'IRPF que recapta directament Catalunya). Podríem estar parlant d'uns 200 milions d'€ l'any, que sumats, per exemple, a la proposta d'eliminació de l'impost de successions per a les majors fortunes, uns altres 200 milions d'€ mes, arribem a la xifra d'uns 400 milions d'€ a l'any de menys ingrés de recursos de la Generalitat (quan ells mateixos parlen d'un dèficit al Servei Català de la Salut d'uns 850 milions d'€). I per altra banda es neguen a rebaixar l'import del bitllet de “rodalies”, perquè representa una merma anual d'ingressos d'uns 29 milions d'€ !!.

LA INCITACIÓ A UNA PRÀCTICA PROFESSIONAL INCORRECTA

L'atenció pública a la salut és un dret subjectiu bàsic de ciutadania, reconegut per la Constitució Espanyola, la Llei General de Sanitat i, en el nostre país amb el sistema mixt de protecció que ens hem dotat (Seguretat Social mes Sistema Nacional de Salut), aquesta prestació està considerada com a pròpia de la SS. I a l'Article 3 de la Llei de Seguretat Social es declara la *“irrenunciabilitat de les prestacions per part de l'individu”*, i també és per això que les persones amb doble cobertura exigeixen totes les prestacions del SNS (que són prestacions de la SS), quan ho creuen convenient. I aquí és quan l'administració “traspassa” la responsabilitat als professionals de la sanitat pública, en el cas de les receptes de farmàcia, per exemple, la responsabilitat d'acceptar transcriure a una recepta del SNS (SS) el tractament que ha prescrit un altre professional en l'exercici privat, o la petició d'una prova diagnòstica, sota la seva absoluta responsabilitat (doncs la

instrucció del sistema públic al professional és que “no té l'obligació de fer-ho”, però tampoc li ho prohibeix (perquè no ho pot fer, com ja hem vist), i el professional ha d'enfrontar-se al pacient si no vol fer una prescripció sense haver-lo explorat. És perquè es dona, en gran mesura, aquesta negativa dels professionals del servei públic, que “instituts privats per al desenvolupament i integració de la sanitat” demanen que els professionals del sistema públic “no es puguin negar a fer la recepta”.

LES RAONS OCULTES DE TOT PLEGAT

Els estudis sobre el sector de l'assegurança privada realitzats per les pròpies companyies, donen uns resultats amb “tendències a la baixa a partir de l'any 2008”, concretament, “*El mercado Español de seguros 2008*” de MAFRE, planteja l'escenari següent:

Les primes recaptades per tot el sector van ser de 5.522 milions d'€, amb un increment del 7,4% sobre l'any anterior (2007), pro 2 punts % per sota dels obtinguts en els 10 últims anys.

Amb una caiguda de cartera (núm. d'assegurats) del 14%.

Les causes que expliquen aquests decrements, segons l'estudi, són: La crisi econòmica, l'estancament del número de persones assegurades (8 milions a l'estat, el 17% de la població), l'increment de noves pòlisses col·lectives d'empresa (més barates i desgraven fins a un 30% de l'impost de societats de l'empresari).

Per l'esmentat any 2008 la “foto” del sector, pel que fa a tipologia de pòlissa, era:

Individual 44%, Col·lectiva 18%, Funcionaris (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) 22%, Dental 2%, Reembossament de la despesa 9% i de subsidi 5%.

A més de les causes de decrement del negoci assegurador que abans s'han exposat, l'estudi també esmenta la Llei 3/2007 “d'Igualtat de sexes”, que varen fer baixar la prima d'assegurança per a les dones. A partir de 2009 la prohibició de “penalització en la prima a les dones en edat fèrtil” (el risc de les quals les companyies han hagut de repercutir en l'increment de les primes del conjunt dels assegurats).

Finalment les “perspectives per a l'any 2009”, en el mateix informe de MAFRE, són pessimistes pel conjunt del sector degut, segons la seva anàlisi, a l'increment dels costos de la factura dels professionals i de l'increment de la demanda de serveis per part dels assegurats que no s'han donat de baixa.

És evident que, front aquesta situació i a les perspectives del sector privat, incrementi la pressió sobre l'administració de la Generalitat, per tal que subvencionin el sector mitjançant bonificacions fiscals als assegurats i assegurades.

LA PART DEL “PASTÍS PÚBLIC” QUE JA GESTIONA EL SECTOR PRIVAT

Es podria pensar que la demanda de subvenció i de gestió de serveis públics, que fa el sector privat, és perquè fins ara no ha tingut possibilitat de fer-ho. No és així. Almenys a Catalunya, ja fa molts anys que el sector privat de la salut gestiona i presta serveis per compte de l'administració pública, en sectors com ara: Diagnòstic per la imatge, Rehabilitació, Ortopèdia, Òptica, Farmàcia (fabricació, distribució i dispensació), Psicologia, Transport sanitari, Salut mental, Socio-Sanitari i altres serveis complementaris, des de fa temps “externalitzats”, com ara: Neteja, Bugaderia, Hostaleria, Arxiu d'Historials Clínics, Manteniment, Serveis Informàtics, Assessorament jurídic, en definitiva, amb major o menor grau, tot allò que no té a veure amb l'atenció directa al pacient. De tot aquest seguit de serveis uns són finançats directament per l'administració pública de salut i els altres, que no estan coberts per el catàleg de prestacions de la sanitat pública, són

demandes individuals induïdes per el consell o la recomanació dels professionals del Sistema Públic de Salut.

Tot això a part de la compra directa de serveis que el sistema públic de salut fa a les entitats privades prestadores de serveis sanitaris "sense ànim de lucre", la fins ara anomenada XHUP (xarxa hospitalària d'utilització pública), que a Catalunya formen gairebé 50 hospitals (fundacions, institucions, patronats, etc.) a part dels 10 centres propis de la SS. Com exemple, per l'any 2009, el finançament del Catsalut per el "sector concertat" va ser de 4.390 milions d'€ (el 47% del pressupost total del departament de Salut), i la gestió directa dels hospitals propis de l'administració (ICS) va ser de 2.746 milions d'€.

CONCLUSIONS

- 1) El llarg procés d'instauració, al nostre país, de la cobertura pública de l'atenció sanitària, ha assolit uns nivells de protecció tant en la població coberta com en el catàleg de prestacions, que s'ha de reconèixer i preservar com a peça principal pel manteniment de la cohesió social, junt amb l'ensenyament i el sistema de pensions.
- 2) El model del que ens hem dotat és reconegut com a un dels més eficients del món, tant des de el punt de vista social com econòmic. La comparança amb els sistemes de diversos països del nostre entorn així ho confirma.
- 3) En cap moment ha estat demostrat que la gestió privada de l'atenció sanitària, així com la seva assegurança, obtinguin uns millors resultats cost-efectius, en igualtat de nivells de cobertura poblacional i prestació de serveis.
- 4) La intenció de desplaçament, per part de l'administració, de l'assegurança i les prestacions de salut des del sector públic al privat no millora l'eficiència, en el seu conjunt, tal com es pot comprovar en països on s'ha realitzat aquest desplaçament. Senzillament s'ha donat més protagonisme i participació al "sector negocis", incrementant els costos de transacció, i per tant disminuint l'eficiència global.
- 5) El sistema públic de salut, que com tota activitat és susceptible de millora, ha de corregir-se i readaptar-se per si mateix, mitjançant la implicació de tots els actors concernits: administració, professionals i pacients. Corregint processos, millorant actituds, amb voluntat política, transparència de gestió, implicació professional i participació dels usuaris.
- 6) No és acceptable que, al mateix temps que es demanen sacrificis als professionals i a les persones usuàries, per manca de recursos públics, l'administració plantegi subvencions per a l'activitat privada i menystingui ingressos d'aquells que estan en condicions sobrades per a contribuir.

Bibliografia

- Abarca J, Cobiella PL. Instituto para el Desarrollo y integración de la sanidad (IDIS) 2010.
- Ordaz, J.A., U. Pablo de Olavide. Murillo, C. U. Pompou Fabra. Guerrero, F.M. U. Pablo de Olavide."Principales factores determinantes de la demanda del seguro privado".
- MAFRE. Estudio 2008. "El mercado español de seguros "
- Cambra de Comerç de Barcelona. "El sector de la salut a Catalunya". 2009.
- López Casasnovas, G. "El paper de l'ASSEGURANÇA sanitari i de la medicina privada en els sistemes públics de salut, reflexions per a l'elaboració d'una política sanitària nacional". Fundació Catalunya Oberta. 2010.
- Federación para la Defensa de la Sanidad Pública. "La sostenibilidad del Sistema Público" 2011