

“Tenim un sistema sanitari bo, però amb pronòstic dolent”

Vicente Ortún Rubio (Barcelona, 1948) és director del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra. En aquesta entrevista invita a inspirar-se en uns altres països europeus per a abordar reformes a primer colp d'ull impopulars al nostre sistema sanitari.

Les llistes d'espera semblen a voltes interminables; hi ha gent que està un dia i dos i tres al corredor de l'hospital per manca de llits... Fa la sensació que el sistema de salut està col·lapsat. Què hi passa, a la sanitat pública?

—La sanitat no està col·lapsada. De llistes d'espera n'hi ha a tot el món, excepte als països on cal pagar una pasterada. En qualsevol lloc on l'accés sigui raonablement gratuït, hi ha llistes d'espera. No seria acceptable que hi hagués llista d'espera per a tractar un càncer, però que n'hi hagi per a cirurgia electiva és normal. Hi ha llistes d'espera que no es poden reduir i, a més, és convenient que no ho facin.

—**Però a un bon percentatge de gent que hi ha a la llista d'espera, bé que li importa.**

—Per a aquell qui ho pateix, tampoc no passa res. Hi ha coses que es guaireixen de manera espontània. Al cap de dos o tres mesos d'espera, una tercera part de la gent que és en una llista renuncia a intervenir-se.

—**Sigui com sigui, fa la sensació que el sistema públic de salut es va degradant.**

—Quan fan les enquestes, la sanitat és un servei públic al qual la gent

posa bona nota. Deteriorament? El problema és que s'ha arribat a una accessibilitat desbocada: anem a cal metge deu vegades l'any per persona. Jo no hi vaig mai; per tant, algú hi va almenys vint vegades. I això no passa enlloc: ni a França ni a Alemanya ni al Regne Unit.

—**Per què hi ha aquesta “accessibilitat desbocada”?**

—Perquè hi ha una cultura de la sanitat com si fos un supermercat, amb la diferència que està obert 24 hores i, al damunt, és gratis. De segur que si els supermercats estiguessin oberts 24 hores i fossin gratis, tindrien moltíssima gent. Cap país ric no es permet els excessos que hi ha aquí. I nosaltres, que no som entre els països més rics del món, tenim un excés d'oferta extraordinari en alguns aspectes. Per exemple, en els punts d'atenció d'urgències. Estem disposats a pagar els 16.000 euros mensuals que costa mantenir un punt d'atenció si hi ha una visita al mes?

—**Però precisament si es paguen impostos és perquè la sanitat siga un dret universal i hi tinga accés amb les màximes garanties la majoria de la població.**

—Si una cosa no té sentit és que hi hagi un punt d'atenció continuada

obert i a només dos quilòmetres n'hi hagi un altre. Precisament perquè es paga amb impostos, cal ser curosos a no malbaratar els diners.

—**L'esperança de vida augmenta, cosa que farà créixer la càrrega per a la sanitat pública. Creieu que el sistema està preparat per a assumir aquest augment?**

—Cal preocupar-se perquè el sistema sigui sostenible des del punt de vista financer i, perquè ho sigui, el sistema ha de ser desitjable. Això vol dir que la gent vulgui continuar pagant impostos per mantenir la sanitat. Imaginem-nos que la població no està satisfeta, per les llistes d'espera, per la percepció que tenen del servei, etc. Passarà que la gent que té diners començarà a eixir del sistema i se n'anirà a l'assegurança privada. Quan la gent que pot deixa d'utilitzar el sistema, només l'utilitzen els pobres i el sistema esdevé un pobre sistema. Si la gent paga per una sanitat privada, no voldrà pagar per una sanitat pública. Això és importantíssim. Perquè la gent vulgui finançar un sistema cal que funcioni bé. El sistema sanitari està en perill si no es fa desitjable.

—**I quin diagnòstic en feu, de l'estat de la sanitat pública?**

“Hi ha una cultura de la sanitat com si fos un supermercat, amb la diferència que està obert 24 hores i és gratis”

—Crec que tenim un sistema sanitari bo, però el pronòstic és dolent. Ara per ara, tenim un sistema que és el quart del món. Què pot canviar? Que la percepció de la població empitjori i prefereixin la sanitat finançada privadament. I una sanitat de mala qualitat no té la legitimitat perquè la gent continuï volent pagar.

—**Caldria prestigiar la sanitat pública, doncs?**

—La forma de prestigiar un servei públic és que tingui qualitat en relació amb allò que costa. Què impedeix que les coses funcionin com han de funcionar? D'una banda hi ha l'estatus del personal sanitari, que caldria revisar, sobretot en atenció primària. Caldria avançar cap a un model més flexible, com a Dinamarca o Holanda. D'una altra banda, caldria abordar la qüestió de l'accessibilitat desbocada. Quin sentit té que a Barcelona es vagi a cal metge deu vegades més que a Perpinyà?

—**Per regular aquesta sobreaccessibilitat, caldria imposar algun de gravamen, algun cànon?**

—Els diners no són la solució. Els filtres d'accés han de ser tècnics. Igual com al servei d'urgències hi ha algú que diu si és infart, hemorràgia, etc.,

“Els copagaments no han de servir per a recaptar diners, sinó per a dissuadir la utilització abusiva”

en primària també caldria. Jo no posaria filtres de diners, però revisaria els sistemes que hi ha ara. No té sentit que les famílies monoparentals que no tenen ni cinc paguin pels medicaments i pensionistes carregats de duros no paguin res.

—**Així, doncs, esteu d'acord a obrir el debat sobre el copagament?**

—Més que a obrir el debat sobre el copagament, a parlar del copagament

que ja tenim, i veure si, sense apujar l'import total, el podem organitzar d'un altra manera.

—**Amb el sistema actual, els pensionistes no paguen res i la resta, un 40% del cost del medicament. Què caldria modificar?**

—Té sentit distingir per edat? No tindria més sentit distingir per renda? O per efectivitat de medicament? Per exemple, el qui va a la consulta i diu al metge que el genèric, que val dos euros, no el vol, que vol el no genèric, que en val sis. La posició del sistema sanitari hauria de ser que els quatre euros de diferència els ha de pagar l'usuari. Cal reconsiderar l'actual sistema de taxes sobre medicament.

—**A Alemanya, Suècia... es cobra per l'atenció hospitalària. Això seria desitjable, ací?**

—Crec que té sentit introduir més copagament, però és una qüestió que aquí ni tan sols es pot plantejar. Potser d'aquí a trenta anys. Perquè aquest és un país del tot gratis, però que no és ni equitatiu ni eficient. Copiar dels suecs, dels danesos, voldria dir fer més copagaments, en farmàcia, en llarga estada... Però, de tot això, no se'n pot ni parlar.

—**Però fa la sensació que un siste-**

ma on cal pagar per l'atenció hospitalària és menys equitatiu que no pas un altre on la sanitat és universal i gratuïta.

—Els copagaments han d'estar relacionats amb l'efectivitat i la renda. A una persona que no té cap renda, no li pots fer pagar res. Els copagaments no han de servir per a recaptar diners, sinó per a dissuadir la utilització abusiva.

—**Quina opinió us mereix el model Alzira?**

—Hi ha un problema: no disposem de cap valoració mínimament seriosa.

—**La Generalitat Valenciana diu que els permet d'estalviar un 25%.**

—Però no ho ha de dir el govern, sinó algun ens independent i fiable. Crec que ningú no sap si és millor o pitjor. En aquest país no s'ha fet cap estudi comparatiu dels diversos models de gestió.

—**I com a idea? Com a model de gestió, què us sembla?**

—Vaig dir fa temps que estava a favor de sistemes *capitatus*.

—**Què és un sistema *capitatus*?**

—Quan a una organització li donen uns diners per valencià. En lloc de donar-li 1.000 euros a un metge per cada intervenció que fa, li'n dono 2.000 per atendre cada persona a l'atenció traumatològica. Això ajuda a canviar el xip de la gent. A les residències de gent gran es preocupen que les catifes estiguin ben posades i, si no, les lleven perquè la primera causa de fractura del maluc és caure per culpa de les catifes. Quan et paguen per mantenir la gent sana, la manera de veure l'atenció sanitària canvia. En principi, com a forma de finançar una organització sanitària, és correcta. És fa al Regne Unit, Suècia... i és una bona forma. Pagar *capitativament* estimula dues coses: l'articulació entre nivells assistencials i trobar quin lloc de tot el sistema és el més resolutiu per atendre un problema.

—**Però la millora de l'eficiència sanitària passa indefectiblement per la introducció de la iniciativa privada?**

—No, no. Es pot fer des de l'àmbit públic. De fet, seria desitjable un lloc on hi hagués serveis públics, però també algun de privat, i amb una certa competència. Si volem ser seriosos, hem de fer que tothom jugui amb les mateixes regles. Introduir una certa competència per comparació és bo perquè estimula la millora.

—**Sempre que no es faça en detriment de la qualitat...**

—No, perquè la qualitat competeix amb qualitat.

Violeta Tena