

La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya

Joan M. V. Pons

Vocal del Comitè de Bioètica de Catalunya; Metge jubilat. Barcelona.

Assegurament sanitari

A Catalunya, per raons històriques i polítiques, conviuen dos sistemes d'assegurança i provisió sanitària. Hi ha l'assegurança sanitària pública, el Servei Català de la Salut (SCS-CatSalut), universal (tota la població resident) i que es finança mitjançant impostos (progressius amb un copagament en la prestació farmacèutica segons el nivell de renda i amb límits). Hi ha també l'assegurament privat en les seves diferents vessants: les mútues d'afiliació obligatòria funcionaris (Mutualitat de funcionaris civils de l'estat o MUFACE, Institut Social de les Forces Armades o ISFAS, Mutualitat General Judicial o MUGEJU), on la prestació de serveis sanitaris pot ser, segons escull l'assegurat, o bé a través de l'asseguradora pública (l'SCS) o mitjançant asseguradores privades, podent canviar cada any; i les asseguradores sanitàries privades pròpiament dites i amb caràcter global (Assistència Sanitària Col·legial, Sanitas, Adeslas-SegurCaixa, AXA, DKV, FIATC, etc.). Les persones amb assegurança privada ho són a través d'una entitat mercantil (94,6%), que són majoritàriament societats anònimes amb ànim de lucre, mentre que la resta (5,4%) ho són mitjançant mútues de previsió social¹.

D'acord amb el document que elabora periòdicament el Departament de Salut (DS) sobre les entitats d'assegurament lliure a Catalunya, l'any 2022 hi havia 41 entitats, que asseguraven 2.610.531 persones. La progressió en els darrers anys en persones i primes es presenta a la Figura 1. En el període 2013-2022, les persones amb assegurança sanitària privada van augmentar un 31,5%, mentre la població catalana es va incrementar el 4,8%. Les primes, és a dir, la quantitat de diners que periòdicament ha de pagar la persona que contracta la pòlissa per a la cobertura del risc d'emmalaltir, van augmentar, en el mateix període, el 48,6%, mentre que el PIB a preus corrents va augmentar, en el mateix període, el 33,7% i el PIB per habitant el 27,2% (IDESCAT) (Figura 1).

Aquesta població amb assegurament privat es distribuïa segons demarcacions provincials: Barcelona, 78,4%; Girona, 8,5%; Tarragona, 8,5%; i Lleida, 4,6%. Segons l'informe esmentat, el 46,9% eren homes i el 53,1% dones i, per grups d'edat, predominaven els de 15-44 anys, amb el 37,1%; a continuació seguia el grup de 45-64 anys, amb el 32,9%; el de 0-14 anys, amb el 15,7% i el de ≥ 65 anys, amb el 14,3%. Segons grups d'edat i sexe, la proporció de persones amb assegurança lliure variava significativament respecte de la seva proporció en el conjunt de la població. És el cas de les dones de 15 a 44 anys, que eren el 18,2% de la població i, en canvi, representaven el 20% del total de persones assegurades, la qual cosa s'ha d'interpretar per l'edat fèrtil i la preferència, si la dona s'ho pot permetre, per una assegurança i una atenció privades¹.

Per calcular el conjunt de persones que tenen realment una doble cobertura sanitària a Catalunya s'ha de restar el nombre de funcionaris (129.088) del nombre de persones que disposen d'una assegurança sanitària lliure (2.610.531), ja que per a aquest col·lectiu, com s'ha referit, la forma de rebre l'assistència sanitària és la pública/universal (SCS-CatSalut) o bé l'assegurança privada i, per tant, no tenen doble cobertura. Aquest privilegi funcional, d'escollir entre l'assegurança sanitària pública i entre diverses de privades i poder canviar anualment, fa anys que es diu que ha de desaparèixer, però persisteix. El 2022 eren 2.481.443 les persones amb doble cobertura sanitària i representaven el 31,9% de la població catalana¹. L'any 2014 eren 1.872.096 persones; és a dir, el 24,9% de la població catalana disposava d'una doble assegurança real². Si es miren anys anteriors es veu que el 1994, aquest percentatge era del 20,9% i el 2002 del 24,7%. La Figura 2 mostra l'increment en més de 7 punts percentuals (7,8) de la població catalana amb doble assegurança en els darrers anys (2013-2022)¹.

D'acord amb l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA) 2021-2022, la doble assegurança era més present en la classe social més afavorida (52,2% classe I) que en la menys afavorida (18,8% en classe III), així com en relació al nivell d'estudis, ja que la meitat (52,2%) de persones amb estudis universitaris tenien doble cobertura, mentre que en les persones sense estudis o amb estudis primaris aquest percentatge era de l'11,8%. Segons les regions sanitàries,

Correspondència: Joan M. V. Pons
Adreça electrònica: jmvpons@gmail.com

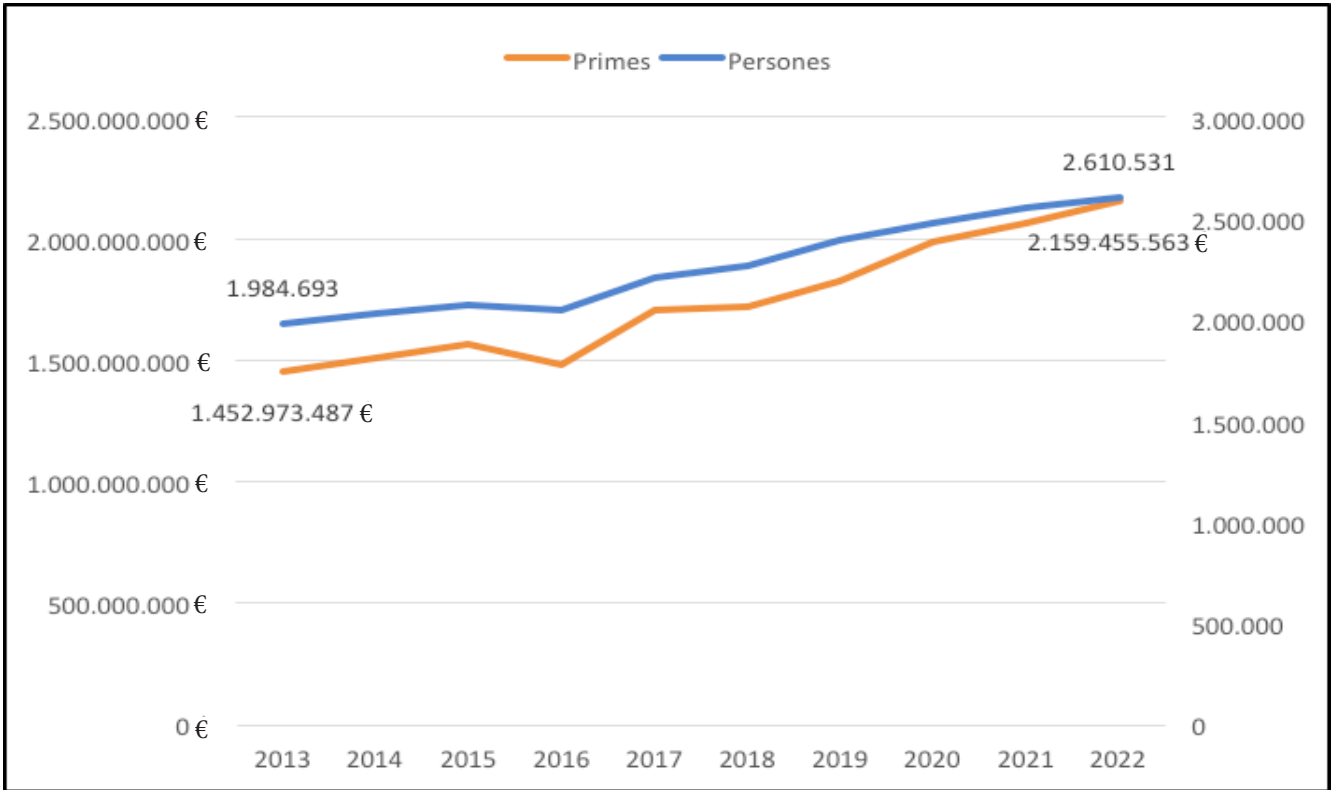


FIGURA 1. Persones assegurades (eix vertical dret) i primes (eix vertical esquerre) d'assegurança lliure. Catalunya 2013-2022

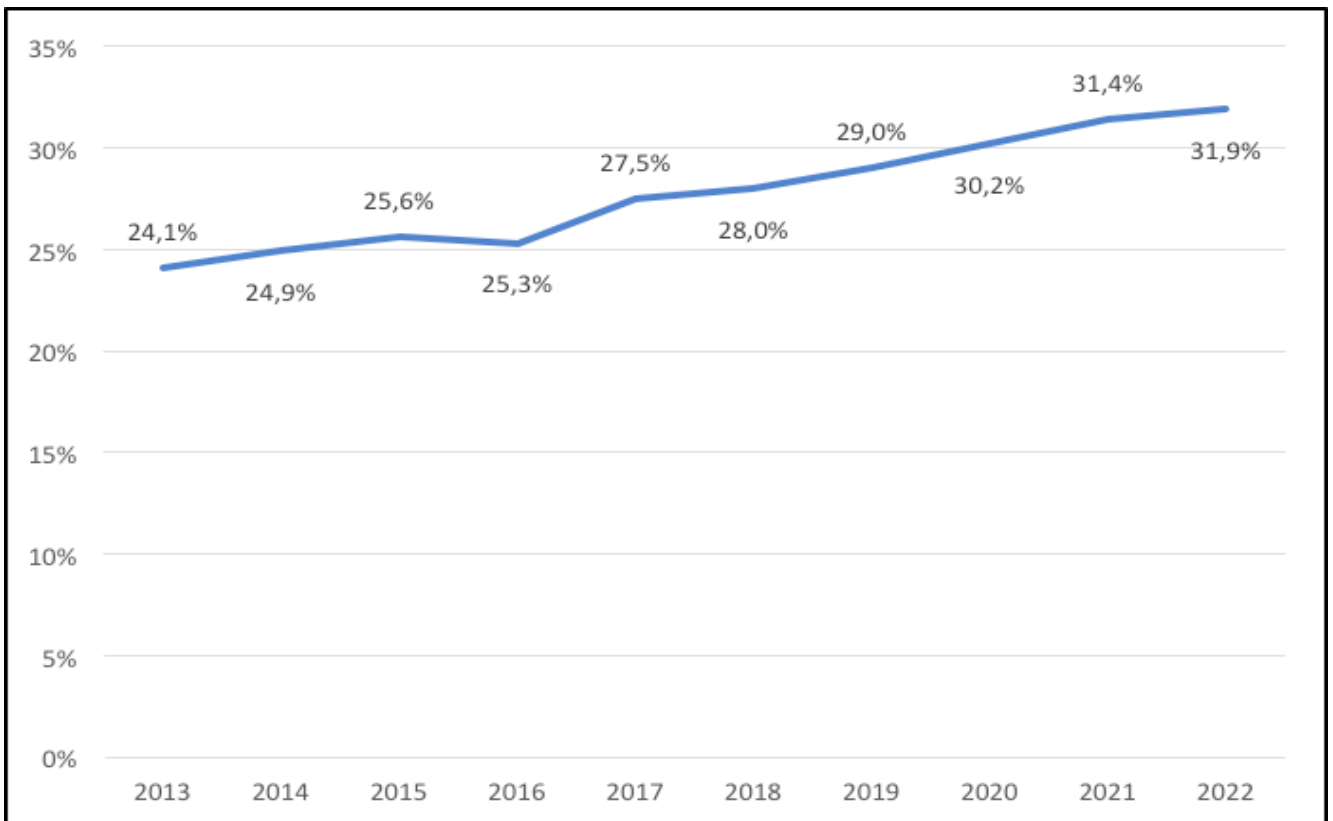


FIGURA 2. Percentatge de persones amb doble cobertura sanitària. Catalunya 2013-2022

Catalunya Central (22,0%), Terres de l'Ebre (23,7%), Girona (27,4%) i Barcelona Metropolitana Nord (27,4%) tenien percentatges inferiors al global de Catalunya, mentre que la Regió Sanitària Barcelona Ciutat (37,1%) el tenia superior³.

Per a una anàlisi més específica, que compari les característiques de les poblacions amb assegurança pública exclusivament o doble cobertura, ens hem de remuntar a l'article de Josep Fusté i col·ls. de 2005⁴. L'estudi, a partir de l'ESCA 2002, mostrava que la població amb doble assegurança era més jove, tenia un nivell d'estudis més elevat, pertanyia a classes socials més afavorides, declarava una millor percepció de l'estat de salut i patia menys malalties cròniques i discapacitants. En relació amb l'estat de salut, s'argumentava que un risc més gran d'emmalaltir feia augmentar la probabilitat de tenir únicament una assegurança pública, ja que si l'expectativa d'utilització és elevada, donat un mateix nivell de renda, els usuaris s'acullen a l'assegurança pública, entre altres raons, perquè no hi ha una selecció de prestacions (ni grans copagaments). Seria el cas de les persones de més edat que disposen només d'assegurament públic. Cal considerar també, afegeix, que l'augment de les primes, que sovint practiquen les asseguradores privades en incrementar-se l'edat i/o la morbiditat de l'individu, pugui ser un factor important per decidir abandonar l'assegurament privat, la qual cosa no deixa de traduir una selecció de riscos per part d'aquestes asseguradores, com s'ha observat recentment de manera empírica i indirecta al País Valencià i en malalts amb càncer de MUFACE⁵. Segons l'estudi de Fusté i col·ls⁴, el percentatge de persones visitades el darrer any per metges especialistes era, en general, superior en la població amb doble cobertura sanitària.

Provisió de l'atenció sanitària

Pel que fa a la provisió de serveis sanitaris a Catalunya, tenim el següent: els de caràcter públic on s'inclouen empreses públiques (l'Institut Català de la Salut com a més remarcable, que gestiona 332 equips d'atenció primària i participa en dos més i amb tres hospitals terciaris, quatre hospitals de referència territorial i un hospital comarcal), fundacions, consorcis o societats limitades com són les 11 entitats de base associativa-centres d'atenció primària (CAP), tots ells sense ànim de lucre. L'atenció sanitària pública es proveeix mitjançant el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)⁶.

La provisió privada està integrada per tres tipologies principals: 1) asseguradores que tenen centres de la seva propietat (FIATC – Clínica Diagonal; Assistència Sanitària – Hospital de Barcelona; Sanitas – Hospital CIMA); 2) grans grups hospitalaris (Quirónsalud, Vithas, HM Hospital, etc.); i 3) centres sanitaris de petita grandària i titularitat independent⁷. Val a dir que algunes institu-

cions del SISCAT també realitzen una provisió privada a malalts que venen amb la seva assegurança privada o que venen de l'estranger o que paguen de la seva butxaca (en són exemples la Fundació Puigvert, Barnaclínic+ de l'Hospital Clínic o l'Hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu). Altrament, les asseguradores privades utilitzen els hospitals privats de Catalunya.

L'àmbit dels grans grups hospitalaris ha estat força mogut en els darrers anys, amb diverses compres o fusions. No ha de sorprendre que l'Autoritat Catalana de la Competència (ACCO) hi hagi posat l'ull més d'una vegada, examinant la seva concentració⁸ i els seus efectes en els preus⁹. Segons l'ACCO, el mercat dels serveis sanitaris privats a la província de Barcelona s'ha concentrat en els darrers anys, amb la creació d'un grup que compta amb sis (19,4%) dels 31 hospitals generals que presten una assistència sanitària privada a Catalunya i amb una quota de mercat del 37% en termes de llits disponibles (1.226 de 3.313); a l'Àrea Metropolitana de Barcelona té cinc dels 17 hospitals i una quota del 44%; i a la ciutat de Barcelona disposa de 4 dels 15 hospitals i una quota del 38%. Cal destacar que, a la província de Barcelona, els cinc primers operadors representen, conjuntament, el 74% de l'oferta de llits. El primer operador (Quirónsalud) té una quota de mercat, segons llits disponibles, del 43% amb un índex d'Herfindahl-Hirschman que té un valor de 2.150. Així doncs, segons els autors de l'ACCO, i essent l'índex superior a 2.000, es pot considerar que el mercat es troba moderadament concentrat. Val a dir que l'any 2016 Helios Kliniken GmbH, que pertany al grup Fresenius SE & Co. KGaA, va adquirir el grup hospitalari Quirónsalud, sense suposar aquesta operació un canvi en el grau de concentració dels hospitals privats a Catalunya. Dels 31 hospitals generals d'assistència sanitària privada, 15 estan ubicats al municipi de Barcelona, 2 a Girona, 2 a Lleida, 2 a Vic i 1 en altres municipis (Sant Cugat del Vallés, Sabadell, Esplugues de Llobregat, Granollers, Manresa, Mataró, Terrassa, Figueres, El Vendrell i Tarragona). La seva concentració geogràfica és, per tant, manifesta.

L'ACCO també examinava al llarg dels anys (2009-2017) els preus d'uns determinats procediments (cesària, colecistectomia per laparoscòpia, colonoscòpia, ecografia ginecològica, cirurgia protètica de maluc); es va observar, en termes generals, una diferència de preus favorable per als hospitals que s'acaben fusionant, en comparació amb la resta d'hospitals de la província de Barcelona inclosos a la mostra. Els preus més alts dels hospitals de Quirónsalud podrien ser conseqüència, afegeixen els autors, del diferent nivell de qualitat o prestigi percebuts pels assegurats⁹, la qual cosa, evidentment, cal demostrar fefaentment i de manera comparativa per deixar de ser una simple percepció més deguda a raons de màrqueting i publicitat o al renom d'algunes figures.

Els professionals del sector privat

L'Enquesta d'assegurança lliure 2021-2022, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) recollia que l'any 2021 hi havia uns 10.000 professionals treballant en el sector de l'assegurança privada: el 59% treballava per a l'assegurança privada exclusivament i el 41% compaginava l'activitat pública i la privada. El 71% eren homes i el 29% dones. La major part dels professionals (82%) treballaven per compte propi, és a dir, com autònoms¹⁰. La distribució dels professionals per grups d'edat es presenta a la Figura 3, on es mostra amb claredat el predomini dels majors de 60 anys.

La raó més important esgrimida per seguir treballant amb les entitats d'assegurança lliure era econòmica, pels ingressos que reporta (36%), essent les raons següents la fidelitat als seus pacients (32%) i la llibertat per organitzar la seva pràctica (28%). Els professionals, majoritàriament (66%), es queixaven que no rebien un tracte i una valoració adequada per les entitats amb què treballaven i, segons el grau de satisfacció, s'elaborà un rànquing de les principals entitats d'assegurança lliure.

En el número 163, de setembre de 2022, de la revista del Col·legi de Metges de Barcelona (*Revista CoMB*), hi ha un llarg article sobre els professionals que treballen en el sector privat. Textualment, es diu que els metges són la baula més feble de l'assistència sanitària privada. A banda de les baixes retribucions (moltes companyies fa anys que no actualitzen els honoraris que paguen als metges per consulta o per acte mèdic), els professionals consideren que hi ha poc interès per la innovació i que sovint les com-

panyies prioritzen el rendiment econòmic i no presten prou atenció a la qualitat assistencial¹¹. Es podria pensar que unes retribucions baixes poden induir un major nombre d'actes mèdics i, en augmentar aquests, sigui més alt el risc que siguin inapropiats (sobreutilització).

No acaben aquí les crítiques recollides a la *Revista CoMB*. L'oferta de pòlisses de salut amb preus a la baixa no tan sols es tradueix en precarietat i baixes retribucions per als professionals, sinó que banalitzava l'acte mèdic i posa en risc dos dels principals valors afegits que han caracteritzat la medicina privada: la lliure elecció i la continuïtat assistencial. Des del CCMC s'ha denunciat repetidament la manca de claredat de moltes pòlisses de baix cost que es troben al mercat¹¹.

Per què un de cada tres catalans opta per una doble assegurança?

Amb el 31,9% de ciutadans de Catalunya amb doble assegurança sanitària (més proper a un de cada tres que no pas a un de cada quatre com fa pocs anys), cal preguntar-se quines motivacions hi ha al darrere. Ben cert que la pandèmia de la covid-19 (2020-2023) pot haver tingut alguna influència, però aquesta és poca; percentualment i respecte a l'any previ, l'increment més alt de persones amb doble assegurança es dona el 2017 amb el 8,7%. La Figura 2 mostra una tendència linear ascendent força clara que ja venia d'abans. La provisió pública i privada d'atenció hospitalària durant la pandèmia va funcionar, en termes generals, a l'hora i ben coordinada passats els primers moments de desconcert. S'estima que un de cada tres pacients

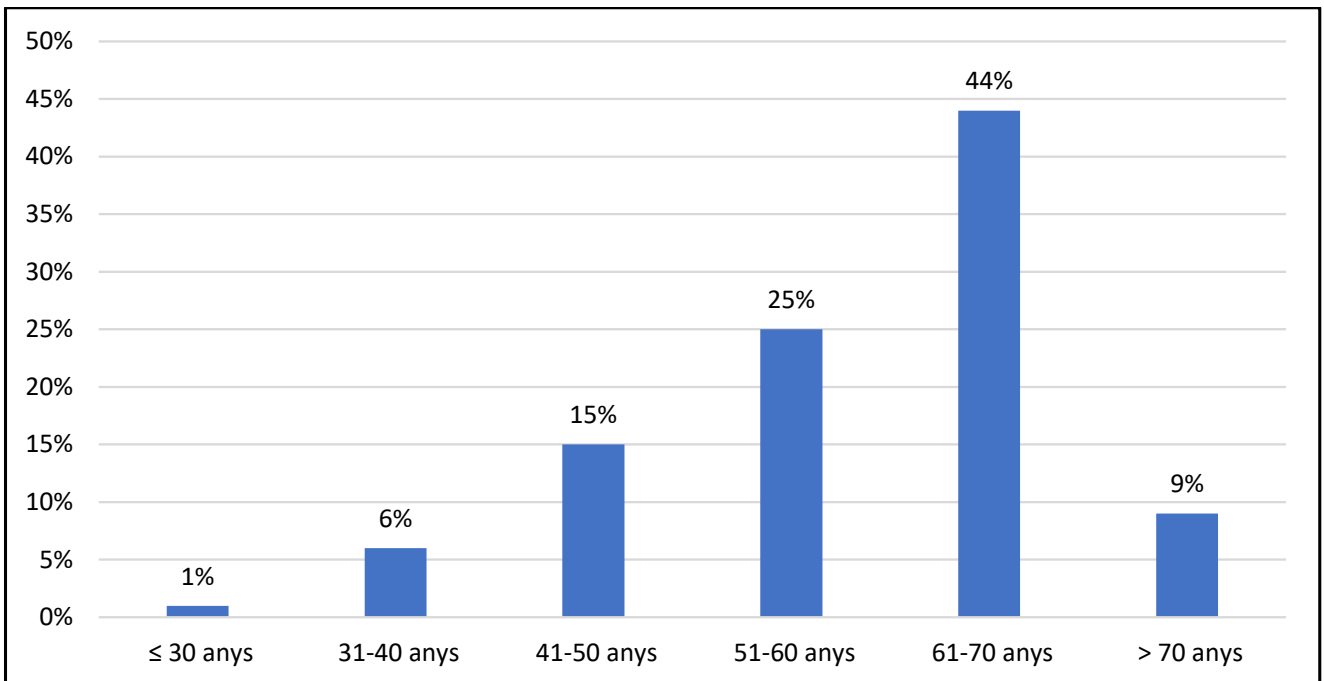


FIGURA 3. Percentatge de professionals mèdics que treballen en el sector privat, per grup d'edat. Catalunya 2021

amb covid-19 que va necessitar ingrés hospitalari ho va fer en el sector privat⁷. Està clar que el nivell de renda i de benestar (personal i familiar) inclina o facilita l'adquisició d'una assegurança sanitària privada¹², com ja s'observava la dècada passada en examinar el nivell d'estudis i la classe social, o com mostra l'ESCA periòdicament.

Podria dir-se que pot haver-hi un buit qualitatiu — possiblement més de percepció, més basat en el màrqueting i la publicitat que en una realitat fefaent— i en relació amb la visió i opinió que es pugui tenir dels proveïdors de l'asseguradora sanitària pública (SCS-CatSalut) i respecte a les assegurances privades i els seus proveïdors. Si s'examinen les dades de Catalunya en el baròmetre sanitari (CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas - Ministeri de Sanitat), absents durant la pandèmia (2020-2021)¹³, l'evolució en la mitjana de valoració de la població del sistema sanitari públic mostra una minva, lleugera, respecte als anys previs a la pandèmia (Figura 4).

Entre les raons hi pot haver aconseguir una cita sense demores ni dies d'espera, un tracte personal més atent, la major facilitat d'accés directament a l'especialista, el confort de l'habitació individual amb llit per a l'acompanyant en cas d'hospitalització (i altres menes de confort), una menor o nul·la llista d'espera en cas de cirurgia programada, l'apreciació d'una tecnologia més puntera quan la provisió és privada (la visió d'obsolescència en els equips de la sanitat pública que no es renoven adequadament) o, fins i tot, uns millors resultats clínics, sigui en termes de

supervivència o de qualitat de vida. Els aspectes de confort semblen inqüestionables, però també és innegable que la provisió de serveis sanitaris públics és molt variable i hi ha, en molts casos, ampli espai per a la millora. Quan el baròmetre sanitari pregunta per les raons d'elecció d'una assegurança privada, com és el cas de l'any 2023, la principal raó esgrimida a Catalunya és la rapidesa amb què són atesos (78,6%), essent les altres motivacions de força més baixa freqüència (la qualitat dels serveis, 4,3%; el tracte personal, 2,2%; la capacitat i la qualitat del personal, 2%; i el confort de les instal·lacions, 1,4%). És, per tant, l'accessibilitat la raó predominant.

L'accés lliure a l'especialista, sense passar per l'especialista en Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), que fa el paper de *gatekeeper* en l'assegurament i provisió pública, no s'hauria de considerar un avantatge, sinó una palesa ineficiència. Sobre la tecnologia puntera, cal dir que, sense una avaluació rigorosa, molts cops s'han introduït noves tecnologies (des de la cirurgia robòtica fins a una nova vacuna) en el sector privat, i s'ha exercit una gran pressió sobre el sistema públic, que ha hagut d'introduir, per tal de posar-se al nivell del sector privat i per una equitat mal entesa, la nova tecnologia, insistim, sense una avaluació acurada (cost-efectivitat i impacte pressupostari).

Pel que fa als resultats, les dades són escasses per no dir nul·les. Els informes que periòdicament elabora el DS sobre les entitats d'assegurança sanitària lliure no inclou resultats

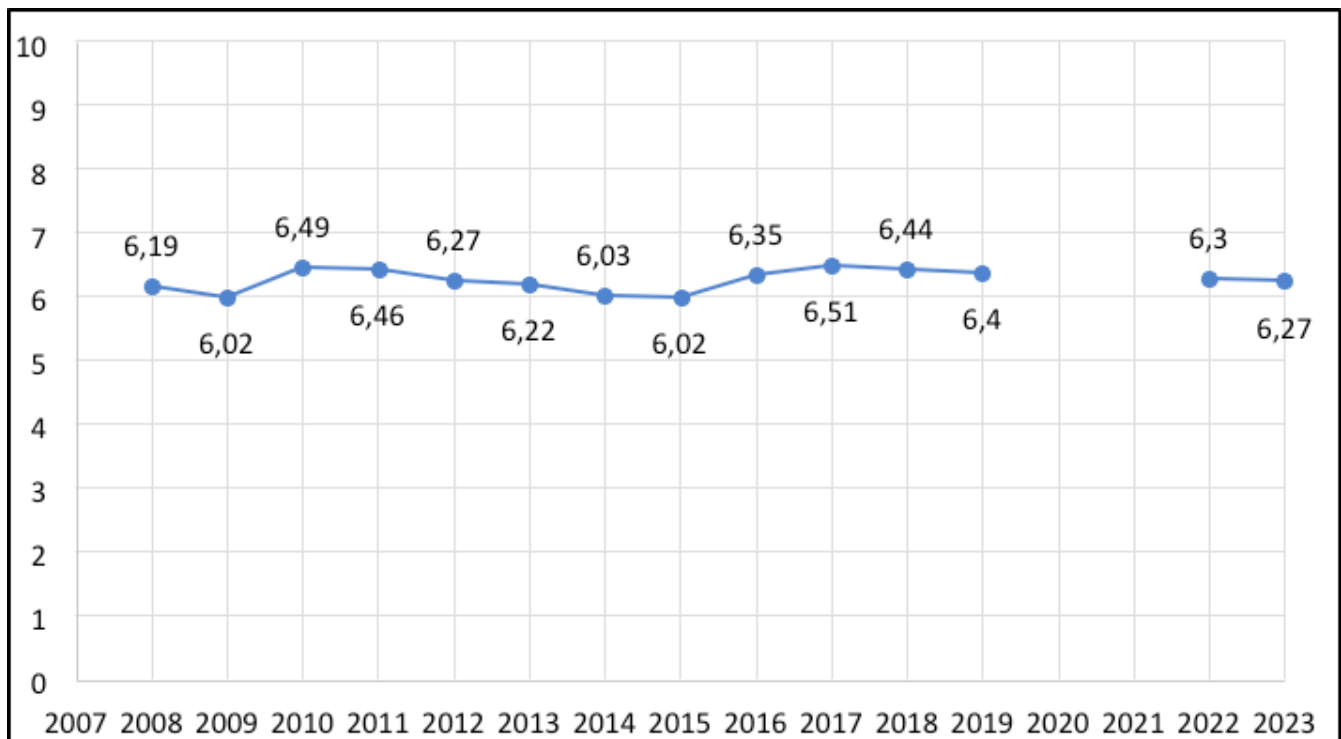


FIGURA 4. Mitjana de valoració (entre 1 -molt insatisfet- i 10 -molt satisfet) a la pregunta de com puntuaria el sistema sanitari públic de Catalunya. Baròmetre sanitari CIS 2008-2019 i 2022-2023

de cap mena (mortalitat, complicacions, estades, capacitat funcional, satisfacció, etc.). Fa uns quants anys, un estudi que comparava els resultats de la cirurgia cardíaca extracorpòria entre els hospitals públics i privats mostrava en els segons una més baixa mortalitat crua, però aquesta diferència desapareixia quan s'ajustava pel risc, és a dir, quan es tenien en compte les diferències entre la població atesa (edat, sexe, morbiditats principalment segons un model propi d'avaluació del risc) i on es veia que en els hospitals públics s'operaven pacients amb major risc quirúrgic¹⁴. Més recentment, un estudi retrospectiu, que examinava dones ateses per càncer de mama referides a una unitat multidisciplinària d'una asseguradora sanitària privada, constata una major supervivència que s'interpretava per un diagnòstic més primerenc (fos per detecció per mamografia anual en ≥ 40 anys o per consulta a la seva ginecòloga degut a un autoexamen mamari o altres símptomes). Els autors feien referència a la detecció primerenca sota pòlisses d'assegurances privades que consideraven d'especial utilitat en llocs on el sistema públic no ho oferia¹⁵, la qual cosa no és el cas de Catalunya on, des de fa anys, hi ha el Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama (dones entre 50 i 69 anys i mamografia gratuïta cada dos anys).

És ben conegut també que les cesàries són força més freqüents en els hospitals privats que en els públics; en els primers, el 37% del embarassos acaben en cesària mentre que en la sanitat pública hi acaba el 23%, quan l'OMS advoca per una taxa ideal entre el 10% i el 15%¹⁶. No hi ha dubte que hi influeixen altres factors, a part del tipus de provisió. Pràcticament totes les tècniques de reproducció humana assistida són proveïdes per entitats privades. El darrer informe *FIVCAT.NET estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya* que s'ha pogut localitzar és amb dades de 2014; aleshores s'hi recollien 34 entitats a Catalunya, majorment a Barcelona, que aportaven dades al registre¹⁷. Actualment sols existeix el registre a nivell de l'Estat que en comptabilitza 63 a Catalunya.

La Central del Resultats, que publica periòdicament l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) en els diferents àmbits assistencials (atenció primària i comunitària [APiC], atenció hospitalària, atenció intermèdia, salut mental i addiccions, emergències mèdiques i salut pública), fa referència exclusiva a centres del SISCAT. Ben cert que, com s'ha referit, hi ha diferències a nivell sociodemogràfic i en morbiditat entre la població que fa ús de la sanitat pública i de la privada, però això no exigeix que es puguin examinar i comparar els resultats amb els ajustaments necessaris segons risc. No s'acaba d'entendre que el DS no hagi d'estar interessat, i molt, en els resultats de la "sanitat privada" (assegurament/provisió), més quan un de cada tres ciutadans en fa ús i és comú parlar de "turisme sanitari" en què Catalunya, i especialment Barcelona, és un punt important d'atracció internacional.

Algunes implicacions

El fet que quasi un terç de la població catalana tingui una doble assegurança sanitària suposa una sèrie d'implicacions a nivell social i professional que s'han de comentar. Fa referència, naturalment, als valors imperants. En primer lloc, pot posar en qüestió, pels usuaris de la sanitat privada, el sentit dels impostos que paguen, ja que fàcilment porta a creure que contribueixen a un servei que no utilitzen i que pot acabar essent vist com de segona categoria, com abans hi havia la beneficència. El principi de solidaritat o el sentit comunitari, el *quid pro quo* base del mutualisme històric, es veu greument perjudicat i s'accentua l'individualisme que sempre beneficia els que més tenen i que acaben creient que la seva condició respon als seus mèrits i esforços. Tradueix un declivi del sentit dels propòsits compartits, més quan les classes mitjanes se'n desentenen. El cert és que hi ha una percepció d'un deteriorament de la sanitat pública com si l'esforç realitzat durant la pandèmia hagués deixat tot el sistema sotragat i cansat. Les dades de valoració del conjunt del sistema sanitari públic dins del baròmetre sanitari no ho manifesten de manera cridanera.

En segon lloc, pot estar en el tracte, la saturació d'urgències, l'espera per a la cita en l'APiC i, encara més, per l'especialitzada o per proves d'imatge complexes o les llistes d'espera en la cirurgia programada, és a dir, no urgent, que segueix essent una dada monitorada i ben accessible en el sistema públic. Aquesta percepció d'empitjorament pot donar lloc a un cercle viciós en què més persones fugen de la sanitat pública cap a la privada buscant millor accessibilitat, especialment, en l'atenció especialitzada. No hi ha dades fefaents que puguin donar suport a uns millors resultats (en supervivència o qualitat de vida) en el sector sanitari privat. La paradoxa pot estar en què la mateixa sanitat privada, que ha vist augmentar les persones sota el seu assegurament per una política de baixes pòlisses, comença a tenir els mateixos problemes, tot i que en un grau menor, destacant també entre aquests la manca de professionals, on s'afegeix, a part del relleu generacional, el malestar per les baixes retribucions.

Quant als professionals, especialment els de medicina, molts cops es tracta dels mateixos que pel matí treballen en un centre públic i per la tarda en un centre privat. L'usuari, com s'acostuma a dir en el sistema públic, o el client quan es parla de la sanitat privada, pot escollir per la tarda el metge (especialista generalment) que no ha pogut escollir pel matí i, el professional, no cal dir-ho, complementa, poc o molt, el seu salari, minso des de la seva perspectiva, de la sanitat pública. Aquest professional, especialista (inclosa òbviament l'MFiC), ha estat format majoritàriament en la sanitat pública, que és on adquireix un veritable aprenentatge clínic i té la millor oportunitat de veure diversitat de casos i de diferent complexitat. Aquest/a metge/metgessa resident, que cobra un salari públic durant els 4-5 anys de

residència, fa ús no sols de les tecnologies modernes, sinó també dels coneixements dels professionals sèniors i de la recerca que es desenvolupa dins els seus murs. Molts acabaran a la sanitat pública, tot i que un percentatge tindrà doble dedicació o sols treballarà per a la sanitat privada.

No cal recordar els antecedents històrics i la força del mutualisme (compartir riscos) a Catalunya ni el sorgiment del National Health Service i l'estat del benestar al Regne Unit després de la II Guerra Mundial. Correspon, si més no a Europa i a Amèrica del Nord, a un període de persistent creixement econòmic i de reducció de les desigualtats fins a mitjans dels anys 70 del segle passat. Era quan la cosa pública —el bé comú, allò de tots— era altament valorada. L'estat del benestar suportat per l'estat, on el sistema sanitari públic constitueix un pilar fonamental, comença a estroncar-se aleshores i més quan el neoliberalisme, i l'individualisme que pregona, pren embranzida paral·lelament a la caiguda del mur de Berlín (1989) i l'enfonsament de la Unió Soviètica. Durant el segle XXI, malgrat la greu crisi financera i econòmica (2008-2014) i la pandèmia (2020-2023), les coses no han millorat i s'hi ha afegit l'agreujament de la crisi climàtica.

Convé fer un xic d'història i recordar que, poc després dels traspassos de la sanitat a la Generalitat de Catalunya (1979), es va fer el Decret 524/1982 per tal de regular les funcions del DS amb relació a les entitats d'assegurança lliure. La normativa establia que les entitats havien de fer efectiva una taxa sanitària com a contraprestació econòmica en funció de les primes que recaptaven al llarg de l'any. L'any 1997, amb J. M. Aznar governant Espanya i J. Pujol a Catalunya, ambdós requerint-se mútuament suport parlamentari, es va derogar aquesta taxa sanitària a les entitats d'assegurança lliure.

Què es pot fer?

Primerament, cal la recuperació d'aquesta taxa anual sobre les primes de l'assegurament privat que es recullen a Catalunya, no tant per gravar més les pòlisses de les asseguradores privades, ni solament per finalitats de complimentar el registre, sinó per tal que, degudament quantificada, aquesta taxa contribueixi al suport del sistema sanitari públic, ja que és també d'interès dels asseguradors i proveïdors privats que la sanitat pública funcioni prou bé. Suposaria un rescabament per la formació (MIR, EIR, FIR, PIR) que el sistema sanitari públic dona als professionals de la medicina i la infermeria (també farmacologia i psicologia), així com per l'assistència sanitària que, de forma exclusiva, dona la sanitat pública (grans cremats, bona part dels trasplantaments i altres usos de serveis altament qualificats públics, com poden ser els lesionats medul·lars, la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria i d'alta complexitat, etc.). També per la salut pública que, com ha palesat la recent pandèmia de covid-19, no diferencia entre països ni entre sistemes sanitaris públics o privats, però també per la recerca en cièn-

cies de la salut i la contribució pública al seu finançament. Mantenir la situació actual que facilita, per activa o per passiva, el doble assegurament públic i privat, basat a més en unes pòlisses de baix cost i cobertura de riscos, no suposa cap millora de la solvència sanitària ja que, a l'afavorir el ràpid creixement del nombre d'assegurats en l'àmbit privat, acaba suposant també allargar les llistes d'espera i altres demores en aquest sector.

La provisió privada de serveis sanitaris ha d'entrar sense més demora dins dels sistemes d'informació de què disposa el SISCAT, el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) (CMBD hospitalari amb els principals diagnòstics i procediments) i altres (CMBD d'atenció primària i urgències), garantint la qualitat de les dades i incorporant, especialment pel que fa a l'atenció hospitalària, la provisió sanitària privada a la Central de Resultats. Constitueix una responsabilitat del DS tot i que, en primer lloc, ho és dels asseguradors i proveïdors privats que han de disposar d'aquesta informació. El coneixement dels resultats per part d'una agència independent i una ben entesa competència entre proveïdors —dins del sistema públic i entre els sistemes públic i privat—, en termes d'efectivitat i eficiència, amb els ajustaments necessaris, és en l'interès de tots, per tal d'esperonar la millora continuada de la qualitat.

Perpetuar aquest biaix de selecció o permetre el deteriorament del sistema sanitari públic sols pot conduir a la mercantilització dels serveis sanitaris, que acabarien respondent només a l'interès propi i a un consum, més esperonat per desitjos que la publicitat genera que per autèntiques necessitats mèdiques. L'atenció sanitària no hauria de constituir una mercaderia com qualsevol altra, essent com és un dels pilars de l'estat del benestar. Sols s'ha de pensar en quin món, quina justícia, quins serveis voldríem tenir disponibles si desconeguéssim (el vel de la ignorància de John B. Rawls) les condicions en què arribem en aquest món o el futur que ens espera. Parlàvem a l'inici de raons històriques i polítiques, però són aquestes últimes les que configuren el present i el futur, abandonant possibles conivències que no afavoreixen el bé comú.

Altres temes sobre el sistema sanitari públic i els diferents problemes que aquest ha d'encarar, així com els relacionats amb els professionals (medicina i infermeria principalment), mereixen un tractament més ampli en altres documents. Quant al privilegi —aquest és el terme adient— de l'assegurança sanitària funcional, l'única modificació substancial ha estat que, des de l'any 2011, els nous funcionaris cotitzen al Règim General de la Seguretat Social¹⁸; la resta ha canviat ben poc. Són molts ja els anys que es parla de la progressiva extinció d'aquest sistema, però s'ha de tenir en compte que molts dels que haurien de legislar i reformar en aquest sentit en formen part. Aleshores, sols cal recordar la cita d'Upton Sinclair (1878-1968): "és difícil fer que un home entengui una cosa quan el seu salari depèn del fet que no l'entengui".

Agraïments: A Josep M. Argimón, Lluís Bohigas, Josep M. Busquets, Amador Martín, Vicente Ortún i Salvador Rofes pels seus comentaris a una versió primerenca d'aquest article. La responsabilitat d'aquest article recau, però, exclusivament en el seu autor.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya: memòria 2022. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2024. Consultable a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11218>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Bohigas L. Doble cobertura sanitària. Blog AQUAS. 20 d'abril de 2017. Consultable a: <https://blog.aquas.cat/2017/04/20/doble-cobertura-salud/>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Schiaffino Rubinat A, Medina Bustos A. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2022. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023. Consultable a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9652/enquesta_salut_catalunya_resum_executiuc_a_2022.pdf?sequence=12&isAllowed=y. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gac Sanit*. 2005;19(1):15-21.
- Pinilla J, López-Valcárcel BG, Bernal-Delgado E. Unravelling risk selection in Spanish general government employee mutual funds: evidence from cancer hospitalizations in the public health network. *Eur J Health Econ*. 2024 Feb 20. doi: 10.1007/s10198-024-01671-5.
- Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Consultable a: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2010/12/14/196>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Ballester M. El moment actual de la sanitat privada a Catalunya: una anàlisi estratègica. I Fòrum de Professionals de la gestió sanitària de la Societat Catalana de Gestió Sanitària, 20 de setembre de 2021. Consultable a: <http://lagesioimporta.cat/arees/el-moment-actual-de-la-sanitat-privada-a-catalunya-una-analisi-estrategica/>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Moreno Torres I, Rodríguez Pérez N. Hospitals privats: anàlisi de concentració a Catalunya. Barcelona: Autoritat Catalana de la Competència; 2018. Consultable a: https://acco.gencat.cat/web/content/80_acco/documents/arxius/actuacions/20180605.1-estudi-hospitals-DEF-CAT.pdf. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Moreno Torres I, Abreu Alemán J. Hospitals privats: l'efecte de la concentració sobre els preus. Barcelona: Autoritat Catalana de la Competència; 2019. Consultable a: https://acco.gencat.cat/web/content/80_acco/documents/arxius/actuacions/20190520_estudi-hospitals_part_II_cat.pdf. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Enquesta d'assegurança lliure 2021-2022. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2022. Consultable a: <https://www.comb.cat/upload/Documents/9/6/9623.PDF>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Els professionals de la medicina privada posen nota al sector de les assegurances de salut. *COMB Revista del Col·legi de Metges de Barcelona*. 2022 Setembre;(163):7-10. Consultable a: <https://www.comb.cat/pdf/publicacions/revistaComb/RevistaCOMB163.pdf>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Pinilla J, López-Valcárcel BG. Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008-2014. *BMC Public Health*. 2020;20:1262. Consultable a: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09362-5>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Opinió de los ciudadanos. Barómetro sanitario 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad. Consultable a: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm. Accés el 25 de setembre de 2024.
- Pons J, Moreno V, Borrás J, Espinas J, Almazan C, Granados A. Open heart surgery in public and private practice. *J Health Serv Res Policy*. 1999 Apr;4(2):73-8.
- Grau JJ, Zanon G, Caso C, Gonzalez X, Rodriguez A, Caballero M, Biete A. Prognosis in women with breast cancer and private extra insurance coverage. *Ann Surg Oncol*. 2013 Sep;20(9):2822-7.
- Aznar L. La sanidad privada programa un 63% de cesáreas, el doble que la pública. *Crític*. 2 de maig de 2022. Consultable a: <https://www.elcritic.cat/investigacio/la-sanitat-privada-programa-un-63-de-les-cesaries-el-doble-que-la-publica-127472>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- FIVCAT.NET; estadística de la reproducció humana assistida a Catalunya, 2014. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Consultable a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3115?locale-attribute=es>. Accés el 25 de setembre de 2024.
- García Marco C. Las mutualidades de funcionarios y su modelo sanitario. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud*. GAPS. 2023;2:4. Consultable a: <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/37109>. Accés el 25 de setembre de 2024.