

A close-up photograph of a doctor's hand holding a stethoscope against a patient's chest. The doctor's hand is in the foreground, slightly out of focus, while the stethoscope and the patient's chest are in focus. The background is a blurred white surface, possibly a medical chart or document.

i:

Informe  
IDIS

# Deuda pública con el sector sanitario privado



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad



# Índice de contenidos

## El contexto económico

1. El elevado déficit de las administraciones públicas y la necesidad de reequilibrar su presupuesto tiene un alto potencial de impacto en el gasto sanitario público y en la deuda acumulada .....04

## El presupuesto sanitario

2. El ajuste presupuestario en sanidad se ha realizado en los últimos dos años, aunque de forma asimétrica entre Comunidades Autónomas. ....05

## La deuda sanitaria pública

3. El importe de la deuda sanitaria pública afecta al conjunto de los proveedores del sistema sanitario, y puede clasificarse en dos grandes grupos: la deuda visible y la deuda no visible.....07
4. La deuda visible a finales de 2011 ascendió a cerca de 11.600 millones de euros .....08
5. La deuda no visible se estima en más de 4.100 millones de euros .....09

## La ley de Morosidad

6. La ley 15/2010 de morosidad establece una serie de plazos máximos de pago y el derecho del acreedor a reclamar intereses de demora en caso de incumplimiento .....12

## Grado de cumplimiento de la Ley de Morosidad en el sector sanitario privado

7. La deuda sanitaria vencida se estima en 11.620 millones de euros, lo que genera 930 millones de euros de intereses anuales.....13
8. Además del importante volumen de deuda sanitaria vencida, ésta ha crecido a un ritmo superior al 30% en el último año .....14
9. Sólo País Vasco y Navarra se aproximan al plazo máximo de pago exigido por la legislación en lo que a deuda visible se refiere .....14

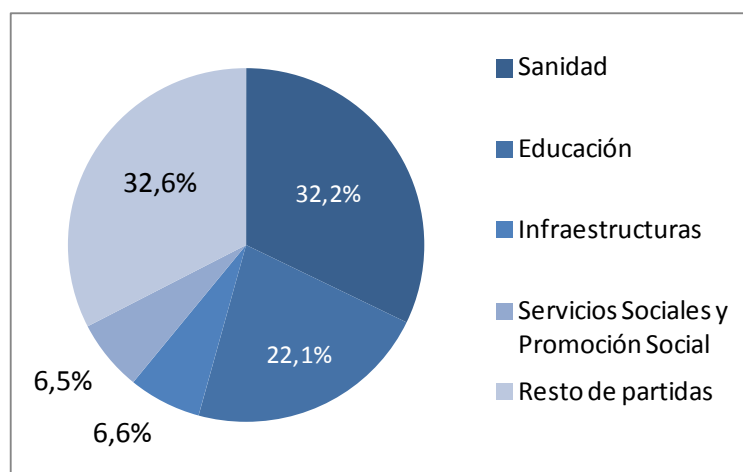
## Conclusiones .....15

## El contexto económico

### 1. El elevado déficit de las administraciones públicas y la necesidad de reequilibrar su presupuesto tiene un alto potencial de impacto en el gasto sanitario público y en la deuda acumulada.

- La magnitud de la crisis económica, los altos niveles de deuda y déficit del conjunto de las administraciones públicas y el compromiso de estabilidad adquirido ha implicado la necesidad de realizar ajustes económicos.
- El gasto sanitario público es el principal componente de los presupuestos de las Comunidades Autónomas (32,2% del total)
- Por este motivo, cualquier medida de ajuste presupuestario tiene un elevado potencial de impacto sobre la disminución del gasto sanitario y el incremento de la deuda sanitaria

**Figura 1. Distribución de los presupuestos iniciales de las CC.AA. (2010)**  
Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.



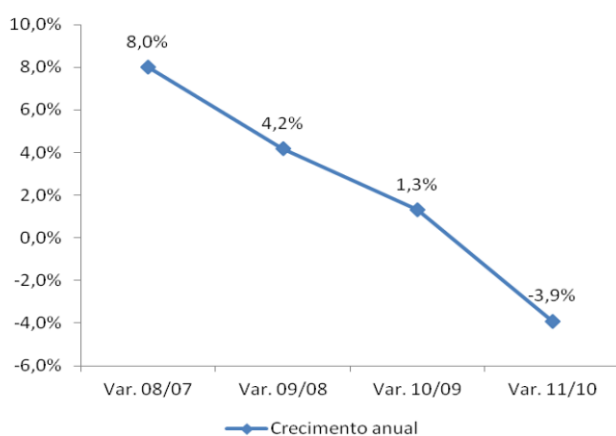
## El presupuesto sanitario

### 2. El ajuste presupuestario en sanidad se ha realizado en los últimos dos años, aunque de forma asimétrica entre Comunidades Autónomas.

- Aunque a comienzos de la crisis el presupuesto sanitario de las CC.AA. seguía incrementándose de forma global, en los últimos años, dicho crecimiento se ha reducido considerablemente, llegando incluso a ser negativo en el periodo 2010 - 2011 (-3,9%).

Figura 2. Evolución de la tasa de crecimiento de los presupuestos iniciales de las CC.AA. (2010)

Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.



- No obstante, dicho ajuste no ha sido homogéneo en todas las Comunidades Autónomas.

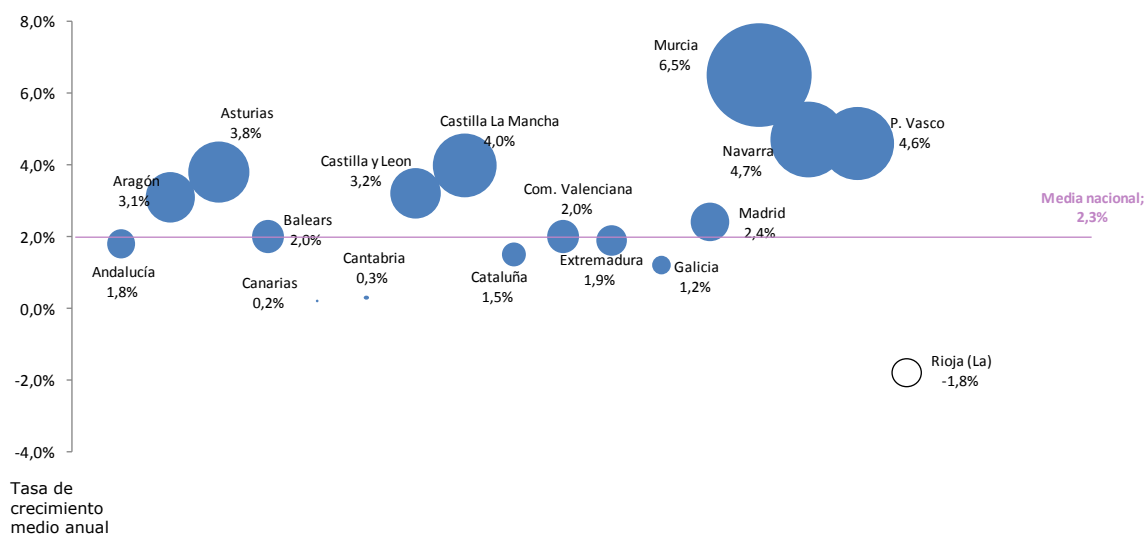
Figura 3. Desglose del presupuesto total de gasto sanitario 2007-2011 por CCA

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Secretaria general de sanidad.

CC.AA.	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10
Andalucía	8.731	9.565	9.827	9.827	9.379	9,6	2,7	0,0	-4,6
Aragón	1.636	1.747	1.880	1.908	1.849	6,8	7,6	1,5	-3,1
Asturias (Principado de)	1.339	1.368	1.559	1.640	1.552	2,2	13,9	5,2	-5,4
Baleares (Illes)	1.087	1.197	1.258	1.176	1.176	10,2	5,0	-6,5	0,0
Canarias	2.522	2.804	2.930	2.857	2.541	11,1	4,5	-2,5	-11,1
Cantabria	721	755	794	796	730	4,6	5,1	0,3	-8,3
Castilla y León	3.048	3.333	3.409	3.519	3.462	9,4	2,3	3,2	-1,6
Castilla-La Mancha	2.406	2.634	2.853	2.919	2.814	9,5	8,3	2,3	-3,6
Cataluña	8.684	9.160	9.426	9.888	9.201	5,5	2,9	4,9	-7,0
Comunidad Valenciana	5.090	5.456	5.660	5.720	5.515	7,2	3,7	1,1	-3,6
Extremadura	1.460	1.600	1.718	1.664	1.572	9,6	7,4	-3,1	-5,5
Galicia	3.388	3.639	3.767	3.729	3.547	7,4	3,5	-1,0	-4,9
Madrid (Comunidad de)	6.500	6.954	7.122	7.081	7.134	6,9	2,4	-0,6	0,8
Murcia (Región de)	1.571	1.766	1.854	1.985	2.023	12,4	5,0	7,1	1,9
Navarra (Com. Foral de)	807	873	907	987	972	8,2	3,9	8,8	-1,5
País Vasco	2.925	3.268	3.546	3.630	3.506	11,7	8,5	2,4	-3,4
Rioja (La)	467	441	453	412	434	-3,1	2,7	-9,0	5,4
<b>Total</b>	<b>52.383</b>	<b>56.559</b>	<b>58.961</b>	<b>59.738</b>	<b>57.408</b>	<b>8,0</b>	<b>4,2</b>	<b>1,3</b>	<b>-3,9</b>

Figura 4. Crecimiento medio anual del presupuesto sanitario de las CC.AA. en el periodo 2007-2011

Fuente: Elaboración propia



## La deuda sanitaria pública

### 3. El importe de la deuda sanitaria pública afecta al conjunto de los proveedores del sistema sanitario, y puede clasificarse en dos grandes grupos: la deuda visible y la deuda no visible.

- La deuda sanitaria pública se puede definir como la "Obligación contraída por la administración pública de pagar una determinada cantidad de dinero por los productos adquiridos y/o por los servicios recibidos de terceras personas (físicas o jurídicas) en el ámbito sanitario".
- En este sentido, la deuda sanitaria afecta al conjunto de proveedores del sistema sanitario: industria farmacéutica, empresas de tecnología sanitaria, hospitales y clínicas concertadas, oficinas de farmacia, servicios generales externalizados, entre otros.
- En general, esta deuda sanitaria puede clasificarse en dos grandes grupos: la deuda visible (por su elevado impacto y centralidad en el debate sobre la deuda sanitaria) y la deuda no visible.

Figura 5. La deuda sanitaria visible y no visible.

Fuente: Elaboración propia.



- En relación a la deuda sanitaria hay dos elementos clave sobre los cuales hay que poner una atención especial:
  - Por un lado, el volumen total de la deuda acumulada, puesto que supone una elevada exigencia de financiación por parte de los proveedores.
  - Por otro lado, la tasa de crecimiento anual de dicha deuda, pues implica el esfuerzo adicional de financiación a realizar en un año.

#### 4. La deuda visible a finales de 2011 ascendió a cerca de 11.600 millones de euros.

- La deuda por suministro de medicamentos a hospitales a finales de 2011 ascendió a 6.369 millones de euros.

Figura 6. Deuda sanitaria de medicamentos a hospitales a 31 de diciembre de 2011  
Fuente: Farmaindustria

Comunidad Autónoma	Deuda farmacéutica a 31/12/2011 (millones €)	% sobre el total	% variación 2011 / 2010	Deuda por habitante (€)	PMP 2010 (días)	PMP 2011 (días)
Andalucía	1.524	23,9%	42,5%	181	587	746
Com. Valenciana	1.293	20,3%	57,9%	253	561	884
Madrid (Com. de)	762	12,0%	19,1%	117	303	363
Castilla y León	573	9,0%	23,8%	224	666	816
Castilla-La Mancha	408	6,4%	89,0%	193	388	742
Murcia (Región de)	265	4,2%	4,3%	180	625	633
Galicia	265	4,2%	54,4%	95	190	306
Cataluña	252	4,0%	8,1%	33	223	257
Baleares (Illes)	216	3,4%	36,1%	194	588	848
Aragón	203	3,2%	67,2%	150	271	451
Cantabria	181	2,8%	10,5%	305	742	804
Asturias (Ppdo de)	154	2,4%	33,5%	142	364	476
Canarias	121	1,9%	26,1%	57	172	220
Extremadura	54	0,9%	6,2%	49	164	161
Rioja (La)	47	0,7%	51,4%	144	349	439
País Vasco	37	0,6%	-28,9%	17	92	70
Navarra (Com. Foral de)	14	0,2%	-51,4%	22	148	73
Ceuta y Melilla	1	0,0%	74,4%	5	17	28
<b>Total</b>	<b>6.369</b>	<b>100,0%</b>	<b>36,0%</b>	<b>135</b>	<b>390</b>	<b>525</b>

- La deuda con empresa de tecnología sanitaria a finales de 2011 ascendió a 5.230 millones de euros.

Figura 7. Deuda sanitaria con empresas de tecnología sanitaria a 31 de diciembre de 2011  
Fuente: Fenin

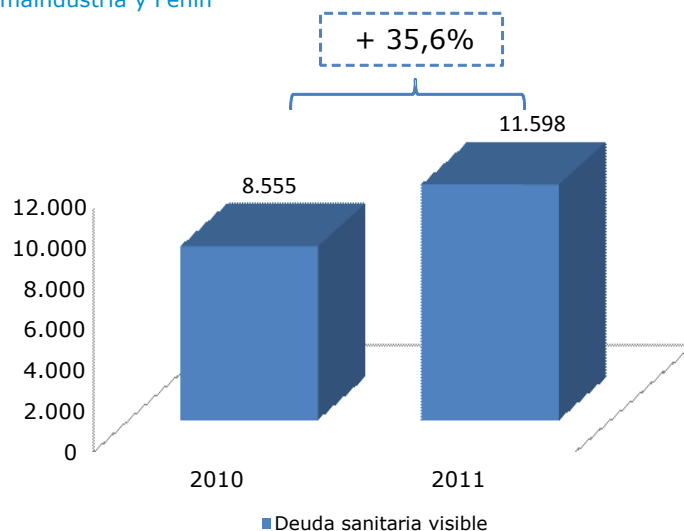
Comunidad Autónoma	Deuda con compañías de tecnología sanitaria a 31/12/2011 (millones €)	% sobre el total	% variación 2011 / 2010	Deuda por habitante (€)	PMP 2010 (días)	PMP 2011 (días)
Andalucía	1.284	24,6%	36,1%	152	538	713
Com. Valenciana	973	18,6%	53,4%	190	550	841
Madrid (Com. de)	570	10,9%	25,8%	88	274	328
Castilla y León	522	10,0%	21,0%	204	594	684
Castilla-La Mancha	406	7,8%	114,2%	192	359	707
Murcia (Región de)	267	5,1%	2,5%	182	652	693
Galicia	193	3,7%	72,5%	69	151	251
Cataluña	198	3,8%	2,7%	26	209	246
Baleares (Illes)	140	2,7%	26,4%	126	570	716
Aragón	203	3,9%	79,2%	151	262	440
Cantabria	115	2,2%	17,9%	194	666	742
Asturias (Ppdo de)	118	2,3%	28,3%	109	314	374
Canarias	120	2,3%	35,5%	56	173	235
Extremadura	32	0,6%	-37,0%	29	177	128
Rioja (La)	23	0,4%	21,1%	71	252	296
País Vasco	51	1,0%	-19,0%	23	100	75
Navarra (Com. Foral de) *	11	0,2%	-33,4%	17	83	55
Ceuta y Melilla *	2	0,0%	0,0%	12	42	46
<b>Total</b>	<b>5.230</b>	<b>100,0%</b>	<b>35,1%</b>	<b>111</b>	<b>347</b>	<b>473</b>



- La deuda sanitaria visible se ha incrementado en 3.043 millones (un 35,6%) en el periodo 2010 – 2011. Por lo que respecta a los periodos de pago se han incrementado en torno a un 35% en el periodo 2010-2011

**Figura 8. Incremento de la deuda sanitaria con la industria farmacéutica y la industria de tecnologías sanitarias. 2010-2011**

Fuente: Farmaindustria y Fenin



## 5. La deuda no visible se estima en más de 4.100 millones de euros.

- El cálculo de la deuda sanitaria no visible es especialmente complejo debido, fundamentalmente, a tres aspectos:
  - La gran diversidad de agentes privados con los que interactúa la administración sanitaria (tanto por tipología como por número).
  - La no obligatoriedad por parte de las entidades privadas de desglosar las deudas de sus clientes y, en concreto, las de la administración pública.
  - El insuficiente desglose en las partidas presupuestarias a las que asignan los acuerdos o conciertos con el sector privado.

**Figura 9. Impacto y desglose de cada capítulo de gasto en los presupuestos sanitarios de las CC.AA. (año 2011)**

Fuente: MSSSI. Secretaría General de Sanidad

Capítulo	Partidas incluidas	Presupuesto inicial CC.AA. 2011 (M €)
Cap. 1: Gastos de personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retribuciones del personal</li> <li>• Seguridad Social del personal</li> </ul>	24,42
Cap. 2: Gastos en bienes corrientes y de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y otros materiales sanitarios</li> <li>• Suministros</li> <li>• Arrendamientos</li> <li>• Mantenimientos</li> </ul>	17,68
Cap. 4: Transferencias corrientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte sanitario</li> <li>• <b>Conciertos para asistencia</b></li> <li>• Otros gastos de funcionamiento de los centros sanitarios</li> </ul>	12,40
Cap. 6: Inversiones reales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos de recetas médicas, prótesis y ortopedia</li> <li>• <b>Contratos programa</b></li> </ul>	1,71
Cap. 7: Transferencias de capital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios de colaboración con Agencias Sanitarias, Universidades y Sociedades Científicas</li> <li>• Otras transferencia</li> </ul>	0,17
Cap. 8: Activos financieros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto en inversiones (construcción de centros sanitarios, equipamientos, etc.)</li> </ul>	0,83
Otros capítulos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios específicos (con ayuntamientos para la construcción y el equipamiento de centros sanitarios, etc.)</li> <li>• Otros</li> </ul>	0,19

- El gasto sanitario anual en concertos asciende a 7.300 millones de €, y la deuda de las Administraciones públicas con el sector privado y concertado se estima en más de 2.171 millones de €.
  - Esta estimación se ha realizado a partir de dos muestras: una muestra de 89 clínicas privadas que representan el 36% del mercado de clínicas privadas y una muestra de 51 hospitales concertados, que representan más del 65% del su segmento,
  - En el caso de las clínicas privadas, se ha separado la facturación de dicha muestra según sus principales financiadores: aseguradoras privadas (74%) y concertos públicos (26%), según la media de mercado en 2010 (fuente DBK).  
A continuación se ha calculado el periodo medio de cobro de las clínicas privadas incluidas en la muestra (en base a sus cuentas anuales) así como el PMC correspondiente a la actividad privada y a la actividad con el sector público.  
Con toda esta información de la muestra (facturación, deuda total y PMC) se ha estimado la deuda con la administración pública y su periodo medio de pago.
  - En el caso de los hospitales concertados, es decir, aquellos con más del 90% de facturación al Sistema Nacional de Salud, se ha tomado el periodo medio de cobro e la muestra y se ha extrapolado al conjunto.

**Figura 10. Desglose de los concertos con el sector privado y concertado y estimación de la deuda acumulada (año 2009)**

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos extraídos de la Estadística de Gasto Sanitario del MSSSI y DBK

Entidades concertadas	Importe concertos 2009 (millones €)	Estimación deuda acumulada 2009 (millones €)	PMP (días)
Concertos red pública	2.680	709	97
Clínicas privadas	3.944	1.462	135
Resto concierto con mutualidades	678	-	-
<b>Total concertos</b>	<b>7.302</b>	<b>2.171</b>	

- La deuda sanitaria de las Administraciones públicas con las oficinas de farmacia se estima en 1.930 M €.

**Figura 11. Desglose de la deuda sanitaria pública con las oficinas de farmacia (año 2011)**  
 Fuente: Observatorio de Medicamentos. Octubre 2011. Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE).

Comunidad Autónoma	Estimación deuda a finales de 2011 (millones €)
Com. Valenciana	360
Castilla La Mancha	335
Andalucía	300
Cataluña	276
Madrid	202
Murcia	150
Islas Canarias	150
Islas Baleares	120
Navarra	24
La Rioja	13
Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, País Vasco	A fecha de realización del informe, la FEFE no tenía noticias de impagos en estas CC.AA.
<b>Total</b>	<b>1.930</b>
<b>Nº OOFF afectadas</b>	<b>15.273 (71,4%)</b>

## La Ley de Morosidad

### 6. La ley 15/2010 de morosidad establece una serie de plazos máximos de pago y el derecho del acreedor a reclamar intereses de demora en caso de incumplimiento.

La “Ley 15/2010, de 5 de julio, de modificación de la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales” tiene una serie de aspectos relevantes a destacar:

- Supresión del “pacto entre las partes”
- Establecimiento de un plazo máximo de pago para las Administraciones, que entre el 01/01/2011 y el 31/12/2011 se sitúa en los 50 días siguientes a la fecha de expedición de los documentos que acrediten la realización total o parcial del contrato, y que se situará en 30 días a partir del 01/01/2013.
- Propuesta de un procedimiento más ágil para hacer efectivas las deudas de los poderes públicos.
- Establecimiento de mecanismos de transparencia en materia de cumplimiento de las obligaciones de pago, a través de informes periódicos a todos los niveles de la Administración y del establecimiento de un nuevo registro de facturas en las Administraciones locales.
- El acreedor tendrá derecho a intereses de demora cuando, habiendo cumplido con sus obligaciones contractuales y legales, no haya recibido a tiempo la cantidad debida (a menos que el deudor pueda probar que no es responsable del retraso)
  - El interés de demora será el establecido contractualmente o, en su defecto, el tipo aplicado por el Banco Central Europeo a sus operaciones principales de financiación (subasta a tipo fijo) más 7 puntos porcentuales.

## Grado de cumplimiento de la Ley de Morosidad en el sector sanitario privado

### 7. La deuda sanitaria vencida se estima en 11.620 millones de euros, lo que genera 930 millones de euros de intereses anuales.

- En el caso de la deuda sanitaria, debemos considerar la deuda vencida. Es decir, aquella que en el año 2011 supera el plazo máximo de pago de 50 días.
- Por lo tanto, el impacto de la deuda sanitaria pública vencida en el sector privado es de 11.620 millones, lo que supone un 74% del total de la deuda con los proveedores.
- Si se aplicase el tipo de interés de demora correspondiente al primer semestre de 2012, el importe de los intereses anuales que la administración pública deberían pagar a los proveedores es de 930 millones.

**Figura 12. Deuda sanitaria acumulada por tipo de proveedores, deuda vencida y estimación de intereses anuales de demora (2011).**

Fuente: Elaboración propia

Concepto	Deuda acumulada 2011 (M €)	PMP Administración	Plazo máximo de pago del sector público (2011)	Estimación deuda no vencida (M €)	Estimación deuda vencida (M €)	Estimación intereses anuales demora (M €)
Suministro de fármacos	6.369	525	50	560	5.809	<b>465</b>
Adquisición de Tecnología Sanitaria	5.230	473	50	1.137	4.093	<b>327</b>
Conciertos red pública	709 <sup>1</sup>	97	50	367	342	<b>27</b>
Conciertos con clínicas privadas	1.462 <sup>1</sup>	135	50	540	922	<b>74</b>
Oficinas de farmacia	1.930	90	50	1.475	455	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>15.700</b>		<b>50</b>	<b>4.080</b>	<b>11.620</b>	<b>930</b>

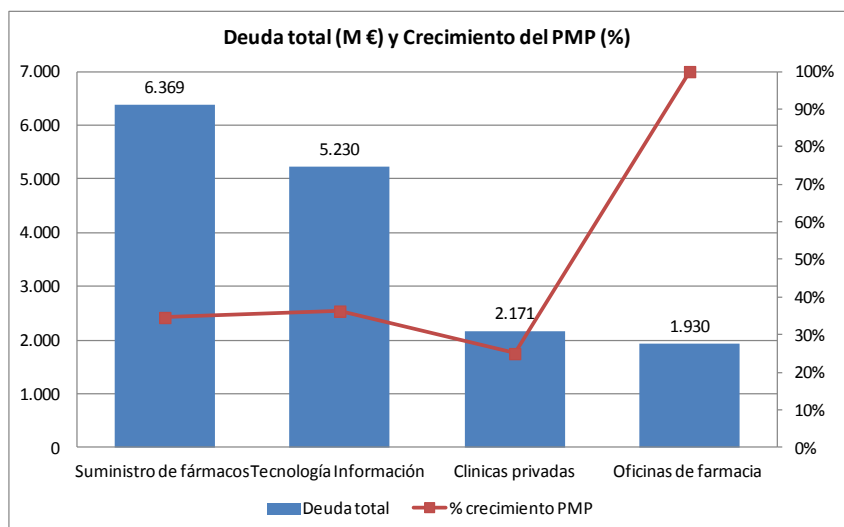
1. Datos de 2009

2. El tipo legal de interés de demora a aplicar durante el primer semestre natural de 2012 es el 8,0 por 100

### 8. Además del importante volumen de deuda sanitaria vencida, ésta ha crecido a un ritmo superior al 30% en el último año.

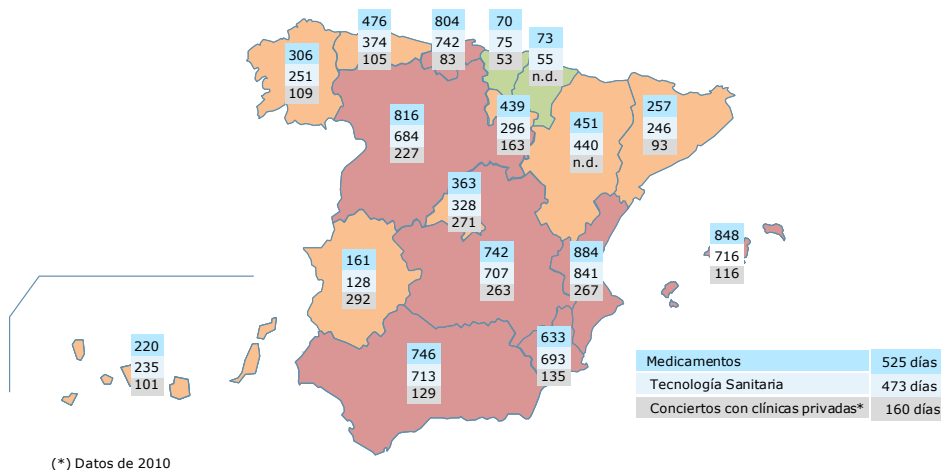
- El no cumplimiento de los plazos legales establecidos implica un volumen de deuda muy importante, así como un crecimiento insostenible del Periodo Medio de Pago.
- En la mayoría de proveedores, la tasa de crecimiento de la deuda ha sido superior al 30%, y en algunos casos, casi se ha duplicado.

**Figura 13. Importe de la deuda sanitaria vencida y tasa de variación anual 2010-2011**  
 Fuente: Elaboración propia



**9. Sólo País Vasco y Navarra se aproximan al plazo máximo de pago exigido por la legislación en lo que a deuda visible se refiere.**

**Figura 14. Periodo medio de pago de las administraciones publicas en días. (2011)**  
 Fuente: Elaboración propia, a través de los datos de Farmaindustria, FENIN y FNCP



## Conclusiones

Para normalizar la situación es necesario:

- Conocer en detalle el importe que la Administración adeuda al sector sanitario privado en su totalidad (conceptos, importes, vencimientos, etc.)
- Establecer un plan de pagos para la deuda vencida.
- Establecer mecanismos que permitan la financiación de las empresas hasta el momento del cobro (confirming, etc.).
- Normalizar el pago de los suministros y servicios ofrecidos en el año 2012.
- Asegurar unos periodos de pago comunes para todos los proveedores (energía, fármacos, asistencia sanitaria, etc.).

# Miembros adheridos

Las entidades que forman parte de IDIS a Febrero 2012 son:

## Patronos IDIS

- ACES
- ADESLAS
- ASISA
- AXA
- Capio Sanidad
- CASER
- DKV
- ERESA
- Grupo Hospitalario Quirón
- Grupo Recoletas
- Hospital de Madrid
- Hospitales Nisa
- Hospiten
- IMQ
- Innova Ocular
- MAPFRE
- Sanitas
- USP Hospitales

## Patronos de libre designación

- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro español de pacientes
- Organización Médica Colegial

## Asociados IDIS

- Abacid
- Alliance Medical
- Clínica La Luz
- Clínica Rotger
- Clínica San Francisco
- Clínica San Roque
- Clínica Santa Elena
- Esteve Teijin Healthcare
- Ginefiv
- Grupo IMO
- Grupo Hospitalario Modelo
- Health Time
- Hospital Perpetuo Socorro
- Policlínico La Rosaleda
- Xanit. Hospital Internacional

## Colaboradores IDIS

- BD (Becton, Dickinson and Company)
- Dräger
- Elekta
- Grupo Cofares
- KantarHealth
- Novartis
- Willis Iberia

## Patrocinadores

- Boston Scientific
- GE Healthcare
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- Philips
- Sanofi
- Zeltia





[www.fundacionidis.com](http://www.fundacionidis.com)



Instituto para el Desarrollo  
e Integración de la Sanidad



CON EL PATROCINIO DE

