



ELEMENTS D'INNOVACIÓ I OPORTUNITATS DE MILLORA

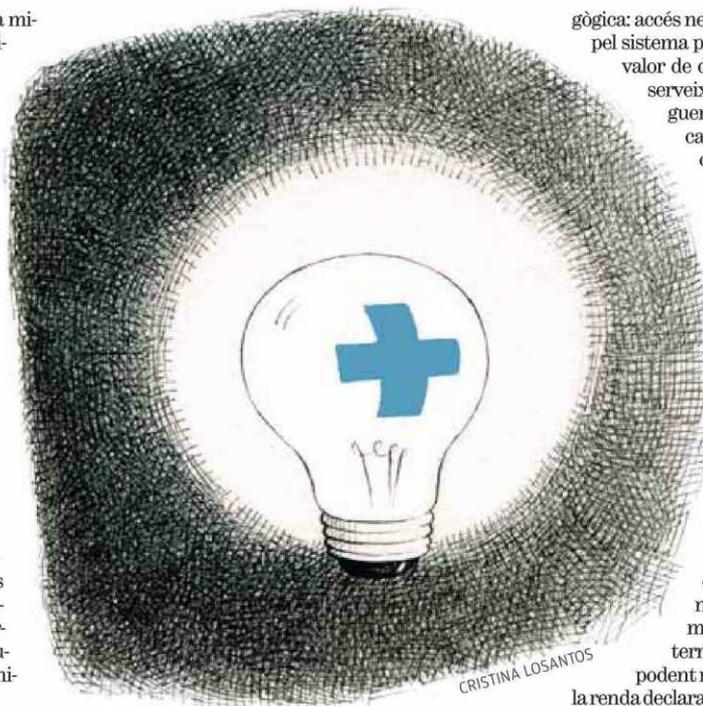
Guillem López Casasnovas



Catedràtic d'economia de la UPF. Economista llicenciat en dret

Polítiques de benestar

Més enllà de la millora del finançament procedent de la major capacitat fiscal de que pot fruit Catalunya si aconseguim basar-lo en els seus recursos propis, cal repensar els vells instruments de la despesa de la nostra protecció social. Així en alguns aspectes del que és normal en la majoria de països desenvolupats envers els serveis públics, com és que el pagament dels usuaris acompanyi el finançament solidari dels serveis universals. La definició d'un estat de benestar propi ha de poder comportar, per tant, elements d'innovació i de trencament d'inèrcies que permetin fer, del repte que suposa el canvi, una oportunitat de millora.



CRISTINA LOSANTOS

UN D'AQUESTS TEMES és el del paper que puguin tenir els copagaments en el finançament suficient dels serveis. Tal com avui es plantegen, aquests són sovint rebutjats, entesos per molts com instruments d'una privatització encoberta, confonent-los amb preus privats, en lloc de valorar-los com un instrument addicional d'ingrés públic per reforçar el finançament i/o el bon funcionament dels serveis. L'acceptació dels copagaments passa encertadament per condicionar la seva acceptació a la vinculació amb la renda dels pagadors. La qüestió és com fer-ho. Aquí oferiré una versió innovadora del copagament lligat al problema del finançament sanitari, tal com avui s'entén, basat en la idea següent. En la provisió sanitària hauríem d'aspirar a un finançament solidari per totes les prestacions que siguin plenament efectives. I per als serveis que restin fora de la prestació pública per inassumibles –efectius, però de cost massa elevat–, potser caldria aplicar un copagament, del 100% per als més rics i un acompanyament a percentatge per a la resta de col·lectius. Aquest seria el cas si ens preocupa la desigualtat en la distribució final de la salut (altrament aquests últims col·lectius no accedirien mai a allò efectiu però d'elevat cost), i ho volem aconseguir de manera integrada a l'equitat fiscal que té l'IRPF com a instrument bàsic de progressivitat social. En un

llibre recent (*El bienestar desigual*, Ed. Península, setembre de 2015) ho detallo més pròpiament.

ES TRACTARIA NO DE PORTAR la renda al copagament, sinó d'incloure els serveis copagables a la declaració de la renda. L'articulació concreta consistiria en la vinculació dels consums sanitaris susceptibles de copagament a la base imposable de la renda, com si es tractés d'un benefici en espècie no gratuït. Això implicaria que tots els registres d'utilització s'annotessin a la targeta sanitària en cada punt d'accés (lectura digital) i es comunicuessin, posteriorment, per a la seva incorporació si s'escau a la declaració de l'IRPF. Com amb la fulla de retencions que rebem en el moment de la declaració, veuríem l'ús fet dels serveis públics i el seu cost. Això tindria com a mínim una lectura peda-

El copagament vinculat a la renda permet així un discurs integrador i coherent

gògica: accés necessari i innecessari, a cost pel sistema públic. Pel necessari, amb el valor de donar a conèixer per a que serveixen els impostos que es paguen. Per l'innecessari, per educar en el "res és gratis". Pels ciutadans no obligats a declarar (amb una renda per sota dels mínims vitals), l'exempció d'aquests pagaments seria automàtica. Per la resta, o bé s'incorporarien sobre la base imposable (en el marge, incrementant el tipus mitjà) o s'afegiria a la quota. En el primer cas, el copagament es podria considerar de fet com a progressiu i directament proporcional a la renda; en el segon, es podria fer selectiu no gravant a determinats grups, o fent-ho fins a un cert límit, no computant pagaments més enllà d'una quantia determinada (per exemple, no podent representar més d'un 8% de la renda declarada o una quantitat absoluta superior a 1.000 euros a l'any), opcions totes elles més polítiques que de tècnica fiscal. El copagament vinculat a la renda permet així un discurs integrador i coherent amb el que calgui fer, també fora de la sanitat, en altres àmbits dels serveis públics, pensant en el benestar de la gent (la renda neta després d'impostos). En el cas sanitari, això suposaria incorporar els consums de la targeta sanitària –també en medicaments– per agregar-los en el moment de la tributació, al cost de la utilització d'aquells serveis, de manera progressiva. Per a l'ús fet de manera aliena a la regulació sanitària, visualitzaria el cost d'oportunitat del malbaratament. Equilibraria així també en cert sentit el terreny de joc amb una desgravació fiscal per la despesa privada en el seu dia suprimida i la reintroducció de la qual (pel fet de representar menys ingressos) resulta ara especialment problemàtica. Generaria menys costos de transacció i evitaria estigma social (no estratificant públicament els usuaris per nivells de renda) i permetria excloure de pagament els grups de renda més baixos sense recuperar el vell concepte de 'beneficència' ni una dualització de serveis en el punt d'accés. Tindria, a més, efectes col·laterals tals com la necessitat per part dels responsables sanitaris de fixar els criteris (ésser explícits) del que significa utilització inadequada, tot i requerir un sistema per fer valer un recurs de disconformitat.