

MESA DE

**Gasto sanitario
y financiación****LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD**

Montero Granados R, Pérez Romero C, López del Amo P, Martín Martín JJ, Jiménez Aguilera JD, Sánchez Campillo J.
Universidad de Granada.

En diciembre del 2001 finalizará el modelo actualmente vigente de financiación autonómica sin haber resuelto algunas de las contradicciones y/o problemas del sistema sanitario, como: a) insuficiencia financiera, b) falta de corresponsabilidad de los gestores públicos; c) ausencia de la equidad que proclama la Ley general de Sanidad; d) existencia de una clara contradicción en el enfoque que trata de profundizar en un criterio de espacio fiscal autonómico para la financiación general de las CCAA y un criterio vía gasto para los gastos sanitarios; etc.

En este trabajo se aborda el análisis económico del actual sistema de financiación, así como la modelización de los mecanismos y las variables de asignación de recursos regionales mediante técnicas de programación multicriterio.

El agotamiento del actual modelo LOFCA, junto con los cambios en el origen de la financiación sanitaria (ahora solo con impuestos) obligan a una nueva redefinición de los sistemas, tal vez de forma integrada. En cualquier modelo el consenso se convierte en algo crucial, comenzando, quizá, por un acuerdo de calado ético: la financiación pública de la sanidad se justifica por su contribución a la igualdad de oportunidades. Algunos de los objetivos del modelo serán, por ejemplo: a) incremento de la corresponsabilidad fiscal (con potestad normativa tributaria de las CCAA); b) garantía de servicios (catálogo de prestaciones garantizadas), y c) garantía de financiación capitativa no vinculada en, al menos, el 90%.

GASTO PÚBLICO SANITARIO Y PRODUCTIVIDAD REGIONAL: UNA APROXIMACIÓN CON DATOS DE PANEL

Rivera Castiñeira B¹

Este trabajo analiza la contribución del gasto público sanitario y su composición a la mejora de la productividad. Para, ello se desarrolla una extensión del modelo de Solow que incluye la salud como un input más con el objeto de explicar las variaciones en la productividad. El estudio muestra los resultados de una investigación empírica que utiliza datos de panel para las Comunidades Autónomas españolas durante el período 1973-1993. Los resultados obtenidos, sugieren, que el gasto sanitario público corriente tiene efectos positivos y significativos sobre la productividad, mientras que la inversión pública en salud no presentaría efectos sobre la misma. Las principales conclusiones indican la necesidad de considerar la contribución de los servicios sanitarios al crecimiento económico, además de enfatizar la importancia que la composición del gasto tiene para el análisis del impacto de la política pública.

Palabras clave: Productividad, gasto público, salud.

¹ Correspondencia con el autor: Facultad de Ciencias Económicas. Departamento de Economía Aplicada. Campus La Zapateira. 15071 A Coruña. E-mail: berta@udc.es

CREAM-SKIMMING INCENTIVES FOR EFFICIENCY AND RISK ADJUSTMENT

Barros P.

Universida de Nova Lisboa.

Reform proposals of health care systems in several countries have advocated some type of risk adjustment/capitation system. These proposals face a serious objection: incentives to risk selection are prevalent in the system. By now, considerable literature has been devoted to ways of mitigating, if not eliminating, this problem, while at the same time preserving incentives to efficiency. We contribute to this debate presenting a transfer system that, under some circumstances, attains both provider efficiency and no risk selection. The tyranfer system extends typical linear capitation formulas. It can be interpreted as a fixed transfer in the beginning of the period plus an ex post fund at the end of the period. The novelty rests in the way contributions to this fund are defined.

68

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Cantarero Prieto D, Fernández Gómez N.
Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

El presente trabajo se ha centrado en la cuantificación del gasto sanitario público en Cantabria con objeto de disponer de alguna información que ayude a tomar posiciones de cara al posible traspaso de competencias. Asimismo, a partir de los datos finales se han efectuado diversas comparaciones con los valores europeos, nacionales y de otras comunidades autónomas.

El estudio muestra que el gasto sanitario público per cápita para la Comunidad de Cantabria se situó en 100.039 pesetas para el año 1996, con un gasto total de 52.838 millones de pesetas y una participación en el Producto Interior Bruto regional del 5,34%.

El análisis realizado muestra que, a pesar de que hasta el momento no se ha producido la transferencia de medios y servicios del INSALUD en Cantabria, existe un relativo buen funcionamiento en el suministro de este bien preferente. De todas formas, el futuro del sector sanitario público de la región dependerá de su capacidad para soportar la imparable dinámica de crecimiento del gasto debido a diversos factores.

Correspondencia: Departamento de Economía Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Cantabria. Avda. Los Castros, s/n. 39005- Santander Tfno: 942-201646 E-mail:cantared@ccaix3.unican.es

69

LA DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA DEL TRADE-OFF EFICIENCIA-EQUIDAD EN LA POLÍTICA DE SALUD

Abasolo Alesson I.
Universidad de la Laguna.

El presente trabajo examina la dimensión socioeconómica del trade-off existente en la política de salud entre el objetivo de eficiencia y un criterio de equidad recientemente desarrollado por el profesor Williams (1997): el argumento del «fair innings». Se trata de un criterio de equidad que se fundamenta en la dimensión temporal de la salud como entidad a distribuir igualmente —y no otras entidades como el acceso o la utilización sanitaria. El objetivo de esta aproximación al problema de la equidad en la política de salud es doble: por un lado, poner de manifiesto la extensión de las desigualdades socioeconómicas en salud en nuestro país y, por otro, utilizar el marco conceptual de la función de bienestar social para realizar una aproximación cuantitativa al trade-off entre la mejora de la salud de la población global (eficiencia) y la reducción de las desigualdades socioeconómicas en salud (equidad). Ello con el fin de estimar unos hipotéticos «pesos de equidad» que informen la asignación de recursos en la política de salud. Madrid y Barcelona son las ciudades en las que se centrará el estudio, que se basará en la información disponible sobre esperanza de vida, calidad de vida relacionada con la salud y un conjunto de hipotéticos grados de aversión social a las desigualdades socioeconómicas en salud.

Palabras clave: Equidad, eficiencia, desigualdades socioeconómicas en salud, aversión a las desigualdades en salud, función de bienestar social.

70

ESTUDIO DEL COMPONENTE ESTRUCTURAL DEL GASTO DE LOS HOSPITALES ANDALUCES A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA DE LOS GRADOS DE PERTENENCIA (GOM)

López del Amo P, Martín Martín J, Carretero Alcántara L, Pérez Romero C.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Uno de los grandes desafíos en el diseño de sistemas de financiación hospitalaria es el de conseguir reflejar de forma adecuada el peso de los factores estructurales que condicionan una parte del gasto y de su margen de variación. La gran variabilidad existente en la configuración de los hospitales, hace que existan multitud de situaciones en las cuales el encuadre en un grupo cerrado a priori sea al menos discutible. Una herramienta importante en el abordaje de estos problemas la constituye la metodología GOM o de grados de pertenencia.

Este nos aporta, por una parte, la determinación del número de tipos puros a partir de una metodología estadística consistente. Además un Hospital puede estar encuadrado parcialmente en varios a la vez. Así el Hospital X puede estar en un 30% en el grupo I y en un 70% en el grupo II.

En el presente trabajo se ha realizado una clasificación de los hospitales andaluces en base a la metodología GOM. Se obtienen cuatro tipos puros de hospitales, en los que se encuentran encuadrados la mayoría de los del SAS, quedando hospitales situados parcialmente en dos grupos a la vez.

La obtención de esta tipología sirve de base para calcular el hipotético componente estructural de un sistema de financiación mixto para los hospitales del SAS.

El análisis de regresión stepwise del gasto real de los hospitales en función de los tipos puros para validar el análisis de grados de pertenencia muestra una variación explicada del gasto real de un 89,6%

71

ANÁLISIS METODOLÓGICO PARA ESTUDIAR EL SECTOR SEGUROS DE SALUD

Socias Crespi L, Orfila Timoner J.
Hospital General. Palma de Mallorca.

La sanidad pública cubre en la actualidad en torno al 98% del total de la población. A pesar de ello en España hay alrededor de 6 millones de personas que tienen contratada una póliza de asistencia sanitaria privada. La información de la dimensión de mercado de las diferentes compañías es hasta el momento muy sesgada.

Objetivo: Conocer cuales son las fuentes de información objetiva de que se disponen para analizar el sector seguros de salud.

Ámbito: Nacional y regional.

Diseño: Para llevar a cabo el análisis del sector se elaboró el siguiente plan de estudios: para el análisis objetivo y descriptivo del sector se ha estudiado los diferentes documentos estadísticos de las principales entidades especializadas que se dedican a la investigación en el sector (INESE, UNESPA; ICEA). Se ha solicitado información a la Dirección general de Seguros perteneciente al Ministerio de Economía y Hacienda, a la Secretaría General de Asistencia Sanitaria perteneciente al Ministerio de Sanidad y Consumo, a Muface y a Isfas. Se solicitó mediante informe una entrevista con los principales gerentes de las compañías que operan en los mercados y encuesta de opinión con expertos del sector.

Resultados: Con los datos descriptivos de las fuentes mencionadas se obtiene la siguiente información:

1. España ocupa el 5.º país europeo en el sector de seguros de salud.
2. El sector de asistencia sanitaria representa el 18% de todos los seguros.
3. El 15% de los españoles comparten las coberturas de seguridad social con las de aseguradoras de salud privada.
4. La evolución porcentual interanual es de menos de un 1,5%.
5. El mercado se concentra en un 50 % en tres compañías (ASISA, SANITAS, ADESLAS).
6. Tendencia a la fusión de compañías debida a la gran competitividad en el sector.
7. Todas las compañías ofrecen similares coberturas.
8. La distribución porcentual de las mutualidades públicas es la siguiente: Muface, 65%; Isfas, 32%; Mugeju, 3%.
9. Madrid y Barcelona son las dos provincias con mayor volumen de negocio.

Conclusión:

1. La información no es del todo ajustada. Los datos que definen variables importantes en el sector son diferentes según las distintas fuentes que se consultan.
2. Escasa información y documentación objetiva del sector.
3. Dificultad en el acceso a la información con escasa información y participación de las compañías.
4. El acceso a la información más objetiva del sector tiene un coste.

Palabras clave: Sanidad privada, seguros salud.

72

ESTRATEGIAS COMPETITIVAS Y CORPORATIVAS EN EL ÁMBITO DEL SEGURO SANITARIO PRIVADO EN ESPAÑA

Segarra Roca P, Murillo Fort C, López Panisello B.
Universitat Rovira i Virgili.

En el sector del seguro de asistencia sanitaria en España confluyen entidades de muy diversa índole. Tanto compañías aseguradoras de carácter mercantil como mutualidades de previsión social, ofrecen coberturas que pueden ser de prestación de asistencia sanitaria o bien el reembolso del importe de las intervenciones y subsidios de enfermedad.

El trabajo parte del análisis de las diversas estrategias corporativas y competitivas que utilizan las compañías aseguradoras privadas y las mutuas de previsión, en el ámbito del seguro de prestación de asistencia sanitaria, que corresponde al segmento de mayor implantación en España.

A través del mismo, se procede a la determinación de los grupos estratégicos que definen el perfil de sus integrantes y su posible correlación con los resultados empresariales que obtienen. Las variables estratégicas identificativas del conjunto de entidades del sector, son evaluadas y tratadas mediante técnicas de análisis multivariable, obteniendo la tipología de los distintos grupos estratégicos.

De esta manera se obtienen conclusiones acerca de la efectividad de cada grupo estratégico de entidades aseguradoras.

Palabras clave: Aseguradoras sanitarias, variables estratégicas, grupos estratégicos, resultados empresariales.