Producción de servicios sanitarios: ¿más es mejor?

XXVI JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Toledo, 23-26 de mayo 2006

Titulo

Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-2003 proyecciones 2004-2017.

Autores

Jaume Puig Junoy (dir.)
Ivan Planas Miret
Ana Tur Prats

Autor Responsable

Ana Tur Prats

Palabras Clave

descomposición factores de crecimiento, gasto sanitario, Comunidades Autónomas, proyecciones.

Introduccion

Los primeros estudios de descomposición de los factores de crecimiento del gasto sanitario incluyen el de Blanco y Bustos (1996) y el López-Casasnovas y Casado (1996), en los cuales el factor residual es el que presenta mayores tasas de crecimiento. Un trabajo posterior es el publicado por Pellisé et al (2001), basado en los anteriores pero que introduce algunas variantes metodológicas interesantes, donde puede observarse que el factor de los precios sanitarios ha pasado a ser la principal causa de crecimiento, conjuntamente con la prestación real media (factor residual).

Un estudio más reciente de Puig-Junoy et al (2004) utiliza la misma metodología para analizar la evolución del gasto sanitario público de todo el SNS entre los años 1991 y 2003, y realizar las proyecciones hasta el 2013. Del mismo modo que Pellisé et al (2001), constata que el factor de los precios sanitarios (que incluye la inflación general) ha pasado a ser la principal causa de crecimiento, conjuntamente con la prestación real media, que explicaría 2/3 del crecimiento real del gasto sanitario público.

Objetivo

Este estudio tiene como objetivo fundamental proporcionar una visión comparativa del Sistema Nacional de Salud en cada una de las Comunidades Autónomas del Estado español desde el punto de vista del análisis de la importancia relativa de los factores que han contribuido al crecimiento del mismo en el pasado reciente y de su evolución esperada en los próximos años.

Este objetivo general se desarrolla a través de dos objetivos específicos. El primero de ellos consiste en realizar una descomposición cuantitativa de los factores del crecimiento del gasto sanitario público en cada una de las Comunidades Autónomas españolas desde el año 1991 (variación en la población, variación en la estructura de edades o envejecimiento progresivo, nivel

general y regional de precios, inflación sanitaria diferencial y y prestación sanitaria media real).
El segundo objetivo específico consiste en llevar a cabo proyecciones del gasto sanitario público en cada una de las Comunidades Autónomas hasta el año 2070 utilizando el enfoque de la descomposición o enfoque del residual y la cuantificación específica del impacto del envejecimiento sobre el gasto sanitario público regional. Con esta finalidad se llevarán a cabo proyecciones del gasto sanitario público regional hasta el año 2070 basadas en diversos supuestos sobre el impacto del comportamiento del cambio, la convergencia regional de la renta, y las innovaciones tecnológicas, así como del impacto del envejecimiento de la población regional durante este período.

Metodos

El método de la descomposición de los factores del crecimiento del gasto sanitario (enfoque del residual) es, a pesar de presentar algunas limitaciones destacables, el más utilizado en el ámbito internacional para la realización de proyecciones de la evolución futura del gasto sanitario. Recientemente este método ha sido aplicados, entre otros, a los datos agregados de Estados Unidos correspondientes al período 1960-1999 con el fin de analizar la contribución del cambio tecnológico al crecimiento del gasto y realizar proyecciones para el período 2001-2005 (Mohr PE, Mueller C, Neumann P, Franco S, Milet M, Silver L, Wilensky G.The Impact of Medical Technology on Future Health Care Costs. The Project HOPE Center for Health Affairs. 2001, February).
El posible impacto del progresivo envejecimiento de la población española sobre el gasto sanitario se analiza de forma específica mediante proyecciones del gasto sanitario público basadas en los perfiles de gasto por edad y sexo. La aplicación de este método requiere estimar los perfiles de gasto sanitario por persona en cada uno de los grupos de edad quinquenales para los servicios hospitalarios, para los servicios especializados extrahospitalarios, para la farmacia y para el gasto total. Las proyecciones de impacto del envejecimiento se realizan a partir de aplicar estos perfiles de gasto (consumo relativo de recursos) por grupo de edad a la evolución de la estructura de edades de la población española.
Las proyecciones de gasto sanitario se cuantificarán en diversos escenarios basados en hipótesis relativas al comportamiento del factor demográfico, los precios relativos de los servicios sanitarios y la prestación sanitaria real media en cada Comunidad Autónoma.

Resultados

La descomposición de los factores del crecimiento del gasto sanitario público real nos ha permitido observar como la prestación sanitaria media (parcialmente endógeno a la política sanitaria) tiene un factor explicativo aproximadamente del doble que el factor demográfico (factor exógeno), 63,22% y 27,96% del crecimiento medio, respectivamente. Este comportamiento medio se mantiene con ligeras modificaciones para todas las CCAA.
Las CCAA que más han crecido en términos nominales durante el período analizado (1991-2003) han sido Baleares (10,26%), Melilla (9,904%) y Canarias (9,75%), mientras que las que menos han

crecido han sido Madrid (5,99%) y País Vasco (6,63%)

Conclusiones

En cuanto a las proyecciones de gasto sanitario según los diferentes escenarios, podemos concluir que especialmente en el caso de que las CCAA sigan creciendo según su comportamiento particular (prestación sanitaria, diferencial sanitario e inflación regional) se va a producir un proceso de divergencia en el gasto sanitario medio per cápita (escenarios 1 y 2 de nuestro estudio). Sin embargo, si se comportan de modo similar en cuanto al crecimiento de su prestación sanitaria media y el diferencial sanitario, el rango de variación entre la CCAA con mayor y menor gasto sanitario per cápita va a aumentar muy poco (en el año 2004 la que menor y mayor cifra tienen son de 593 euros y 851 euros, por lo tanto un rango de 258, y en el año 2017, 712 y 1080 euros, por lo tanto un rango de 368 euros).

El factor migratorio, considerando los perfiles de edad que toma en consideración el INE está mitigando el efecto del envejecimiento de la población sobre el gasto sanitario público, tanto actualmente como en las proyecciones hasta el año 2017.

Las proyecciones de gasto sanitario futuro por CCAA revelan un impacto del factor demográfico (variación en el número de personas y en la composición según edad y sexo de las mismas) bastante diferente: mientras que la demografía “sólo” exigiría un crecimiento del gasto real hasta el año 2017 del 3,9% en Asturias, en cambio en Baleares exigiría un aumento del 34,8% (escenario 1).